



F. Knieps | H. Pfaff (Hrsg.)

# Arbeit und Gesundheit Generation 50+

Zahlen, Daten, Fakten  
mit Gastbeiträgen aus  
Wissenschaft, Politik und Praxis



BKK Gesundheitsreport 2018

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

**Arbeit und Gesundheit Generation 50+**



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft



BKK Gesundheitsreport 2018

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

# Arbeit und Gesundheit Generation 50+ Zahlen, Daten, Fakten

mit Gastbeiträgen aus  
Wissenschaft, Politik und Praxis von

S. Bauer | W. Bauer | M. Bethge | A. Brinkmann | S. Bullwinkel | A. Crößmann  
A.-S. Döbler | A. Eekhoff | M. Ehses-Flohr | A. Emmermacher | T. Faltermaier | G. Frey  
L. Fritzsche | J. Fuchs | H.M. Hasselhorn | K. Kliner | F. Knieps | J. Kügler | C. Ludwig  
S. Lüken | I. Mühlenbrock | B.H. Müller | J. Nowak | H. Pfaff | O. Pötzsch | A. Rauch  
D. Rennert | G. Richter | M. Richter | M. Schuler | U. Schummer | J. Schlagbauer  
M. Streibelt | M.A. Wassenberg | S. Webendörfer | J. Wegge | S. Zeike



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Knieps F | Pfaff H (Hrsg.): "Arbeit und Gesundheit Generation 50+". BKK Gesundheitsreport 2018  
ISBN 978-3-5-95466-399-6, urheberrechtlich geschützt

© 2018 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.

Der BKK Gesundheitsreport 2018 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Dachverband erstellt.

Herausgeberschaft: BKK Dachverband e.V., Mauerstraße 85, 10117 Berlin

Redaktion: Karin Kliner, Dirk Rennert, Matthias Richter

Datenmanagement und Empirie: Karin Kliner und Dirk Rennert

BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin  
www.bkk-dv.de  
info@bkk-dv.de

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Unterbaumstraße 4  
10117 Berlin  
www.mwv-berlin.de  
lektorat@mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-399-6

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

#### **Zitation:**

Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2018.

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2018

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, November 2018

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Anna-Lena Spies, Susann Weber, Berlin

Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin

Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen

## Die Herausgeber



**Franz Knieps**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff**  
Institut für Medizinsoziologie,  
Versorgungsforschung und  
Rehabilitationswissenschaft (IMVR)  
Universität zu Köln  
Eupener Straße 129  
50933 Köln

## Die Autorinnen und Autoren



**Shantala Bauer**  
BASF SE  
Carl-Bosch-Straße 38  
67056 Ludwigshafen



**Antonia-Sophie Döbler, M.Sc. Psych.**  
Technische Universität Dresden  
Mommensenstraße 5  
01069 Dresden



**Prof. Dr. Wilhelm Bauer**  
Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und  
Organisation  
Nobelstraße 12  
70569 Stuttgart



**Antje Eekhoff, B.A.**  
Krankenhaus St. Joseph-Stift GmbH  
Schwachhauser Heerstraße 54  
28209 Bremen



**Prof. Dr. Matthias Bethge**  
Universität zu Lübeck  
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie  
Ratzeburger Allee 160  
23562 Lübeck



**Mechtild Ehses-Flohr**  
HEKATRON Technik GmbH  
HEKATRON Vertriebs GmbH  
Bruehlmatten 3a-9  
79295 Sulzburg



**Anke Brinkmann**  
GE Gesundheitsmanagement  
Berliner Stadtreinigung  
Ringbahnstraße 96  
12103 Berlin



**Dr. André Emmermacher**  
Siemens AG  
Nonnendammallee 101  
13629 Berlin



**Sabine Bullwinkel, B.A.**  
Krankenhaus St. Joseph-Stift GmbH  
Schwachhauser Heerstraße 54  
28209 Bremen



**Prof. Dr. Toni Faltermaier**  
Europa-Universität Flensburg  
Auf dem Campus 1  
24943 Flensburg



**Anja Crößmann**  
Statistisches Bundesamt  
Gustav-Stresemann-Ring 11  
65185 Wiesbaden



**Dr. med. Gunild Frey**  
BASF SE  
Carl-Bosch-Straße 38  
67056 Ludwigshafen



**Prof. Dr. Lars Fritzsche**  
imk automotive GmbH  
Amselgrund 30  
09128 Chemnitz



**Dr. Johann Fuchs**  
Forschungsbereich „Prognosen und  
gesamtwirtschaftliche Analysen“  
Institut für Arbeitsmarkt- und  
Berufsforschung (IAB)  
der Bundesagentur für Arbeit (BA)  
Regensburger Straße 100  
90478 Nürnberg



**Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn**  
Bergische Universität Wuppertal  
Gaußstraße 20  
42119 Wuppertal



**Karin Kliner**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Franz Knieps**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Julia Kügler, M.Sc. Psych.**  
Schweringstraße 7  
66113 Saarbrücken



**Carsten Ludwig, Dipl.-Pflegerwirt (FH)**  
Krankenhaus St. Joseph-Stift GmbH  
Schwachhauser Heerstraße 54  
28209 Bremen



**Stephan Lüken**  
Statistisches Bundesamt  
Gustav-Stresemann-Ring 11  
65185 Wiesbaden



**Inga Mühlenbrock**  
INQA Geschäftsstelle  
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und  
Arbeitsmedizin  
Nöldnerstraße 40-42  
10317 Berlin



**Prof. i.R., Dr.-Ing., Dipl.-Wirtsch. Ing. Bernd H. Müller**  
Bergische Universität Wuppertal  
Gaußstraße 20  
42119 Wuppertal



**Joshua Nowak, B.Sc. Psych.**  
Radeberger Straße 6  
01099 Dresden



**Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff**  
Institut für Medizinsoziologie,  
Versorgungsforschung und  
Rehabilitationswissenschaften (IMVR)  
Universität zu Köln  
Eupener Straße 129  
50933 Köln



**Olga Pötzsch**  
Statistisches Bundesamt  
Gustav-Stresemann-Ring 11  
65185 Wiesbaden



**Angela Rauch**  
Forschungsbereich „Erwerbslosigkeit und  
Teilhabe“  
Institut für Arbeitsmarkt- und  
Berufsforschung (IAB)  
der Bundesagentur für Arbeit (BA)  
Regensburger Straße 100  
90478 Nürnberg



**Dirk Rennert**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Dr. rer. pol. Götz Richter, Dipl.-Sozialw.**  
INQA Geschäftsstelle  
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und  
Arbeitsmedizin  
Nöldnerstraße 40-42  
10317 Berlin



**Dr. Matthias Richter**  
BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin



**Dr. phil. Michael Schuler**  
Universität Würzburg  
Abteilung Medizinische Psychologie  
Klinikstraße 3  
97070 Würzburg



**Uwe Schummer, MdB**  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin



**Jörg Schlagbauer**  
Audi AG  
Auto-Union-Straße 1  
85045 Ingolstadt



**Dr. Marco Streibelt**  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
Hohenzollerndamm 47  
10704 Berlin



**Marcus A. Wassenberg**  
Rolls-Royce Power Systems AG  
Maybachplatz 1  
88040 Friedrichshafen



**Dr. med. Stefan Webendörfer**  
BASF SE  
Carl-Bosch-Straße 38  
67056 Ludwigshafen



**Prof. Dr. Jürgen Wegge**  
Technische Universität Dresden  
Institut für Arbeits-, Organisations- und  
Sozialpsychologie  
Zellescher Weg 17  
01062 Dresden



**Sabrina Zeike, M.A.**  
Institut für Medizinsoziologie,  
Versorgungsforschung und  
Rehabilitationswissenschaften (IMVR)  
Universität zu Köln  
Eupener Straße 129  
50933 Köln



## Vorwort

„Best Ager“ – so werden im Marketing oftmals diejenigen Personen benannt, die 50 Jahre oder älter sind. Dass der Anteil dieser Altersgruppe an der Bevölkerung in den vergangenen Jahren zugenommen hat und in Zukunft noch weiter wachsen wird, dürfte mittlerweile im Kontext des demografischen Wandels eine Binsenweisheit sein. Zwar ist das Thema in letzter Zeit etwas aus dem Fokus der Betrachtung gerückt, dennoch bleibt es nach wie vor relevant: Es ist ein Thema, das in allen Bereichen unseres Lebens große Veränderungen nach sich zieht und die Gesellschaft sowie die Arbeitswelt auf lange Sicht prägen wird. Insbesondere im Gesundheitswesen wird die demografische Entwicklung in den kommenden Jahren in doppelter Hinsicht an Bedeutung gewinnen: Nicht nur Patienten und Pflegebedürftige werden immer älter, sondern auch die Gruppe der in den Gesundheitsberufen Beschäftigten ist hiervon betroffen.

Der BKK Gesundheitsreport mit seinem arbeitsweltlichen Schwerpunkt widmet sich deshalb in diesem Jahr speziell dieser Generation 50+, die noch berufstätig ist und es aufgrund der ansteigenden Regelaltersgrenze auch noch länger als frühere Generationen sein wird. Wie relevant das Thema ist, zeigt sich u. a. daran, dass der Anteil der Beschäftigten, die 50 Jahre alt oder älter sind, nie größer war als heute: Aktuell ist mehr als jeder dritte Beschäftigte in dieser Altersgruppe zu finden – Tendenz steigend. Vor dem Hintergrund eines potenziellen Fachkräftemangels stellt sich für diese genauso wie für deren Arbeitgeber die Frage: *In den Ruhestand gehen oder doch noch etwas bleiben (lassen)?* Grund genug also, die Beschäftigten dieser Generation 50+ hinsichtlich ihrer Gesundheit näher unter die Lupe zu nehmen.

### Das Schwerpunktthema „Arbeit und Gesundheit Generation 50+“

Mittlerweile werden ältere Beschäftigte in Betrieben anders wahrgenommen als noch vor einigen Jahren: Für die meisten Beschäftigten jenseits des 50. Lebensjahres waren früher die berufliche Entwicklung bzw. die Karriere im Wesentlichen abgeschlossen – was sich dann oftmals in einer entsprechenden passiven Personalpolitik der Unternehmen für Beschäftigte dieser Altersgruppe zeigte. Zunehmend fand und findet aber ein Umdenken statt. Auch in der Generation 50+ wird noch Entwicklungswille und

-potenzial gesehen. Die Expertise dieser Beschäftigtengruppe wird auch noch nach dem Erreichen der Ruhestandsaltersgrenze in den Unternehmen benötigt. Entsprechend sind Unternehmen heute vermehrt daran interessiert, alter(n)sgerechte Arbeit zu gestalten, um das Know-how und die Berufserfahrung der Generation 50+ zu nutzen.

Bekannt ist aber ebenso, dass mit zunehmendem Alter vermehrt gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten können. Dies kann – muss aber nicht zwangsläufig – die Arbeitsfähigkeit beeinflussen. Entsprechend soll daher in dieser, mittlerweile 42. Ausgabe des BKK Gesundheitsreports in weiteren Analysen die Gesundheit der Beschäftigten der Generation 50+ genauer betrachtet werden und den Fragen nachgegangen werden, wegen welcher Erkrankungen diese in ambulanter oder stationärer Behandlung waren und wo es Besonderheiten bei Fehlzeiten genauso wie bei Arzneimittelverordnungen gibt. Daraus folgend stellt sich weiterhin die Frage, wie Arbeit alters- und altersgerecht inklusive entsprechender Prävention und Gesundheitsförderung gestaltet werden kann, um Gesundheit und Arbeitsfähigkeit möglichst lange zu erhalten. Neben den Analysen der Versichertendaten wird daher der Themenschwerpunkt durch Beiträge zahlreicher Gastautoren aus Wissenschaft, Politik und Praxis ergänzt und erweitert. Damit sollen Handlungsfelder, aber auch mögliche Lösungsansätze für die Herausforderungen des demografischen Wandels insbesondere in der Arbeitswelt herausgestellt und Diskussionsimpulse gegeben werden.

### Der BKK Gesundheitsreport 2018

In diesem Jahr möchten wir uns – wie immer an dieser Stelle – besonders bei allen Gastautorinnen und Gastautoren bedanken, die mit ihrer Expertise und ihren Fachbeiträgen die Erkenntnisse aus den Analysen der Versichertendaten bereichern. Nicht zuletzt gilt mein Dank allen Beteiligten, die zum Gelingen des BKK Gesundheitsreports 2018 beigetragen haben, vor allem dem Mitherausgeber Prof. Dr. Holger Pfaff sowie den Kolleginnen und Kollegen der Gesundheitsberichterstattung Karin Kliner, Dirk Rennert und Dr. Matthias Richter. Weiterhin danke ich der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft und dort besonders Susann Weber und Anna-Lena Spies für die exzellente verlegerische Betreuung und Zusammenarbeit.

Ich bin überzeugt, dass der BKK Gesundheitsreport 2018 mit seinen Analysen und Erkenntnissen einen wichtigen Impuls für die gesundheitsförderliche Gestaltung insbesondere von alter(n)sgerechter Arbeit darstellt und von allen Akteuren in Politik, Wissenschaft und Praxis als Anregung für weitere Aktivitäten in diesem Bereich genutzt werden kann.

Ich wünsche Ihnen ein erkenntnisreiches und anregendes Lesevergnügen.

Ihr



Franz Knieps  
*Vorstand des BKK Dachverbandes e.V.*

# Inhalt

Vorwort	ix
Tabellenverzeichnis	1
Diagrammverzeichnis	5
Methodische Hinweise	14
Das Wichtigste im Überblick	18
Arbeit und Gesundheit in der Generation 50+: Ein Überblick <i>Holger Pfaff und Sabrina Zeike</i>	22
Einleitung	34
<b>1 Arbeitsunfähigkeit</b> <i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	<b>37</b>
1.1 AU-Geschehen im Überblick	39
1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2017	39
1.1.2 Entwicklung im Jahr 2018	42
1.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	43
1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen	49
1.2.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht	49
1.2.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus	61
1.2.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	65
1.3 AU-Geschehen in Regionen	69
1.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	69
1.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	73
1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt	76
1.4.1 Arbeitsumfeld- und Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten Mitglieder	76
1.4.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	78
1.4.3 Auswertungen nach Berufsgruppen	86
1.4.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	96
1.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+	102
1.5.1 Auswertungen nach Diagnosehauptgruppen	104
1.5.2 Auswertungen nach Regionen	108
1.5.3 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	110
1.5.4 Auswertungen nach Berufsgruppen	115
1.6 Zusammenfassung und Ausblick	120

<b>2</b>	<b>Ambulante Versorgung</b>	<b>123</b>
	<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
2.1	Ambulante Versorgung im Überblick	125
2.1.1	Aktuelle Zahlen im Jahr 2017	125
2.1.2	Langzeittrends	125
2.1.3	Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	126
2.2	Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	130
2.2.1	Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht	130
2.2.2	Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus	136
2.2.3	Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	138
2.3	Ambulante Versorgung in Regionen	142
2.3.1	Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	142
2.3.2	Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	144
2.4	Ambulante Versorgung und Arbeitswelt	149
2.4.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	149
2.4.2	Auswertungen nach Berufsgruppen	154
2.4.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	157
2.5	Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+	165
2.5.1	Auswertungen nach Diagnosehauptgruppen	165
2.5.2	Auswertungen nach Regionen	170
2.5.3	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	170
2.5.4	Auswertungen nach Berufsgruppen	175
2.6	Zusammenfassung und Ausblick	179
	<b>Schwerpunkt Wissenschaft</b>	<b>181</b>
	Demografischer Wandel auf dem Arbeitsmarkt und Erwerbstätige im Alter ab 50 Jahren	183
	<i>Stephan Lüken, Olga Pötzsch und Anja Crößmann</i>	
	Arbeitsfähigkeit, Arbeitsmotivation und Führung älterer Mitarbeiter: Stand der Forschung und neue Entwicklungen	190
	<i>Jürgen Wegge, André Emmermacher, Antonia-Sophie Döbler, Lars Fritzsche, Julia Kügler und Joshua Nowak</i>	
	Laienvorstellungen von Gesundheit und Krankheit über den Lebenslauf: Der Einfluss des Alterns auf das Gesundheitsverhalten	202
	<i>Toni Faltermaier</i>	
	Verlängerte Lebensarbeitszeit als Herausforderung für die Rehabilitation	209
	<i>Matthias Bethge, Michael Schuler und Marco Streibelt</i>	
	Fortgeschrittenes Erwerbsalter und Übergang in den Ruhestand	216
	<i>Hans Martin Hasselhorn und Bernd Hans Müller</i>	

<b>3 Stationäre Versorgung</b>	<b>225</b>
<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
3.1 Stationäre Versorgung im Überblick	227
3.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2017	227
3.1.2 Langzeittrends	228
3.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	229
3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	234
3.2.1 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht	234
3.2.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus	245
3.2.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	248
3.3 Stationäre Versorgung in Regionen	252
3.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	252
3.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	256
3.4 Stationäre Versorgung und Arbeitswelt	258
3.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	258
3.4.2 Auswertungen nach Berufsgruppen	262
3.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	266
3.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+	274
3.5.1 Auswertungen nach Diagnosehauptgruppen	275
3.5.2 Auswertungen nach Regionen	278
3.5.3 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	281
3.5.4 Auswertungen nach Berufsgruppen	285
3.6 Zusammenfassung und Ausblick	290

<b>Schwerpunkt Politik</b>	<b>293</b>
Interview mit Jörg Schlagbauer	295
Interview mit Marcus A. Wassenberg	298
Interview mit Uwe Schummer	300
Interview mit Johann Fuchs und Angela Rauch	302
Interview mit Wilhelm Bauer	304

<b>4 Arzneimittelverordnungen</b>	<b>307</b>
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick	309
4.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2017	309
4.1.2 Langzeittrends	310
4.1.3 Die wichtigsten Arzneimittelverordnungen nach ATC-Klassifikation	310
4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen	314
4.2.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht	314
4.2.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus	318
4.2.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	320

4.3	Arzneimittelverordnungen in Regionen	324
4.3.1	Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	324
4.3.2	Regionale Unterschiede für ausgewählte Verordnungen	325
4.4	Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt	329
4.4.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	330
4.4.2	Auswertungen nach Berufsgruppen	333
4.4.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	339
4.5	Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+	344
4.5.1	Auswertungen nach Verordnungshauptgruppen	345
4.5.2	Auswertungen nach Regionen	348
4.5.3	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	349
4.5.4	Auswertungen nach Berufsgruppen	353
4.6	Zusammenfassung und Ausblick	357

<b>Schwerpunkt Praxis</b>		<b>359</b>
Gesund alternde Belegschaften im Unternehmen		361
<i> Götz Richter und Inga Mühlenbrock</i>		
Betriebliches Eingliederungsmanagement und stufenweise Wiedereingliederung am Beispiel der BASF SE		366
<i> Gunild Frey, Shantala Bauer und Stefan Webendörfer</i>		
Altern erwünscht! Das Pilotprojekt „Demogra-fitte Pflege“		373
<i> Carsten Ludwig, Antje Eekhoff und Sabine Bullwinkel</i>		
Standortbestimmung 50 bis 67+ – Chance für Unternehmen und Mitarbeitende		380
<i> Mechtild Ehses-Flohr</i>		
Demografische Entwicklung und Betriebliches Gesundheitsmanagement		388
<i> Anke Brinkmann</i>		

<b>5</b>	<b>Unverzichtbar – Wir brauchen die Generation 50+ zur Bewältigung der aktuellen Herausforderungen im Arbeits- und Wirtschaftsleben</b>	<b>393</b>
	<i> Franz Knieps</i>	

<b>Anhang</b>		<b>399</b>
A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	404
B	Systematische Verzeichnisse	457

# Tabellenverzeichnis

## 1 Arbeitsunfähigkeit

### 1.1 AU-Geschehen im Überblick

Tabelle 1.1.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2017)	40
Tabelle 1.1.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2017)	41
Tabelle 1.1.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2017)	44
Tabelle 1.1.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	45
Tabelle 1.1.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	47
Tabelle 1.1.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2017)	48

### 1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 1.2.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	50
Tabelle 1.2.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	53
Tabelle 1.2.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	57
Tabelle 1.2.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen des Atmungssystems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	60
Tabelle 1.2.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	62

### 1.3 AU-Geschehen in Regionen

Tabelle 1.3.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesländern (Wohnort) im Zehnjahresvergleich (2007 und 2017)	70
---------------	--	----

### 1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Tabelle 1.4.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2017)	90
Tabelle 1.4.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2017)	92
Tabelle 1.4.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Psychischen Störungen (Berichtsjahr 2017)	93

### 1.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+

Tabelle 1.5.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	111
Tabelle 1.5.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	116

## 2 Ambulante Versorgung

### 2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Tabelle 2.1.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2017) ____	126
Tabelle 2.1.2	Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Inanspruchnahmequote im Zeitverlauf (2012–2017) _____	126
Tabelle 2.1.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose – die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2017) _____	128

### 2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	136
Tabelle 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017) _____	137

### 2.3 Ambulante Versorgung in Regionen

Tabelle 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anzahl der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	143
Tabelle 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2017) _____	144
Tabelle 2.3.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2017) _____	145

### 2.4 Ambulante Versorgung und Arbeitswelt

Tabelle 2.4.1	Ambulante Versorgung – die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen beschäftigter Mitglieder mit Diagnose (Berichtsjahr 2017) _____	157
Tabelle 2.4.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	158
Tabelle 2.4.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	159
Tabelle 2.4.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	161
Tabelle 2.4.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	162

### 2.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+

Tabelle 2.5.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den höchsten/niedrigsten Anteilen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017) ____	172
Tabelle 2.5.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den höchsten/niedrigsten Anteilen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017) _____	176

### 3 Stationäre Versorgung

#### 3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Tabelle 3.1.1	Stationäre Versorgung – Versichertenanteile nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte (Berichtsjahr 2017)	227
Tabelle 3.1.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2017)	233

#### 3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	240
Tabelle 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	242
Tabelle 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	244
Tabelle 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	246

#### 3.3 Stationäre Versorgung in Regionen

Tabelle 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2017)	255
---------------	---	-----

#### 3.4 Stationäre Versorgung und Arbeitswelt

Tabelle 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2017)	266
Tabelle 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	268
Tabelle 3.4.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	269
Tabelle 3.4.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	271
Tabelle 3.4.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	272

#### 3.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+

Tabelle 3.5.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	281
Tabelle 3.5.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	286

## 4 Arzneimittelverordnungen

### 4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Tabelle 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der einbezogenen BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2017) _____	309
Tabelle 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2017) _____	310
Tabelle 4.1.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen im Zeitverlauf (2012–2017) _____	313

### 4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	319
Tabelle 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2017) _____	320
Tabelle 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	321
Tabelle 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	323

### 4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Tabelle 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – DDD und Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2017) _____	324
---------------	---	-----

### 4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Tabelle 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2017) _____	333
Tabelle 4.4.2	Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) insgesamt (Berichtsjahr 2017) _____	336
Tabelle 4.4.3	Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) von Antidepressiva (N06A) (Berichtsjahr 2017) _____	337

### 4.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+

Tabelle 4.5.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017) _____	350
Tabelle 4.5.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017) _____	354

# Diagrammverzeichnis

## Das Wichtigste im Überblick

Diagramm 1.1	BKK Versicherte nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2017)	35
--------------	--	----

## 1 Arbeitsunfähigkeit

### 1.1 AU-Geschehen im Überblick

Diagramm 1.1.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner mit bzw. ohne AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Reha-Fällen und Arbeitsunfällen im Zeitverlauf (2007–2017)	40
Diagramm 1.1.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2017)	41
Diagramm 1.1.3	Arbeitsunfähigkeit – monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2016–2018)	42
Diagramm 1.1.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	44
Diagramm 1.1.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2007–2017)	45
Diagramm 1.1.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der Mitglieder ohne Rentner – durchschnittliche Falldauer nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	46
Diagramm 1.1.7	Arbeitsunfähigkeit – KG-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	47

### 1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.2.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	50
Diagramm 1.2.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	51
Diagramm 1.2.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	52
Diagramm 1.2.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007–2017)	54
Diagramm 1.2.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Rückenschmerzen (M54) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007–2017)	54
Diagramm 1.2.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007–2017)	56
Diagramm 1.2.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Depressive Episode (F32) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007–2017)	56
Diagramm 1.2.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Burn-out-Syndrom (Z73) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007–2017)	58
Diagramm 1.2.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007–2017)	59
Diagramm 1.2.10	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007–2017)	61
Diagramm 1.2.11	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	63
Diagramm 1.2.12	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	64

Diagramm 1.2.13	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für Psychische Störungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	64
Diagramm 1.2.14	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	65
Diagramm 1.2.15	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	66
Diagramm 1.2.16	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	67
Diagramm 1.2.17	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	67

### 1.3 AU-Geschehen in Regionen

Diagramm 1.3.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesländern (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2017)	71
Diagramm 1.3.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2017)	72
Diagramm 1.3.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2017)	74
Diagramm 1.3.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Psychische Störungen – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2017)	75

### 1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Diagramm 1.4.1	Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Beschäftigten nach Wirtschaftsabschnitten – Vergleich zwischen beschäftigten BKK Mitgliedern und Beschäftigten Gesamtdeutschland* (Berichtsjahr 2017)	77
Diagramm 1.4.2	Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Beschäftigten nach Berufssektoren – Vergleich zwischen beschäftigten BKK Mitgliedern und Beschäftigten Gesamtdeutschland* (Berichtsjahr 2017)	78
Diagramm 1.4.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	79
Diagramm 1.4.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2017)	81
Diagramm 1.4.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	82
Diagramm 1.4.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten aufgrund von Rückenschmerzen (M54) bzw. Depressiver Episode (F32) (Berichtsjahr 2017)	83
Diagramm 1.4.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten aufgrund von Arbeitsunfällen (Berichtsjahr 2017)	84
Diagramm 1.4.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2017)	85
Diagramm 1.4.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	86
Diagramm 1.4.10	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2017)	88
Diagramm 1.4.11	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	89
Diagramm 1.4.12	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen aufgrund von Arbeitsunfällen (Berichtsjahr 2017)	94

Diagramm 1.4.13	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	95
Diagramm 1.4.14	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	97
Diagramm 1.4.15	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	98
Diagramm 1.4.16	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	99
Diagramm 1.4.17	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	99
Diagramm 1.4.18	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	100
Diagramm 1.4.19	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2017)	101

## 1.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+

Diagramm 1.5.1	Arbeitsunfähigkeit – Anteile der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	103
Diagramm 1.5.2	Arbeitsunfähigkeit – Anteile der beschäftigten Mitglieder 50+ nach Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2017)	104
Diagramm 1.5.3	Arbeitsunfähigkeit – Anteile der beschäftigten Mitglieder 50+ nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2017)	105
Diagramm 1.5.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	106
Diagramm 1.5.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	107
Diagramm 1.5.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	107
Diagramm 1.5.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Atmungssystems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	108
Diagramm 1.5.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	109
Diagramm 1.5.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	112
Diagramm 1.5.10	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Psychischen Störungen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	113
Diagramm 1.5.11	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	114
Diagramm 1.5.12	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	117
Diagramm 1.5.13	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund Psychischer Störungen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	118
Diagramm 1.5.14	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	119

## 2 Ambulante Versorgung

### 2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Diagramm 2.1.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2017)	127
----------------	--	-----

### 2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	131
Diagramm 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	132
Diagramm 2.2.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	133
Diagramm 2.2.4	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten unter 20 Jahre mit Diagnose – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2017)	134
Diagramm 2.2.5	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten von 20 bis 64 Jahre mit Diagnose – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2017)	135
Diagramm 2.2.6	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten 65 Jahre und älter mit Diagnose – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2017)	135
Diagramm 2.2.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	139
Diagramm 2.2.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	139
Diagramm 2.2.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	140
Diagramm 2.2.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	141

### 2.3 Ambulante Versorgung in Regionen

Diagramm 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für das Muskel-Skelett-System nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2017)	147
Diagramm 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Psychische Störungen nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2017)	148

### 2.4 Ambulante Versorgung und Arbeitswelt

Diagramm 2.4.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	150
Diagramm 2.4.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2017)	152
Diagramm 2.4.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Psychischen Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2017)	153
Diagramm 2.4.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	155
Diagramm 2.4.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	156
Diagramm 2.4.6	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	159
Diagramm 2.4.7	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	160

Diagramm 2.4.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	161
Diagramm 2.4.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	162
Diagramm 2.4.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2017)	163

## 2.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+

Diagramm 2.5.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	166
Diagramm 2.5.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	167
Diagramm 2.5.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für das Muskel-Skelett-System nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	168
Diagramm 2.5.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	168
Diagramm 2.5.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für das Atmungssystem nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	169
Diagramm 2.5.6	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für das Herz-Kreislauf-System nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	170
Diagramm 2.5.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	171
Diagramm 2.5.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für das Atmungssystem nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den höchsten/niedrigsten Anteilen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	173
Diagramm 2.5.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für das Herz-Kreislauf-System nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den höchsten/niedrigsten Anteilen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	174
Diagramm 2.5.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für das Muskel-Skelett-System nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den höchsten/niedrigsten Anteilen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	177
Diagramm 2.5.11	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den höchsten/niedrigsten Anteilen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	178

### 3 Stationäre Versorgung

#### 3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Diagramm 3.1.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2017) _	228
Diagramm 3.1.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2007–2017) _____	229
Diagramm 3.1.3	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Dreijahresvergleich (2015–2017) _____	230
Diagramm 3.1.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Dreijahresvergleich (2015–2017) _____	231
Diagramm 3.1.5	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen für alle Krankenhausfälle vs. Langzeitfälle (Berichtsjahr 2017) _____	232

#### 3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	235
Diagramm 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	236
Diagramm 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	237
Diagramm 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017) _____	238
Diagramm 3.2.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017) _____	238
Diagramm 3.2.6	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für Psychische Störungen nach Geschlecht im Zehnjahresvergleich (2007 und 2017) _____	239
Diagramm 3.2.7	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht im Zehnjahresvergleich (2007 und 2017) _____	241
Diagramm 3.2.8	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für Neubildungen nach Geschlecht im Zehnjahresvergleich (2007 und 2017) _____	243
Diagramm 3.2.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017) _____	247
Diagramm 3.2.10	Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (Falldauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	247
Diagramm 3.2.11	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	248
Diagramm 3.2.12	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	249
Diagramm 3.2.13	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	250
Diagramm 3.2.14	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017) _____	250

#### 3.3 Stationäre Versorgung in Regionen

Diagramm 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2017) _____	253
Diagramm 3.3.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2017) _____	254
Diagramm 3.3.3	Stationäre Versorgung – Anteile der KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017) _____	257

### 3.4 Stationäre Versorgung und Arbeitswelt

Diagramm 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	259
Diagramm 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2017)	260
Diagramm 3.4.3	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	261
Diagramm 3.4.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	263
Diagramm 3.4.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2017)	264
Diagramm 3.4.6	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	265
Diagramm 3.4.7	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	267
Diagramm 3.4.8	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	269
Diagramm 3.4.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	270
Diagramm 3.4.10	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	272
Diagramm 3.4.11	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	273

### 3.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+

Diagramm 3.5.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	275
Diagramm 3.5.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	276
Diagramm 3.5.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	277
Diagramm 3.5.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Neubildungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	278
Diagramm 3.5.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	279
Diagramm 3.5.6	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	280
Diagramm 3.5.7	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	283
Diagramm 3.5.8	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Neubildungen nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	284
Diagramm 3.5.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	285
Diagramm 3.5.10	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	287
Diagramm 3.5.11	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Neubildungen nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	288
Diagramm 3.5.12	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	289

## 4 Arzneimittelverordnungen

### 4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Diagramm 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2017)	311
Diagramm 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	312

### 4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	315
Diagramm 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	315
Diagramm 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	316
Diagramm 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	317
Diagramm 4.2.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	322
Diagramm 4.2.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	323

### 4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Diagramm 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2017)	326
Diagramm 4.3.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2017)	327
Diagramm 4.3.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) für Psychoanaleptika (N06) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2017)	328

### 4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Diagramm 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder – Anteile nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	329
Diagramm 4.4.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	331
Diagramm 4.4.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	332
Diagramm 4.4.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	334
Diagramm 4.4.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	335
Diagramm 4.4.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2017)	338
Diagramm 4.4.7	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	339
Diagramm 4.4.8	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	340
Diagramm 4.4.9	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	341

Diagramm 4.4.10	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	342
Diagramm 4.4.11	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2017)	342

#### 4.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+

Diagramm 4.5.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	344
Diagramm 4.5.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	345
Diagramm 4.5.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	346
Diagramm 4.5.4	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der beschäftigten Mitglieder mit Verordnungen für das kardiovaskuläre System nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	347
Diagramm 4.5.5	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der beschäftigten Mitglieder mit Verordnungen für Antiinfektiva zur systemischen Anwendung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	348
Diagramm 4.5.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)	349
Diagramm 4.5.7	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit Verordnungen für das kardiovaskuläre System nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	351
Diagramm 4.5.8	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit Verordnungen für Antiinfektiva zur systemischen Anwendung – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	352
Diagramm 4.5.9	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit Verordnungen für das Muskel- und Skelettsystem nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	355
Diagramm 4.5.10	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit Verordnungen für das Nervensystem nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)	356

# Methodische Hinweise

## Datenbasis

Für die diesjährige Gesundheitsberichterstattung konnten nach Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen die Versicherten- und zugehörigen Leistungsdaten von 77,8% der BKK Versicherten und damit 11,7% aller GKV-Versicherten einbezogen werden.

### Versichertendaten

Die für den Report verwendeten Versichertendaten stammen aus dem sogenannten Versichertenkurzsatz, der quartalsweise von den Kassen übermittelt wird und für die notwendigen Versichertenmerkmale die zugehörigen Versichertenzeiten abbildet.

### Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten

Die für den Report verwendeten Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten basieren hauptsächlich auf den quartalsweisen Datenlieferungen der Kassen im Rahmen der Erstellung der Leistungsstatistiken (KG2, KG8). Im Report werden zusätzlich zu den Ergebnissen des Berichtsjahrs 2017 auch die Krankenstand-Entwicklungen der Monate Januar bis Juni 2018 dargestellt. Diese Daten basieren auf einer Teilerhebung zur Ermittlung der monatsdurchschnittlichen Krankenstände. Für diese Erhebung melden die teilnehmenden Betriebskrankenkassen für ca. vier Millionen erwerbstätige BKK Mitglieder jeweils die im Vormonat angefallenen Arbeitsunfähigkeitszeiten. Diese Daten werden dann zeitnah nach verschiedenen Merkmalen wie Wirtschaftsgruppen, Diagnosehauptgruppen, Berufsgruppen, Regionen sowie Altersgruppen und Geschlecht ausgewertet und liefern damit sehr aktuelle AU-Kennzahlen, die schon frühzeitig Trends im Krankheitsgeschehen erkennen lassen.

### Daten zu Arzneimittelverordnungen und zur ambulanten Versorgung

Die Arzneimitteldaten basieren auf Datenlieferungen der Apothekenabrechnungszentren gemäß den Vereinbarungen zum Datenaustausch mit den Leis-

tungserbringern (DALE). Analog werden die Daten der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt.

### Weitere Datenquellen

Als weitere Quellen wurden herangezogen:

- veröffentlichte Daten und Auswertungen des Statistischen Bundesamtes
- amtliche Statistiken der GKV
- Daten und Schlüsselverzeichnisse der Bundesagentur für Arbeit
- Aktuelle Klassifikationsverzeichnisse des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Die entsprechenden Quellen werden im Folgenden an den einschlägigen Stellen erwähnt und näher erläutert.

## Methodik

### Datenselektion und Berichtszeitraum

Für den Gesundheitsreport 2018 werden alle im Jahr 2017 beendeten Leistungsfälle der teilnehmenden Betriebskrankenkassen selektiert und mit den für 2017 ermittelten Versichertendaten ins Verhältnis gesetzt.

- Die Versichertendaten werden aus den im Versichertenkurzsatz angegebenen Versichertenzeiträumen ermittelt und bilden für jeden Versicherten die Versichertenzeiten für das betrachtete Datenjahr, differenziert nach unterschiedlichen Versichertenmerkmalen (wie z.B. Alter und Geschlecht, aber auch Versichertengruppe, Wohnort, Berufs- oder Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit) ab.
- Das Auswahlkriterium bei den Arbeitsunfähigkeits- sowie bei den Krankenhausdaten ist ein Fallabschluss im Jahr 2017, also das Ende der Arbeitsunfähigkeit (AU) bzw. des Krankenhausaufenthaltes (KH) im Berichtszeitraum. Für bei-

de Leistungsfallarten gelten die inhaltlichen Bestimmungen der amtlichen KG2- bzw. KG8-Statistiken, in denen die Falldauer über den angegebenen Zeitraum zwischen Fall-Beginn und Fall-Ende (in Kalendertagen) ermittelt wird.

Für die Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage im Report gilt zusätzlich zu beachten: Es wird stets die volle Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Kalendertagen berücksichtigt, d. h., die Meldefälle enthalten sowohl den Zeitraum der Entgeltfortzahlung als auch Krankengeldzeiten. Ebenso werden Arbeitsunfälle und Reha-Fälle in dieser Statistik berücksichtigt, obwohl hier die Unfallversicherung bzw. die Rentenversicherung leistungspflichtig ist. Zu den AU-Zeiten ist einschränkend zu erwähnen, dass Kurzeiterkrankungen bis zu drei Tagen Dauer nicht vollständig enthalten sind, da sie nicht immer mit einer ärztlichen Bescheinigung nachgewiesen und somit nicht vollständig in den Leistungsdaten dokumentiert werden.

Für die Krankenhausfälle und -tage im Report gilt zusätzlich zu beachten: Hier werden nur die stationären bzw. teilstationären KH-Fälle berücksichtigt. Fälle von stationären Entbindungen werden erst ab dem 7. Tag als KH-Fall mit den zugehörigen KH-Tagen einbezogen. KH-Tage werden bei den vorliegenden Auswertungen stets inklusive der Aufnahme- und Entlassungstage gezählt. Insofern weichen die hier berichteten Kennwerte von der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes aufgrund der unterschiedlichen Methodik ab und sind nur eingeschränkt miteinander vergleichbar.

Generell sind in den Arbeitsunfähigkeits- bzw. Krankenhausdaten Mutterschaft, Heilverfahren (wie z. B. Mütter- und Väterkuren) oder Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (§ 45 SGB V) nicht enthalten.

- Bei den Arzneimitteldaten werden alle Einzelverordnungen von apothekenpflichtigen Arzneimitteln – (ausgenommen Hilfsmittel) – berücksichtigt, deren Verordnungsdatum im Jahr 2017 gelegen hat. Ausgeschlossen werden dabei Zahnarztverordnungen. Die hier berichteten Kennzahlen basieren ausschließlich auf Verordnungen aus dem ambulanten Sektor, da im stationären Bereich aufgrund der Abrechnung über Fallpauschalen in der Regel keine gesonderten Daten für Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen vorliegen.
- Bei den ambulanten Diagnosen fließen alle Einzelfallnachweise aus dem Jahr 2017 mit einer gültigen Diagnose in die Auswertungen ein.

#### Qualitätssicherung und Datenbereinigung

Bevor die Daten für die Auswertungen und damit zur Erstellung der Tabellen, Diagramme und Kennzahlen im Gesundheitsreport 2018 eingesetzt werden, erfolgen zahlreiche Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen, gegebenenfalls Datennacherhebung und Datenbereinigung.

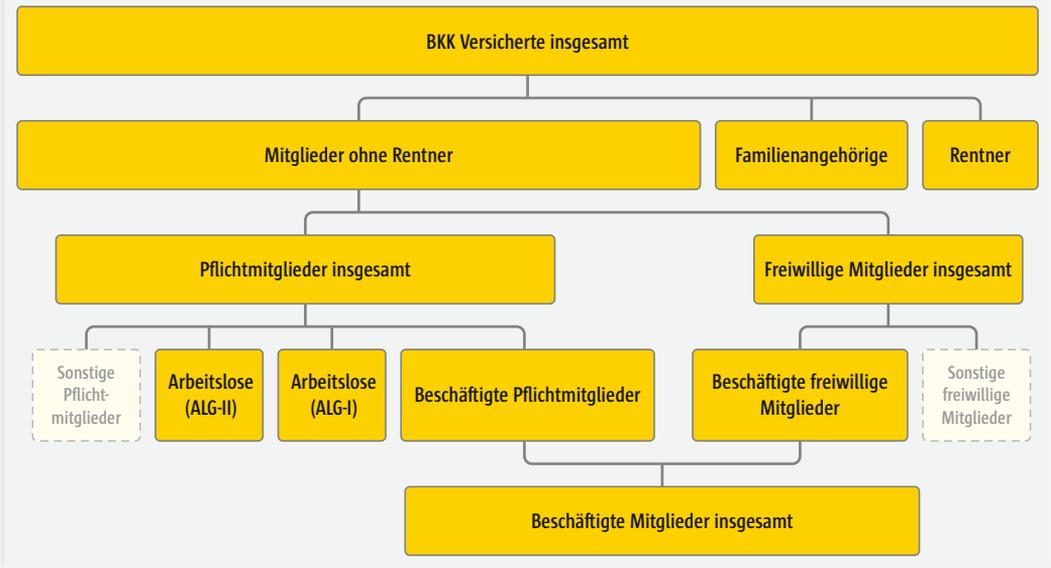
- Für alle teilnehmenden Kassen wird geprüft, ob die Leistungs- und die Versichertendaten im erwarteten Umfang (Vergleich zum Vorjahr und Relation der Leistungsfälle zu den entsprechenden Versichertenzeiten) vorliegen. Im Falle unvollständiger oder unplausibler Daten werden Nachlieferungen veranlasst. Sind auch die Nachlieferungen unvollständig oder unplausibel, so werden diese Kassendaten aus allen Datenbeständen komplett oder gegebenenfalls für die entsprechenden Zeiträume ausgeschlossen.
- Die Daten werden auf Doppelsätze geprüft und bereinigt (fusionsbedingte Doppellieferungen werden ausgeschlossen).
- In den Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten werden nur Sätze berücksichtigt, deren Diagnosen laut dem systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM (DIMDI) zur Verschlüsselung zugelassen sind.
- AU-Langzeitfälle mit einer Falldauer von mehr als 600 Kalendertagen sowie KH-Langzeitfälle mit einer Falldauer von mehr als einem Kalenderjahr werden für die Reporterstellung ausgeschlossen, da solche seltenen Ausreißer insbesondere Mittel- bzw. Durchschnittswerte deutlich verzerren können. Insbesondere bei den AU-Daten lassen sich darüber Fälle ausschließen, die über den grundsätzlich maximalen Anspruch auf Krankengeld für 78 Wochen hinausgehen.

#### Darstellungsmerkmale, Kenngrößen und verwendete Datenschlüssel

Für den Gesundheitsreport werden die vorliegenden Versicherten- und Leistungsdaten nach verschiedenen Darstellungsmerkmalen wie z. B. Versichertengruppen, Diagnosegruppen, Altersgruppen, Geschlecht, Bundesländern, aber auch nach arbeitsweltbezogenen Merkmalen wie Berufsgruppen, Wirtschaftsgruppen oder Betriebsgröße zusammengefasst. Hierbei sind einige Besonderheiten zu beachten:

- Je nach Leistungsbereich und Betrachtungsweise werden für die Ergebnisdarstellung unterschiedliche Versichertengruppen zugrunde gelegt. Welche Gruppen jeweils betrachtet werden, ist in den entsprechenden Abschnitten des

Abbildung 1 Struktur der BKK Versicherten nach Versichertengruppen



Gesundheitsreports beschrieben. **»»** Abbildung 1 zeigt die Versichertengruppen im Überblick.

- Die Ergebnisdarstellung nach Diagnosehauptgruppen und Einzeldiagnosen erfolgt entsprechend der internationalen Diagnoseklassifikation ICD-10 GM 2017 (DIMDI) nach Kapiteln, Gruppen oder Einzeldiagnosen (**»»** Tabelle B.1). Die Diagnosen liegen dafür in den entsprechenden Leistungsdaten nach ICD-10 GM verschlüsselt vor. Bei den AU-Daten wird zu jedem Arbeitsunfähigkeitsfall nur eine Haupt- oder erstgenannte Diagnose der AU-Bescheinigung ausgewertet. Bei den KH-Daten findet entsprechend die jeweils erstgenannte Entlassungsdiagnose Verwendung und für die ambulante Versorgung werden nur gesicherte Diagnosen berücksichtigt.
- Eine Darstellung der Arzneimittelergebnisse erfolgt entsprechend der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC; DIMDI) nach anatomischen Hauptgruppen sowie nach therapeutischen Untergruppen (**»»** Tabelle B.2)
- Für die regionale Gliederung der Daten wird der aktuelle Kreis-Gemeindeschlüssel (Gemeindeverzeichnis des Statistischen Bundesamtes) genutzt.
- Zur Darstellung der arbeitgeberbezogenen Merkmale wie Wirtschaftsgruppen und Betriebsgrößenklassen wird auf entsprechende Daten des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen. Der

Einteilung der Wirtschaftsgruppen liegt die in der amtlichen Arbeitsmarktstatistik seit 2008 verwendete Systematik der Wirtschaftszweige (WZ 2008) zugrunde (**»»** Tabelle B.3). Diese Systematik findet in den Basiskapiteln des Reports ihre Anwendung. Für die Auswertung im **»»** Anhang A des BKK Gesundheitsreports wurde zusätzlich eine angepasste Kategorisierung der Wirtschaftsgruppen verwendet. Diese orientiert sich an den Branchen, die schwerpunktmäßig im BKK-System vertreten sind. Ausgangsbasis dieser BKK-Wirtschaftsgruppen sind die zweistelligen Kodierungen der Wirtschaftsabteilungen in der WZ 2008. Die angepasste Kategorisierung kann anhand der entsprechenden WZ 2008-Zweisteller nachvollzogen werden, die in **»»** Tabelle A.6 zu finden ist.

- Die berufsbezogenen Informationen ergeben sich aus den im Meldeverfahren nach der Datenerfassungs- und Datenübermittlungsverordnung (DEÜV) an die Krankenkassen weitergeleiteten Tätigkeitsschlüssel. Im Jahr 2010 ist von der Bundesagentur für Arbeit eine neue, differenziertere Klassifikation der Berufe eingeführt worden (KldB 2010), die in den Tätigkeitsschlüssel des DEÜV-Meldeverfahrens ab Dezember 2011 übernommen wurde. Die Zusammenfassung der Berufsgruppen erfolgt entsprechend der Klassifikation der Berufe

(KldB 2010) nach Berufssektoren, -segmenten und Berufshauptgruppen (■ Tabelle B.4). Neben der ausgeübten Tätigkeit des Beschäftigten, enthält der KldB-Schlüssel noch weitere relevante Informationen, z.B. zum höchsten schulischen bzw. beruflichen Abschluss, zum Anforderungsniveau der Tätigkeit, zur Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung und zur Vertragsform. Weitere Details hierzu sind im entsprechenden Schlüsselverzeichnis zu finden, das die Bundesagentur für Arbeit auf ihrer Internetseite zur Verfügung stellt. Für insgesamt 1,0% der beschäftigten BKK Mitglieder liegen im Berichtsjahr 2017 keine validen Angaben zum Tätigkeitsschlüssel vor. In den arbeitsweltlichen Analysen wird diese Gruppe deshalb nicht separat betrachtet, geht aber grundsätzlich in die Berechnungen zu den jeweiligen Gesamtwerten für die Beschäftigten ein.

*Bei den ermittelten Kenngrößen ist weiterhin anzumerken:*

- Bei den im Gesundheitsreport berichteten Arbeitsunfähigkeitstagen handelt es sich stets um Kalendertage und nicht um betriebliche Ausfall-/Arbeitstage. In einer Annäherung können die betrieblichen Fehlzeiten durch einen Gewichtungsfaktor (bei einer Richtgröße von 220 Arbeitstagen pro Kalenderjahr: 220 dividiert durch 365) bestimmt werden.
- Bei dem Krankenstand handelt es sich um eine berechnete Kenngröße aus der Zahl der AU-Tage je BKK Mitglied in Bezug auf den betrachteten Zeitraum. So erhält man den Krankenstand eines Jahres rechnerisch aus der Anzahl der AU-Tage je Mitglied im Jahr 2017 dividiert durch 365 Kalendertage (als Prozentwert:  $\times 100$ ). Die monatlichen Krankenstände werden analog ermittelt.
- Die Kenngrößen AU-/KH-Fälle oder AU-/KH-Tage je Mitglied bzw. Versicherte werden in Bezug zu den Versichertenzeiten berechnet, bezeichnen also die AU-/KH-Häufigkeit und die AU-/KH-Dauer pro Versichertenjahr.
- In einzelnen Kapiteln des Gesundheitsreports werden aus Vergleichsgründen auch alters- sowie geschlechtsstandardisierte Kenngrößen dargestellt. Die Standardisierung dient dazu, dass Krankheitsgeschehen unabhängig von den jeweils unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilungen der BKK Versicherten abbilden zu können. Hierbei wird das Verfahren der direkten Standardisierung angewendet und die Gesamtheit der gesetzlich Krankenversicherten (GKV-Versicherte) bzw. für arbeitsweltbezogene Auswertungen die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2017 in Deutschland als Standardpopulation genutzt. Die entsprechenden Kenngrößen werden also so berechnet, als entspräche die Alters- und Geschlechtsverteilung der BKK Mitglieder der Verteilung bei den GKV-Versicherten insgesamt bzw. den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Die Standardisierung ermöglicht einen Vergleich der BKK Daten mit den Angaben anderer Krankenkassen, sofern sich die Methoden entsprechen.
- Sowohl aus statistischen (Minimierung von Ergebnisverzerrungen durch Ausreißer) als auch aus Datenschutzgründen (Schutz der Anonymität der BKK Versicherten) werden für die Analysen der Leistungsdaten der BKK Versicherten verschiedene Grenzwerte zugrunde gelegt. Gruppen mit weniger als 50 Mitgliedern werden nicht geschlechtsspezifisch, sondern nur mit ihrem Gesamtwert bzw. bei weniger als 5 Fällen bzw. Verordnungen gar nicht separat dargestellt. Wirtschaftszweige (WZ 2008) bzw. Berufsgruppen (KldB 2010) mit weniger als 500 beschäftigten BKK Mitgliedern werden in den entsprechenden Auswertungen der verschiedenen Leistungsbereiche ebenfalls nicht separat dargestellt. Für alle genannten Einschränkungen gilt, dass die separat nicht dargestellten Kennzahlen wiederum in den jeweils übergeordneten Kategorien bzw. Gesamtwerten enthalten sind.

# Das Wichtigste im Überblick

## 1. Allgemein

### *Arbeitsunfähigkeitsgeschehen*

- Die Fehltage sind im Vergleich zum Vorjahr leicht von 17,4 auf 17,2 AU-Tage je Mitglied zurückgegangen.
- Etwa jedes zweite Mitglied der Betriebskrankenkassen (51,9%) war im Jahr 2017 mindestens einmal krankgeschrieben.
- Der überwiegende Teil der AU-Fälle (64,7%) dauert maximal eine Kalenderwoche.
- Aufgrund einer starken Grippewelle ist im I. Quartal 2018, insbesondere im Februar mit 6,2%, der höchste Krankenstand bei den beschäftigten Mitgliedern in der letzten Dekade zu beobachten.
- Mit nahezu jedem vierten Fehltag (24,7%) sind die Muskel- und Skeletterkrankungen nach wie vor die wichtigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit.
- Die psychischen Störungen nehmen wie im Jahr 2016 mit 16,6% aller AU-Tage Platz 2 der Ursachen von Arbeitsunfähigkeit, gefolgt von den auf Platz 3 zu findenden Atemwegserkrankungen mit einem Anteil von 14,8%, ein.
- Rückenschmerzen (M54), akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) und depressive Episoden (F32) sind unverändert die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.
- Ältere Mitglieder sind nicht wesentlich häufiger krank als die Jüngeren, allerdings sind die älteren Mitglieder häufiger von Erkrankungen mit längerer Dauer betroffen.
- Während bei den Frauen vor allem deutlich mehr AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen anfallen als bei den Männern, ist es bei den Muskel- und Skeletterkrankungen und bei den Verletzungen und Vergiftungen genau umgekehrt.

### *Ambulante Versorgung*

- 90,7% der BKK Versicherten waren im Jahr 2017 mindestens einmal ambulant in Behandlung.

Damit ist die Inanspruchnahme unverändert zum Vorjahr.

- Der Anteil der Frauen die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (93,8%) ist dabei größer als der Anteil der Männer (87,6%).
- Üblicherweise werden die meisten Diagnosen in der ambulanten Versorgung vergeben, um Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, zu dokumentieren. Hierzu zählen u. a. Vorsorgemaßnahmen: Die dritthäufigste Einzeldiagnose belegt eine Untersuchung auf Neubildungen (Z12), jede(r) Zehnte wurde gegen Viruserkrankungen wie z. B. Grippe und Mumps (Z25) geimpft.
- Ebenfalls häufig Konsultationsgrund sind Muskel-Skelett- und Atmungssystem-Erkrankungen: Fast jeder zweite Versicherte war deshalb 2017 mindestens einmal beim Arzt.
- Häufigste vergebene Diagnose bei den unter 20-Jährigen bezieht sich auf akute Infektionen der oberen Atemwege (J06): Fast ein Drittel waren deshalb in Behandlung. Bluthochdruck (I10) ist hingegen der bei weitem häufigste Konsultationsgrund bei Versicherten ab 65 Jahren, von denen 70% diese Diagnose gestellt bekommen haben.
- Im Vergleich mit den fünf vorangegangenen Jahren sind die Anteile Versicherter mit diagnostizierten Erkrankungen des Nervensystems sowie psychischen Störungen am stärksten gewachsen.
- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Außerdem werden die meisten Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
- Gegenteilige Altersverteilung hingegen bei Erkrankungen des Atmungssystems und Infektionen: Die meisten Diagnosen aus dem Spektrum dieser Erkrankungsarten werden bei Kinder- und Jugendlichen gestellt.

### Stationäre Versorgung

- In 2017 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 193 stationäre Behandlungen erfolgt, dabei waren die Versicherten im Mittel pro Behandlungsfall 8,9 Tage im Krankenhaus. Damit sind nach einem Anstieg der Kennwerte im Vorjahr im aktuellen Berichtsjahr die Anzahl der Behandlungsfälle und -tage wieder auf das Niveau von 2015 gesunken.
- Männer und Frauen sind insgesamt in etwa gleich häufig und gleich viele Tage in stationärer Behandlung.
- Von allen Versicherten hat mit 12,6% tatsächlich nur ein relativ kleiner Teil eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen. Die meisten Behandlungsfälle sind dabei relativ kurz, rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3% dauern hingegen länger als 6 Wochen.
- Die meisten Fälle in der stationären Versorgung werden durch Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems verursacht, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Die weitaus meisten Behandlungstage sind aufgrund psychischer Störungen erfolgt: Mehr als jeder fünfte Behandlungstag geht darauf zurück. Dabei weisen Frauen deutlich mehr KH-Tage auf als Männer.
- Psychische Störungen sind besonders langwierig: Ein Fall dauerte in 2017 im Durchschnitt fast vier Wochen. Dieser Wert steigt damit wie in den letzten Jahren weiter an.
- Als Einzeldiagnosen stechen Depressionen (F32, F33) besonders heraus: Allein auf diese gehen 10% aller KH-Tage zurück, von den KH-Tagen aufgrund psychischer Störungen sind es sogar fast die Hälfte (44%). Zudem sind für die rezidivierende Form dieser Krankheit (F33) auch in diesem Jahr die Fallzahlen (+4%) weiter gestiegen.
- Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 60. Lebensjahr ist dies der häufigste Grund einer stationären Behandlung. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

### Arzneimittelverordnungen

- Im Jahr 2017 ist ein leichter Rückgang bei den verordneten definierten Tagesdosen als auch beim Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung zu beobachten, während die Einzelverordnungen nahezu unverändert sind.
- Ob sich dieser Trend fortsetzt und wodurch er begründet ist, muss in den Folgejahren weiter beobachtet werden.

- Mehr als jede vierte Einzelverordnung (26,6%) sowie mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (44,3%) gehen auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zurück.
- Zusammen mit den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie das Nervensystem, sind diese drei Wirkstoffgruppen für mehr als die Hälfte (54,2%) aller Einzelverordnungen bzw. für über zwei Drittel (69,2%) aller Tagesdosen verantwortlich.
- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem zeigt sich mit zunehmendem Lebensalter der deutlichste Anstieg bei den Verordnungsmengen. Dieser Anstieg korrespondiert mit den altersabhängigen Prävalenzen chronischer Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck oder anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

## 2. Schwerpunktthema „Arbeit und Gesundheit Generation 50+“

- Etwas mehr als ein Drittel (33,9%) aller beschäftigten Mitglieder der Betriebskrankenkassen sind 50 Jahre oder älter – im Vergleich zum Jahr 2007 hat deren Anteil um 13,1 Prozentpunkte zugenommen.
- Zwischen den einzelnen Wirtschafts- bzw. Berufsgruppen differieren die Anteile der Beschäftigten 50+ zwischen 25,1% bis zu 51,9%.

### Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Altersbedingt steigen die Fehlzeiten am deutlichsten bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, weniger stark bei den psychischen Störungen und kaum bei den Atemwegserkrankungen.
- Jenseits des 50. Lebensjahres nimmt die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie der Neubildungen im AU-Geschehen merklich zu.
- Für alle Krankheitsarten gilt dagegen, dass mit zunehmendem Alter die durchschnittliche Dauer eines AU-Falls und somit auch der Anteil an Langzeiterkrankungen zunehmen.
- Zwischen den Wirtschaftsgruppen unterscheiden sich die durchschnittlichen AU-Tage bei den Beschäftigten 50+ bis zum 2,5-Fachen voneinander.
- Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen differieren die Fehltagelänge bei den Beschäftigten 50+ zwischen den Wirtschaftsgruppen um mehr als das Fünffache.
- Fehltagelänge aufgrund von Atemwegserkrankungen sind hingegen wenig alterssensitiv.

- Die Wirtschaftsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen bei den Beschäftigten 50+ weisen in der überwiegenden Zahl auch schon bei den jüngeren Beschäftigten die meisten bzw. wenigsten Fehltag auf.
- Beschäftigte 50+ in körperlich belastenden Berufen, insbesondere im Baubereich oder der Produktion, weisen die mit Abstand meisten Fehltag aufgrund von Muskel- und Skelett-Erkrankungen auf.
- Dagegen haben insbesondere Beschäftigte 50+ aus den sozialen, erzieherischen und pflegerischen Berufen besonders viele Fehltag aufgrund psychischer Störungen.

### Ambulante Versorgung

- Die Beschäftigten der Generation 50+ sind am häufigsten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung. Außerdem ist immerhin mehr als die Hälfte wegen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten und Herz-Kreislauf-Erkrankungen beim Arzt gewesen.
- Hingegen keine, oder nur geringe Unterschiede in der Inanspruchnahmequote im Vergleich der Beschäftigten 50+ zu den Jüngeren sind bei Infektionen, Atemwegserkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen zu verzeichnen.
- Besonders in Wirtschaftsgruppen mit vielen Kontakten zu anderen Menschen sind sehr hohe Anteile aufgrund von Atemwegserkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen. Dabei unterscheiden sich die Altersgruppen nicht voneinander.
- Hohe Anteile Beschäftigter 50+, die wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen ambulant behandelt werden, finden sich im Bereich Verkehr und Logistik, die niedrigsten hingegen in Kunst und Unterhaltung.
- Besonders viele Beschäftigte 50+ in Fertigungsberufen sowie in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen waren wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung.
- Diagnosen psychischer Störungen sind bei den Beschäftigten 50+ in hohen Anteilen bei den Gesundheitsberufen, aber auch bei anderen Berufen mit zwischenmenschlichem Kontakt zu finden.
- Bei beiden Erkrankungsarten zeigt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen jüngeren und älteren Beschäftigten: Berufsgruppen, die bei den unter 50-Jährigen über-/unterdurchschnittliche Anteile mit einer Diagnose aufwiesen, zeigen auch bei den Beschäftigten 50+ über-/unterdurchschnittliche Inanspruchnahmequoten.

### Stationäre Versorgung

- Mehr als jeder fünfte Behandlungstag erfolgt bei den Beschäftigten 50+ aufgrund psychischer Störungen. Damit gehen die weitaus meisten Behandlungstage auf diese Erkrankungsart zurück, gefolgt von Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen.
- Die Zahl der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen geht schon ab 60 Jahren zurück: Ein Hinweis darauf, dass aufgrund dieser Erkrankungsart viele frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.
- Bei den männlichen Beschäftigten 50+ stechen außerdem mit den zweitmeisten KH-Tagen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen hervor. Hingegen gehen bei den Frauen dieser Altersgruppe weniger als halb so viele Behandlungstage auf diese Diagnosegruppe zurück.
- Die Beschäftigten 50+ im Bereich Verkehr und Logistik weisen insgesamt die meisten Krankenhaustage auf, gefolgt von der Wirtschaftsgruppe Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung.
- Die meisten Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen sind bei den Beschäftigten 50+ in der Wirtschaftsgruppe Gesundheits- und Sozialwesen zu finden.
- Bei den Berufen weisen die meisten Behandlungstage bei den Beschäftigten 50+ die Sicherheitsberufe auf, gefolgt von den Verkehrs- und Logistikberufen.
- Bei den älteren Beschäftigten sind es die in Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen Tätigen die meisten Behandlungstage aufgrund von Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen aufweisen.
- Weniger altersabhängig im Hinblick auf stationär zu behandelnde Muskel-Skelett-Erkrankungen scheinen die IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufe zu sein, welche die geringste Anzahl an Behandlungstagen aufweisen.

### Arzneimittelverordnungen

- Mit zunehmendem Alter nimmt sowohl der Anteil der Beschäftigten, die ein Arzneimittel verordnet bekommen, aber insbesondere auch die Anzahl der Einzelverordnungen und Tagesdosen zu.
- Besonders bei den verordneten Mengen zeigt sich – im Gegensatz zum AU-Geschehen – kein sogenannter „healthy worker effect“. Die Gruppe der über 65-Jährigen erhält durchschnittlich die meisten Tagesdosen verordnet.

- Insbesondere solche Arzneimittel, wie die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, die im Zusammenhang mit meist altersbedingten Erkrankungen stehen, werden bei den Beschäftigten 50+ in weitaus größeren Mengen verordnet als bei den jüngeren Berufstätigen.
- Ein Gegenbeispiel sind die Antiinfektiva – hier finden sich zum Teil sogar höhere Verordnungsmengen bei den jüngeren Beschäftigten.
- Beschäftigte 50+, die im produzierenden, verarbeitenden und handwerklichen Bereich tätig sind, weisen sowohl insgesamt als auch bei den Herz-Kreislauf-Mitteln die mit Abstand meisten Tagesdosen auf.
- Dagegen zeigen sich bei den Antiinfektiva nur geringer Unterscheide zwischen den Altersgruppen bzw. den Branchen. Die dahinterstehenden Krankheitsursachen (z.B. Grippe- und Erkältungskrankheiten) treten nahezu über alle Altersgruppen gleich häufig auf.
- Beschäftigte 50+ aus den Verkehrs- und Logistikberufen (u.a. Postdienste), den Fahrzeugführern (u.a. LKW-, Bus- und Bahnfahrer) sowie den Sicherheitsberufen (u. a. Sicherheitsdienst, Polizei) bekommen sowohl insgesamt als auch bezogen auf Mittel für das Muskel-Skelett-System überdurchschnittlich viele Tagesdosen verordnet.
- Beschäftigte 50+ aus den sozialen, erzieherischen und gesundheitsbezogenen Berufen (u.a. Erzieher, Sozialarbeiter, Kranken- und Altenpfleger) bekommen dagegen die meisten Tagesdosen von Mitteln für das Nervensystem verordnet.

# Arbeit und Gesundheit in der Generation 50+: Ein Überblick

Holger Pfaff und Sabrina Zeike

## Problemstellung

Im Zuge des demografischen Wandels wird der Anteil der über 50-Jährigen (Generation 50+) weiter steigen. Die Zahl der Erwerbstätigen zwischen 50 und 65 Jahren ist bereits von 8,6 Millionen 2005 auf über 13,7 Millionen in 2016 angestiegen [1]. Entsprechend nahm die Erwerbstätigenquote zwischen 2005 und 2016 in der Altersspanne zwischen 50 und 55 Jahren von 75% auf 85%, im Alter zwischen 55 und 60 Jahren von 63% auf 79% und in der Altersspanne von 60 bis 65 Jahren sogar von 28% auf beachtliche 56% zu [1]. Das sind markante Veränderungen. Daraus folgt insgesamt eine Erwerbstätigen- und Fachkräftelücke [2].

Man hat heute als Unternehmen zwei grundsätzliche Möglichkeiten, der sinkenden Anzahl an Arbeitskräften zu begegnen: mehr junge Leute rekrutieren oder die älteren Arbeitnehmer länger in der Arbeit halten. Der Kampf um die jungen Talente kann sich schwierig gestalten. Das Angebot junger talentierter Menschen ist knapp und wo es Sieger in diesem Kampf gibt, gibt es auch Verlierer. Daher gehen inzwischen viele Unternehmen dazu über, Arbeitskräfte aus dem Ausland zu rekrutieren. Aber auch dieser Strategie sind Grenzen gesetzt (z.B. sprachliche und kulturelle). Damit rückt die zweite Handlungsoption in den Blickpunkt: das Halten der älteren Arbeitnehmer bis zur gesetzlichen Verrentungsgrenze und - immer häufiger - darüber hinaus (z.B. als Seniorberater). Dies setzt jedoch voraus, dass die Gesundheit der älteren Arbeitnehmer „mitspielt“ und dies ermöglicht. Die Gesundheit der Mitarbeiter über 50 Jahren wird damit zu einer kritischen Größe. Sie zu erhalten, ist eine Angelegenheit, die alle Akteure fordert: den Mitarbeiter, das Unternehmen und den Staat. Wir werden im Folgenden anhand des Drei-Ebenen-Modells der Alter(n)sbewältigung zeigen, wie diese drei Akteure gefordert sind, wenn es darum geht, das Verhältnis von Arbeit und Gesundheit der über 50-Jährigen günstig zu gestalten.

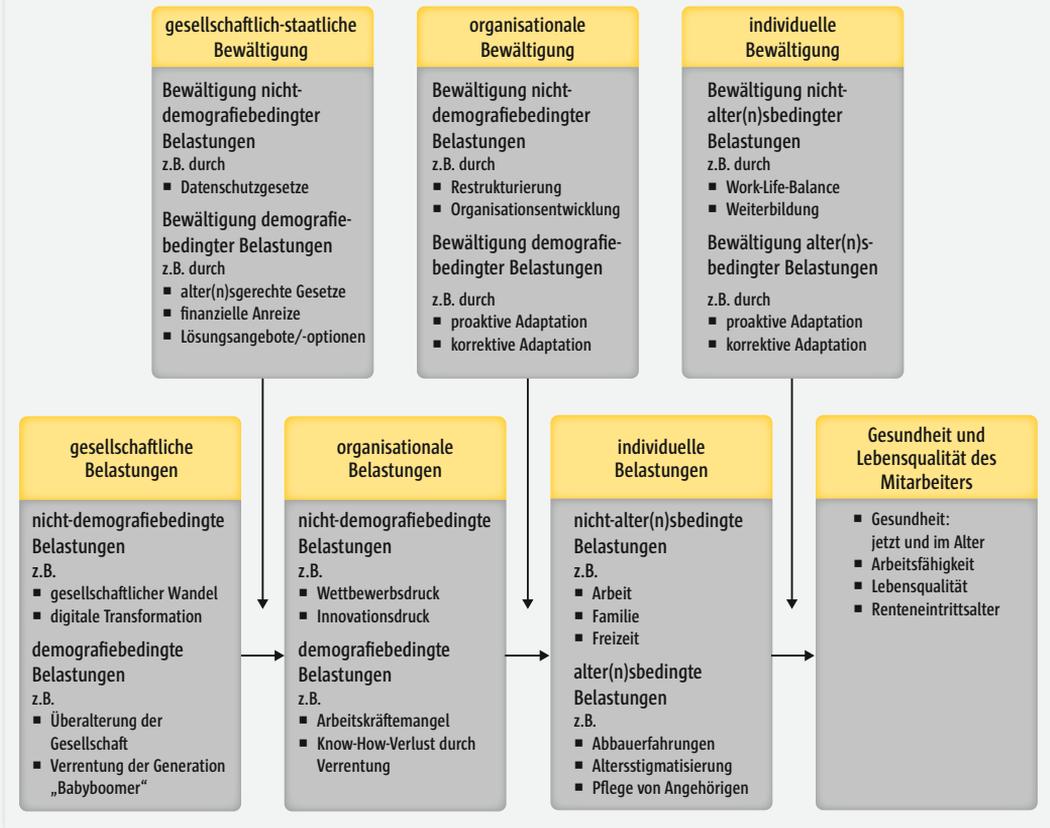
Die demografische Entwicklung bringt nach dem in **III** Abbildung 1 dargestellten Modell auf drei Ebenen spezifische Belastungen mit sich, die auf diesen Ebenen auch größtenteils bewältigt werden müssen: die gesellschaftliche, die betriebliche und die individuelle Ebene. Dieses Modell setzt an der Erkenntnis an, dass die Beeinflussung der Beziehung zwischen Arbeit und Gesundheit der Erwerbstätigen über 50 Jahren einen ganzheitlichen Ansatz benötigt, der von der Gesellschaft bis zum Individuum reicht [3]. Die folgende Abhandlung orientiert sich an diesem Modell.

## Die gesellschaftliche Ebene der Alter(n)sbewältigung

Jede Gesellschaft steht mehr oder weniger unter Stress. Über die Zeit hinweg kann sich der Charakter dieses Stresses wandeln. Ständen früher Seuchen, Dürren oder Weltkriege im Zentrum, hat es die heutige Gesellschaft eher mit Modernisierungsrisiken zu tun [4, 5]. Zu diesen zählt die demografische Entwicklung, aber auch andere Entwicklungen, die von einer überalterten Gesellschaft gemeistert werden müssen. Die technologische Entwicklung schreitet zum Beispiel rasant voran und macht es den Menschen, den Unternehmen und dem Staat zunehmend schwerer, angemessen mitzuhalten. Ogburn [6] hat schon früh auf das Phänomen des *cultural lag* hingewiesen. Er meinte damit, dass die Gesellschaft mit ihrer Gesetzgebung, ihren Normen und ihren Antworten der technischen Entwicklung oft stark „hinterherhinkt“. In der onkologischen Medizin zum Beispiel wird es immer schwieriger, die Leitlinien für die Diagnose und Behandlung von spezifischen Krebskrankheiten auf dem neuesten Stand zu halten, weil es immer mehr Entdeckungen und Neuerungen auf dem Gebiet der Onkologie in immer kürzerer Zeit gibt [7].

Die Dynamik geht mit der technologischen Entwicklung, der Globalisierung der Wirtschaft und

Abbildung 1 Das 3-Ebenen-Modell der Alter(n)sbewältigung



einer Entwicklung einher, die immer öfter unter dem Akronym *VUCA* diskutiert wird [8].

**VUCA**

- Volatility = Volatilität/Schwankungen
- Uncertainty = Unsicherheit
- Complexity = Komplexität
- Ambiguity = Ambiguität/Mehrdeutigkeit

Diese Entwicklung in Richtung einer *VUCA*-Welt ist auch für die Altersfrage relevant, da sich Manager die Frage stellen müssen, inwieweit die Mitarbeiter 50+ in einer *VUCA*-Welt noch bestehen können und was getan werden muss, damit sie es in Zukunft besser können. Zu dieser an sich schon beanspruchenden Entwicklung tritt nun die demografische Entwicklung als zusätzliche gesellschaftliche Herausforderung hinzu. Sie ist gekennzeichnet durch

Verrentung der Babyboomer, niedrige Geburtenrate, steigende Lebenserwartung (zzt. 2,5 Jahre pro Jahrzehnt [9]) und Zustrom von Migranten [10]. Das Statistische Bundesamt schrieb dazu jüngst:

*„Die Jüngeren werden weniger, die Älteren werden mehr: Diese Verschiebung in der Altersstruktur, auch demografischer Wandel genannt, ist die Folge von anhaltend niedrigen Geburtenraten (Europäische Union (EU-28): 1,60 Kinder je Frau) und steigender Lebenserwartung. Zuwanderung konnte die Alterung der Bevölkerung bisher allenfalls dämpfen, nicht jedoch aufhalten“ [1].*

Zu den positiven Seiten der skizzierten Entwicklung zählt, dass die Gefahr von Massenarbeitslosigkeit in Zukunft eher abnimmt. Das vor uns stehende zweite Maschinenzeitalter (Industrie 4.0) wird – so eine These – durch die steigende Automatisierung viele Arbeitskräfte freisetzen und ganze Berufe überflüssig

machten [11, 12]. Die Gegenthese ist, dass das zweite Maschinenzeitalter zu neuen Berufen und Tätigkeiten führt, die den Verlust an alten Arbeitsstellen wettmachen werden oder die den Verlust abfedern [13, 14]. Gleich wie sich die Zukunft auf dem Arbeitsmarkt entwickelt, sie trifft aufgrund der niedrigen Geburtenrate auf eine geringer werdende Erwerbstätigenzahl, wenn die Migration auf dem gleichen Stand bleibt.

### *Staatliche Bewältigung der demografischen Belastungen*

Auf gesellschaftlicher Ebene ist es aufgrund der demografischen Entwicklungen und der notwendigen Umstrukturierungen im Sozialversicherungssystem unabdingbar, die gesellschaftlichen Strukturen und Prozesse aktiv an die Herausforderungen anzupassen und dort, wo dies nicht geht, Kompensationsstrategien einzuleiten. In diesem Zusammenhang kommt dem Staat (Bund, Länder, Kommunen) neben der Zivilgesellschaft eine bedeutende gestalterische Rolle zu. Der Staat hat mehrere Möglichkeiten zu gestalten. In erster Linie ist an das hoheitliche Handeln zu denken, das im Falle der Legislative die Gesetzgebung, im Falle der Exekutive die Verwaltungsakte und im Falle der Judikative die gerichtlichen Entscheidungen umfasst. Von der Art der Steuerung (Governance) kann man direkte und indirekte Steuerung unterscheiden. Direkte Steuerung erfolgt über Gebote und Verbote in Form von Gesetzen, Erlassen und Verordnungen (z.B. Pflegegesetz). Das hoheitliche Handeln des Staates fällt unter die direkte Steuerung. Eine indirekte Steuerung ist gegeben, wenn

- finanzielle Anreize zur Steuerung des Verhaltens eingesetzt werden, wenn
- strukturelle oder prozedurale Angebote des Staates die Wahrscheinlichkeit eines gewünschten kollektiven oder individuellen Verhaltens erhöhen oder wenn
- der Staat über Kampagnen, Informationen und Meinungsmacher die Überzeugung, dass das Zielverhalten ein anzustrebendes Verhalten sei, in der Gesellschaft und bei dem Einzelnen erhöht.

Ein Beispiel für eine Alterspolitik, die viele dieser Steuerungsmöglichkeiten einsetzt, ist der Nationale Aktionsplan zur Umsetzung des zweiten UN-Weltaltenplans mit seinen Schwerpunkten Demografiestrategie, Aktives Altern, Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, Pflegestärkungsgesetz sowie Pflegeausbildung und Alterssicherung [15, 16]. Eine Mi-

schung aus verschiedenen Steuerungselementen enthält auch die aktuelle Diskussion zum Übergangsmanagement im Altersprozess [10] und das Zehn-Punkte-Programm des Runden Tisches „Aktives Altern – Übergänge gestalten“ mit den Themenfeldern Übergangsmanagement, Bildung im und für das Alter, Digitalisierung und Engagement nach Beendigung der Erwerbstätigkeit.

Die Strategien spiegeln auch das Leitbild des aktivierenden Staates wider. Der Staat versucht im Rahmen dieses Leitbilds die Zivilgesellschaft mit in die Steuerung und Gestaltung einzubeziehen und so ihre Kreativität zu nutzen. Noch deutlicher wird die Mehr-Ebenen-Strategie des Staates in der Demografiestrategie des Bundes mit den Maßnahmen Stärkung des wirtschaftlichen Wachstumspotenzials, Förderung des sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhalts, Förderung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in den Regionen, Gewährleistung solider Finanzen für die Handlungsfähigkeit des Staates und verlässliche soziale Sicherungssysteme [17].

### **Die organisationale Ebene der Alter(n)sbewältigung**

#### *Demografiebedingte organisationale Belastungen*

Der Staat kann zusammen mit den Kräften der Zivilgesellschaft die demografische Entwicklung und ihre Folgen nur begrenzt gestalten und abfedern. Daher kommen auf die Organisationen in der Gesellschaft (z.B. Wirtschaftsunternehmen, öffentliche Verwaltungen, Dienstleistungsorganisationen) als nächste Ebene trotz aller staatlichen Bemühungen demografiebedingte Belastungen zu. Einerseits resultieren diese aus der Umsetzung der staatlichen Bewältigungsstrategie (z.B. Demografiestrategie). Andererseits gibt es Belastungen, die sich direkt aus den demografischen Herausforderungen selbst ergeben. Dazu zählen Arbeitskräftemangel, Überalterung der Belegschaft und vorzeitige Verrentung. Eine weitere Belastung für die Unternehmen ist der massive Know-how-Verlust, der durch den Weggang der personenstarken Generation der „Babyboomer“ erzeugt wird. Es gibt Betriebe, die die „Alten“ aus dem Ruhestand zurückrufen, um ihr Know-how flexibel einsetzen zu können. Mit den verrenteten Mitarbeitern der Generation „Babyboomer“ steht damit eine Arbeitskraftreserve zur Verfügung, die einen hohen Erfahrungsschatz besitzt und die in volatilen Zeiten [18] flexibel einsetzbar sind. Unternehmen können dadurch zu „atmenden Unternehmen“ werden.

### *Organisationale Bewältigung der demografischen Herausforderungen*

In Übertragung des Konzepts des aktiven Alterns von Kahana [19] unterscheiden wir zwischen proaktiver und korrekativer Anpassung und Bewältigung.

### *Proaktive Bewältigung der demografischen Herausforderung*

Proaktive Bewältigung kann als eine Form des organisationalen Handelns definiert werden, bei der der Akteur die Herausforderungen ernst nimmt und handelt, bevor Probleme auftreten, um den Eintrittsfall zu verhindern. Zu den proaktiven Maßnahmen von Unternehmen gehören

- die Zukunftsplanung (z.B. langfristige Personalbedarfsplanung im Rahmen einer demografie-sensiblen und -vorsorgenden Personalpolitik),
- der Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements mit dem Ziel des gesunden Alterns und
- der Auf- und Ausbau des Übergangsmanagements.

**Demografiesensible Personalpolitik:** Im Zuge der demografischen Entwicklung wird sich der Wettbewerb um Arbeitskräfte verschärfen, und es wird schwieriger werden, Fachkräfte langfristig zu binden. Für die Unternehmen bedeutet dies, die Attraktivität als Arbeitgeber zu erhöhen und die Potenziale der vorhandenen Arbeitskräfte optimal auszuschöpfen, z.B. durch Sicherung der Arbeitsfähigkeit der älteren Belegschaft, Schaffung guter Arbeitsbedingungen, Motivationsaufbau, Schaffung von Weiterbildungsmöglichkeiten und Gesundheitsförderung [20]. Unternehmen müssen sich außerdem auf veränderte Bedürfnisse der Beschäftigtengruppe 50+ anpassen. Aus motivationaler Sicht verändern sich die Bedürfnisse der Arbeitnehmer mit zunehmendem Alter. Die Arbeitsmotivation nimmt im Alter weder ab noch zu, benötigt jedoch eine veränderte Ansprache durch den Arbeitgeber [21]. Dies bedeutet, dass das Personalmanagement für die Mitarbeiter ab 50 eine zielgruppenspezifische Ansprache verwenden sollte. Gefragt ist auf Dauer zudem eine lebenszyklusorientierte Personalentwicklung, um das Personal langfristig binden zu können. Dazu zählt auch der nächste Punkt.

**Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) für die Generation 50+:** Die individuelle Gesundheit gehört zu den wichtigsten Ressourcen des Mitarbeiters bei der Bewältigung normaler und altersbedingter Belastungen. Es ist daher zwingend notwendig, die Gesundheit zu erhalten und/oder zu fördern. Die Verantwor-

tung dafür liegt zu gleichen Teilen bei dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer. Dies gilt vor allen Dingen dann, wenn es um die Abwehr von chronischen Erkrankungen geht, da in diesen Fällen der kranke Arbeitnehmer durch gezieltes Gesundheitsverhalten zum Ko-Produzent seiner eigenen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit wird. Da die Gesundheit auch abhängig ist von den Bedingungen in der Arbeit, stellt die Verbesserung der Gesundheit eine gemeinsame Aufgabe von Unternehmen und Mitarbeiter dar. Diese gemeinsame Aufgabe gilt es durch BGM zu fördern [22].

### **Das 7-Komponenten-Modell eines modernen betrieblichen Gesundheitsmanagements:**

1. Arbeits- und Gesundheitsschutz,
2. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF),
3. gesundheitsrelevante Personal- und Organisationsentwicklung,
4. Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM),
5. betriebliches Fehlzeitenmanagement,
6. betriebliches Versorgungsmanagement und
7. das zusammenfassende Management dieser sechs Aktivitäten zur Erreichung definierter Gesundheits- und Versorgungsziele.

Die Komponenten 1-3 stellen proaktive Strategien und die Komponenten 4 und 6 korrektive Maßnahmen dar.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist eine Managementaufgabe und beinhaltet die systematische und zielorientierte Steuerung aller Prozesse zur Gesundheitsförderung in einem Unternehmen. In Zeiten des Fachkräftemangels können mit einem im Unternehmen gelebten, attraktiven Gesundheitsmanagement Mitarbeiter an dieses gebunden und neue gewonnen werden. Zu den wichtigsten proaktiven Maßnahmen der Unternehmen zählt in diesem Bereich die (psychische) Gefährdungsbeurteilung. Diese dient dazu, Gefährdungen der Mitarbeiter zu identifizieren und handeln zu können, bevor Schäden auftreten. Ein weiterer Aspekt des proaktiven Managements der demografischen Entwicklung ist der Ausbau der Selbstmanagementfähigkeiten des Arbeitnehmers. Im Zuge der Verbreitung „autonomer“, „örtlich verteilter“ und unvollständig von Freizeit abgegrenzter Arbeitsformen können Beschäftigte weniger durch lokale BGF-Maßnahmen erreicht werden als früher in zentralisierten Organisationsformen. In agilen Zeiten muss mehr auf eigenverantwortliches, gesundheitskompetentes Handeln der Beschäftigten gesetzt werden

[23, 24, 25]. Gesundheitskompetenz bei den Mitarbeitern 50+ aufzubauen und die 40- bis 50-Jährigen darauf vorzubereiten, ist daher ein zentrales Gesundheitsziel des BGM. Dieser Aspekt der Förderung der Gesundheitskompetenz ist für den älteren Arbeitnehmer oft schon deshalb von besonderer Bedeutung, weil durch gesetzliche oder arbeitsmarktpolitische Vorgaben der Renteneintritt hinausgezögert werden soll. Arbeitnehmer der Generation 50+ müssen sich im Rahmen dieser Strategie möglichst fit und gesund und damit arbeitsfähig halten. Diese Individualstrategie sollte durch eine betriebliche Verhältnisprävention ergänzt werden. Hierzu zählen die verschiedenen Formen der präventiven Arbeitsgestaltung, die sich an den bewährten Modellen der betrieblichen Epidemiologie, dem Gratifikationskrisenmodell, dem Anforderungs-Kontroll-Modell und dem sozialen Unterstützungsmodell [26, 27, 28, 29] orientieren. Dies bedeutet, dass die Arbeitsbelastungen gesenkt, der Handlungsspielraum bei der Arbeit verbessert, die materiellen und immateriellen Gratifikationen erhöht und die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz gefördert werden sollten [26].

**Übergangsmangement:** Im Rahmen der demografievorsorgenden Personalpolitik spielt das aktive Übergangsmangement eine wichtige Rolle. Das betriebliche Übergangsmangement bereitet Mitarbeiter 50+ beispielsweise durch Schulungen und Übergangsangebote darauf vor, friktionslos vom Arbeitsalltag in das Rentnerdasein überzugehen. Im Sinne eines lebensphasenorientierten Personalmanagements können Maßnahmen des Übergangsmagements einen unternehmerischen (Stichwort Wissensmanagement), einen individuellen sowie einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen haben. Neben Staat und Kommunen sind auch Unternehmen zur Erschließung und Aktivierung von Potenzialen durch ein Übergangsmangement aufgerufen. Eine freiwillige berufliche Tätigkeit im höheren Alter oder bürgerschaftliches Engagement sind dabei besonders in den Blick zu nehmen [10].

### *Korrektive Anpassungsstrategien*

Unter den korrektiven Maßnahmen betrachten wir im Folgenden Anpassungen der Arbeit an die bereits verminderte Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers (durch Arbeitsgestaltung) und Maßnahmen bei bereits vorhandenen körperlichen oder seelischen Krankheiten wie im Falle des betrieblichen Versorgungsmanagements und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

### **Anpassung der Arbeit an die verminderte Arbeitsfähigkeit:**

Die Anpassung der Arbeit an die Fähigkeiten des älteren Arbeitnehmers kann auf zwei Arten erfolgen, entweder wird der notwendige Fit zwischen Arbeit und Arbeitnehmer über einen Wechsel des Arbeitsplatzes hergestellt oder der alte Arbeitsplatz wird an die neuen Fähigkeiten des älteren Mitarbeiters angepasst. Vielen Beschäftigten ist es aufgrund altersassoziierter körperlicher oder psychischer Veränderungen nicht möglich, ihren (erlernten) Beruf bis zum Zeitpunkt des Erreichens des gesetzlichen Renteneintrittsalters auszuüben. Dies betrifft neben körperlich belastenden Tätigkeitsfeldern, wie sie z.B. im Handwerk gegeben sind, auch pflegende und pädagogische Berufe. Für diese Berufsgruppen müssen Alternativen und ggf. Um- und Weiterbildungsmaßnahmen angeboten werden. Als Orientierungshilfe sollten Unternehmen bei der Abstimmung der Maßnahmen aufgrund der großen Varianz der Veränderungen durch zunehmendes Alter nicht das chronologische Alter einer Person als Maßstab anlegen, sondern sich an ihren individuellen Veränderungen ausrichten [21]. Kommt kein Arbeitsplatzwechsel infrage oder ist dieser nicht erwünscht (z.B. wegen der damit oft verbundenen beruflichen Nachteile), dann kommt es darauf an, den alten Arbeitsplatz mit Blick auf die vorhandenen individuellen Veränderungen anzupassen. Maßnahmen wie die Verringerung von Arbeitslast, die Einführung flexibler Arbeitszeiten oder die ergonomische Anpassungen des Arbeitsplatzes können die Arbeitssituation für ältere Arbeitnehmer spürbar verbessern [3]. In diese Richtung laufen auch verschiedene Strategien des Personalbereichs (HR). Je nach Unternehmensklima („age discrimination climate“ vs. „age-friendly organizational climate“) sind diese unterschiedlich ausgestaltet. Übergeordnetes Ziel von HR-Maßnahmen im Bereich des aktiven Alterns ist die Anpassung des organisationalen Arbeitsrahmens an Bedürfnisse alternder Arbeitnehmer. Zacher, Kooij und Beier (2018) erwarten darüber hinaus, dass sich die Veränderungen nicht nur auf die priorisierte Zielgruppe der älteren Arbeitnehmer, sondern ebenso auf Arbeitnehmer anderer Altersgruppen förderlich auswirken [21]. Besonders anzumerken ist, dass hier noch ein weiter Weg zu gehen ist, da nur ein geringer Anteil an Unternehmen durch besondere Arbeitsplatzausstattungen auf die physischen Bedürfnisse älterer Mitarbeiter eingehen [30].

**Betriebliches Versorgungsmanagement:** Unter betrieblichem Versorgungsmanagement verstehen wir alle Aktivitäten des Betriebes, die dazu dienen, sekundärpräventiv, kurativ und/oder rehabilitativ tätig zu wer-

den. Im sekundärpräventiven Bereich zählen dazu Vorsorge- und Screeninguntersuchungen und Maßnahmen zur Verminderung von bestehenden Risikofaktoren (z.B. Risikofaktoren für Herzinfarkt). Im kurativen Bereich zählen dazu Maßnahmen der Notfallmedizin und der Ersten Hilfe sowie die betriebsnahe Unterstützung der Behandlung von chronischen Krankheiten [31] wie z.B. Behandlung bei Rückenbeschwerden [32], die Durchführung von psychosomatischen Sprechstunden im Betrieb [33, 34] sowie das Angebot an die Arbeitnehmer, Hotlines zur Durchführung von Erstberatung bei psychischen und anderen Problemen in Anspruch nehmen zu dürfen, z.B. im Rahmen von *Employee Assistance Programs* [35]. Im rehabilitativen Bereich zählt dazu z.B. das Betriebliche Eingliederungsmanagement (siehe unten). Man kann das betriebliche Versorgungsmanagement auch als Vorfeld-Versorgung bezeichnen. Eine wesentliche Funktion des betrieblichen Versorgungsmanagements ist es, eine geleitete Überführung in das „normale“ Versorgungssystem zu gewährleisten z.B. durch Modelle der Zusammenarbeit zwischen Betriebsarzt und niedergelassenen Hausärzten [36, 37].

**Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM):** Das gesetzlich vorgeschriebene BEM gehört ebenfalls in die Kategorie der korrektiven Maßnahmen. Es hat seine Rechtsgrundlage im § 84 (alt - neu: § 167 SGB IX) des neunten Sozialgesetzbuchs und verpflichtet den Arbeitgeber, falls bestimmte Bedingungen erfüllt sind, zum Eingliederungsmanagement. Das BEM gehört zur Fürsorgepflicht des Arbeitgebers in Bezug auf erkrankte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es bezieht sich dabei auf alle Beschäftigten und nicht nur auf behinderte und schwerbehinderte Arbeitnehmer. Nach dem Gesetz kann BEM eingeleitet werden, wenn „Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig“ waren. In diesem Fall „klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 176, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (Betriebliches Eingliederungsmanagement)“ (§ 167; SGB IX). Für die Durchführung des BEM ist die Zustimmung des betroffenen Beschäftigten erforderlich [38]. Es konnte gezeigt werden, dass Betriebe mit einem hohen Anteil an über 50-Jährigen auch eher BEM praktizieren [39].

Diese Betriebe weisen auch meist mehr Aktivitäten im Bereich der Integrationsmaßnahmen auf. In solchen „altersaktiven Betrieben“ steht man dem Instrument des Krankenrückkehrgesprächs positiver gegenüber als in nicht-altersaktiven Betrieben [39]. Man findet gewissermaßen ein Kümmerer-Syndrom vor: Betriebe, die sich um ihre Mitarbeiter kümmern, die Integrationsmaßnahmen voranbringen und gesundes Altern propagieren, führen auch eher BEM durch. Der Umsetzungsstand des BEM ist allerdings insgesamt immer noch unbefriedigend. Das BMAS hält dazu aktuell fest:

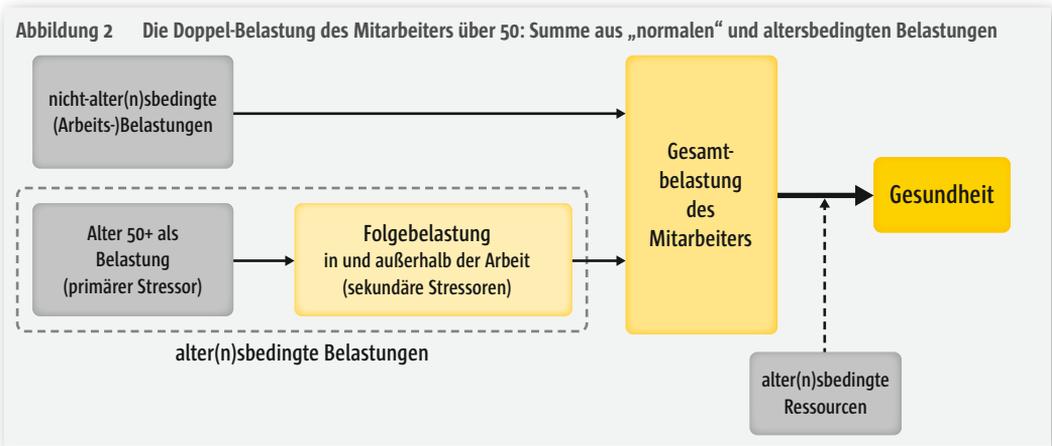
*„Untersuchungen zum Stand der Umsetzung des BEM in den Betrieben machen deutlich, dass noch erheblicher Optimierungsbedarf besteht in Bezug auf die Qualität der Durchführung des BEM. Stichworte sind vor allem die ausreichende Information der Betroffenen, die Transparenz des Verfahrens insgesamt und der Datenschutz. Ein besonderes Umsetzungspotential besteht noch bei den kleinen und mittleren Unternehmen (KMU)“ [40].*

Insgesamt ist das Bild bezüglich der Durchführung korrektiver Maßnahmen zwar durchaus positiv, weist aber auch Schattenseiten auf. So sehen viele Betriebe und Experten die Betriebliche Gesundheitsförderung immer noch nicht unter dem Aspekt der Lebensarbeitszeitverlängerung, sondern mehr unter dem Aspekt der Produktivität. Gesundes Altern wird propagiert, weil man sich positive Effekte auf die Fehlzeiten und die Produktivität verspricht. Eine vorausschauende Planung im Sinne der Prävention findet oft nur am Rande statt [39].

## Die individuelle Ebene der Alter(n)sbewältigung

### *Alter(n)sbedingte Belastungen*

Trotz aller Bemühungen von Seiten der Unternehmen und des Staates die alter(n)sbedingten Belastungen gering zu halten (siehe vorherige Ausführungen), werden die Mitarbeiter immer wieder alter(n)sbedingte Belastungen zu bewältigen haben (vgl. ►► Abbildung 1). Wir müssen davon ausgehen, dass Mitarbeiter der Generation 50+ unter Umständen einer Doppelbelastung ausgesetzt sind: sie haben einerseits die „normalen“ Arbeitsbelastungen zu bewältigen und andererseits unter Umständen zusätzlich die alter(n)sbedingten Belastungen (vgl. ►► Abbildung 2). Weiter unterteilen wir bei den alter(n)sbedingten Belastungen zwischen primären Stressoren (hier das objektive Alter über 50 Jahren) und den sekundären Stressoren. Sekundäre Stressoren sind



die Folgeprobleme, die durch den primären Stressor Alter ausgelöst werden. In einer Lebenssituation die eher durch stagnierende oder gar abnehmende interne und externe Ressourcen gegeben ist, kann das Hinzukommen der altersbedingten Belastungen zu einer gesundheitsgefährdenden Belastung-Ressourcen-Schere führen (wenigen Ressourcen stehen viele Belastungen gegenüber).

Bei den normalen, nicht-alter(n)sbedingten Belastungen spielen die Belastungen aus der Arbeit, der Familie und der Freizeit eine dominierende Rolle. Die Belastungen aus der Arbeit können Belastungen aus der Tätigkeit und dem organisationalen Wandel beinhalten. Vor allem die Modernisierung der Unternehmen, wie sie z.B. durch die digitale Transformation gegeben ist, spielt eine besondere Rolle für die Arbeitnehmer der Generation 50+.

Bei den alter(n)sbedingten Belastungen handelt es sich einerseits um **Abbaubelastungen**. Damit meinen wir den altersnbedingten Abbau von Arbeitsfähigkeit, von körperlicher Widerstandsfähigkeit und von der Fähigkeit, mit neuen Technologien und Innovationen adäquat umgehen zu können (Digitalkompetenz). Konkrete Abbaubelastungen können sich aus dem Auftreten und dem Fortbestehen von chronischen Krankheiten (z.B. Diabetes) und dem Auftreten von akuten Krankheiten (z.B. Herzinfarkt) ergeben. Eine weitere Quelle von Abbaubelastungen sind Erfahrungen der funktionellen Einschränkung und der körperlichen oder seelischen Behinderung [19]. Weiter können mit zunehmendem Alter die körperliche Stärke, die kognitive Geschwindigkeit, die Gedächtnisleistung und das schlussfolgernde Denken („reasoning abilities“) abnehmen. Diesem Wertverlust im Alter („depreciation model“) kann jedoch

auch ein Wertgewinn und ein Entwicklungspotenzial entgegenstehen („conservation model“). So wirkt sich das fortgeschrittene Alter im Durchschnitt positiv auf Ressourcen wie Lebenserfahrung, arbeitsbezogene Kenntnisse, die Fähigkeit zur Gefühlsregulation, interpersonelles Vertrauen, Loyalität und Engagement aus. Des Weiteren zeigen Arbeitnehmer höherer Altersgruppen eine durchschnittlich höhere Arbeitszufriedenheit. Viele altersbedingte Verluste können daher durch ein Mehr an Arbeitserfahrung und Wissen ausgeglichen werden [21, 44, 45]. Es wird daher heutzutage davon ausgegangen, dass Altern für die Arbeitsleistung einer Person sowohl zu Verlusten als auch zu Gewinnen führt [45].

Ein Teil der alter(n)sbedingten Belastung resultiert aus **der Stigmatisierung des Alters** (Altersstigmatisierung; siehe auch [41]). Damit meinen wir die offene oder verdeckte „Brandmarkung“ als „Nicht-mehr-so-leistungsfähigen Arbeitnehmenden Vorruheständler“ oder als „Nicht-mehr-so-wichtig-zu-nehmenden Vorruheständler“. Solche Stigmatisierungsprozesse können vor allem nach Lebensereignissen entstehen, die in den Augen der Umwelt zu einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit führen (z.B. nach Herzinfarkt) [42]. Diese Stigmatisierung kann selbst gemacht sein, indem man sich die altersbedingte Einschränkung gewissermaßen „einredet“ oder sie können von außen durch Arbeitskollegen oder Vorgesetzte ausgelöst werden. Altersbedingte Stigmatisierungsprozesse haben viel mit dem Vorhandensein von defizitorientierten Altersbildern zu tun, also mit Bildern über das Alter(n), welche mit Einbußen jeglicher Art (körperliche, kognitive, seelische etc.) konnotiert sind [10]. Aufgrund dieser de-

fizitären Altersbilder kann Altersstigmatisierung auch dann auftreten, wenn objektiv bei der Gruppe der 50-Jährigen und Älteren oder dem einzelnen Mitarbeiter kein Anlass dafür gegeben ist. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang die Sicht der Akteure auf die Arbeitnehmer der Generation 50+. In einigen Unternehmen dominiert die Auffassung, älteren Arbeitnehmern sei eine verringerte Leistungsfähigkeit zuzuschreiben. Gedanklich werden die älteren Arbeitnehmer somit näher am Ruhestand als im aktiven Arbeitsleben gesehen. Im Gegensatz dazu sehen andere Unternehmen Arbeitnehmer der Generation 50+ als Beschäftigungsgruppe mit viel Potenzial [43]. Wir sehen in dem Bemühen, die defizitären Altersbilder gegen potenzialorientierte Altersbilder auszutauschen den Schlüssel zur Verringerung von Stigmatisierung und beruflichen Nachteilen im Alter [10].

Zu den alter(n)sbedingten Belastungen zählen weiter auch Erfahrungen des **sozialen Verlusts** [19]. So nimmt ab einem Alter von 50 Jahren die Wahrscheinlichkeit zu, Eltern, nahestehende Angehörige, Freunde und/oder Arbeitskollegen zu verlieren. Hinzu kommen eventuell Verlusterfahrungen in der Arbeitswelt, sei es, dass man ab einem gewissen Alter nicht mehr für die nächst höhere Position vorgeschlagen wird, dass man stetig intern an Einfluss verliert (u.a. weil das eigene Netzwerk langsam ebenfalls „in Rente geht“) oder dass man bei Umstrukturierungen im Betrieb „vergessen“ wird und plötzlich zum weitgehend nutzlosen „Überhang“ gehört.

Zu den besonderen alter(n)sbedingten Belastungen zählen zusätzlich – gerade bei den Arbeitnehmern 50+ – die Belastungen, die durch die **Pflege von Angehörigen** entstehen können. Diese Belastung kann z.B. einerseits durch den pflegebedingten Macht- und Einflussverlust im Beruf zustande kommen, aber auch andererseits durch die Belastung, die sich aus der Pflege selbst ergibt [46]. Dabei können die Arbeitnehmer durch die Pflege der Angehörigen auch gewinnen [47]. Die Bewältigung dieser Belastungen muss vom Mitarbeiter selbst geleistet werden, Betriebe und Staat können jedoch diese Pflegeleistung in vielfältiger Weise unterstützen [48].

Generell gilt, dass Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit immer relativ zur geforderten Arbeit zu sehen sind [30, 45]: Es geht um den Fit zwischen Person und Arbeitsumwelt. Fordert die Arbeitsumwelt mehr als die Person (hier der Mitarbeiter 50+) geben kann, liegt eine Überlastung vor. Ergebnisse einer Studie zum Zusammenhang von

Arbeitsbelastung, krankheitsbedingten Abwesenheitstagen und Alter zeigen, dass, wie in allen Altersgruppen, auch in der Altersgruppe 50+ ein hohes Ausmaß an Arbeitsbelastung mit einer erhöhten Anzahl an AU-Tagen einhergeht [49]. Für die Gruppe der ältesten Arbeitnehmer ist der Effekt von hoher Arbeitsbelastung auf krankheitsbedingte Abwesenheitstage etwas höher als bei jüngeren oder mittelalten Arbeitnehmern [49].

### *Individuelle Ebene der Alter(n)sbewältigung*

Wir haben bereits festgestellt, dass die Generation 50+ oft einer Doppelbelastung ausgesetzt ist. Dies bedeutet auch, dass die Bewältigung dieser Belastungen zu einer besonderen Herausforderung geraten kann. Wir unterscheiden bei der Bewältigung alter(n)sbedingter Belastungen resignative und präventive Anpassung an die alter(n)sbedingten Gegebenheiten. Die resignative Form ist durch Passivität oder gar in manchen Fällen Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit geprägt. Zielorientierte Handlungen sind in diesem Fall seltener zu erwarten. Dem gegenüber steht die präventive Anpassung. Hier geht es darum, aktiv die Umwelt und sich selbst zu gestalten, und zwar entweder mit proaktiver oder mit korrekativer Absicht [19].

Bei der proaktiven Adaption können verschiedene Formen unterschieden werden wie z.B. die aktive Gesundheitsförderung durch Sport, die aktive Zukunftsplanung (z.B. für Zeiten der Behinderung/Beinträchtigung; Umzug in treppenlose Wohnung; Alters-Wohngemeinschaft) und die Planung von Gemeinschaftsaktivitäten.

Bei der korrektiven Adaption sind die ersten Altersprobleme – wie altersbedingte Krankheiten – bereits vorhanden. In diesem Fall bieten sich – z.B. im Rahmen des oben skizzierten betrieblichen Versorgungsmanagements – mehrere individuelle Maßnahmen zur Korrektur oder Abschwächung der Probleme an (vgl. auch [19, 50]):

1. Die Nutzung finanzieller und sozialer Ressourcen, um die Altersprobleme abzuschwächen oder zu kompensieren.
2. Die Anpassung der sozialen Rollen an die neue Situation, indem z.B. in der Familie oder der Arbeit die vorhandenen Rollen an die neue Krankheitssituation angepasst werden.
3. Die Durchführung eines aktiven Krankheitsmanagements, indem der Patient eine proaktive Rolle bei der Diagnose und Behandlung einnimmt und neben dem Arzt zum Ko-Produzent seiner eigenen Gesundheit wird, gemeinsam mit dem Arzt über seine Behandlung entschei-

det und z.B. durch Veränderung des Gesundheitsverhaltens seinen Teil zur Gesundung beiträgt [52, 53].

4. Die Aktivierung des professionellen und des eigenen Netzwerks, um daraus instrumentelle und/oder emotionale soziale Unterstützung zu ziehen.
5. Die aktive Regulierung von Emotionen und Kognitionen, die mit den Altersproblemen und Krankheitsproblemen einhergehen (z.B. Wut; Resignation; Grübeln), indem z.B. Entspannungsübungen gelernt werden [50].

Darüber hinaus weist das sehr verbreitete SOC-Modell von Baltes darauf hin, dass der älter werdende Mensch vor allem drei Strategien zur Verfügung hat, um seine Leistungsfähigkeit aufrechtzuerhalten: Selektion, Optimierung und Kompensation (SOC = selection, optimization, and compensation). Diese werden als Grundprozesse der Erhaltung von Handlungskompetenz und Lebensqualität auch bei Funktionsverlusten und Einschränkungen angesehen und stellen daher korrektive Anpassungen dar [51]:

- **Selektion** bezieht sich auf die Entwicklung, Auswahl, Priorisierung und Kontextualisierung von Zielen und die Abstimmung dieser Ziele auf die eigenen Fähigkeiten und Bedürfnisse.
- **Optimierung** wird erreicht über die Aneignung und das Einüben neuer oder alter Fertigkeiten, über Investitionen in die Zeit des Einübens und die Integration von eingeübten Fertigkeiten in alltäglichen Handlungen.
- Unter **Kompensation** versteht man den Ersatz von verloren gegangenen Mitteln und Ressourcen durch neu erworbene oder bisher ungenutzte Ressourcen, indem z.B. Hilfsmittel in Anspruch genommen werden oder Unterstützung durch andere Personen gesucht oder akzeptiert wird.

Eine weitere Möglichkeit, individuumsorientierte Veränderungen bei Mitarbeitern 50+ zu etablieren, bieten die sogenannten I-Deals (ideosynkratische Vereinbarungen). Es handelt sich hierbei um individuelle Vereinbarungen zwischen einem Arbeitnehmer und seinem Arbeitgeber. I-Deals können aufgrund ihrer starken Passung für den einzelnen Arbeitnehmer auch innerhalb eines Unternehmens sehr heterogen und variabel sein. Charakteristisch für I-Deals ist weiterhin, dass es sich um für beide Vertragspartner gewinnbringende Maßnahmen handeln sollte [54]. Weiterhin empfehlen sich auch solche Maßnahmen, die die Vereinbarkeit von Fami-

lie und Beruf erleichtern und auf diese Weise den veränderten Bedürfnissen gerecht werden. Multiple Möglichkeiten sind hier durch technische Neuerungen im Zuge der Digitalisierung gegeben. Es geht bei I-Deals oft auch darum, einen neuen psychologischen Vertrag zwischen Arbeitgeber und älterem Arbeitnehmer „aufzusetzen“, z.B. hinsichtlich der Work-Life-Balance [55].

Die moderne VUCA-Welt benötigt nicht nur agile, weniger hierarchische Unternehmen, die sich ständig neu erfinden, sondern auch einen bestimmten Typ an Mitarbeitern, der mit weniger Hierarchie und weniger festen Strukturen auskommt. Die VUCA-fähigen Mitarbeiter müssen so agil, anpassungsfähig und flexibel sein, dass sie mit dem agilen Wettbewerbsumfeld und der agilen Organisation zurechtkommen. Nun stellt sich die Frage, ob eine Alterskohorte agiler ist, als die andere. In der Kohorte der 50+ (Generation der Babyboomer) muss die Agilität nicht unbedingt geringer sein als in der neuen Generation Y [56]. Das Problem der Kohorte ab 50 könnte jedoch darin bestehen, dass sie in einer Welt groß und sozialisiert wurde, in der Hierarchie normal und einen Wert an sich darstellte. Die hierarchisch sozialisierten Mitarbeiter könnten es schwerer haben, sich in der agilen, hierarchieärmeren VUCA-Welt zurechtzufinden. Es ist Aufgabe des Managements und vor allem des Personalmanagements die Mitarbeiter 50+ auf die neue Zeit vorzubereiten und von den Führungskräften hierarchieärmere Führung und von den Mitarbeitern egalitäreres Arbeiten zu fordern [57].

## Gesundheit und gesundes Altern

Das 3-Ebenen-Modell der Alter(n)sbewältigung postuliert, dass Gesundheit der Generation 50+ von der Höhe der Belastungen und der Art und Weise der Bewältigung auf der gesellschaftlichen, der organisationalen und der individuellen Ebene abhängt. Die Stärke der Beeinträchtigung der Gesundheit wird nach diesem Modell davon beeinflusst, wie stark die Belastungen auf den drei Ebenen sind und wie gut diese Belastungen auf diesen drei Ebenen bewältigt werden können. Je besser diese Bewältigung gelingt, desto besser dürfte die Gesundheit der älteren Beschäftigten ausfallen. Das langfristige Ziel ist, gesundes Altern zu ermöglichen [58]. Das Konzept des gesunden Alterns ist dabei durchaus schillernd. Manche Forscherinnen und Forscher fragen sich, ob gesundes Altern überhaupt gehen kann:

„Gesundes Altern frei von jeglichen Erkrankungen ist eine Utopie. Der Erhalt von Lebensqualität im Alter setzt das Ausschöpfen präventiver Potenziale, die Unterstützung vorhandener Ressourcen alter Menschen und nicht zuletzt das Abrufen von Fähigkeiten und Kompetenzen voraus“ [59:7].

Es geht beim gesunden Altern aus unserer Sicht daher um die Erreichung einer für das jeweilige Alter zufriedenstellende Gesundheit.

## Zusammenfassung

Wir haben gezeigt, dass die Bewältigung der Alter(n)sentwicklung nicht nur eine individuelle Angelegenheit der Mitarbeiter darstellt, sondern auch Aufgabe des Betriebes und des Staates ist. Auf der staatlichen Ebene besteht die Aufgabe darin, einen Großteil der demografischen Belastungen abzufedern, bevor sie beim Betrieb oder Mitarbeiter 50+ ankommen. Staat und Zivilgesellschaft verfügen über eine Reihe von Mitteln für die Bewältigung dieser Herausforderungen. Die Aufgabe des Betriebes besteht darin, die vom Staat nicht abgedeckten demografischen Belastungen seinerseits wiederum durch geeignete Bewältigungsmaßnahmen so zu puffern, dass die betriebliche Arbeit nicht leidet und der Mitarbeiter 50+ nach Möglichkeit nur wenige altersbedingte Belastungen zu gewärtigen hat. Dem Mitarbeiter 50+ steht dann eine Reihe von Bewältigungsmöglichkeiten des Alter(n)s zur Verfügung. Wir haben uns vor allem auf die proaktive Anpassung des Mitarbeiters konzentriert und zwei Strategien unterschieden: präventive und korrektive Maßnahmen. Es zeichnet sich als Kern des Forschungsstandes ab, dass für ein Gelingen der Gesunderhaltung der Mitarbeiter 50+ zwei Player eine zentrale Rolle spielen: der Mitarbeiter selbst und sein Arbeitgeber. Der Mitarbeiter muss lernen, sich gesundheitlich und arbeitstechnisch selbst zu managen und benötigt dafür mehr Gesundheits- und Digitalkompetenz. Gleichzeitig ist es Aufgabe des Arbeitgebers, die dafür notwendigen Rahmenbedingungen (z.B. Betriebsvereinbarungen), Anreize und hilfreichen Angebote für die Mitarbeiter der Generation 50+ zu schaffen. Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter 50+ müssen in Zukunft als Gemeinschaftsaufgabe zwischen Mitarbeiter und Arbeitgeber aufgefasst und als Vorgang der Ko-Produktion begriffen werden.

## Literatur

1. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017): Statistisches Jahrbuch Deutschland 2017. 1., Auflage. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
2. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2013): Arbeitsmarktprognose 2030. Eine strategische Vorausschau auf die Entwicklung von Angebot und Nachfrage in Deutschland. Bonn.
3. Naegele G: Nachhaltige Arbeits- und Erwerbsfähigkeit für ältere Arbeitnehmer. WSI Mitteilungen 2005(4): 214–9.
4. Badura B, Pfaff H: Stress, ein Modernisierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation. KZfSS 1989; 41(4): 644–68.
5. Beck U: Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne: Suhrkamp 1986.
6. Ogburn WF: Die Theorie des „Cultural Lag“. In: Dreitzel HP (ed.): Sozialer Wandel. Zivilisation und Fortschritt als Kategorien der soziologischen Theorie. Neuwied, Berlin: Luchterhand 1967; 328–338.
7. Hellmich S, Schreiber N, Fath B, Hallek M: Fortschritt durch vernetzte Strukturen. Herausforderungen für das Kompetenznetz Maligne Lymphome im Zeitalter der Präzisionsmedizin. Bundesgesundheitsbl (Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz) 2016; 59(4): 454–64.
8. Rodriguez A, Rodriguez Y: Metaphors for today's leadership: VUCA world, millennial and "Cloud Leaders". Journal of Mgmt Development 2015; 34(7): 854–66.
9. Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A: Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. APuZ 2007; 42: 11–8.
10. Bundesministerium für Familie und Senioren, Frauen und Jugend: Runder Tisch „Aktives Altern – Übergänge gestalten“: Ergebnispapier des Runden Tisches. Beschlussfassung 2018.
11. Brynjolfsson E, McAfee A: The second machine age: Work, progress, and prosperity in a time of brilliant technologies. New York, NY: Norton 2014.
12. Frey CB, Osborne MA: The future of employment: How susceptible are jobs to computerisation? Technol Forecast Soc Change (Technological Forecasting and Social Change) 2017; 114: 254–80.
13. Wolter MI, Mönnig A, Hummel M, et al.: Industrie 4.0 und die Folgen für Arbeitsmarkt und Wirtschaft: Szenario-Rechnungen im Rahmen der BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen. 8th ed. 2015.
14. Zentrum für europäische Wirtschaftsforschung (ZEW): Endbericht. Kurzwissenschaft Nr. 57: Übertragung der Studie Frey/Osborne (2013) auf Deutschland. Mannheim 2015.
15. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Nationaler Bericht – Bundesrepublik Deutschland: 15 Jahre Zweiter UN-Weltaltplan (Madrid International Plan of Action on Ageing – MIPAA), Madrid 2002 und 15 Jahre UNECE-Regionale Implementierungsstrategie (Regional Implementation Strategy – RIS), Berlin 2002. 1st ed. Rostock 2017.
16. Bundesministerium für Familie und Senioren, Frauen und Jugend: Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung des Zweiten UN-Weltaltplans, Madrid 2002 und der UNECE-Regionalen Implementierungsstrategie, Berlin, 2002: Herausforderungen und Chancen älter werdender Gesellschaften 2007.

17. Bundesministerium des Innern: Jedes Alter zählt: „Für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen“. Weiterentwicklung der Demografiestrategie. Berlin 2017.
18. Harris K, Kimson A, Schwedel A: Labor 2030: the collision of demographics, automation and inequality: The business environment of the 2020s will be more volatile and economic swings more extreme. 2018.
19. Kahana E, Kelly-Moore J, Kahana B: Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health* 2012; 16(4): 438–51.
20. Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Grünbuch: Arbeiten 4.0. Berlin 2015.
21. Zacher H, Kooij, Dorien T.A.M., Beier ME: Active aging at work: Contributing factors and implications for organizations. *Organ Dyn (Organizational Dynamics)* 2018.
22. Drexler H, Tautz A, Letzel S, Nesslerer T, Stork J: Arbeitsmedizin 4.0: Thesen der Arbeitsmedizin zum Stand und zum Entwicklungsbedarf der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. In: Rieger M, Hildenbrand S, Nesslerer T (eds.): Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer und Arbeitsmedizin: Ein Kompendium für das betriebliche Gesundheitsmanagement. Landsberg am Lech: ecomed Medizin 2016; 333–343.
23. Eickholt C, Hamacher W, Lenartz N: Gesundheitskompetenz im Betrieb fördern – aber wie? *Bundesgesundheitsbl* 2015; 58(9): 976–82.
24. Krause A: Interessierte Selbstgefährdung – von der direkten zur indirekten Steuerung. *ASU Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin) 2015; 50: 164–70.
25. Schwarzer R: Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3rd ed. Göttingen: Hogrefe 2004.
26. Siegrist J: Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen: Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen. München: Urban & Fischer in Elsevier 2015.
27. Pfaff H: Streßbewältigung und soziale Unterstützung: Zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens. Weinheim: Dt. Studien-Verl 1989.
28. House JS: Work stress and social support. Reading, Mass: Addison-Wesley Publ. Co 1981.
29. Badura B, Greiner W, Rixgens P, Ueberle M, Behr M: Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. 2nd ed. Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg 2013.
30. Allmendinger J, Ebner C: Arbeitsmarkt und demografischer Wandel.: Die Zukunft der Beschäftigung in Deutschland. *A & O* 2006; 50(4): 227–39.
31. Schwarz, Peter EH, Odenbach C, Rothe U, et al.: Prävention im betrieblichen Setting – eine gesellschaftliche Aufgabe. *Med Klin* 2008; 103(4): 210–6.
32. Moormann T, Bothe P, Huber M: BGM-innovativ – Arbeitsplatznahe, trägerübergreifendes Versorgungsmanagement der Betriebskrankenkassen. In: Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, Knieps F, Läger R, Ozegowski S et al. (eds.): *Innovationsfonds: Impulse für das deutsche Gesundheitssystem*, 1st ed. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2017; 272–278.
33. Mayer D, Schmidt H, Hölzer M: „Psychosomatische Sprechstunde“ und „Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin“: Erfahrungen aus der Automobilindustrie. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 2010; 45(10): 593–7.
34. Preiser C, Rieger MA: Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Chancen und Grenzen der Versorgung von Beschäftigten mit psychischen oder psychosomatischen Beschwerden – Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Dtsch med Wochenschr* 2012; 137: 262.
35. Younger B: Employee Assistance Programs. In: Cautin RL, Lilienfeld SO (eds.): *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc 2014; 1–5.
36. Pfaff H, Janßen C, Kowalski C, Brinkmann A: Ärzte und Betriebe: Gemeinsam für die Gesundheit: Ein neues Konzept für eine bessere Gesundheitsversorgung; Kurzfassung des Abschlussberichts zum Projekt „Ärzte und Betrieb als Kooperationspartner“ (ÄrBeK). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2009.
37. Rieger MA, Hildenbrand S, Nesslerer T, Letzel S, Nowak D (eds.): Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin: Ein Kompendium für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Landsberg am Lech, Landsberg am Lech: ecomed Medizin 2016.
38. Gödecker-Geenen N, Keck T, Knoche K, et al.: Betriebliches Eingliederungsmanagement in Deutschland – eine Bestandsaufnahme: Zusammengestellt von Karsten Knoche und Reinhold Sochert. *IGA aktuell* 2013; 24: 1–55.
39. Niehaus M, Magin J, Marfels B, Vater EG, Werkstetter E: Betriebliches Eingliederungsmanagement: Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln. Köln 2008.
40. Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Betriebliches Eingliederungsmanagement: Von der Arbeitsunfähigkeit zur Beschäftigungsfähigkeit. <https://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am-Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement.html> (Letzter Zugriff: 16.8.2018).
41. Saake I: Theorien über das Alter: Perspektiven einer konstruktivistischen Altersforschung. *Theories about age. Perspectives on the constructivistic age science*. Wiesbaden, s.l.: VS Verlag für Sozialwissenschaften 1998.
42. Pfaff H: Berufliche Belastungen, krankheitsbedingte Stigmatisierung und psychisches Befinden. In: Badura B, Kaufhold G, Lehmann H, Pfaff H, Schott T, Waltz M (eds.): *Leben mit dem Herzinfarkt Eine sozialepidemiologische Studie*. Berlin u.a.: Springer 1987; 204–231.
43. Nienhüser W: Alternde Belegschaften – betriebliche Ressource oder Belastung?: Betriebliche Probleme und Problemhandlungen in unterschiedlichen Human-Resource-Management-Systemen. In: Behrend C (ed.): *Chancen für die Erwerbsarbeit im Alter: Betriebliche Personalpolitik und ältere Erwerbstätige*. Wiesbaden, s.l.: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2002; 63–85.
44. Beier ME: The aging workforce and the demands of work in the 21st century. In: Finkelstein L, Truxillo D, Fraccaroli F, Kanfer R (eds.): *Facing the challenges of a multi-age workforce: A use-inspired approach*. Hoboken: Taylor and Francis 2015.
45. Truxillo DM, Cadiz DM, Hammer LB: Supporting the aging workforce: a review and recommendations for workplace interven-

- tion research. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.* 2015; 2(1): 351–81.
46. Zank S, Schacke C, Leipold B: Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). *Z Klin Psychol Psychother (Gott)* (Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie) 2006; 35(4): 296–305.
  47. Leipold B, Schacke C, Zank S: Prädiktoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter. *Z Gerontol Geriatr (Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie)* 2006; 39(3): 227–32.
  48. Böttcher S, Buchwald C: Care in Saxony-Anhalt in demographic change. *Z Gerontol Geriatr (Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie)* 2014; 47: 171.
  49. Götz S, Hoven H, Müller A, Dragano N, Wahrendorf M: Age differences in the association between stressful work and sickness absence among full-time employed workers: Evidence from the German socio-economic panel. *Int Arch Occup Environ Health* 2018; 91(4): 479–96.
  50. Kahana E, Kahana B: Stress and agentic ageing: A targeted adaptation model focused on cancer. In: Dennefer D, Philipson C (eds.): *Sage handbook of social gerontology*. London: Sage Publ. 2010; 280–293.
  51. Baltes PB, Baltes MM, Freund AM, Lang FR: The measurement of selection optimization, and compensation (SOC) by self-report: Technical report 1999. Berlin: Max-Planck-Inst. für Bildungsforschung 1999.
  52. Spatz ES, Krumholz HM, Moulton BW: Prime time for shared decision making. *JAMA* 2017; 317(13): 1309–10.
  53. Pfaff H, Schulte H: Der onkologische Patient der Zukunft: Co-Manager und Patienteneunternehmer in eigener Sache. *Onkologe* 2012; 18: 127–33.
  54. Bal, P.M., Kooij, D.T.A.M. & Rousseau, D.M. (ed.): *Aging workers and the employee-employer relationship*. Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer 2015.
  55. Nitzsche A, Kramer J: Förderung der Work-Life-Balance-Kultur – Ein Thema der Betrieblichen Gesundheitsförderung am Beispiel einer High-Tech-Industrie. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (eds.): *Fehlzeiten-Report 2015*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg 2015; 97–104.
  56. Zok K, Pigorsch M, Weirauch H: Babyboomer und Generation Y als beschäftigte: Was eint, was trennt? In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (eds.): *Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Berlin: Springer 2014; 47–59.
  57. Horney N, Pasmore B, O’Shea T: Leadership agility: A business imperative for a VUCA world. *People & Strategy* 2010; 33(4): 32–8.
  58. Wagner M, Rietz C, Kaspar R, et al.: Quality of life of the very old: Survey on quality of life and subjective wellbeing of the very old in North Rhine-Westphalia (NRW80+). *Z Gerontol Geriatr* 2017; 51(2): 193–9.
  59. Kuhlmei A: Gesundes Altern – geht das? *GGW* 2006; 6(1).



Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Studium der Sozial- und Verwaltungswissenschaften an den Universitäten Erlangen-Nürnberg, Konstanz und University of Michigan (Ann Arbor/USA). Habilitation im Fach Soziologie an der TU Berlin (1995). Seit 1997 Professor für „Medizinische Soziologie“ an der Universität zu Köln und seit 2002 Sprecher bzw. Direktor des Zentrums für Versorgungsforschung Köln. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (2002–2010), Sprecher der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW (2004–2009), erster und stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (2006–2014). Seit 2009 Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln und seit 2013 Kollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft. 2011 Visiting Scholar und Executive in Residence an der University of Michigan, Ann Arbor, und Visiting Researcher an der Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio. In 2014 und 2015 Visiting Research Fellow an der University of Aberdeen (European Visiting Research Fellowship der Royal Society of Edinburgh). Im Januar 2016 wurde Prof. Pfaff von Bundesminister Hermann Gröhe zum Vorsitzenden des Expertenbeirats Innovationsfonds berufen. Der Expertenbeirat hat zur Aufgabe, Empfehlungen zum Inhalt der Förderbekanntmachungen zu erarbeiten, Anträge auf Förderung zu begutachten und Empfehlungen zur Förderentscheidung zu erstellen.



Sabrina Zeike, M.A.

Nach einem gesundheitswissenschaftlichen Bachelor in den Niederlanden folgte das Studium der Rehabilitationswissenschaft an der Universität zu Köln (Master of Arts) mit den Studienschwerpunkten Organisations- und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Von 2013 bis 2015 Tätigkeit bei der 37 Grad Analyse und Beratung GmbH. Wesentliche Aufgaben lagen dort in der Koordinierung und Betreuung von gesundheitswissenschaftlichen Publikationen und Projekten, unter anderem für die Bertelsmann Stiftung und die BARMER GEK. Seit 2015 persönliche wissenschaftliche Assistentin von Prof. Pfaff am Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitation (IMVR), Universität zu Köln.

# Einleitung

Für den vorliegenden BKK Gesundheitsreport 2018 werden Kennzahlen des Krankheitsgeschehens im Jahr 2017 für die Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK) ausgewertet und dargestellt. Neben dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen werden auch Statistiken zur ambulanten und stationären Versorgung sowie zu den Arzneimittelverordnungen berichtet.

Der BKK Gesundheitsreport 2018 widmet sich in diesem Jahr dem Schwerpunktthema *Arbeit und Gesundheit Generation 50+*. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf der arbeitsweltlichen Betrachtung der gesundheitlichen Lage der BKK Versicherten. Die Betrachtung der Arbeitswelt erfolgt dabei aus verschiedenen Perspektiven. Neben dem Beruf und der Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit, nehmen unter anderem auch das Geschlecht, das Alter, der soziale Status sowie die berufliche Position Einfluss auf den Gesundheitszustand jedes einzelnen Beschäftigten.

Besonders freuen wir uns auch in diesem Jahr über die zahlreichen Gastautoren aus den Bereichen Wissenschaft, Politik und Praxis, die den Report mit ihren Fachbeiträgen und ihrer Expertise bereichern. Im Block Politik freuen wir uns vor allem, dass wir ausgewiesene Expertinnen und Experten dazu gewinnen konnten, für uns ihre Standpunkte und Strategien im Umgang mit den aktuellen und zukünftigen Auswirkungen des demografischen Wandels in der Arbeitswelt darzulegen.

Die in den letzten beiden Jahren erfolgreich etablierte Kapitelstruktur zur Darstellung der gesundheitlichen Lage der BKK Versicherten in den verschiedenen Leistungsbereichen wird fortgesetzt. Während sich **III** Kapitel 1 dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen widmet, sind in **III** Kapitel 2 Kennzahlen zur ambulanten Versorgung der BKK Versicherten zu finden. Anschließend daran werden in **III** Kapitel 3 die stationäre Versorgung sowie in **III** Kapitel 4 die Arzneimittelverordnungen dargestellt. In **III** Kapitel 5 werden wiederum die Erkenntnisse aus den Kennzahlen zusammengefasst und daraus Ableitun-

gen für verschiedene gesundheitspolitisch relevante Bereiche generiert. In den einzelnen Kapiteln sind zudem zusätzliche Auswertungen im Kontext des diesjährigen Schwerpunktthemas zu finden.

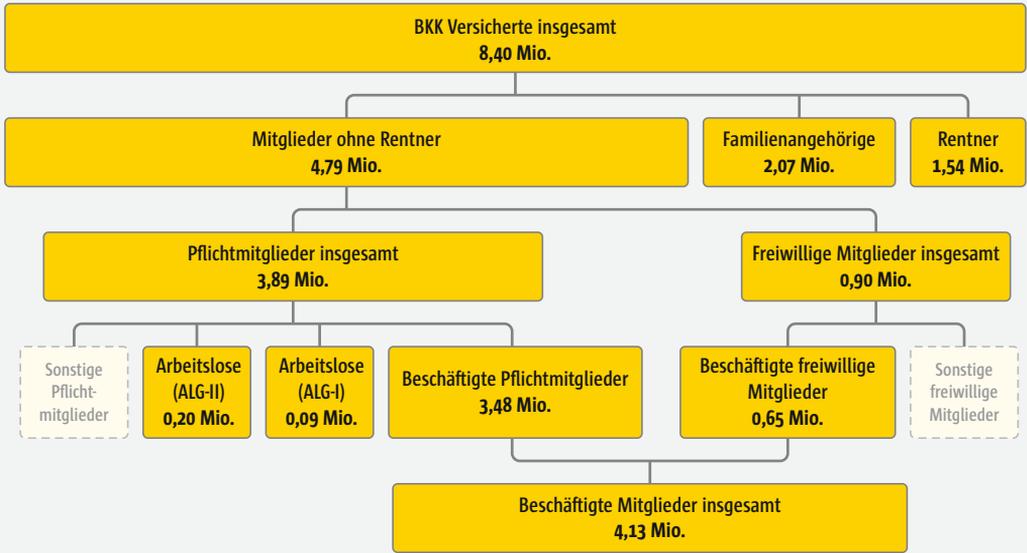
Für den BKK Gesundheitsreport 2018 liegen Daten von insgesamt 8,40 Mio. BKK Versicherten vor. Dies entspricht einem Anteil von 77,8% aller BKK Versicherten. Das Durchschnittsalter aller BKK Versicherten beläuft sich auf 42,0 Jahre, wobei weibliche BKK Versicherte im Durchschnitt etwas älter sind (42,6 Jahre) als die männlichen BKK Versicherten (41,5 Jahre). In der Gesamtheit aller BKK Versicherten sind beide Geschlechter annähernd gleich vertreten (Frauenanteil 49,6%).

Die BKK Versicherten lassen sich in verschiedene Gruppen unterteilen, wie in **III** Diagramm 1.1 zu sehen ist. In den einzelnen Kapiteln und Abschnitten wird thematisch auf diese Versichertengruppen Bezug genommen. Die Auswertungen zum ambulanten und stationären Versorgungsgeschehen sowie auch zu den Arzneimittelverordnungen schließen im Allgemeinen alle 8,40 Mio. BKK Versicherten ein. Damit werden auch Versichertengruppen (z.B. Rentner und Kinder) in die Analysen einbezogen, die i.d.R. keine Krankschreibung erhalten.

Bei der Darstellung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wird wiederum die Gruppe der insgesamt 4,48 Mio. krankengeldberechtigten Mitglieder ohne Rentner<sup>1</sup> bzw. relevante Teilgruppen betrachtet. Bei der überwiegenden Mehrheit (3,48 Mio.) handelt es sich dabei um beschäftigte Pflichtmitglieder.

1 0,31 Mio. Mitglieder ohne Rentner (u.a. ALG-II-Empfänger, Studenten usw.) gehen nicht in die Auswertungen ein, da sie aufgrund des fehlenden Krankengeldanspruchs in der Regel nicht mit Leistungsfällen in den Kassendaten auftauchen.

Diagramm 1.1 BKK Versicherte nach Versichertengruppen\* (Berichtsjahr 2017)



\* Zu den gestrichelt dargestellten sonstigen Mitgliedergruppen zählen z.B. Jugendliche und Behinderte sowie Studenten oder Rehabilitanden, die aufgrund von geringen Mitgliederzahlen und fehlender Arbeitsunfähigkeitsrelevanz nicht gesondert betrachtet werden.

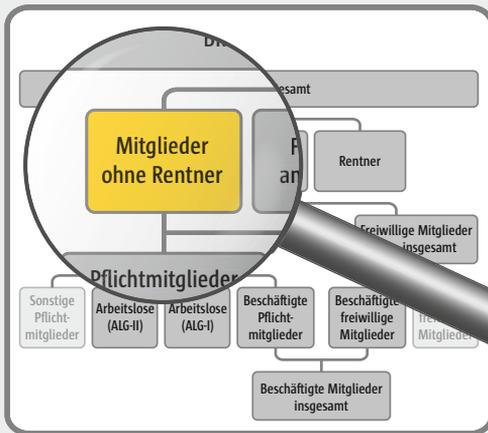


# 1

## Arbeitsunfähigkeit

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter





In diesem Abschnitt werden die Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (AU-Geschehen) der 4,48 Mio. krankengeldberechtigten BKK Mitglieder ohne Rentner sowie den dazugehörigen Versicherungengruppen (beschäftigte Pflichtmitglieder, beschäftigte freiwillige Mitglieder und Arbeitslose [ALG-I]) im Jahr 2017 beschrieben. Ergänzend werden aus dem monatlichen Krankenstandverfahren erste Trends für das Jahr 2018 dargestellt.

# 1.1 AU-Geschehen im Überblick

## 1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2017

- Die Fehltage sind im Vergleich zum Vorjahr leicht von 17,4 auf 17,2 AU-Tage je Mitglied zurückgegangen.
- Etwa jedes zweite Mitglied der Betriebskrankenkassen (51,9%) war im Jahr 2017 mindestens einmal krankgeschrieben.
- Der überwiegende Teil der AU-Fälle (64,7%) dauert maximal eine Kalenderwoche.

Im Vergleich zu 2016 sind in 2017 die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) der Mitglieder ohne Rentner (im Folgenden Mitglieder genannt) leicht zurückgegangen (2016: 17,4 AU-Tage je Mitglied; 2017: 17,2 AU-Tage je Mitglied). Entsprechend ist im gleichen Zeitraum auch der Krankenstand nahezu unverändert geblieben (2016: 4,8%; 2017: 4,7%).

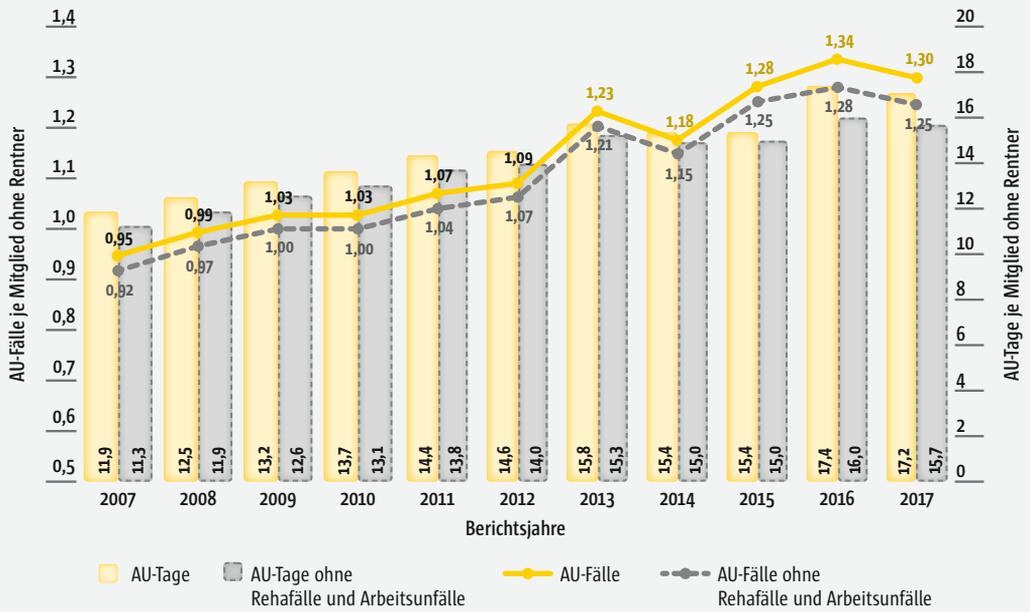
Ab dem Berichtsjahr 2016 gelten für die Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) einige Veränderungen und Modifikationen. Zum einen sind Arbeitsunfähigkeitszeiten, die mit einem Arbeitsunfall verbunden sind und deshalb in der Regel nicht unter Kostenträgerschaft der GKV abgerechnet bzw. dokumentiert werden, ab dem Berichtsjahr 2016 vollständig (bisher nur teilweise) enthalten. Zum anderen werden Arbeitsunfähigkeitszeiten, die während eines Heilverfahrens bzw. einer Anschlussheilbehandlung (medizinische Rehabilitation) entstehen, ebenfalls erstmals ab dem Berichtsjahr 2016 vollständig (bisher nicht enthalten) in den AU-Daten abgebildet. Somit kann es – insbesondere im Vergleich zu den AU-Kennzahlen aus den Vorjahren – zum Teil zu einem Anstieg der AU-Fälle, der AU-Tage sowie auch der Falldauern kommen. Eine längsschnittliche Betrachtung der AU-Kennzahlen ist somit nur eingeschränkt möglich. Positiv anzumerken ist, dass sich durch die Hinzunahme weiterer AU-Zeiten aus den beschriebenen Bereichen das Bild im Fehlzeitengeschehen vervollständigt und somit noch passgenauer vor allem für die arbeitsweltlichen Betrachtungen der beschäftigten BKK Mitglieder ist und daraus die Ableitung geeigneter BGM-/BGF-Maßnahmen möglich ist.

Um zumindest allgemein abschätzen zu können, inwieweit sich die veränderte Methodik auf die längsschnittliche Entwicklung der AU-Kennzahlen auswirkt, werden in **»»»** Diagramm 1.1.1 für die vergangene Dekade die AU-Fälle und AU-Tage mit bzw. ohne Reha-Fallanteilen bzw. Arbeitsunfallanteilen dargestellt. Wie zu erkennen ist, unterscheidet sich die Anzahl der AU-Fälle je Mitglied mit und ohne Korrektur für die Arbeitsunfälle und Reha-Fälle für alle Berichtsjahre nur marginal. Deutlicher hingegen sind die Abweichungen bei den AU-Tagen, die bis auf 2016 für alle anderen Jahre im Durchschnitt einen halben AU-Tag Unterschied verursachen. Dass dieser Unterschied mit jeweils 1,4 AU-Tagen je Mitglied 2016 und 2017 besonders hoch ausfällt, ist nicht verwunderlich, werden doch hier im Vergleich zu den Vorjahren alle AU-Fälle und AU-Tage, die durch Arbeitsunfälle und Reha-Fälle verursacht werden, mitgezählt.

Im Folgenden werden für Vergleiche zwischen den Jahren in der Regel die unadjustierten Werte (inklusive Fehlzeiten aufgrund von Reha-Fällen bzw. Arbeitsunfällen) verwendet.

Im Vorjahresvergleich zeigen sich für die Mehrheit der Versichertengruppen nur marginale Veränderungen. Den mit durchschnittlich +1,5 AU-Tagen vermeintlich größten Anstieg bei den Fehlzeiten verzeichnen dabei die Arbeitslosen (ALG-I-Empfänger). Bei den anderen Versichertengruppen fällt der Anstieg mit durchschnittlich nicht einmal einem halben Kalendertag bzw. weniger wesentlich geringer aus. Mit jeweils -0,4 AU-Tagen Differenz ist bei den beschäftigten Mitgliedern und bei den Pflichtmitgliedern der größte Rückgang zu verzeichnen (**»»»** Tabelle 1.1.1). Die ALG-II-Empfänger bleiben bei den Fehlzeiten unberücksichtigt, da sie keinen Anspruch auf Krankengeld besitzen und somit kassenseitig in der Regel keine diesbezüglichen Leistungsfälle (AU-Fälle) angelegt werden. Dies gilt auch für die sonstigen Pflichtmitglieder (**»»»** Diagramm 1.1). In **»»»** Tabelle 1.1.1 sind, zusätzlich zu den erwähnten

Diagramm 1.1.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner mit bzw. ohne AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Reha-Fällen und Arbeitsunfällen im Zeitverlauf (2007–2017)



AU-Kennzahlen für das Berichtsjahr 2017, die entsprechend für das AU-Geschehen relevanten Mitgliederjahre dargestellt, die – wie bereits in der **III** Einleitung beschrieben – teilweise von den im **III** Diagramm 1.1 berichteten Kennzahlen abweichen.

Betrachtet man zusätzlich die AU-Quote (Prozentanteil der jeweiligen Mitgliedergruppe mit mindestens einem AU-Fall im Berichtsjahr), so lässt sich

feststellen, dass bis auf die Arbeitslosen (ALG-I) und die freiwilligen Mitglieder insgesamt bei allen anderen Gruppen im Schnitt jedes zweite Mitglied mindestens einmal im Jahr 2017 krankgeschrieben war. Bei den Arbeitslosen (ALG-I) lässt sich der im Vergleich hierzu relativ geringe Anteil (19,2%) von Mitgliedern mit AU-Fall dadurch erklären, dass diese v.a. bei Kurzzeiterkrankungen, wie sie unter ande-

Tabelle 1.1.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2017)

Versichertengruppen	Mitglieder in Mio.	AU-Tage je Mitglied	Veränderung zum Vorjahr	Krankenstand in Prozent	AU-Quote in Prozent
Pflichtmitglieder insgesamt	3,59	19,3	-0,4	5,3	55,6
Arbeitslose (ALG-I)	0,09	35,4	+1,5	9,7	19,2
Beschäftigte Pflichtmitglieder	3,48	19,0	-0,3	5,2	55,9
Freiwillige Mitglieder insgesamt	0,90	8,4	+0,2	2,3	32,5
Beschäftigte freiwillige Mitglieder	0,65	11,3	+0,0	3,1	46,9
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	4,13	17,7	-0,4	4,9	54,8
Mitglieder ohne Rentner	4,48	17,2	-0,2	4,7	51,9

rem aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems auftreten, nicht zwingend einen Arzt aufsuchen und entsprechend deutlich weniger AU-Fälle entstehen. Die Besonderheiten des Krankheitsgeschehens von Arbeitslosen (ALG-I) werden im **»»** Kapitel 1.2.2 näher betrachtet.

Interessant ist auch der Blick auf die jeweiligen Prozentanteile der Mitglieder nach der Anzahl der AU-Fälle, wie in **»»** Tabelle 1.1.2 zu sehen ist. Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der Mitglieder, die in 2017 gar nicht krankgeschrieben waren deutlich zugenommen, was u. a. auch an einer gering ausgeprägten Grippe- und Erkältungssaison insbesondere im I. Quartal liegt. Dafür spricht auch, dass mit -2,9% der größte Rückgang bei den Mitgliedern zu verzeichnen ist, die lediglich einen AU-Fall im Berichtsjahr aufweisen. Dieser Effekt setzt sich auch in den weiteren Kategorien wenn auch in geringerer Ausprägung fort.

Neben der reinen Betrachtung der AU-Fälle bzw. AU-Tage, gibt die Betrachtung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit Aufschluss darüber, wo Schwerpunkte im Bereich der Kurz- und Langzeiterkrankungen liegen. Insbesondere die Langzeiterkrankungen verursachen sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für die Sozialsysteme insgesamt eine nicht unerhebliche Belastung. In **»»** Tabelle A.3 sind zu den Fall-dauern ergänzende Auswertungen zu finden.

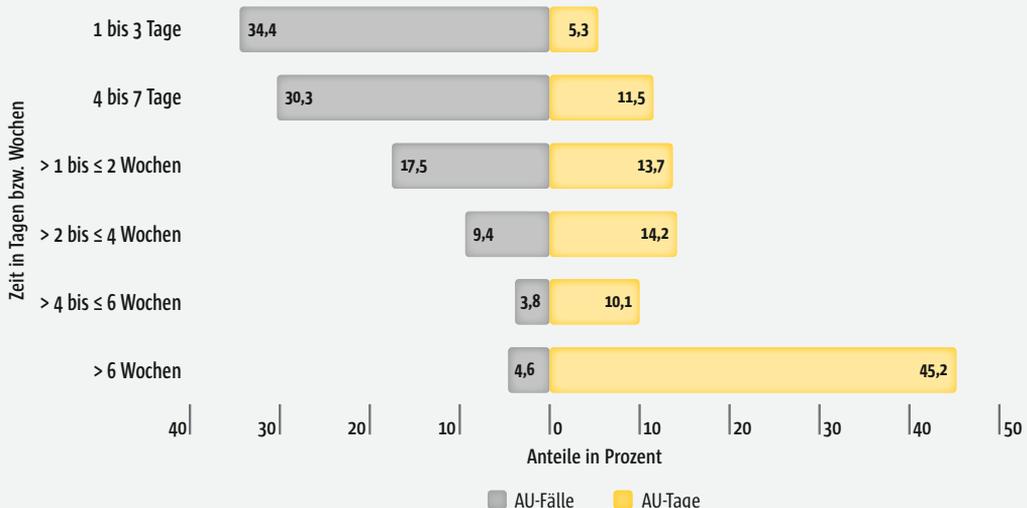
Betrachtet man zunächst die AU-Fälle, die mit einer Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeit von maximal sie-

**Tabelle 1.1.2** Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2017)

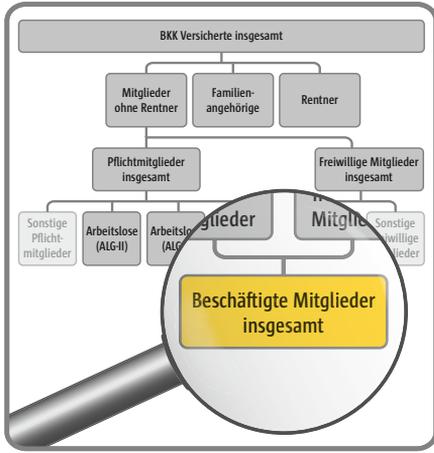
Anzahl der AU-Fälle	Anteile in Prozent	Veränderung zum Vorjahr (Prozentpunkte)
kein AU-Fall	48,1	+6,4
1 AU-Fall	21,7	-2,9
2 AU-Fälle	13,3	-1,5
3 und mehr AU-Fälle	17,0	-2,0

ben Tagen Dauer verbunden sind, so zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit aller AU-Fälle (64,7%) in diese Kategorie fällt (**»»** Diagramm 1.1.2). Bei den sogenannten Langzeitfällen mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen liegt dieser Anteil gerade mal bei 4,6%. Allerdings wird hier deutlich, dass 45,2% aller AU-Tage auf Langzeitfälle zurückzuführen sind und diese somit den größten Anteil von allen hier dargestellten Dauerklassen einnehmen. Bei den vorher genannten Kurzzeitfällen beträgt der Anteil an allen AU-Tagen gerade einmal 16,8%. Im Vergleich zum Jahr 2016 (65,3%) ist der Anteil der AU-Fälle für Kurzzeiterkrankungen minimal rückläufig. Auch der Anteil der AU-Fälle mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen ist nahezu gleichgeblieben (2016: 4,5%).

**Diagramm 1.1.2** Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2017)



1.1.2 Entwicklung im Jahr 2018



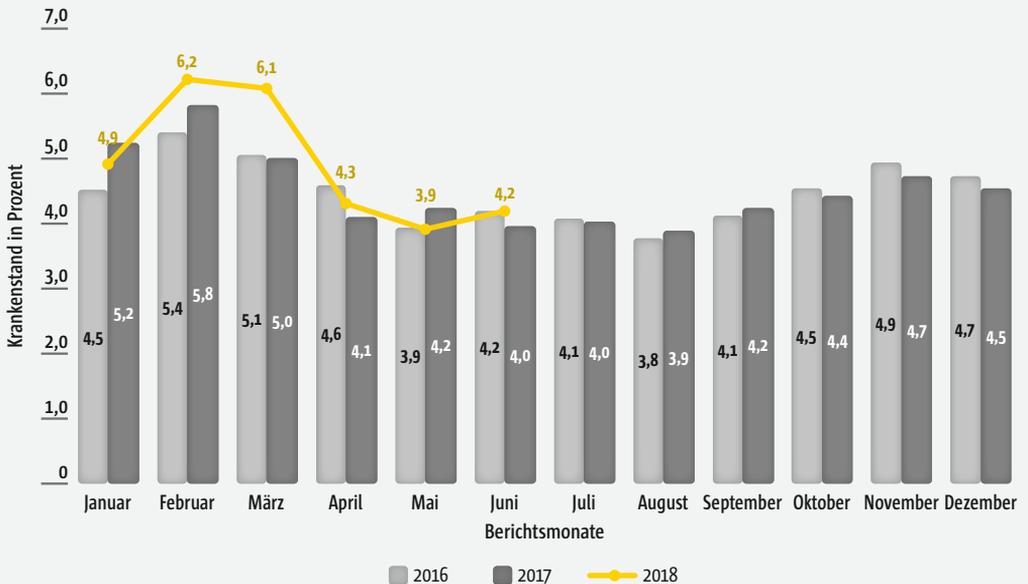
- Aufgrund einer starken Grippewelle ist im I. Quartal 2018, insbesondere im Februar, der höchste Krankenstand bei den beschäftigten Mitgliedern in der letzten Dekade zu beobachten.

Neben den jahresbezogenen Statistiken stehen auch die monatlichen Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Mitglieder zur Verfügung. Es han-

delt sich hierbei um eine monatliche Sondererhebung. Berichtet werden die AU-Tage bzw. der Krankenstand insgesamt sowie zusätzlich Kennzahlen differenziert nach Altersgruppen, Wirtschaftsgruppen, Berufsgruppen, Diagnosehauptgruppen sowie Bundesländern. Aufgrund der mit dem Erhebungsverfahren verbundenen methodischen Besonderheiten weichen die Kennwerte von den Ergebnissen der Jahresstatistiken ab. Allerdings ermöglicht es die monatliche Krankenstandstatistik schon frühzeitig Trends sowie Entwicklungen im laufenden Jahr abzuschätzen (z.B. Auswirkungen der Grippewelle, besonders stark betroffene Wirtschafts- oder Berufsgruppen).

Anders als in der Monatsstatistik der Betriebskrankenkassen, die das AU-Geschehen des jeweiligen gesamten Kalendermonats betrachtet, wird in der amtlichen Statistik (die sogenannte KM1-Statistik) ein stichtagsbezogener Krankenstand ermittelt. Als Stichtag ist dabei der jeweils Monatserste definiert, was den Nachteil mit sich bringt, dass in allen Bundesländern fünf dieser Stichtage in 2017 auf einen gesetzlichen Feiertag bzw. ein Wochenende fallen, an denen sich erfahrungsgemäß sehr wenige Betroffene bei einer Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit attestieren lassen, sondern dies meist am kommenden Werktag nachholen. Die Stichtagsstatistik unterschätzt insbesondere in den oben beschriebenen Fällen das wahre Ausmaß des AU-Ges-

Diagramm 1.1.3 Arbeitsunfähigkeit – monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2016–2018)

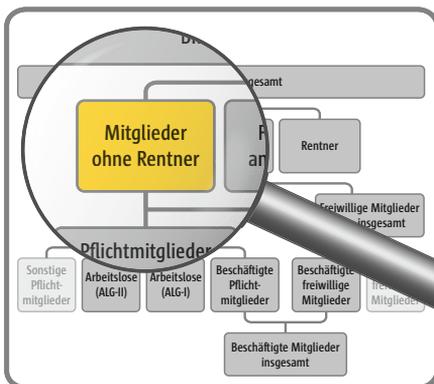


schehens. Nicht unerwähnt soll an dieser Stelle bleiben, dass auch die BKK-Statistik eine gewisse Unschärfe hat. So können nur die AU-Fälle und AU-Tage erfasst werden, für die auch eine entsprechende AU-Bescheinigung vorliegt. Dies ist zum Beispiel bei den beschäftigten Mitgliedern nicht der Fall, wenn diese aufgrund der vom Arbeitgeber gewährten 3 Karenztage ohne Krankenschein zu Hause bleiben.

Der jeweils aktuelle monatliche Krankenstand der beschäftigten Mitglieder der Betriebskrankenkassen steht allen Interessierten auf der Homepage des BKK Dachverbandes sowohl in einer interaktiven Version als auch als Dateidownload zur Verfügung. Aktuell werden deutschlandweit über 4 Mio. Beschäftigte in diese Auswertung eingeschlossen. Insbesondere die Detailauswertungen nach Wirtschafts- und Berufsgruppen werden von zahlreichen Akteuren aus der Arbeitswelt als Vergleichswerte genutzt.

Blicken wir nun auf die aktuelle Entwicklung insbesondere im I. Quartal des Jahres 2018. Wie in **III** Diagramm 1.1.3 deutlich wird, ist insbesondere im Februar (6,2%) und März (6,1%) 2018 ein extrem hoher Krankenstand, verursacht durch die Grippe- und Erkältungswelle, zu erkennen. Wie ausgeprägt die Grippe- und Erkältungswelle zu Beginn des Jahres 2018 war, zeigt sich auch daran, dass es in den vergangenen 10 Jahren für die Monate Februar und März keine höheren Werte in der Statistik der Betriebskrankenkassen gab als im Jahr 2018. Damit werden auch die ausgeprägten Grippewellen aus 2013 und 2015 deutlich übertroffen. Für den BKK Gesundheitsreport 2019 bedeutet dies, dass mit deutlichen Veränderungen bei diversen AU-Kennzahlen, insbesondere im Kontext der Atemwegserkrankungen, zu rechnen ist.

### 1.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen



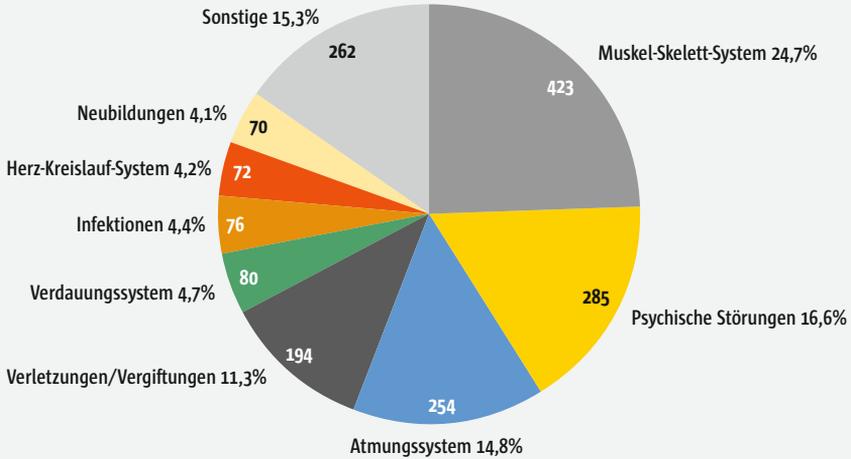
- Mit nahezu jedem vierten Fehltag (24,7%) sind die Muskel- und Skeletterkrankungen nach wie vor die wichtigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit.
- Die psychischen Störungen nehmen wie im Jahr 2016 mit 16,6% aller AU-Tage Platz 2 der Ursachen von Arbeitsunfähigkeit, gefolgt von den auf Platz 3 zu findenden Atemwegserkrankungen mit einem Anteil von 14,8%, ein.

Unverändert an der Spitze der Krankheitsursachen für Arbeitsunfähigkeit liegen mit 24,7% aller Fehltag die Muskel- und Skeletterkrankungen, gefolgt von den psychischen Störungen mit 16,6% aller AU-Tage und den Atemwegserkrankungen mit 14,8% aller AU-Tage. Allein diese drei Diagnosehauptgruppen sind für mehr als die Hälfte (56,1%) aller AU-Tage bei den Mitgliedern verantwortlich. Mit 11,3% der AU-Tage sind die Verletzungen und Vergiftungen als Ursache von Fehltagen an vierter Stelle zu finden. Alle weiteren betrachteten Diagnosehauptgruppen sind für einen wesentlich geringeren Anteil der krankheitsbedingten Fehltag der Mitglieder verantwortlich, der im einstelligen Prozentbereich liegt (**III** Diagramm 1.1.4).

In **III** Tabelle 1.1.3 ist die Entwicklung der AU-Tage für das Jahr 2017 im Vergleich zum Vorjahr abgebildet. Aufgrund der nun im Vorjahresvergleich identischen, neuen Datensystematik und der geringen Dynamik im AU-Geschehen zwischen beiden Berichtsjahren, zeigen sich nur kleinere Änderungen. Sowohl bei den AU-Tagen als auch bei deren prozentualen Anteilen am Fehlzeitengeschehen insgesamt, sind marginale Rückgänge für die Muskel-Skelett-Erkrankungen, die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie des Verdauungssystems erkennbar.

Einen größeren Zeitraum umfasst das **III** Diagramm 1.1.5, welches die Entwicklung des AU-Geschehens zwischen den Jahren 2007 bis 2017 darstellt. Nahezu unverändert und auf einem gleichbleibend niedrigem Niveau stellen sich die AU-Tage aufgrund Erkrankungen des Verdauungssystems sowie des Herz-Kreislauf-Systems in den letzten zehn Jahren dar. Eine tendenziell leichte Zunahme ist über diesen Zeitraum bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen und den Atemwegserkrankungen (mit den entsprechenden saisonalen Schwankungen) zu verzeichnen. Verletzungen und Vergiftungen haben vor allem in den letzten beiden Jahren scheinbar wieder sprunghaft zugenommen. Allerdings ist hier die Mehrzahl der seit 2016 neu gezählten Arbeitsunfälle verortet. Folgt man der abnehmenden Tendenz

Diagramm 1.1.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner bzw. Anteile in Prozent

Tabelle 1.1.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2017)

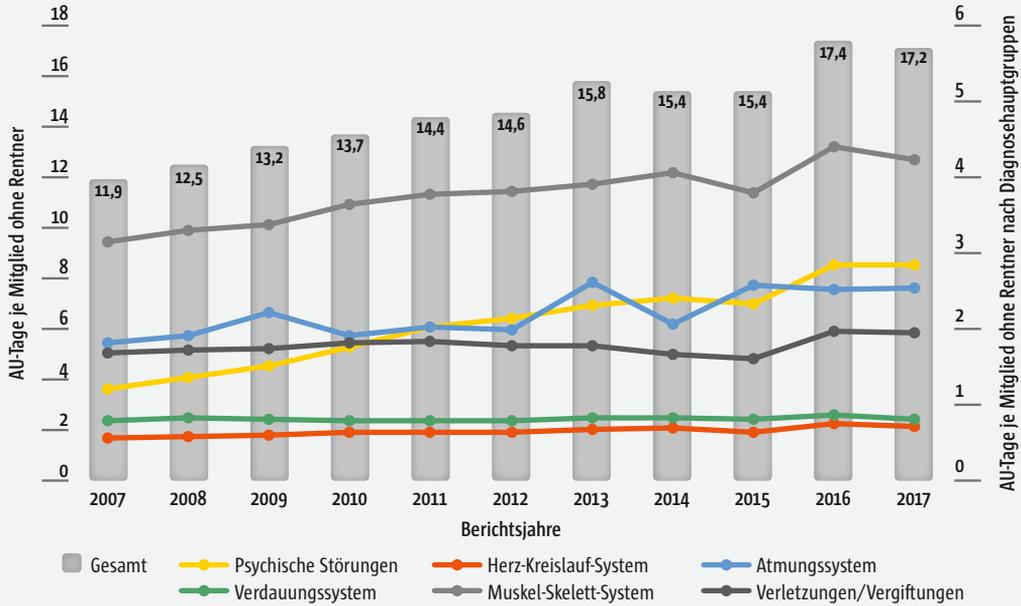
Diagnosehauptgruppen	Berichtsjahr 2016	Berichtsjahr 2017	Veränderungen 2017 zu 2016	
	AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner		Anteile in Prozent	
Muskel-Skelett-System	440	423	-17,1	-3,9
Psychische Störungen	284	285	+0,7	+0,2
Atmungssystem	251	254	+2,5	+1,0
Verletzungen/Vergiftungen	196	194	-1,8	-0,9
Verdauungssystem	85	80	-4,7	-5,6
Herz-Kreislauf-System	75	72	-3,1	-4,2
Infektionen	78	76	-1,7	-2,2
Neubildungen	68	70	+1,4	+2,1
Sonstige	268	262	-5,9	-2,2
<b>Gesamt</b>	<b>1.745</b>	<b>1.715</b>	<b>-29,2</b>	<b>-1,7</b>

zwischen den Jahren 2007 und 2015, so kann man davon ausgehen, dass sich dieser Rückgang mit adjustierten Werten aus den Jahren 2016 und 2017 fortzuschreiben lässt. Einzig die Fehltage aufgrund psychischer Störungen haben sich in der vergangenen Dekade mehr als verdoppelt. Zieht man allerdings in Betracht, dass laut einer aktuellen Studie des

Robert-Koch-Instituts<sup>1</sup> (DEGS1-MH) heute nicht mehr Menschen an psychischen Störungen leiden als vor

1 Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 85 (1): 77-87.

Diagramm 1.1.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2007–2017)



10–15 Jahren, so hat der Anstieg bei den Fehlzeiten vermutlich andere Ursachen. Zum einen werden heute im Vergleich zu früher psychische Störungen besser und auch häufiger richtig erkannt und behandelt. Zum anderen ist die Gesellschaft heute für das Thema Psyche sensibilisierter und Betroffene werden weniger stark stigmatisiert. Entsprechend finden immer mehr Menschen mit den genaueren Diagnosen den Weg in die (richtige) ärztliche und therapeutische Behandlung.

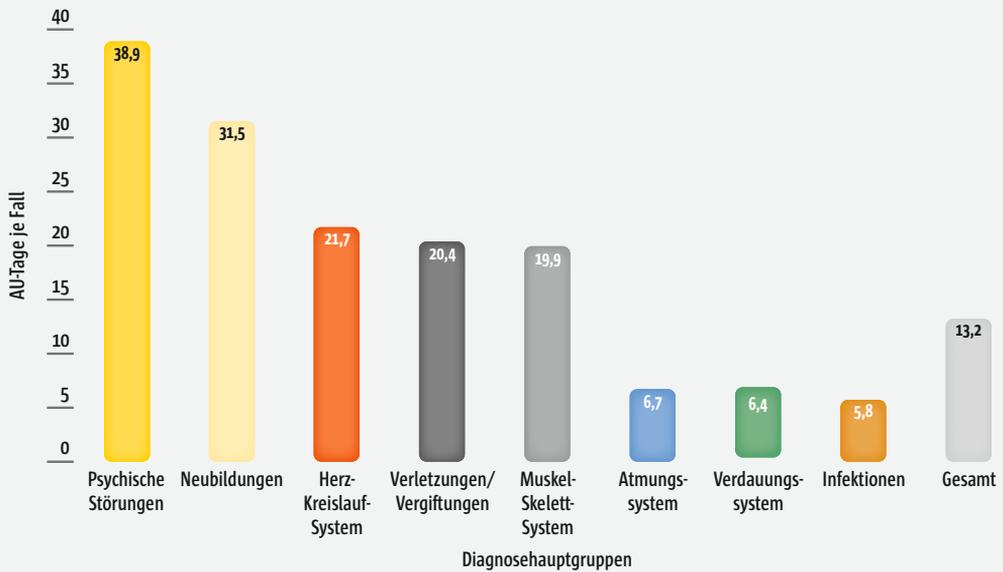
In **»** Tabelle 1.1.4 sind die AU-Quoten (d. h. der Anteil der Mitglieder mit mindestens einem AU-Fall im Berichtsjahr) für die drei im AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten aufgeführt. Die geringsten

Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich bei den AU-Fällen aufgrund von psychischen Störungen. Weiterhin weist die überwiegende Mehrheit keinen AU-Fall aufgrund dieser Krankheitsart auf (2017: 94,8%; 2016: 94,2% ohne AU-Fall). Gleiches gilt auch für die Muskel- und Skeletterkrankungen (2017: 86,3% 2016: 84,4% ohne AU-Fall) wobei hier der Anteil derer ohne AU-Fall um fast zwei Prozentpunkte zugenommen hat. Ebenfalls abgenommen hat der Anteil der Beschäftigten mit mindestens einer Atemwegserkrankung. Waren hier im Jahr 2016 noch 27,3% mindestens einmal im Jahr krankgeschrieben, so waren es 2017 mehr als zwei Prozentpunkte weniger (25,0%).

Tabelle 1.1.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)

Anzahl der AU-Fälle	Muskel-Skelett-System	Atmungssystem	Psychische Störungen
	Anteile in Prozent		
kein AU-Fall	86,3	75,0	94,8
1 AU-Fall	9,8	17,8	4,2
2 AU-Fälle	2,6	5,2	0,8
3 und mehr AU-Fälle	1,3	2,0	0,3

Diagramm 1.1.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der Mitglieder ohne Rentner – durchschnittliche Falldauer nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



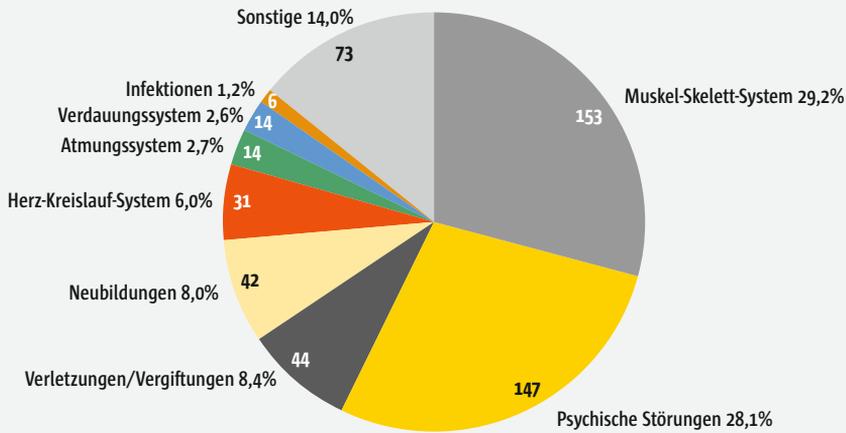
Schaut man sich die Falldauern nach den für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen an, so zeigen sich auch hier kaum Veränderungen zum Vorjahr (»»» Diagramm 1.1.6). Mit einer durchschnittlichen Falldauer von mehr als 5 Kalenderwochen stehen nach wie vor die psychischen Störungen an der Spitze, gefolgt von den Neubildungen mit etwas mehr als 4 Wochen, sowie den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, den Verletzungen und Vergiftungen und den Muskel-Skelett-Erkrankungen mit jeweils circa 3 Wochen Arbeitsunfähigkeitsdauer. Für alle Krankheitsursachen zusammengefasst hat sich die durchschnittliche Falldauer insgesamt nahezu nicht verändert und liegt nach wie vor bei knapp 2 Kalenderwochen. Dass sich dieser Durchschnittswert auf die einzelnen Dauerklassen sehr unterschiedlich verteilt, ist bereits im »»» Diagramm 1.1.2 näher betrachtet worden.

Betrachtet man zusätzlich die Krankengeldtage (KG-Tage) differenziert nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen in »»» Diagramm 1.1.7, so zeigt sich, dass nach wie vor die Muskel- und Skeletterkrankungen mit 29,2%, gefolgt von den psychischen Störungen mit 28,1% hier die größten Anteile verursachen. Allein diese beiden Krankheitsarten sind für deutlich mehr als die Hälfte (57,3%) aller Krankengeldtage der Mitglieder verantwortlich.

Bezogen auf alle AU-Tage zeigt sich, dass innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen mehr als jeder zweite AU-Tag (51,7%) mit Krankengeldbezug verbunden ist, bei den Muskel- und Skeletterkrankungen ist es etwas mehr als jeder dritte AU-Tag (36,1%). Trotz der Häufigkeit von Atemwegserkrankungen und den damit verbundenen AU-Tagen, hat diese Ursache von Fehlzeiten nur eine geringe Bedeutung für das Krankengeldgeschehen – ein im Vergleich sehr geringer Anteil der AU-Tage (5,5%) ist hier mit dem Bezug von Krankengeld verbunden. Neubildungen haben dagegen im AU-Geschehen der Mitglieder mit einem Anteil von 4,1% nur eine geringe Bedeutung, allerdings sind innerhalb dieser Diagnosehauptgruppe allein sechs von zehn AU-Tagen (60,2%) mit einem Krankengeldbezug verbunden, da Krebserkrankungen häufig durch langwierige Therapie- und Genesungsphasen geprägt sind. Weitere Kennzahlen nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht bezogen auf die Krankengeldleistungen, finden sich auch in der »»» Tabelle A.2.

- Rückenschmerzen (M54), akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) und depressive Episoden (F32) sind unverändert die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.

Diagramm 1.1.7 Arbeitsunfähigkeit – KG-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



KG-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner bzw. Anteile in Prozent

Wurden in den bisherigen Analysen die wichtigsten Kennzahlen des AU-Geschehens auf Ebene der Diagnosehauptgruppen dargestellt, so widmet sich der folgende Teil spezifischen Einzeldiagnosen (im Folgenden Diagnosen genannt) die zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. Dabei liegt der Fokus vor allem innerhalb der drei Diagnosehauptgruppen, die den größten Anteil der AU-Tage der Mitglieder auf sich vereinen (»»» Diagramm 1.1.4). Da AU-Fälle und -Tage bei einzelnen Diagnosen zum Teil mit sehr geringer Häufigkeit vorkommen, werden die Kennzahlen in diesem Abschnitt überwiegend jeweils je 1.000 Mitglieder dargestellt. Weitere geschlechtsspezifische Auswertungen für die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen finden sich zudem im »»» Kapitel 1.2.

Einleitend sind in »»» Tabelle 1.1.5 noch einmal die AU-Kennzahlen der nach Fehltagen wichtigsten drei Diagnosehauptgruppen für die Arbeitsunfähigkeit dargestellt. Neben den AU-Tagen, die bereits in »»» Tabelle 1.1.3 zu sehen waren, soll an dieser Stelle auch ein Blick auf die weiteren relevanten AU-Kenngrößen geworfen werden. Die mit Abstand höchste Fallzahl (381 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) bei der gleichzeitig niedrigsten Falldauer (6,7 Tage je Fall) weisen die Atemwegserkrankungen auf. Diese meist kurzzeitigen Erkältungserkrankungen treten in der Regel zwar häufig auf, führen aber meist nur zu einer kurzen Arbeitsunfähigkeit. Die Anzahl der Fälle bei den Muskel- und Skeletterkrankungen ist zwar dagegen fast nur halb so groß (212 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder), allerdings verbunden mit einer

Tabelle 1.1.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)

Rang	ICD-10-Code	Diagnosehauptgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
			je 1.000 Mitglieder ohne Rentner		
1.	M00-M99	Muskel-Skelett-System	212	4.229	19,9
2.	F00-F99	Psychische Störungen	73	2.847	38,9
3.	J00-J99	Atmungssystem	381	2.538	6,7

**Tabelle 1.1.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2017)**

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner	Tage je Fall	Rang im Jahr 2016 nach AU-Tagen
M54	Rückenschmerzen	1.179	14,3	1
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	1.167	6,1	2
F32	Depressive Episode	920	55,1	3
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	584	26,4	4
M75	Schulterläsionen	351	32,7	5
F33	Rezidivierende depressive Störung	333	67,4	8
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	326	33,9	6
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	307	4,7	7
F48	Andere neurotische Störungen	300	27,1	9
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	259	31,3	10

dreimal so langen Falldauer (19,9 Tage je Fall). Diese Diagnosegruppe ist im Gegensatz zur erstgenannten häufiger mit langwierigeren und auch chronischen Erkrankungen verbunden. Weniger als ein Fünftel (73 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) der Fallzahlen bei den Atemwegserkrankungen weisen die psychischen Störungen auf. Dass hier der Anteil der langfristigen und chronischen Erkrankungen im Vergleich zu den anderen beiden Diagnosehauptgruppen am höchsten ist, zeigt sich bei der Falldauer von durchschnittlich mehr als 5 Kalenderwochen (38,9 Tage je Fall).

Wenig überraschend ist, dass von den zehn häufigsten Diagnosen neun aus den drei oben beschriebenen, für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen stammen (»»» Tabelle 1.1.6). Rückenschmerzen (M54) stehen dabei mit 1.179 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder an der Spitze der Ursachen für Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der nicht stark ausgeprägten Erkältungswelle in 2017 sind entsprechend die akuten Infektionen der oberen Atemwege

(J06) wieder nur auf Platz 2 nach AU-Tagen zu finden. Die nach AU-Tagen dritthäufigste Ursache ist, wie auch im Jahr 2016, die depressive Episode (F32). Insgesamt sind unter den zehn Einzeldiagnosen, die die meisten AU-Tage auf sich vereinen, jeweils vier aus der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen und aus der Gruppe der psychischen Störungen zu finden, was die Bedeutung dieser beiden Krankheitsarten für das Fehlzeitengeschehen noch einmal unterstreicht.

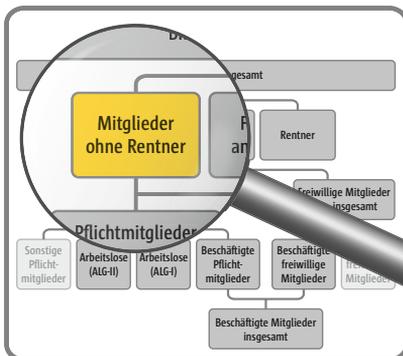
Da das Geschlecht und auch das Alter der Mitglieder einen wesentlichen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen ausüben, werden im folgenden Abschnitt unter anderem auch weitere Betrachtungen nach Diagnosehauptgruppen sowie Diagnosen vorgenommen, die die vorhergehenden Ausführungen fortsetzen und erweitern. In »»» Tabelle A.4 sind hierzu weitere differenzierte Auswertungen nach Geschlecht und den wichtigsten Diagnosen bezogen auf die AU-Tage und AU-Fälle der Mitglieder zu finden.

## 1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

In dem nun folgenden Abschnitt wird das AU-Geschehen der BKK Mitglieder nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen dargestellt. Die Auswahl der entsprechenden Merkmale erfolgt insbesondere nach ihrem Einfluss auf die AU-Kennzahlen. Neben dem Alter und dem Geschlecht stellt auch der Versicherungsstatus, als ein mittelbarer Indikator der sozialen Lage, einen wichtigen Einflussfaktor für das AU-Geschehen dar. Weitere relevante Einflussgrößen, wie der höchste Berufs- bzw. Schulabschluss, finden ebenfalls Eingang in die Betrachtung. Die berufliche Tätigkeit sowie die damit verbundenen Merkmale, die im weiteren Sinne auch zur Soziodemografie gehören, werden in **»** Kapitel 1.4 im Kontext der arbeitsweltlichen Betrachtung dargestellt.

Einleitend werden in diesem Abschnitt zunächst die AU-Kennzahlen der Mitglieder insgesamt betrachtet. Anschließend fokussiert dieser Teil auf die für den AU-Bereich drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen: Die Muskel- und Skeletterkrankungen, die psychischen Störungen sowie die Krankheiten des Atmungssystems. Vertiefend werden außerdem noch die aus den jeweiligen Krankheitsgruppen wichtigsten Diagnosen dargestellt.

### 1.2.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht



- Ältere Mitglieder sind nicht wesentlich häufiger krank als die Jüngeren, allerdings sind die älteren Mitglieder häufiger von Erkrankungen mit längerer Dauer betroffen.

In **»** Diagramm 1.2.1 sind die AU-Tage und AU-Fälle der Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt. Über alle Altersgruppen hinweg weisen die Frauen durchschnittlich mehr AU-Fälle sowie mehr AU-Tage auf. Der größte Geschlechtsunterschied – und zwar zu Ungunsten der Frauen – tritt mit einer Differenz von durchschnittlich mehr als 2 AU-Tagen in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen auf.

Bezogen auf das Alter zeigt sich bei den Fehltagen ein nahezu kontinuierlicher Anstieg bis einschließlich zur Gruppe der 60- bis 64-Jährigen. Die Gruppe der – in der Regel noch Beschäftigten – über 65-Jährigen hat dagegen, im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen, die wenigsten AU-Tage zu verzeichnen. Vermutlich handelt es sich hier um den sogenannten *healthy worker effect*: Erwerbstätige, die kurz vor dem Renteneintrittsalter stehen bzw. eigentlich schon in Rente sein könnten aber noch arbeiten, sind meist gesünder als jüngere Beschäftigte, weil die von (chronischen) Erkrankungen Betroffenen in dieser Altersgruppe häufig schon vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden und somit nicht mehr in der AU-Statistik präsent sind. Erweiterte Analysen und Kennzahlen zum AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht sind in der **»** Tabelle A.5 zu finden.

Bezüglich der AU-Quote zeigen sich zwischen Frauen und Männern insgesamt nur kleinere, aber nicht bedeutsame Unterschiede (**»** Tabelle 1.2.1). Jeweils etwa die Hälfte der Mitglieder weist gar keinen AU-Fall im Jahr auf, etwas mehr als ein Fünftel ist maximal einmal im Jahr krankgeschrieben und etwa jeder Siebte hat drei oder mehr Krankenschreibungen im Jahr zu verzeichnen. Betrachtet man zusätzlich

Diagramm 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

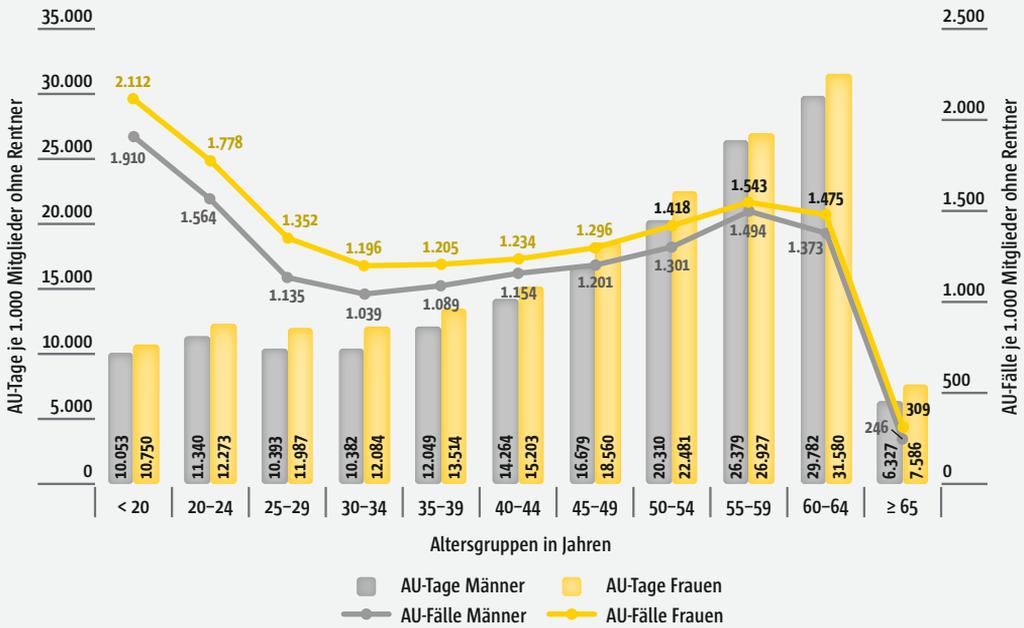


Tabelle 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

Anzahl der AU-Fälle	unter 35 Jahre		35 bis 49 Jahre		50 Jahre und älter		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Anteile in Prozent								
kein AU-Fall	53,7	49,1	49,7	47,3	45,5	42,3	49,5	46,3
1 AU-Fall	20,0	20,8	22,3	22,7	21,8	22,7	21,4	22,1
2 AU-Fälle	11,4	12,5	13,0	13,6	14,1	15,1	12,9	13,7
3 und mehr AU-Fälle	14,9	17,6	14,9	16,4	18,5	19,9	16,2	17,9

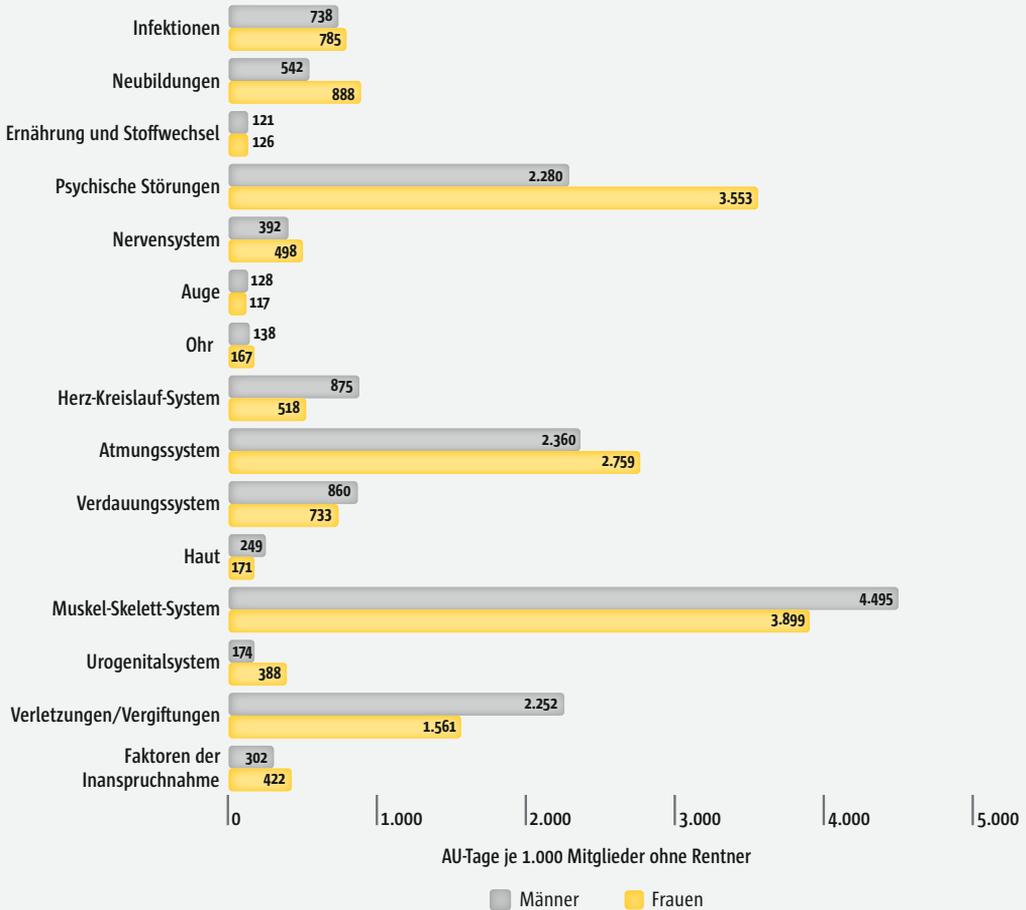
das Alter, so ist zu erkennen, dass der Anteil derjenigen ohne AU-Fall im Jahr mit zunehmendem Alter abnimmt. 42,3% der Frauen und 45,5% der Männer die 50 Jahre und älter sind, haben im Jahr gar keinen AU-Fall. Bei den unter 35-Jährigen ist der Anteil derjenigen ohne AU-Fall bei den Männern um +8,2 Prozentpunkte und bei den Frauen um +6,8 Prozentpunkte größer.

Die bei den 50-jährigen und Älteren zusätzlich auftretenden AU-Fälle verteilen sich dabei relativ gleichmäßig auf die drei Fallklassen.

- Während bei den Frauen vor allem deutlich mehr AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen anfallen als bei den Männern, ist es bei den Muskel- und Skeletterkrankungen und bei den Verletzungen und Vergiftungen genau umgekehrt.

In **III** Diagramm 1.2.2 sind die wichtigsten Diagnosehauptgruppen für die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nach Geschlecht abgebildet.

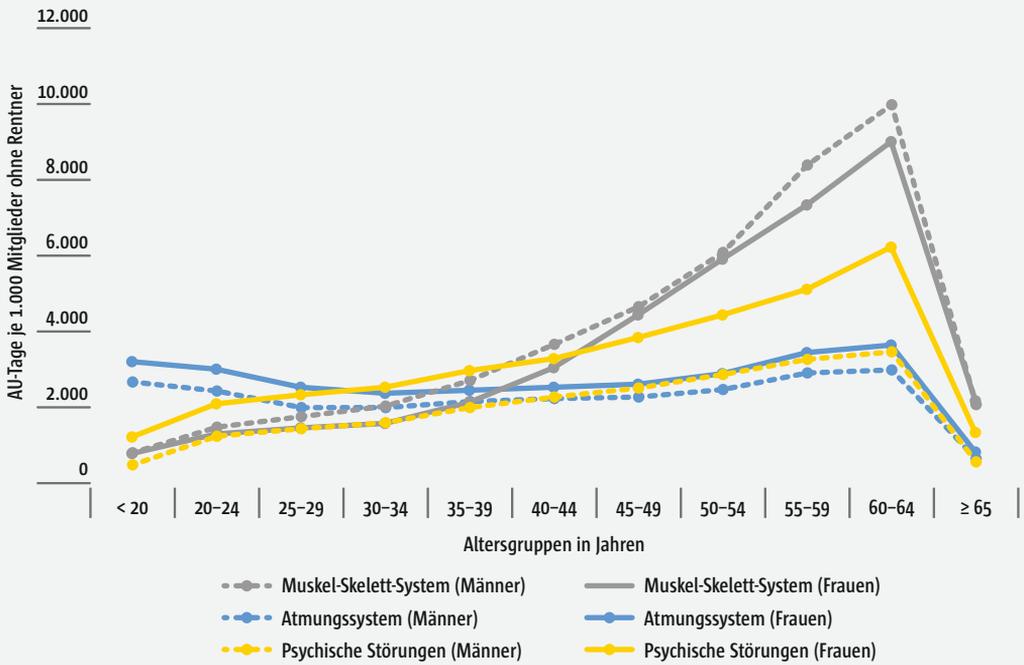
Diagramm 1.2.2 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



Nahezu unverändert weisen die Männer vor allem bei den Verletzungen und Vergiftungen, den Muskel- und Skeletterkrankungen sowie auch bei den Herz- und Kreislauferkrankungen durchschnittlich deutlich mehr AU-Tage als die weiblichen Mitglieder auf. Dagegen haben Frauen im Mittel wesentlich mehr Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen, Atemwegserkrankungen und Neubildungen. Bei den psychischen Störungen ist es im Durchschnitt mehr als ein AU-Tag je Mitglied, den die Frauen mehr aufweisen. Für alle anderen betrachteten Diagnosehauptgruppen fallen die Geschlechtsunterschiede wesentlich geringer aus, zudem deren Bedeutung für das AU-Geschehen insgesamt geringer als bei den erstgenannten Krankheitsarten ist.

In **»»** Diagramm 1.2.3 sind die AU-Tage der drei für das AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten differenziert nach Geschlecht und Alter dargestellt. Es zeigt sich, dass Frauen altersunabhängig im Mittel mehr AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen sowie aufgrund von psychischen Störungen aufweisen als Männer. Insbesondere bei letztgenannter Krankheitsart beträgt dieser Unterschied im Durchschnitt 1,3 AU-Tage je Mitglied. Für die AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen tritt der Geschlechtsunterschied (zu Ungunsten der Männer) nicht so deutlich zu Tage. Dagegen steigen bei dieser Krankheitsart zwischen den unter 20-Jährigen und den 60- bis 64-Jährigen die AU-Tage insgesamt um mehr als das Elfache an, bei den psychischen Erkrankungen ist es mehr als das Fünffache.

Diagramm 1.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



Für die Atemwegserkrankungen tritt hingegen nahezu keine Veränderung mit zunehmendem Alter auf. Auch hier wird für alle Krankheitsarten der bereits beschriebene Knick bei den über 65-Jährigen deutlich.

Betrachtet man zusätzlich noch die durchschnittliche Dauer je Fall für die beschriebenen Diagnosehauptgruppen, so zeigt sich dabei, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen jeweils bei den über 65-Jährigen die längste Falldauer auftritt. Wird also eine Person aus dieser Gruppe arbeitsunfähig, was wesentlich seltener auftritt als in allen anderen Altersgruppen, so ist dies häufiger mit einer langen Ausfallzeit verbunden. Die höchste durchschnittliche Falldauer ist dann entsprechend auch in der Altersgruppe der über 65-Jährigen sowohl bei den Frauen (59,5 Tage je Fall) als auch bei den Männern (51,8 Tage je Fall) für die psychischen Störungen zu finden. Dagegen sind diesbezüglich die Falldauern bei der Gruppe der unter 20-Jährigen und gleicher Krankheitsart um ein Vielfaches geringer (Männer: 13,6 Tage je Fall; Frauen: 17,0 Tage je Fall).

Im **III** Kapitel 1.5 wird passend zum diesjährigen Schwerpunktthema noch einmal im Detail der Zu-

sammenhang zwischen Alter und AU-Geschehen insbesondere im Kontext der arbeitsweltlichen Betrachtung der Beschäftigten fokussiert. Nach der Betrachtung der Diagnosehauptgruppen soll nachfolgend noch einmal ein vertiefender Blick auf die wichtigsten Diagnosen geworfen werden.

### Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

- Die Rückenschmerzen (M54) sind, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen, nach wie vor die Hauptursache von Fehltagen innerhalb der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen.
- Mehr als jeder vierte AU-Tag wird innerhalb dieser Diagnosehauptgruppe durch diese Diagnose verursacht (Männer: 29,1%; Frauen: 26,1%).

Wie in **III** Diagramm 1.2.4 zu erkennen ist, zeigt sich für beide Geschlechter in 2017 im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Rückgang der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen. War der Vorjahrsanstieg im vergangenen Jahr

**Tabelle 1.2.2** Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 Mitglieder ohne Rentner		je Fall
<b>Männer</b>				
M54	Rückenschmerzen	93,5	1.308	14,0
M75	Schulterläsionen	12,0	391	32,6
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	10,7	345	32,2
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	10,0	302	30,1
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	14,1	243	17,3
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	5,7	217	38,3
M77	Sonstige Enthesopathien	11,0	187	17,0
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	2,8	125	44,8
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	7,6	122	16,1
M19	Sonstige Arthrose	3,3	110	33,2
<b>Frauen</b>				
M54	Rückenschmerzen	68,9	1.018	14,8
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	8,2	302	36,7
M75	Schulterläsionen	9,1	301	33,0
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	6,1	206	33,8
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	4,0	177	44,3
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	9,0	176	19,6
M77	Sonstige Enthesopathien	8,0	159	19,8
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8,5	135	15,8
M65	Synovitis und Tenosynovitis	6,6	131	20,0
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	7,4	124	16,8

vor allem auf die erwähnte neue Datensystematik zurückzuführen, so ist in diesem Jahr von einem realen Rückgang auszugehen. Unverändert bleibt aber, dass die Männer durchschnittlich deutlich mehr AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart als die Frauen aufweisen – im Schnitt beträgt die Differenz etwas mehr als einen halben AU-Tag je Mitglied. Im Vergleich zum Jahr 2007 haben die AU-Tage insgesamt um circa 35% zugenommen. Vermutlich würde diese Zunahme auch nach Adjustierung für die neue

Datensystematik bestehen bleiben, allerdings dann etwas geringer ausgeprägt sein.

Die **»»** Tabelle 1.2.2 zeigt, dass die Diagnose Rückenschmerzen (M54) nach wie vor die in dieser Krankheitsgruppe für das Fehlzeitengeschehen wichtigste Erkrankung bei beiden Geschlechtern ist. 29,1% der AU-Tage bei den Männern und 26,1% der AU-Tage bei den Frauen in der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen werden allein durch diese Diagnose verursacht. Insgesamt hat sich an der

Diagramm 1.2.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007–2017)

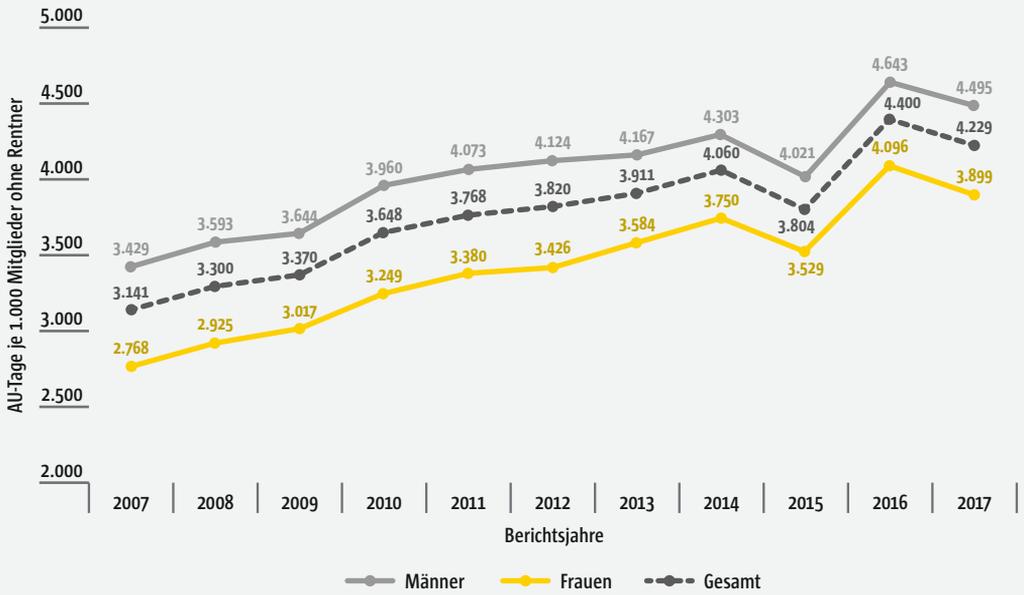
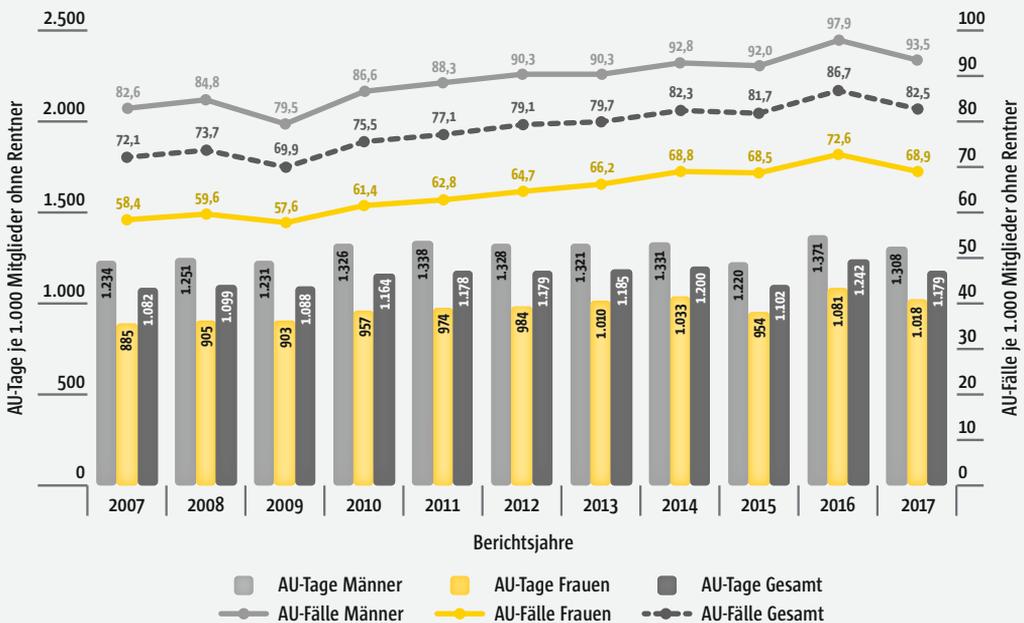


Diagramm 1.2.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Rückenschmerzen (M54) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007–2017)



Zusammensetzung der zehn wichtigsten Diagnosen aus dem Spektrum der Muskel- und Skeletterkrankungen als Ursache für Arbeitsunfähigkeit sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen nur wenig geändert, im wesentlichen haben einzelne Diagnosen im Vergleich zum Vorjahr lediglich die Positionen getauscht. Insgesamt 74,5% der AU-Tage bei den Männern und 70,0% der AU-Tage bei den Frauen innerhalb dieser Krankheitsgruppe sind auf diese zehn Diagnosen zurückzuführen. Für nahezu alle hier dargestellten Diagnosen zeigt sich eine leichte Abnahme der AU-Fälle und AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr, wobei bei den Falldauern keine bedeutsamen Veränderungen erkennbar werden.

In **III** Diagramm 1.2.5 werden die AU-Kennzahlen für die wichtigste Diagnose aus dieser Krankheitsgruppe – die Rückenschmerzen (M54) – im Zeitverlauf zwischen 2007 bis 2017 dargestellt. Im Vergleich zum Vorjahr haben sowohl die AU-Fälle als auch die AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart tendenziell abgenommen. Geht man davon aus, dass die seit dem Datenjahr 2016 neu hinzugekommenen AU-Zeiten aus den Bereichen Arbeitsunfälle bzw. Reha-Fälle insbesondere auch bei dieser Diagnose hinzuzuzählen sind, so hat sich vermutlich die seit 2015 bestehende abnehmende Tendenz fortgesetzt. Auffällig sind zudem die Einbrüche in den Jahren 2009 und 2015. Für diese beiden Jahre kann vermutet werden, dass die Grippewelle und die damit verbundenen AU-Fälle und AU-Tage das wahre Ausmaß der Rückenschmerzen (M54) maskiert haben. Tendenziell treffen diese Aussagen auch für das Jahr 2013 mit einer ähnlichen Grippewelle zu. Vermutlich wird ein solcher Effekt auch für das Jahr 2018 aufgrund der sehr ausgeprägten Grippewelle im BKK Gesundheitsreport 2019 zu beobachten sein.

## Psychische Störungen

- Bei den psychischen Störungen ist es für beide Geschlechter die depressive Episode (F32), die die meisten Fehltage innerhalb dieser Krankheitsart auf sich vereint.
- Jeweils fast ein Drittel aller AU-Tage innerhalb der Krankheitsgruppe gehen auf diese einzelne Diagnose zurück (Männer: 32,8%; Frauen: 31,9%).

Die psychischen Störungen nehmen mit einem Anteil von 16,6% an allen AU-Tagen der Mitglieder in diesem Jahr den zweiten Platz der Krankheitsursachen für Fehltage ein. In **III** Diagramm 1.2.6 sind die

entsprechenden AU-Tage der Mitglieder im Zeitverlauf zwischen 2007 und 2017 nach Geschlecht dargestellt.

Anders als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen werden hier im Vergleich zum Vorjahr insgesamt nahezu unverändert viele Fehltage aufgrund dieser Krankheitsart erkennbar. Während bei den Männern sogar eine tendenzielle Zunahme zu verzeichnen ist, geht die Entwicklung bei den Frauen eher in die umgekehrte Richtung. Eine mögliche Ursache dieser Zunahme kann die tendenziell zunehmende Rehabilitation psychischer Störungen und die damit seit 2016 zusätzlich gezählten AU-Tage, die mit Reha-Fällen verbunden sind, sein. Die durchschnittliche Falldauer ist insgesamt auch im Jahr 2017 bei den psychischen Störungen mit 38,9 Tagen je Fall im Vergleich zu allen anderen Krankheitsarten sehr hoch. In Relation zum Jahr 2007 (33,6 Tage je Fall) ist diese sogar im Durchschnitt noch um mehr als 5 Kalendertage angestiegen. Seit dem Jahr 2010 sind die mittleren Falldauern hingegen relativ stabil und schwanken zwischen 37,9 bis zu 39,9 Tagen je Fall, wobei 2015 mit 36,0 Tagen je Fall eine Ausnahme bildet.

Unverändert steht die depressive Episode (F32) nach AU-Tagen mit Abstand an der Spitze der Ursachen für Fehltage innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen (**III** Tabelle 1.2.3). Bezogen auf alle AU-Tage aus dieser Krankheitsgruppe ist die depressive Episode (F32) für jeweils ein knappes Drittel der Fehltage bei den Männern (32,8%) und bei den Frauen (31,9%) verantwortlich. Die nach den Fällen mit Abstand häufigste Ursache sowohl bei den Männern (16,0 AU-Fälle) als auch bei den Frauen (hier allerdings mit 29,7 AU-Fällen in nahezu doppelter Ausprägung) für Arbeitsunfähigkeit sind hingegen die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Diese Diagnose verursacht durchschnittlich wesentlich weniger AU-Tage als die depressive Episode (F32) und weist entsprechend auch eine deutlich geringere durchschnittliche Falldauer bei beiden Geschlechtern auf. Interessant an den Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie auch den jeweils auf Platz 4 nach AU-Tagen befindlichen anderen neurotischen Störungen (F48) ist die Tatsache, dass diese auch häufig als alternative ICD-10-Codierung für das sogenannte Burn-out-Syndrom verwendet werden. Die nach Fehltagen jeweils auf Platz 3 befindliche rezidivierende depressive Störung (F33) weist zwar nur relativ wenige AU-Fälle auf, hat aber im Gegensatz dazu mit 64,6 (Männer) bzw. 69,6 (Frauen) Tagen je Fall mit die höchste durchschnittliche Falldauer

Diagramm 1.2.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007–2017)

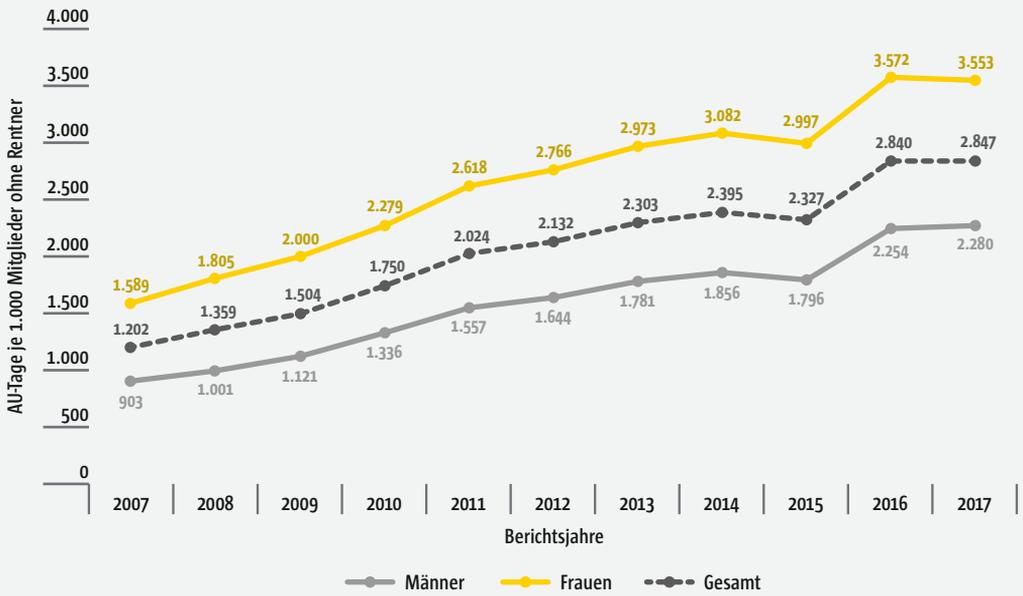
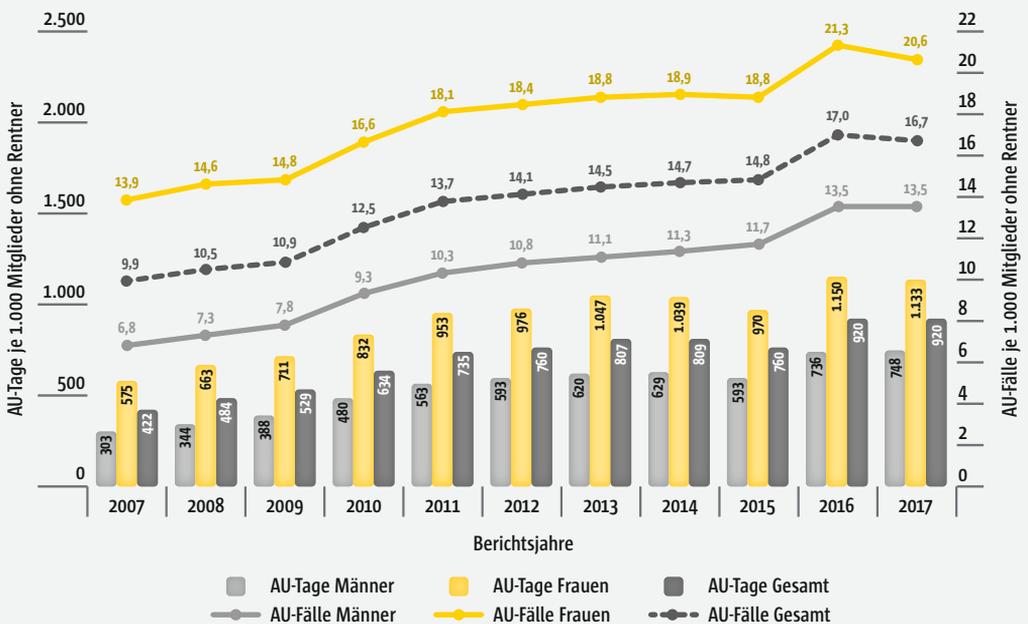


Diagramm 1.2.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Depressive Episode (F32) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007–2017)



**Tabelle 1.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)**

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 Mitglieder ohne Rentner		je Fall
<b>Männer</b>				
F32	Depressive Episode	13,5	748	55,3
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	16,0	422	26,3
F33	Rezidivierende depressive Störung	3,9	249	64,6
F48	Andere neurotische Störungen	8,2	218	26,6
F45	Somatoforme Störungen	5,6	155	27,5
F41	Andere Angststörungen	3,0	143	48,0
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,2	118	37,0
F20	Schizophrenie	0,5	29	60,9
F31	Bipolare affektive Störung	0,4	23	65,3
F34	Anhaltende affektive Störungen	0,5	21	43,4
<b>Frauen</b>				
F32	Depressive Episode	20,6	1.133	54,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	29,7	786	26,5
F33	Rezidivierende depressive Störung	6,3	437	69,6
F48	Andere neurotische Störungen	14,7	403	27,4
F45	Somatoforme Störungen	9,3	259	27,8
F41	Andere Angststörungen	4,6	236	50,7
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,3	45	36,0
F34	Anhaltende affektive Störungen	0,7	33	46,3
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,5	29	65,3
F31	Bipolare affektive Störung	0,4	25	68,2

neben der bipolaren affektiven Störung (F31) und den spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60). Der Anteil der AU-Tage, die durch die zehn hier genannten Diagnosen an allen durch psychische Störungen verursachten Fehltagen entstehen, ist mit 93,2% für die Männer und 95,3% für die Frauen wesentlich höher, als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen.

Das  Diagramm 1.2.7 zeigt wiederum im Detail die Entwicklung der AU-Kennzahlen für die für beide Geschlechter wichtigste Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen – die depressive Episode (F32) – im Zeitverlauf zwischen 2007 bis 2017 auf.

Auch bei der depressiven Episode (F32) zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine tendenzielle Abnahme der AU-Fälle und AU-Tage bei den Frauen sowie nahezu unveränderte AU-Fälle und tendenziell mehr AU-Tage bei den Männern. Trotz der Tatsache, dass Frauen nach wie vor mehr AU-Fälle und AU-Tage als Männer aufweisen, sind die stärksten Zunahmen bei den Letztgenannten zur verzeichnen. Seit 2007 haben sich die Fallzahlen bei den Männern nahezu verdoppelt und die damit verbundenen AU-Tage sind gleichzeitig um das 2,5-Fache angestiegen. Dagegen ist bei Frauen im gleichen Zeitraum nur eine

Steigerung der Fallzahlen um circa 50% und eine Verdoppelung der AU-Tage festzustellen. Vermutlich ist insbesondere die Zunahme der Fallzahlen bei den Männern ein Indiz dafür, dass Depressionen heute (auch bei den Männern) weniger stigmatisiert und häufiger richtig diagnostiziert werden. Für beide Geschlechter zeigt sich trotz unterschiedlich ausgeprägter Kennwerte, dass die depressive Episode mit einer durchschnittlichen Dauer von jeweils 55 Tagen je Fall zu einer der langwierigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit zählt.

**Exkurs Burn-out-Syndrom**

Obwohl das Burn-out-Syndrom im ICD-10 mit der Zusatzdiagnose Z73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung) kodiert wird und somit nicht originär zu den psychischen Störungen zählt, wird es diesem im öffentlichen Sprachgebrauch häufig zugerechnet. Im Diagramm 1.2.8 sind die entsprechenden AU-Kennzahlen für das Burn-out-Syndrom (Z73) im Zeitraum zwischen 2007 und 2017 dargestellt.

Wie zu erkennen ist, sind die Werte für die AU-Fälle und auch für die AU-Tage in den letzten 7 Be-

richtsjahren nahezu unverändert mit leicht abnehmender Tendenz für das Jahr 2017. Grundsätzlich ist beim Burn-out-Syndrom (Z73) die Frage weiter strittig, ob es sich hierbei um eine eigenständige Erkrankung handelt. Im ICD-10 GM stellt die Codierung Z73 eine Zusatzdiagnose dar, die Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung kennzeichnet, aber eigentlich mit mindestens einer weiteren (Haupt-)Diagnose einhergehen sollte. Vermutlich ist ein Teil der Z73-Kodierungen eigentlich einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode (F32) zuzuordnen – unterschiedliche Studien konnten einen hohen Deckungsgrad zwischen Depression und Burn-out-Syndrom von bis zu 50% nachweisen. In der heutigen, stark leistungsorientierten Gesellschaft wird vermutlich ein Burn-out-Syndrom aufgrund von Überarbeitung leichter akzeptiert, als eine immer noch eher stigmatisierte depressive Störung. Dagegen gibt es für das Burn-out-Syndrom neben einer fehlenden Differenzialdiagnostik auch bis dato keine evidenzbasierte Therapie. Zudem existieren neben der ICD-10-Codierung Z73 noch weitere einschlägige Diagnosen, die in der Praxis ebenfalls häufig – aber nicht ausschließlich – bei einem Burn-out-Syndrom verwendet werden. Hierzu zählen unter anderem die bereits erwähnten Reaktionen auf schwere Belastun-

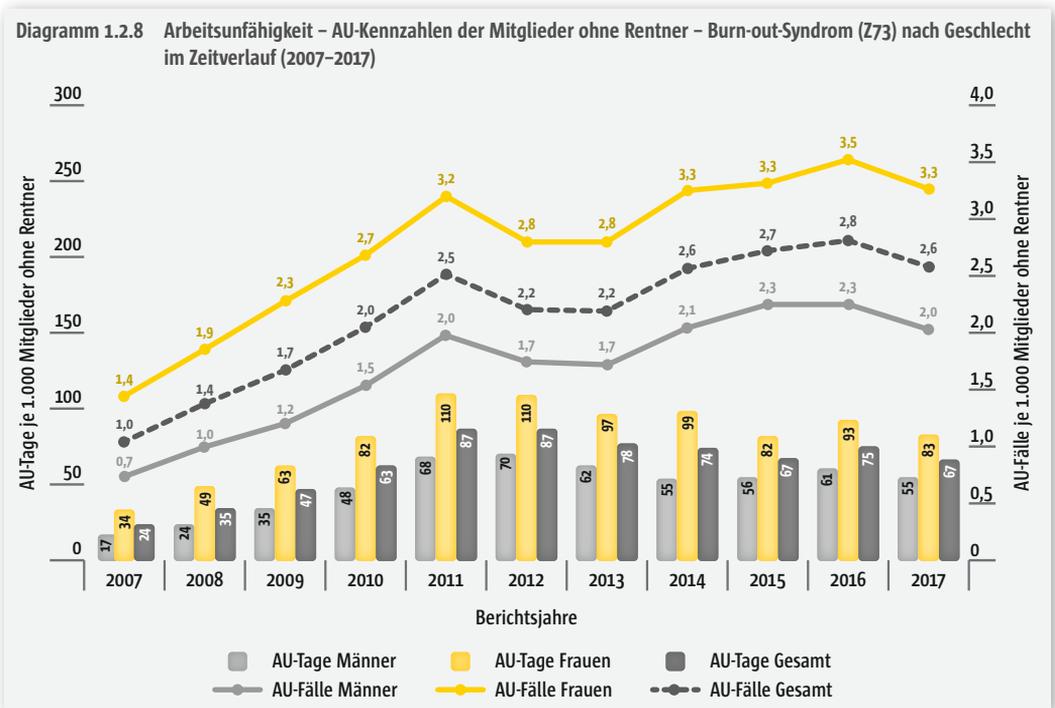
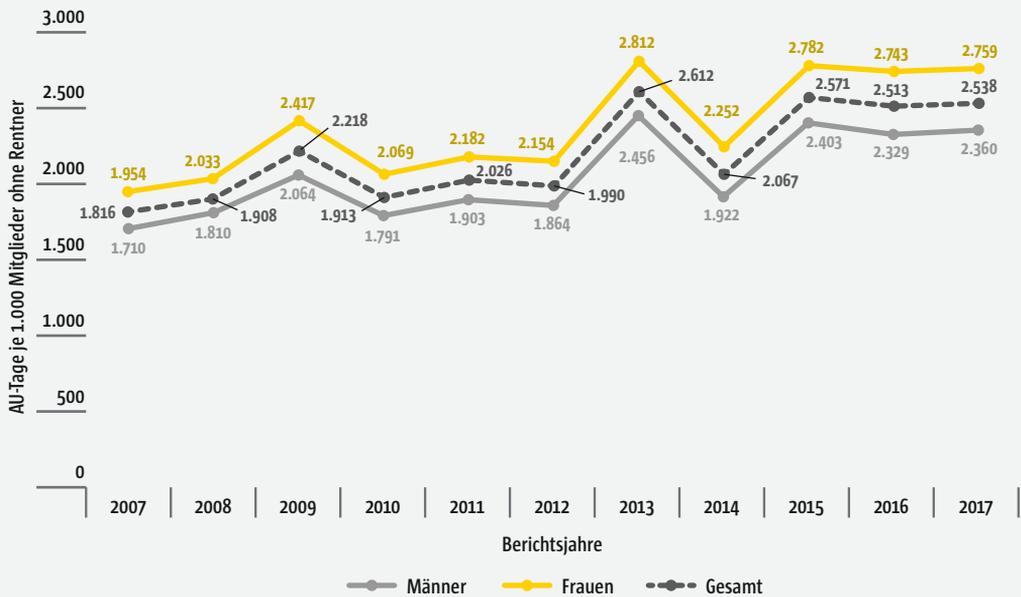


Diagramm 1.2.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007–2017)



gen und Anpassungsstörungen (F43) sowie die anderen neurotischen Störungen (F48) aber auch aus der Gruppe der Symptome die Codierung R53 (Unwohlsein und Ermüdung).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dem Thema „Burn-out“ in der Öffentlichkeit oft mehr Bedeutung beigemessen wird, als es die Kennzahlen des Fehlzeitengeschehens genauso wie die der anderen Leistungsbereiche nahelegen.

### Krankheiten des Atmungssystems

- Die Fehltage aufgrund von Atemwegserkrankungen sind bei beiden Geschlechtern auch 2017 auf dem 3. Platz nach Krankheitsursachen zu finden.
- Nach wie vor die wichtigste Diagnose sind die akuten Infektionen der oberen Atemwege (I06), die innerhalb dieser Krankheitsgruppe für mehr als vier von zehn AU-Tagen verantwortlich ist (Männer und Frauen jeweils circa 46%).

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei den Atemwegserkrankungen wird ganz wesentlich durch die meist zu Beginn bzw. Ende eines Jahres auftretenden

Grippe- und Erkältungswellen bestimmt. Im Jahr 2017 sind die AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert, aber weiterhin auf einem hohen Niveau geblieben.

Der in **III** Diagramm 1.2.9 dargestellte Zeitverlauf für die Atemwegserkrankungen zeigt deutlich die Jahre mit einer erhöhten Erkältungs- und Grippeaktivität an, wobei Frauen durchgängig mehr Fehltage als Männer aufweisen. Die Differenz zwischen den beiden Geschlechtern hat sich aber seit 2005 nahezu nicht verändert. Auffällig ist, dass vor allem in ungeraden Jahren eine erhöhte Grippeaktivität und damit einhergehende Fehltage zu beobachten sind. Besonders deutlich ist das an den Jahren 2009, 2013 und 2015 erkennbar. Hierbei handelt es sich aber nur um einen scheinbaren Zusammenhang. Eine Ursache für dieses Phänomen ist vermutlich, dass nach einer ausgeprägten Grippezeit die vormals Erkrankten für einen begrenzten Zeitraum gegen die Erkrankung eine gewisse Immunität aufweisen. Ist im Folgejahr einer Grippezeit allerdings ein anderer viraler Erreger aktiv, so wird dieser 2-Jahres-Rhythmus unterbrochen. Dies zeigt sich z.B. im I. Quartal 2018 (**III** Diagramm 1.1.3), was vermutlich zu einem deutlichen Anstieg der Fehltage aufgrund von Atemwegserkrankungen für das gesamte Jahr 2018 führen wird.

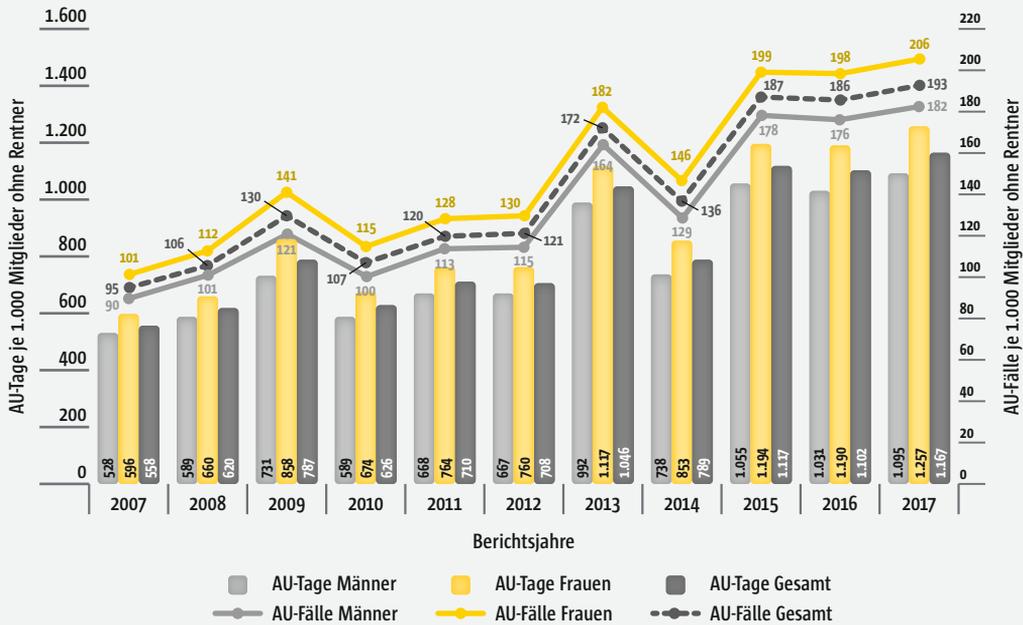
**Tabelle 1.2.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für die zehn wichtigsten Diagnosen des Atmungssystems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)**

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 Mitglieder ohne Rentner		
<b>Männer</b>				
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	182,4	1.095	6,0
J20	Akute Bronchitis	29,0	221	7,6
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	22,2	167	7,5
J32	Chronische Sinusitis	13,0	89	6,9
J03	Akute Tonsillitis	13,9	84	6,1
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	15,1	82	5,5
J01	Akute Sinusitis	13,3	82	6,2
J02	Akute Pharyngitis	13,1	74	5,6
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	11,3	72	6,4
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	9,8	69	7,0
<b>Frauen</b>				
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	205,7	1.257	6,1
J20	Akute Bronchitis	30,9	238	7,7
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	24,7	185	7,5
J01	Akute Sinusitis	21,6	133	6,2
J32	Chronische Sinusitis	20,4	133	6,5
J03	Akute Tonsillitis	19,1	114	6,0
J02	Akute Pharyngitis	18,4	102	5,6
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	17,2	95	5,5
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	13,5	85	6,3
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	10,1	72	7,1

Unangefochten sind es wiederum die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06), die auch in diesem Jahr bei beiden Geschlechtern die mit Abstand meisten AU-Tage innerhalb der Gruppe der Atemwegserkrankungen verursachen (»» Tabelle 1.2.4). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ist diese Diagnose diejenige, die das AU-Geschehen bezogen auf die AU-Tage in dieser Krankheitsgruppe mit einem Anteil von circa 46% dominiert. Auch bei den weiteren für die Fehltag verant-

wortlichen Einzeldiagnosen handelt es sich deutlich häufiger um akute als um chronische Atemwegserkrankungen, was auch an der durchschnittlich niedrigen Falldauer von 5 bis 7 Tagen je Fall erkennbar wird. Die zehn hier jeweils für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosen sind – ähnlich wie bei den psychischen Störungen – für den Hauptteil der Fehltag (Männer: 86,3%; Frauen: 87,5%) aus dem Spektrum der Atemwegserkrankungen verantwortlich.

Diagramm 1.2.10 Arbeitsfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Akute Infektionen der oberen Atemwege (Jo6) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2007–2017)



Blicken wir nun im Detail auf die akute Infektion der oberen Atemwege (Jo6) im Zeitverlauf, der im **III** Diagramm 1.2.10 dargestellt ist. Deutlich wird – im Vergleich zu **III** Diagramm 1.2.9, dass die hier dargestellte Diagnose im Zeitverlauf nahezu das gleiche Muster aufweist, wie schon die AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen insgesamt. Gleichwohl zeigt sich aber, dass sowohl die Zahl der AU-Fälle als auch die Zahl der AU-Tage im Zeitverlauf einen deutlichen Zuwachs zu verzeichnen hat. Vermutlich wird sich auch hier im kommenden Jahr ein deutlicher Sprung nach oben aufgrund des ausgeprägten I. Grippequartals 2018 abzeichnen.

Fraglich ist allerdings, ob es bei einer normalen Erkältung immer sinnvoll ist, einen Arzt zu konsultieren, da hier die evidenzbasierten Therapiemöglichkeiten in der Regel begrenzt sind. Zielführender wäre an dieser Stelle, andere Behandlungs- und Therapieansätze anzuwenden, die sich zum Beispiel auch durch die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen eröffnen. Auch hier, wie auch bei anderen Kurzzeiterkrankungen ist es manchmal hilfreicher, einige Tage ohne Krankschreibung zu Hause auszukurieren, als z.B. weitere Patienten in der Arztpraxis oder gar Kollegen am Arbeitsplatz mit einer Erkältung anzustecken.

## 1.2.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus

- Arbeitslose (ALG-I) weisen auch im Jahr 2017 die meisten Fehlzeiten, gefolgt von den beschäftigten Pflichtmitgliedern und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern auf.
- Arbeitslose (ALG-I) sind wesentlich häufiger von Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen verbunden mit längeren Falldauern im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen betroffen.

Neben dem Alter und dem Geschlecht der Mitglieder nimmt auch die soziale Lage wesentlichen Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Da die soziale Lage über die vorliegenden Routinedaten nur eingeschränkt abbildbar ist, wird an dieser Stelle die Zugehörigkeit zu einer Versichertengruppe als alternativer Indikator herangezogen. Insofern werden im Folgenden insbesondere die Gruppen der Arbeitslosen (ALG-I), der beschäftigten Pflichtmitglieder (inklusive der Teilzeitbeschäftigten) sowie der beschäftigten freiwilligen Mitglieder, als die wichtigsten Teilgruppen der Mitglieder ohne Rentner betrachtet. Ausgehend vom durchschnittlichen Monatseinkommen als einem der wichtigsten Faktoren

**Tabelle 1.2.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)**

Versichertengruppen	Geschlecht	Mitglieder in Tsd.	Arbeitsunfähigkeit			davon Arbeitsunfälle	
			AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall	AU-Fälle	AU-Tage
			je 100 Mitglieder ohne Rentner			je 100 Mitglieder ohne Rentner	
Beschäftigte Pflichtmitglieder	Männer	1.760	144,8	1.917,5	13,2	5,2	116,1
	Frauen	1.717	148,0	1.872,6	12,7	2,5	51,6
	<b>Gesamt</b>	<b>3.477</b>	<b>146,4</b>	<b>1.895,3</b>	<b>13,0</b>	<b>3,9</b>	<b>84,3</b>
<i>davon: Teilzeitbeschäftigte</i>	Männer	157	107,2	1.616,1	15,1	3,2	82,8
	Frauen	841	136,1	1.891,6	13,9	2,2	48,4
	<b>Gesamt</b>	<b>998</b>	<b>131,5</b>	<b>1.848,2</b>	<b>14,1</b>	<b>2,4</b>	<b>53,8</b>
Beschäftigte freiwillige Mitglieder	Männer	530	96,0	1.094,1	11,4	1,3	28,0
	Frauen	124	109,6	1.296,1	11,8	1,1	23,2
	<b>Gesamt</b>	<b>655</b>	<b>98,6</b>	<b>1.132,5</b>	<b>11,5</b>	<b>1,2</b>	<b>27,1</b>
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	48	82,6	3.421,1	41,4	-	-
	Frauen	44	92,8	3.676,3	39,6	-	-
	<b>Gesamt</b>	<b>92</b>	<b>87,4</b>	<b>3.542,6</b>	<b>40,5</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

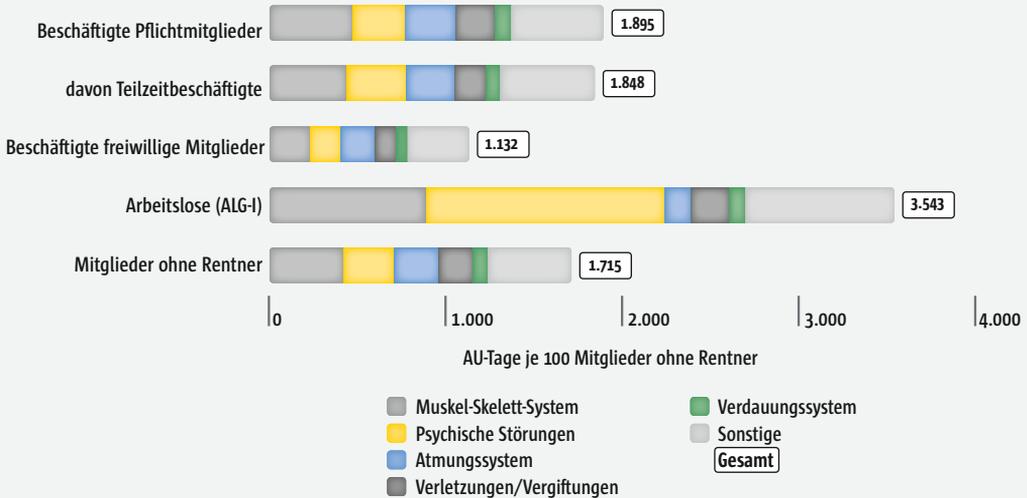
des sozialen Status – neben Bildungsgrad und beruflicher Stellung – kann angenommen werden, dass im Vergleich zwischen den drei genannten Versichertengruppen die Arbeitslosen den niedrigsten, die beschäftigten Pflichtmitglieder einen mittleren und die beschäftigten freiwilligen Mitglieder einen hohen Sozialstatus innehaben. Die hier vorgenommene Einteilung stellt allerdings keine wie auch immer geartete Ab- oder Aufwertung der einzelnen Versichertengruppen dar, sondern dient lediglich der plausibleren Einordnung der im Folgenden dargestellten Ergebnisse. In **»** Tabelle A.1 sind zusätzlich die wichtigsten AU-Kennzahlen der verschiedenen Versichertengruppen nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen dargestellt.

In **»** Tabelle 1.2.5 sind die wichtigsten AU-Kennzahlen der Mitglieder differenziert nach ihrem Versichertenstatus dargestellt. Wie auch in den Vorjahren weisen die Arbeitslosen (ALG-I) im Vergleich zu allen anderen dargestellten Versichertengruppen die mit Abstand meisten AU-Tage und gleichzeitig die wenigsten AU-Fälle auf. Dementsprechend treten hier mehr als dreimal so lange durchschnittliche Falldauern im Vergleich zu den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern auf. Dass die Arbeitslosen

(ALG-I) wesentlich weniger AU-Fälle als die anderen Versichertengruppen aufweisen, hängt vor allem damit zusammen, dass diese Gruppe bei Kurzeiterkrankungen oftmals nicht den Arzt konsultiert, im Gegenzug aber wesentlich häufiger von Langzeiterkrankungen betroffen ist und deshalb deutlich mehr AU-Tage aufweist, als alle anderen betrachteten Gruppen. Nach Fehltagen auf dem zweiten Platz folgen dann die beschäftigten Pflichtmitglieder mit durchschnittlich 19,0 AU-Tagen je Mitglied. Diese Gruppe weist gleichzeitig die meisten AU-Fälle und auch die meisten AU-Tage aufgrund von Arbeitsunfällen auf. In dieser Gruppe sind Beschäftigte mit einem Einkommen zu finden, das unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Deshalb ordnet sich diese Versichertengruppe entsprechend ihres abgeleiteten sozialen Status auch in die Mitte nach den AU-Tagen ein und zwar vor den Arbeitslosen (ALG-I) und nach den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern. Letztere Gruppe weist unter allen Beschäftigten für alle AU-Kennzahlen (außer die AU-Fälle) die niedrigsten Werte auf.

In **»** Diagramm 1.2.11 sind die fünf für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen nach Versichertengruppen dar-

Diagramm 1.2.11 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



gestellt. Allein auf die ersten drei Diagnosehauptgruppen gehen zwischen 53,4% (beschäftigte freiwillige Mitglieder) und 67,5% (Arbeitslose ALG-I) aller AU-Tage im Jahr 2017 zurück. Nach wie vor Spitzenreiter bei den Fehltagen aufgrund von psychischen Störungen sind wiederum die Arbeitslosen (ALG-I). Diese weisen aufgrund dieser Erkrankung im Mittel fast achtmal so viele AU-Tage wie die beschäftigten freiwilligen Mitglieder auf. Ähnlich stellt sich das Bild auch bei den Muskel- und Skeletterkrankungen dar: Fallen bei den Arbeitslosen im Durchschnitt 8,9 AU-Tage je Mitglied an, so treten bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern fast nur ein Viertel davon auf (2,3 AU-Tage je Mitglied). Lediglich bei den Atemwegserkrankungen liegen die Fehltag der Arbeitslosen (1,5 AU-Tage je Mitglied) deutlich unter denen der anderen Versichertengruppen – im Vergleich zu den beschäftigten Pflichtmitgliedern ist es etwa die Hälfte (2,9 AU-Tage je Mitglied).

Werfen wir nun einen genaueren Blick auf das AU-Geschehen bei den Versichertengruppen differenziert nach dem Alter. Hierzu werden exemplarisch die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen Störungen dargestellt.

Die meisten AU-Fälle bzw. AU-Tage bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern sind bei den 60- bis 64-Jährigen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen zu finden (» Diagramm 1.2.12). Auch hier zeigt sich in der Altersgruppe jenseits der 65 Jah-

re deutlich der *healthy worker effect*. Für die AU-Fälle und die AU-Tage der Arbeitslosen (ALG-I) tritt das Maximum in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen auf. Hier dürfte für den Rückgang in den höheren Altersgruppen ebenfalls ein Selektionseffekt dergestalt wirksam sein, dass ein großer Teil aus dieser Gruppe vorzeitig in die Alters- bzw. Erwerbsminderungsrente eintritt. Ein etwas anderes Bild stellt sich für die beschäftigten freiwilligen Mitglieder dar: Auch hier ist das Maximum der AU-Fälle (und AU-Tage) in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen erreicht, und nimmt ebenfalls, aber nicht so sprunghaft, in der Gruppe der über 65-Jährigen wieder ab. Insgesamt zeigt sich aber auch hier, dass sich die hinter dem Versichertenstatus stehende anfangs postulierte Reihung nach sozialem Status eindrucksvoll insbesondere bei den AU-Tagen widerspiegelt.

Nicht ganz identisch stellt sich dieses Bild bei den AU-Kennzahlen aufgrund von psychischen Störungen dar (» Diagramm 1.2.13). Während für die Arbeitslosen zwischen dem 30. und dem 59. Lebensjahr ein starker Anstieg der AU-Fälle und AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart erkennbar wird, fällt diese Zunahme für die anderen beiden Versichertengruppen wesentlich moderater aus. Darüber hinaus zeigt sich im Vergleich zu den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern, dass je nach Altersgruppe ein Vielfaches der AU-Tage bei den Arbeitslosen aufgrund dieser Krankheitsart auftritt. Ähnlich sieht es bei den AU-Fällen aus: Diese treten je nach Altersgruppe

Diagramm 1.2.12 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)

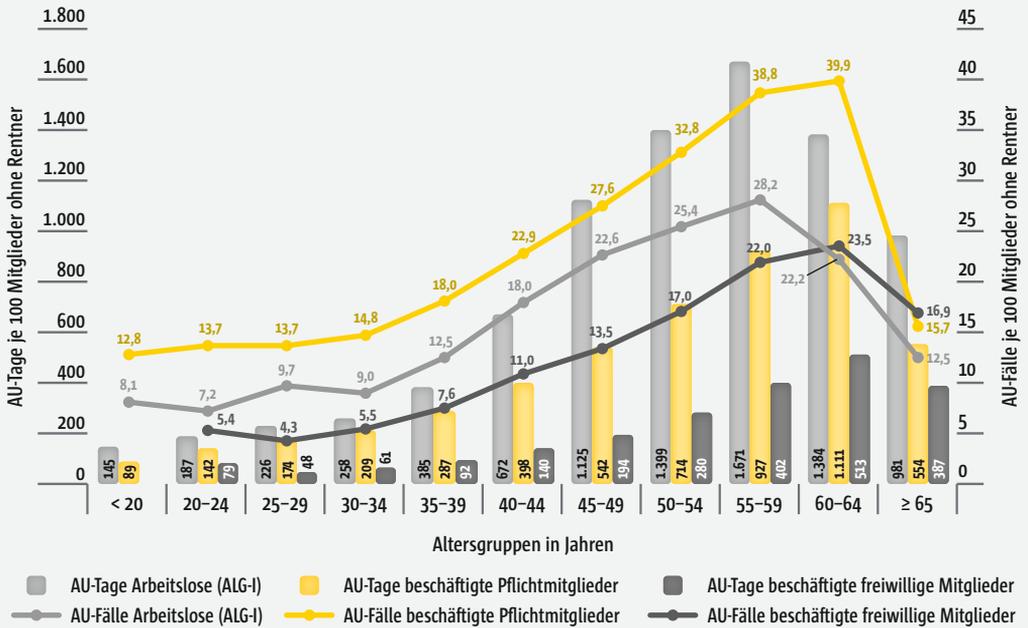
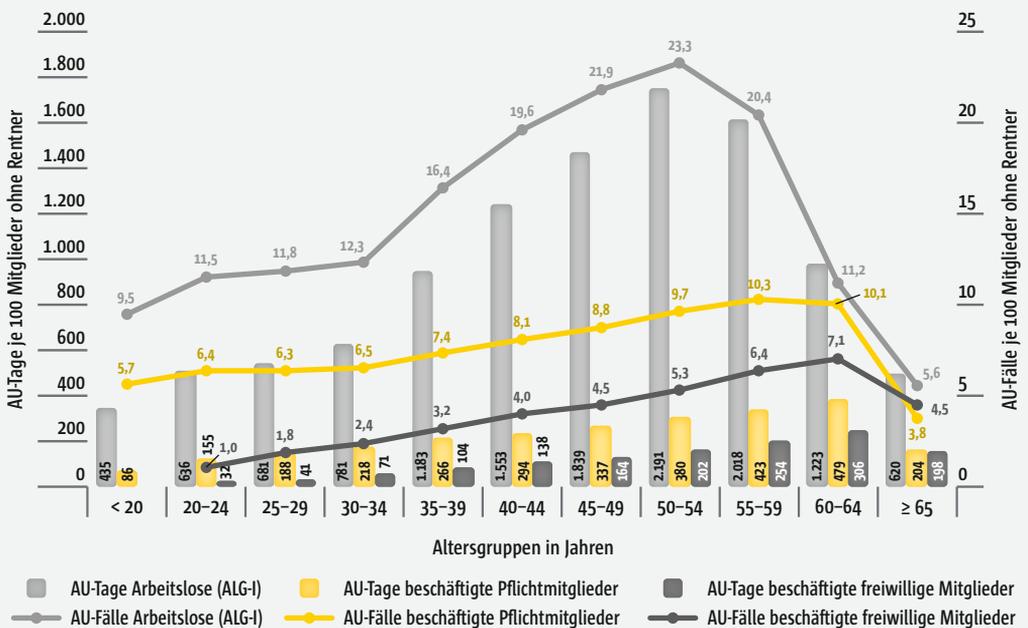


Diagramm 1.2.13 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für Psychische Störungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)

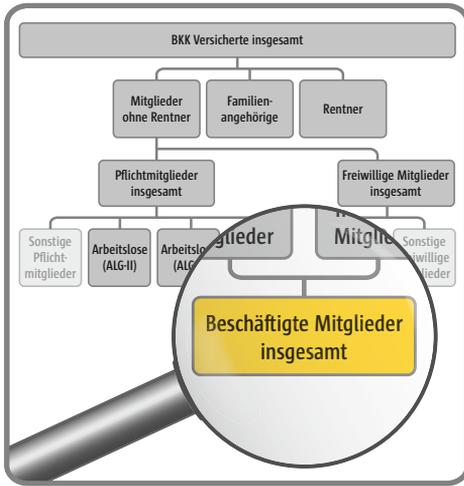


1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

bei den Arbeitslosen (ALG-I) zwischen 3- bis 11-mal häufiger auf als bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern. Auch hier ist insbesondere bei den Beschäftigten in den höheren Altersgruppen von einem *healthy worker effect* auszugehen.

- Je höher der Schul- bzw. Berufsabschluss eines Beschäftigten, desto weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten treten bei diesem auf.
- Insbesondere bei den Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen zeigen Beschäftigte mit niedrigem Schul- bzw. Berufsabschluss deutlich höhere Werte als solche mit höheren Abschlüssen.

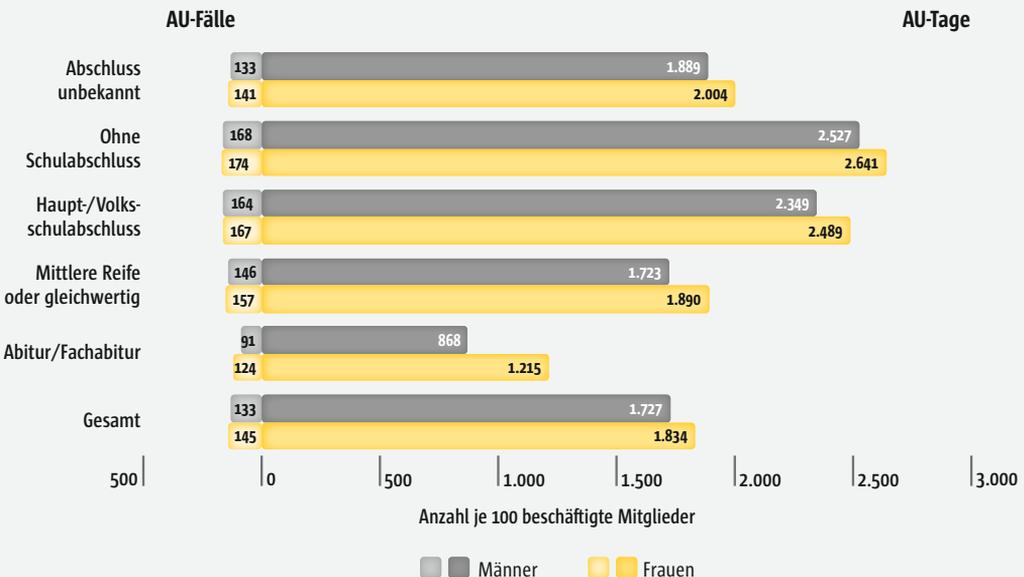
1.2.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen

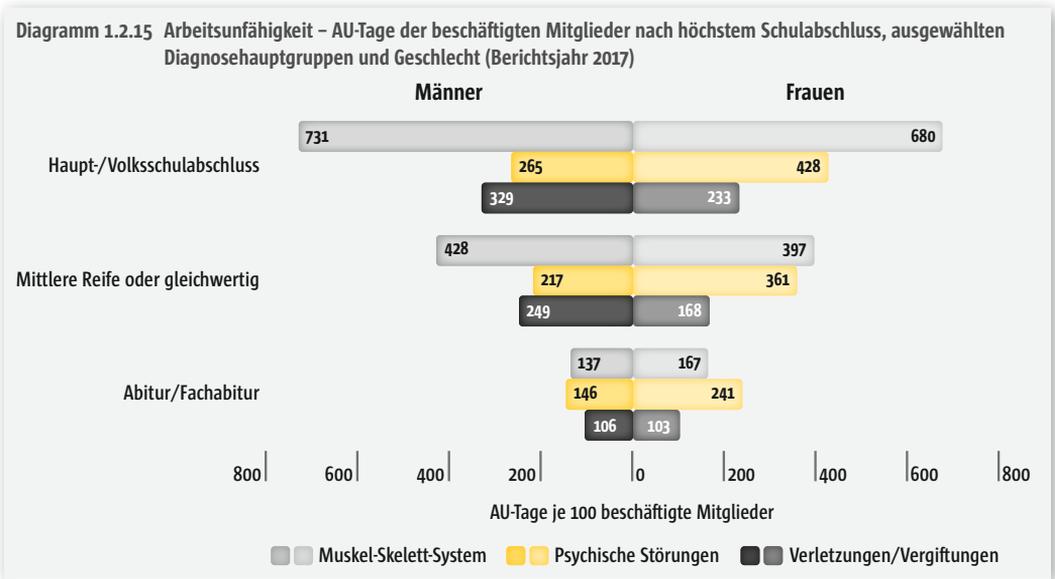


Höchster Schulabschluss

Eine weitere wichtige Einflussgröße für das AU-Geschehen stellt der höchste allgemeinbildende Schulabschluss der Beschäftigten dar. In Diagramm 1.2.14 wird ein deutlicher Zusammenhang dergestalt erkennbar, dass mit höherem schulischen Bildungsgrad einer Person die durchschnittliche Zahl der AU-Fälle und AU-Tage sukzessive abnimmt. Gleichzeitig wird hier auch über alle Gruppen hinweg sichtbar, dass die Frauen im Vergleich zu den Männern tendenziell mehr AU-Fälle und insbesondere AU-Tage aufweisen. Besonders deutlich wird der Unterschied im Bildungsstatus bezogen auf die Fehlzeiten in Gegenüberstellung zwischen Erwerbstätigen ohne Schulabschluss und solchen

Diagramm 1.2.14 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)





mit (Fach-)Abitur – letztere weisen im Vergleich deutlich weniger als die Hälfte der AU-Tage erstgenannten Gruppe auf.

An dieser Stelle werden für die Beschäftigten mit Haupt-/Volksschulabschluss, mittlerer Reife und (Fach-)Abitur die AU-Kennzahlen für drei für das AU-Geschehen wichtige Krankheitsarten gegenübergestellt (»» Diagramm 1.2.15). Wie auch schon bei den Fehltagen insgesamt, zeichnet sich – bezogen auf den höchsten Schulabschluss – ein relativ eindeutiger Zusammenhang mit den drei ausgewählten Diagnosehauptgruppen für beide Geschlechter ab: Je höher der Schulabschluss eines Beschäftigten ist, desto weniger Fehltagetage treten auf. Besonders eindrucksvoll wird dies am Beispiel der Muskel- und Skeletterkrankungen sichtbar: So weisen die männlichen Beschäftigten mit einem Haupt- bzw. Volksschulabschluss mehr als fünfmal so viele AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart auf, wie männliche Beschäftigte mit einem (Fach-)Abiturabschluss (731 vs. 137 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Bei den Frauen beträgt dieser Unterschied das Vierfache (680 vs. 167 AU-Tage je 100 Beschäftigte). In gleicher Richtung, wenn auch mit geringerer Ausprägung, zeigt sich dieses Bild auch für die psychischen Störungen sowie für die Verletzungen und Vergiftungen. Nicht nur der Schulabschluss selbst, sondern auch die damit verbundene Beschäftigung nebst Arbeitsbedingungen und -belastungen sind bei den Beschäftigten maßgeblich für die erläuterten Zusammenhänge von Bedeutung.

### Höchster Berufsabschluss

Der höchste berufliche Ausbildungsabschluss kann ebenfalls, wie erwähnt, als ein Indikator für die soziale Lage eines Beschäftigten gewertet werden. Auch hier wird ein deutlicher Zusammenhang dahingehend sichtbar, dass je höher der Berufsabschluss ist, desto weniger AU-Fälle und AU-Tage bei den Beschäftigten auftreten (»» Diagramm 1.2.16). So beträgt der Unterschied bezogen auf die AU-Tage zwischen dem niedrigsten (ohne Abschluss) und dem höchsten Berufsabschluss (Promotion) bei den Männern fast das Vierfache und bei den Frauen mehr als das Doppelte

Am Ende dieses Abschnittes werfen wir einen Blick auf den Zusammenhang zwischen dem AU-Geschehen für drei der wichtigsten Diagnosehauptgruppen bei den Beschäftigten mit einer anerkannten Berufsausbildung mit einem Abschluss als Meister oder Techniker und mit Diplom/Master/Magister bzw. Staatsexamen (»» Diagramm 1.2.17).

Es wird deutlich, dass die Beschäftigten mit einem höheren Ausbildungsgrad die für die drei betrachteten Krankheitsgruppen niedrigsten Werte bei den AU-Tagen aufweisen. Dies trifft, wie schon beim höchsten Schulabschluss (»» Diagramm 1.2.15), wiederum insbesondere auf die Muskel- und Skeletterkrankungen zu. So weisen die männlichen Beschäftigten mit Berufsabschluss ein Vielfaches an Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart im Ver-

Diagramm 1.2.16 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

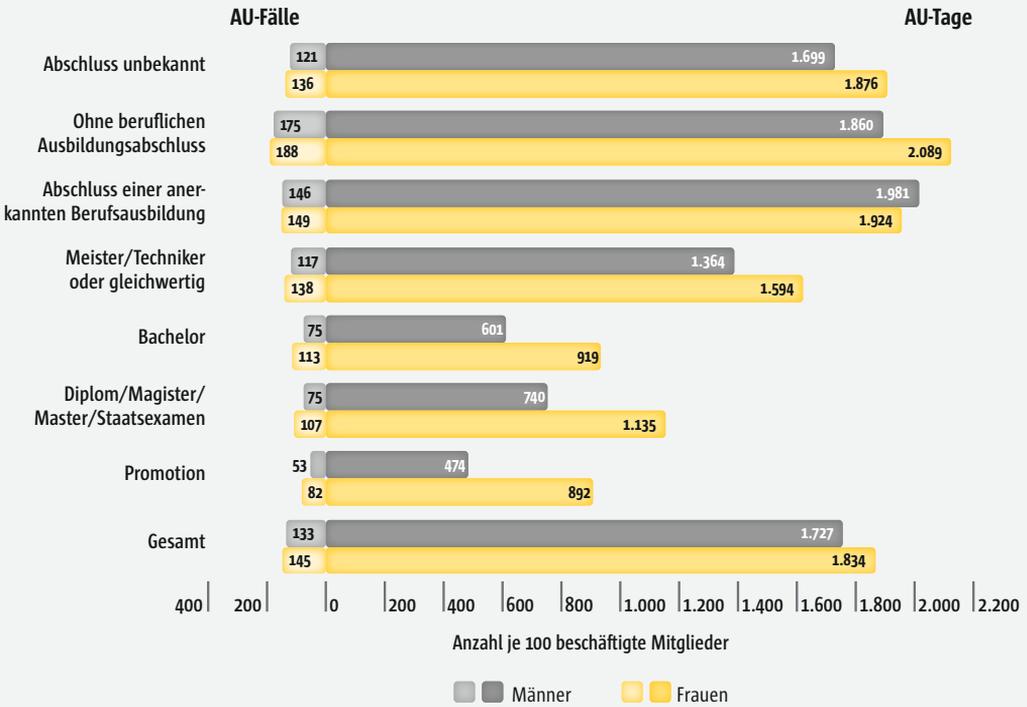
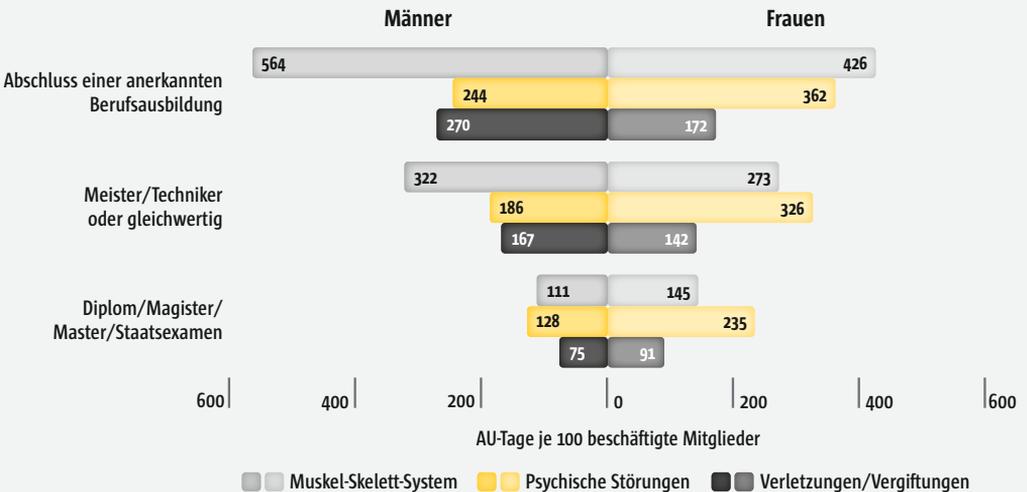


Diagramm 1.2.17 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



gleich zu jenen mit einem Hochschulabschluss auf (563 vs. 111 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Ein ähnliches Bild mit etwas geringerer Ausprägung zeigt sich ebenfalls bei den weiblichen Beschäftigten für diese Krankheitsart. Ähnliche Muster sind auch für die Verletzungen und Vergiftungen sowie die psychischen Störungen zu beobachten, wobei die Unterschiede bei den männlichen Beschäftigten durchweg größer ausfallen.

Es zeigt sich, dass sowohl der schulische als auch der berufliche Ausbildungsgrad als ein Gradient des sozialen Status der Erwerbstätigen einen erheblichen Einfluss auf deren Gesundheit bzw. Arbeits(un)fähigkeit ausübt. Dahinter verbergen sich verschiedene Mechanismen. So weisen Berufstätige mit einem akademischen Abschluss in der Regel ein gesundheitsbewussteres Verhalten bezüglich körperlicher Aktivität, gesunder Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum auf, als Personen ohne einen solchen Abschluss. Aber auch im arbeitsweltlichen Bezug verfügen Akademiker meist über einen größeren Handlungs- und Gestaltungsspielraum und eine meist höhere intrinsische Arbeitsmotivation, die mit geringeren motivations- und belastungsbeding-

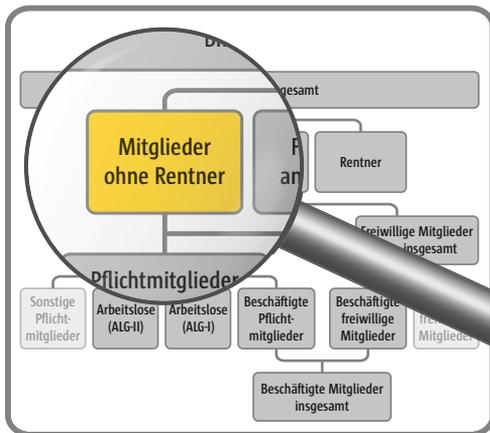
ten Fehlzeiten einhergehen. Auch im privaten Umfeld stehen den Berufstätigen mit einem akademischen Abschluss durch meist höhere Gehälter andere Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung. Die dadurch bedingte Auswahl der Wohngegend und die Freizeitaktivitäten neben ebenfalls Einfluss auf den Gesundheitszustand.

Zu erkennen ist zudem, dass Frauen – mit Ausnahme der Beschäftigten mit einer anerkannten Berufsausbildung – über alle Abschlüsse hinweg mehr AU-Fälle und AU-Tage aufweisen. Das liegt weniger daran, dass Frauen generell krankheitsanfälliger sind, sondern vielmehr am geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhalten. Frauen suchen bei einer Erkrankung eher einen Arzt auf als Männer, da sie über eine höhere Sensibilität gegenüber dem eigenen Körper und der eigenen Gesundheit verfügen und zudem eine grundsätzlich größere Bereitschaft aufweisen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Bildung stellt – neben der elterlichen Vorbildfunktion – mit die wichtigste Voraussetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens dar und bahnt gleichzeitig über die verschiedenen Einstiege in das Erwerbsleben auch den Gesundheitszustand in späteren Jahren.

## 1.3 AU-Geschehen in Regionen

Der Wohnort eines Versicherten selbst bedingt weniger dessen Gesundheit, vielmehr sind die regionalen Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie zum Beispiel die Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die soziokulturellen Bedingungen dafür verantwortlich. Des Weiteren beeinflusst aber auch die medizinische Versorgung vor Ort, wie zum Beispiel die Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte, die Gesundheit der dort Wohnhaften.

### 1.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise



- In den neuen Bundesländern sind auch nach Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden deutlich mehr Fehltagtage als in den Altbundesländern zu verzeichnen.
- Mitglieder in Baden-Württemberg (14,5 AU-Tage je Mitglied) haben zum Beispiel mehr als eine Kalenderwoche weniger Fehltagtage als die in Sachsen-Anhalt oder Thüringen wohnhaften Mitglieder (jeweils 23,0 AU-Tage je Mitglied).

Wie bereits im Methodenteil beschrieben, basieren alle regionalen Zuordnungen der Mitglieder auf deren Wohnort. Ergänzend hierzu finden sich in den **»** Tabellen A.11 und A.12 weitere AU-Kennzahlen auf Ebene der Bundesländer bzw. der Landkreise und kreisfreien Städte.

In **»** Tabelle 1.3.1 sind zunächst die AU-Tage sowie die Falldauern nach Bundesländern für das Jahr 2017 sowie im Vergleich zum Jahr 2007 dargestellt.

Im Langzeittrend zeigt sich auch dieses Jahr, dass bei den AU-Tagen in den neuen Bundesländern nicht nur die höchsten Werte (Sachsen-Anhalt und Thüringen mit jeweils 23,0 AU-Tagen je Mitglied), sondern auch die größte Steigerung im Zehnjahresvergleich (Sachsen-Anhalt bzw. Thüringen mit Zuwächsen von 9,0 bzw. 9,3 AU-Tagen je Mitglied) zu verzeichnen ist. Baden-Württemberg weist dagegen mit durchschnittlich 14,5 AU-Tagen je Mitglied weit mehr als eine Kalenderwoche weniger Fehltagtage auf. Bei den Differenzen im Vergleich zu 2007 fällt auf, dass insbesondere die Stadtstaaten Berlin (+3,4 AU-Tage je Mitglied) und Hamburg (+1,9 AU-Tage je Mitglied) die geringsten Zuwächse zu verzeichnen haben und gleichzeitig auch Rückgänge bei den Falldauern aufweisen (jeweils -0,3 Tage je Fall). Eine Ursache ist vermutlich der weiterhin anhaltende bzw. sich in den letzten Jahren noch verstärkte Trend des Zuzugs relativ junger, gut ausgebildeter und gesunder Beschäftigter.

Wesentliche Ursachen des weiterhin bestehenden Ost-West-Unterschiedes (ausgenommen Berlin) sind aber nach wie vor in sozioökonomischen und soziodemografischen Faktoren zu sehen. Eine ungünstige Arbeitsmarktlage, höhere Arbeitslosigkeit, mehr prekäre Beschäftigung sowie eine nach wie vor ungebrochene Abwanderung v. a. junger Fachkräfte in die Altbundesländer und das damit einhergehende höhere Durchschnittsalter der Beschäftigten in den neuen Bundesländern sind hier beispielhaft zu nennen.

Tabelle 1.3.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesländern (Wohnort) im Zehnjahresvergleich (2007 und 2017)

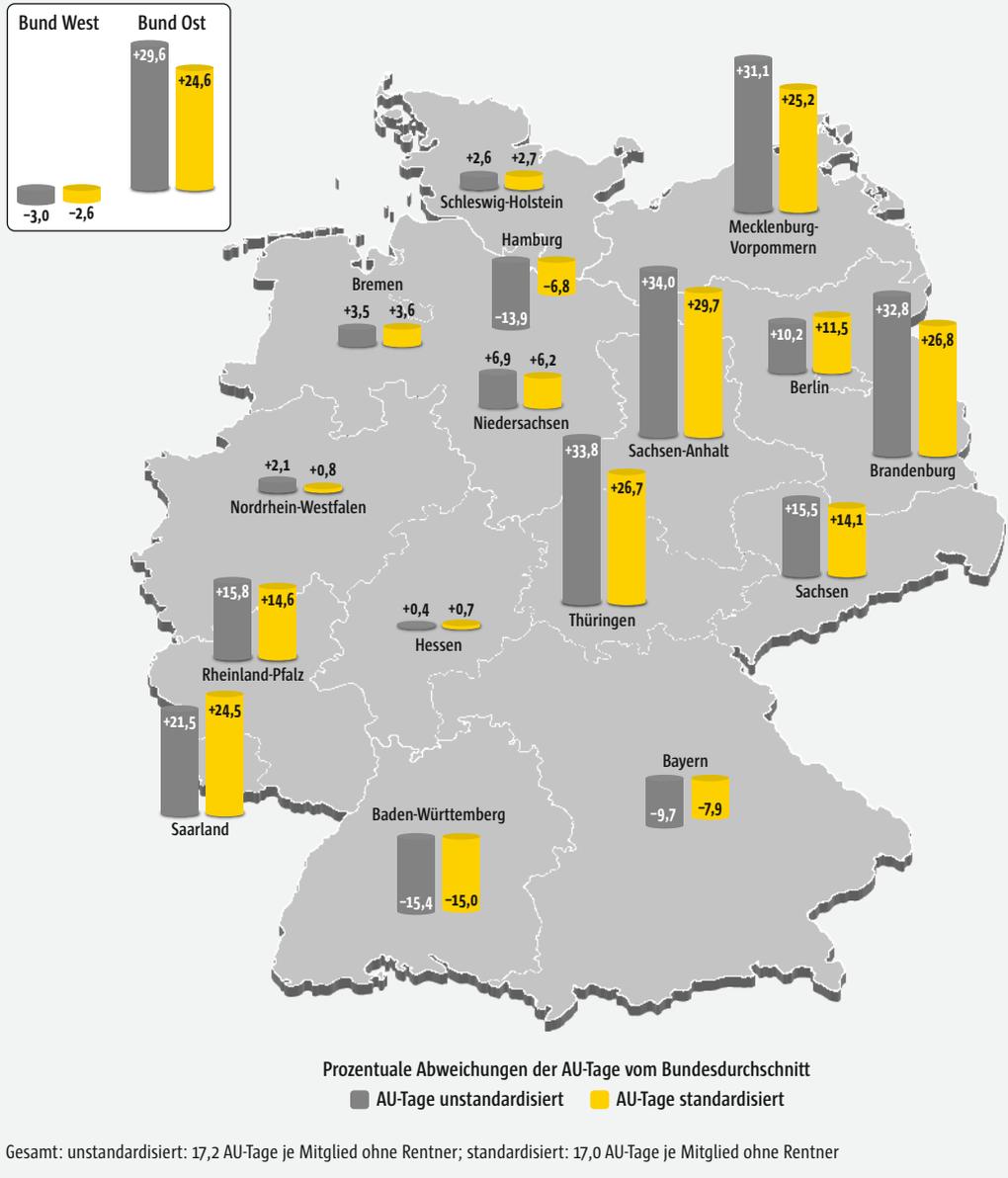
Bundesländer	AU-Tage	Differenz zu 2007	Tage je Fall	Differenz zu 2007
Baden-Württemberg	14,5	+4,2	12,0	+0,6
Bayern	15,5	+4,9	12,5	+0,7
Berlin	18,9	+3,4	15,2	-0,3
Brandenburg	22,8	+8,6	15,7	+1,5
Bremen	17,8	+5,0	13,2	+0,6
Hamburg	14,8	+1,9	13,4	-0,3
Hessen	17,2	+5,7	12,7	+0,9
Mecklenburg-Vorpommern	22,5	+8,4	15,2	+2,2
Niedersachsen	18,3	+6,3	13,1	+0,9
Nordrhein-Westfalen	17,5	+5,7	13,8	+0,8
Rheinland-Pfalz	19,9	+6,6	12,1	+0,6
Saarland	20,8	+6,0	15,0	-0,5
Sachsen	19,8	+7,1	13,8	+0,1
Sachsen-Anhalt	23,0	+9,0	15,0	+1,2
Schleswig-Holstein	17,6	+5,8	13,9	+1,2
Thüringen	23,0	+9,3	14,9	+1,2
<b>Bund West</b>	<b>16,6</b>	<b>+5,0</b>	<b>13,0</b>	<b>+0,6</b>
<b>Bund Ost</b>	<b>22,2</b>	<b>+8,5</b>	<b>15,0</b>	<b>+1,3</b>
<b>Gesamt</b>	<b>17,2</b>	<b>+5,2</b>	<b>13,2</b>	<b>+0,6</b>

Was passiert, wenn man den Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Fehlzeiten statistisch kontrolliert, wird im Folgenden näher betrachtet. Um die regionalen Unterschiede zumindest unabhängig von der vorhandenen Alters- und Geschlechtsstruktur der Mitglieder betrachten zu können, werden die AU-Daten anhand der Gesamtheit aller GKV-Versicherten standardisiert (»» Methodische Hinweise). Bei der hier angewendeten direkten Standardisierung werden die entsprechenden AU-Kennzahlen so berechnet, als würde die Alters- und Geschlechtsstruktur der BKK Mitglieder in den Regionen denen aller GKV-Mitgliedern entsprechen. Adäquat gilt dieses Vorgehen auch an den einschlägigen Stellen in den anderen Kapiteln zu den weiteren Leistungsbereichen in diesem Buch. Somit lassen sich von der Verteilung des Alters und des Geschlechts unabhängige

Vergleiche sowohl innerhalb der BKK Versicherten als auch – bei Anwendung der identischen Methoden – mit den Berichten anderer Kassenarten im GKV-System durchführen.

In »» Diagramm 1.3.1 zeigt sich zum Teil deutlich der Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur bei den AU-Tagen auf Ebene der Bundesländer. Dargestellt sind hier die prozentualen Abweichungen der standardisierten bzw. unstandardisierten Fehltag je Mitglied vom Bundesdurchschnitt. Zunächst zeigt sich bei der Mehrzahl der Bundesländer eine höhere Abweichung vom Bundesdurchschnitt bezogen auf die unstandardisierten im Vergleich zu den standardisierten Kennwerten. Würde also die Alters- und Geschlechtsverteilung in diesen Bundesländern der aller GKV-Mitglieder entsprechen, wären hier im Durchschnitt weniger AU-Tage zu erwarten. In

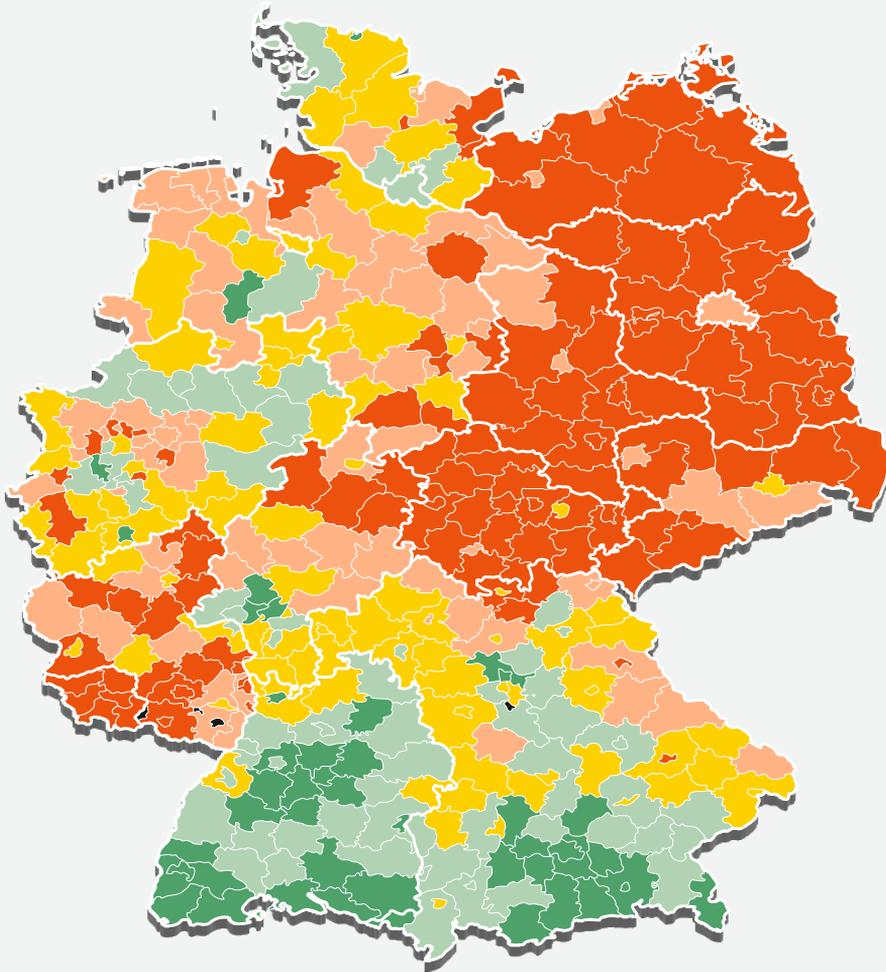
Diagramm 1.3.1 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesländern (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2017)



diesen Bundesländern ist also davon auszugehen, dass die BKK Mitglieder bezogen auf ihre Morbidität eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen als die GKV-Mitglieder insgesamt. Auch

hier sind insbesondere die neuen Bundesländer diejenigen, die im Vergleich die deutlichsten Unterschiede aufweisen. Ein gegenläufiges Bild zeigt sich in den meisten Altbundesländern. Hier ist –

Diagramm 1.3.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2017)



Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt (17,0 AU-Tage)

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - ± 5% um den Bundesdurchschnitt
- 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

\* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

gemessen an den prozentualen Abweichungen der AU-Tage zum Bundesdurchschnitt – die Alters- und Geschlechtsstruktur im Vergleich zu allen GKV-Mitglieder etwas günstiger. Besonders deutlich wird dies im Stadtstaat Hamburg: Würden das Alter und

das Geschlecht der BKK Mitglieder denen aller GKV Versicherten entsprechen, so wäre die Anzahl an Fehltagen immer noch um -6,8% geringer als der Bundesdurchschnittswert. Da die in Hamburg wohnhaften BKK Mitglieder aber eine wesentlich

günstigere Soziodemografie aufweisen, beträgt der unstandardisierte Unterschied  $-13,9\%$ . Insgesamt gleichen sich diese regionalen Unterschiede auf Bundesebene nahezu aus (unstandardisiert: 17,2 AU-Tage je Mitglied; standardisiert: 17,0 AU-Tage je Mitglied). Es zeigt sich hier deutlich, welchen Einfluss die mit der Regionalität verbundene Mitgliederstruktur auf das AU-Geschehen und somit auch auf das Krankheitsgeschehen ausübt. Dieser Aspekt ist insbesondere bei Vergleichen zwischen verschiedenen Regionen zu berücksichtigen.

Neben der Betrachtung des AU-Geschehens auf Ebene der Bundesländer werden durch den Blick auf die Landkreise weitere Details deutlich. So zeigt sich, dass die Spannweite der AU-Tage auf Kreisebene innerhalb eines Bundeslandes genau so breit gefächert sein kann, wie zwischen den Bundesländern selbst. Das **III** Diagramm 1.3.2 illustriert anschaulich, dass – auch nach Standardisierung für Alter und Geschlecht – die durchschnittlichen Fehltagelänge der Mitglieder in den neuen Bundesländern fast durchweg über dem standardisierten Bundesdurchschnittswert (17,0 AU-Tage je Mitglied) liegen. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass von den zehn Kreisen mit den meisten AU-Tagen je Mitglied allein neun in den neuen Bundesländern liegen. Spitzenreiter ist wie im Vorjahr der Landkreis Mansfeld-Südharz in Sachsen-Anhalt mit durchschnittlich 25,0 AU-Tagen je Mitglied – über eine Kalenderwoche (+8,0 AU-Tage) mehr als der Bundesdurchschnitt. Bei den alten Bundesländern sind das Saarland sowie größere Teile von Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Hessen ebenfalls von überdurchschnittlich vielen AU-Tagen je Landkreis betroffen. Der nach AU-Tagen gesündeste Landkreis ist ebenfalls wie im Vorjahr Starnberg in Bayern mit durchschnittlich 10,5 AU-Tagen je Mitglied und somit fast eine Kalenderwoche unter dem Bundesdurchschnitt liegend. Auch insgesamt sind auf Kreisebene in Bayern und Baden-Württemberg die im Durchschnitt wenigsten AU-Tage bei den Mitgliedern zu verzeichnen.

### 1.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

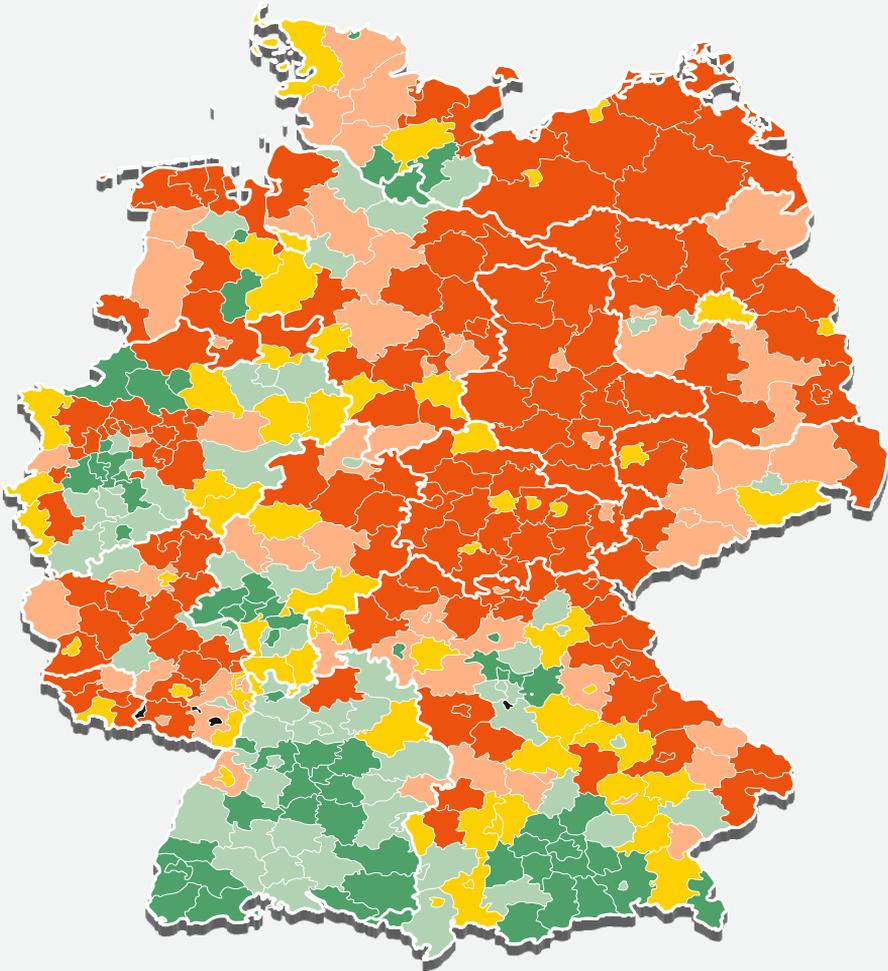
Neben dem Fehlzeitengeschehen im Allgemeinen werden im Folgenden die AU-Tage der Mitglieder aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sowie aufgrund von psychischen Störungen auf Ebene der Landkreise betrachtet. Die entsprechenden Kenn-

zahlen wurden ebenfalls für Alter und Geschlecht standardisiert, um einen davon unabhängigen Vergleich zwischen den Regionen zu ermöglichen.

Betrachtet man die standardisierten AU-Tage der Mitglieder, die auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen sind (**III** Diagramm 1.3.3), so zeigen sich zum einen auch hier mehrheitlich die Regionen mit besonders hohen Fehlzeiten, die bereits bei den gesamten AU-Tagen auffällig waren. Neben dem Schwerpunkt in den neuen Bundesländern sind aber auch zahlreiche Kreise in den Altbundesländern mit auffällig hohen Werten zu finden. Insbesondere in Ostbayern, im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Teilen Hessens sowie in Niedersachsen sind überdurchschnittliche Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart zu erkennen. Unter den zehn Landkreisen mit den meisten AU-Tagen je Mitglied sind somit auch vier aus den Altbundesländern vertreten. So hat zum Beispiel Herne (Nordrhein-Westfalen) mit durchschnittlich 6,9 AU-Tagen je Mitglied deutlich mehr Fehltagelänge als der Bundesdurchschnitt (4,2 AU-Tage je Mitglied). Die zehn Landkreise mit den wenigsten AU-Tagen bei dieser Diagnosehauptgruppe liegen aber wiederum ausschließlich in den Altbundesländern. Interessanterweise steht hier auch der Landkreis in Bayern (Starnberg) mit durchschnittlich 1,6 AU-Tagen je Mitglied an der Spitze, der bereits bei den Gesamt-AU-Tagen den geringsten Wert zeigt. Die starke Spreizung innerhalb der einzelnen Bundesländer zeigt zudem, dass eine Analyse auf Ebene der Landkreise einen erheblichen zusätzlichen Erkenntnisgewinn mit sich bringt und für regionale Planungen von Versorgungsstrukturen sowie auch von Prävention und Gesundheitsförderung von wesentlicher Bedeutung sein kann.

Auch die AU-Tage aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen zeigen auf Kreisebene ein sehr unterschiedliches Bild (**III** Diagramm 1.3.4). Hier ist eher ein Nord-Süd-Gefälle zu beobachten, wobei auch in Bayern und Baden-Württemberg punktuell Kreise mit überdurchschnittlichen Fehltagelängen aufgrund dieser Krankheitsart zu finden sind. Unter den zehn Landkreisen mit den meisten AU-Tagen sind überraschenderweise sechs aus den Altbundesländern zu finden. Der Spitzenreiter – Osterode am Harz in Niedersachsen – weist mit durchschnittlich 5,1 AU-Tagen je Mitglied fast doppelt so viele Fehltagelänge wie der Bundesdurchschnitt (2,8 AU-Tage je Mitglied) auf. Dagegen weist der Landkreis Memmingen in Bayern nicht einmal ein Drittel (1,4 AU-Tage je Mitglied) der Fehltagelänge im Vergleich zu Osterode am Harz auf.

**Diagramm 1.3.3** Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2017)

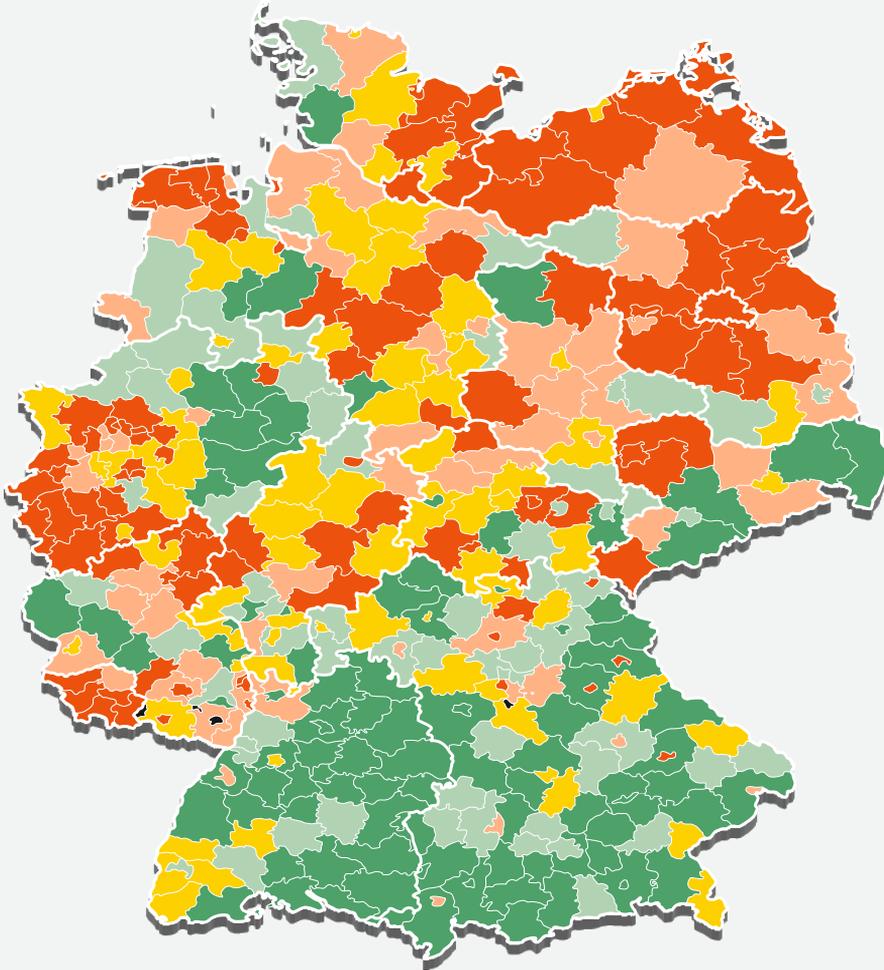


Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt (4,2 AU-Tage)

- |  |  |
|--|--|
| <span style="color: green;">■</span> mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt   | <span style="color: lightorange;">■</span> 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt   |
| <span style="color: lightgreen;">■</span> 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | <span style="color: darkorange;">■</span> mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: yellow;">■</span> ± 5% um den Bundesdurchschnitt             | <span style="color: black;">■</span> keine Angaben*                                |

\* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

**Diagramm 1.3.4** Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Psychische Störungen – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2017)

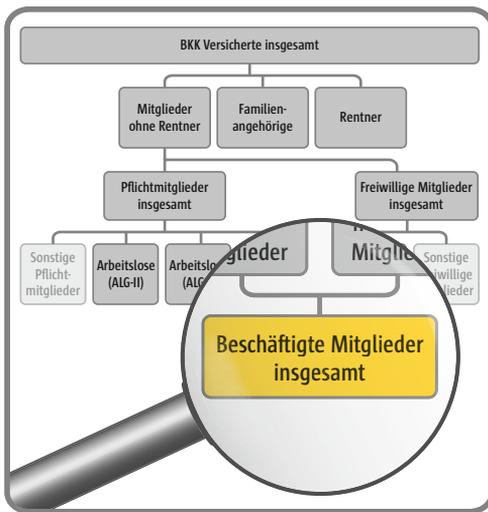


Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt (2,8 AU-Tage)

- |  |  |
|--|--|
| <span style="color: green;">■</span> mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt   | <span style="color: lightorange;">■</span> 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: lightgreen;">■</span> 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | <span style="color: orange;">■</span> mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt   |
| <span style="color: yellow;">■</span> ± 5% um den Bundesdurchschnitt             | <span style="color: black;">■</span> keine Angaben*                              |

\* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

## 1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt



Der folgende Abschnitt widmet sich dem Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit. Im Fokus der Betrachtungen stehen dabei alle beschäftigten BKK Mitglieder. Zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren sind aufgrund der BKK Routinedaten für eine Betrachtung verfügbar. Unter anderem lassen sich Analysen nach der Betriebsgröße, der Wirtschaftsgruppe, der Berufsgruppe sowie weiteren Merkmalen der beruflichen Tätigkeit darstellen.

### 1.4.1 Arbeitsumfeld- und Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten Mitglieder

Aufgrund der vorliegenden Daten und entsprechend zugehöriger Klassifikationssysteme können eine Reihe von Aussagen mit arbeitsweltlichem Bezug für die beschäftigten BKK Mitglieder getroffen werden.

Die Zuordnung von Unternehmen zu bestimmten Wirtschaftsgruppen basiert auf der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008) des Statistischen Bundesamtes. Davon unabhängig wird die be-

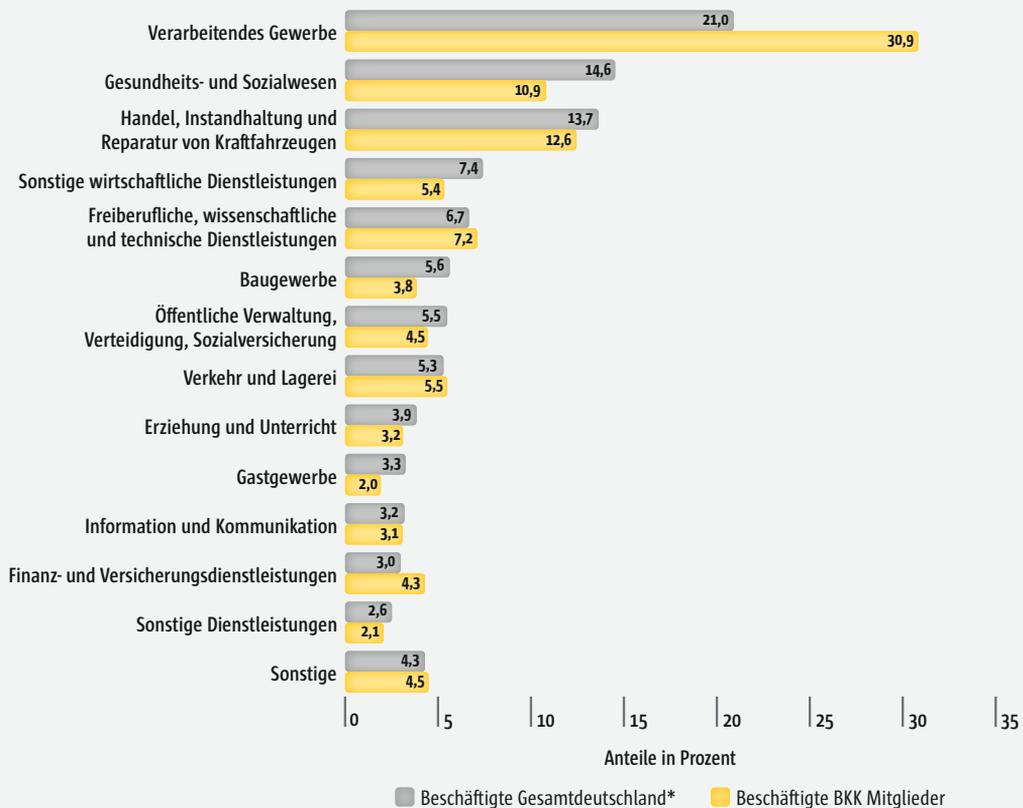
rufliche Tätigkeit aller in einem Unternehmen Beschäftigten entsprechend der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) der Agentur für Arbeit bestimmt. In letztgenannter Klassifikation sind neben der Tätigkeitsangabe selbst, noch weitere Informationen, z.B. zum höchsten Schul- bzw. Berufsabschluss (» Kapitel 1.2.3), zum Anforderungsniveau der Tätigkeit, der Stellung im Beruf, sowie zum Beschäftigungsverhältnis und zur Vertragsform zu finden. Im » Anhang A sind zahlreiche weitere Kennzahlen mit einem arbeitsweltlichen Bezug, bezogen auf die Wirtschaftsgruppen (» Tabellen A.6 bis A.9) sowie für die Berufsgruppen (» Tabelle A.10) dargestellt.

» Ab diesem Berichtsjahr wird die bisher im » Anhang A zu findende » Tabelle A.8 ausschließlich in digitaler Form über die Homepage des BKK Dachverbandes zur Verfügung gestellt. Ergänzend zu den bisherigen Auswertungen nach einer für die BKK angepassten Wirtschaftsgruppensystematik, wird die Tabelle um AU-Kennzahlen zur offiziellen Klassifikation der Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) entsprechend der im » Anhang B in der » Tabelle B.3 befindlichen Wirtschaftsabschnitte und -abteilungen ergänzt und erweitert.

Einleitend werden zunächst in » Diagramm 1.4.1 die beschäftigten BKK Mitglieder bezüglich ihrer Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe den Angaben aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland gegenübergestellt.

Erkennbar wird, dass bei einer BKK versicherte Beschäftigte im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland überproportional häufig in einem Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes tätig sind (30,9% vs. 21,0%). Dagegen sind die beschäftigten BKK Mitglieder in etwas geringerem Umfang in Unternehmen des Gesundheits- und Sozialwesens vertreten (10,9% vs. 14,6%). Für alle anderen Wirtschaftsabschnitte sind die Abweichungen schwächer ausgeprägt.

Diagramm 1.4.1 Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Beschäftigten nach Wirtschaftsabschnitten – Vergleich zwischen beschäftigten BKK Mitgliedern und Beschäftigten Gesamtdeutschland\* (Berichtsjahr 2017)

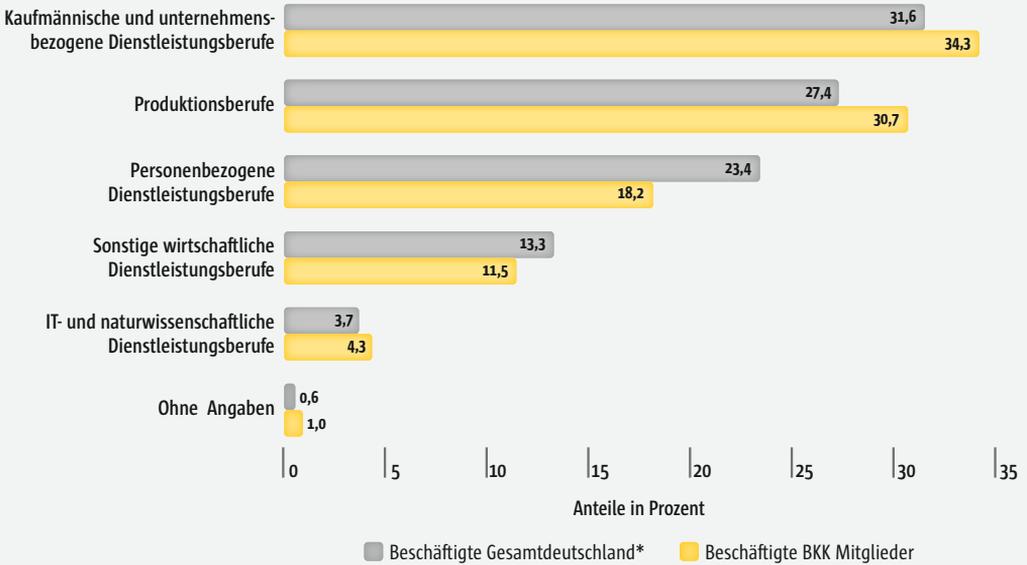


\* Bundesagentur für Arbeit – Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Wirtschaftsabschnitten (WZ 2008) Stichtag: 30. September 2017

Zunächst lässt sich feststellen, dass sich die beschäftigten BKK Mitglieder entsprechend der Berufssektoren in ihrer Reihung nach Prozentanteilen nicht von denen aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland unterscheiden. Allerdings zeigt sich, dass im Vergleich zu allen Erwerbstätigen, die bei einer BKK versicherten Berufstätigen häufiger in den Bereichen Produktionsberufe (30,7% vs. 27,4%) sowie kaufmännische und unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe (34,3% vs. 31,6%), dafür seltener bei den personenbezogenen Dienstleistungsberufen (18,2% vs. 23,4%) zu finden sind. Dies überrascht insofern nicht, als dass die Mehrzahl der Betriebskrankenkassen ihren Ursprung in produzierenden Unternehmen hat und diese Wirtschafts- bzw. Berufsgruppen somit auch heute noch einen wesentlichen Schwerpunkt bei den beschäftigten BKK Mitgliedern bilden.

Nach der Beschreibung und dem Vergleich der beschäftigten BKK Mitglieder mit allen bundesweit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt, wird nun nachfolgend der Zusammenhang dieser Merkmale mit ausgewählten AU-Kennzahlen dargestellt. Zunächst wird dabei das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen anhand des Strukturmerkmals des Unternehmens – der Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit – betrachtet. Anschließend widmet sich der Abschnitt der konkreten Tätigkeit eines Beschäftigten in einem Unternehmen auf Basis des vorliegenden Tätigkeitsschlüssels und des entsprechend zugeordneten Berufs. Weitere arbeitsweltliche Indikatoren, die aufgrund des Tätigkeitsschlüssels bzw. seitens des Arbeitsgebers vorliegen, werden im abschließenden dritten Abschnitt betrachtet. Aufgrund der Vielzahl von Indikatoren und Daten zur Arbeitsunfähigkeit, werden in den folgenden Abschnitten nur die

**Diagramm 1.4.2 Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Beschäftigten nach Berufssectoren – Vergleich zwischen beschäftigten BKK Mitgliedern und Beschäftigten Gesamtdeutschland\* (Berichtsjahr 2017)**



\* Bundesagentur für Arbeit – Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) Stichtag: 30. September 2017

wichtigsten und aus der Sicht der Verfasser interessantesten Zusammenhänge und Kennwerte dargestellt. Für weitere Details sei auf die bereits erwähnten **»»** Tabellen A.6 bis A.10 verwiesen.

### 1.4.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

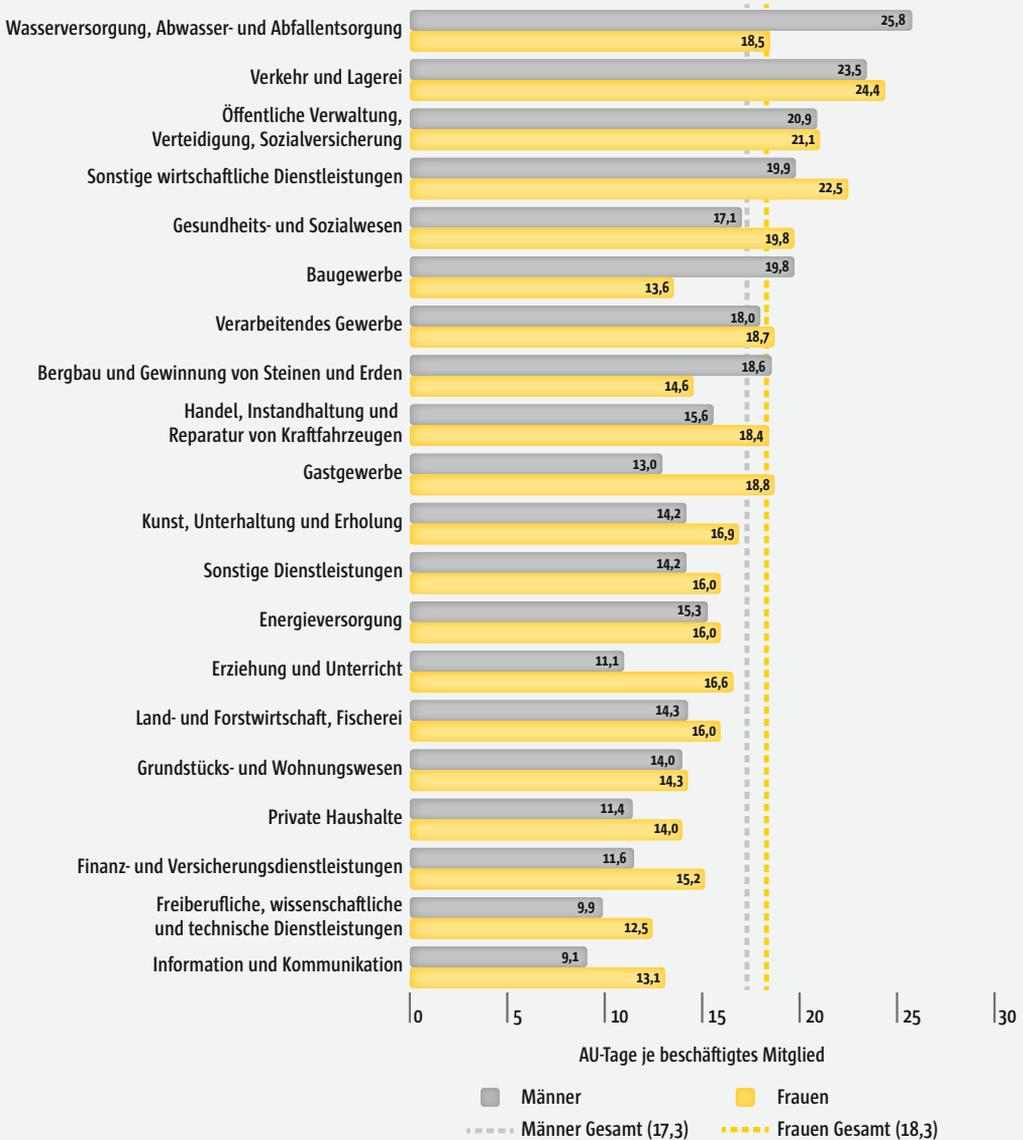
Ab diesem Jahr basieren die folgenden Auswertungen ausschließlich auf der offiziellen Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008) und ersetzen somit die bisherigen Auswertungen nach BKK Wirtschaftsgruppen. Detailauswertungen für beide Systematiken sind aber weiterhin in den **»»** Tabellen A.6 bis A.9 zu finden.

- Die Beschäftigten der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (24,3 AU-Tage je Mitglied) sowie von Verkehr und Lagerei (23,8 AU-Tage je Mitglied) weisen die mit Abstand meisten Fehltagetage von allen Wirtschaftsgruppen auf.
- Dagegen sind es weniger als halb so viele Fehltagetage bei den im Bereich Information und Kommunikation Beschäftigten (10,6 AU-Tage je Mitglied).

- Während AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen vermehrt in Wirtschaftsgruppen mit hohem körperlichem Arbeitsanteil (z.B. Bauberufe) vorkommen, sind Fehltagetage aufgrund von psychischen Störungen vor allem dort zu finden, wo Arbeit „am Menschen“ stattfindet (z.B. Gesundheits- und Sozialwesen).

In **»»** Diagramm 1.4.3 sind die AU-Tage je beschäftigtes Mitglied nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht dargestellt. Am stärksten von Fehlzeiten betroffen sind die Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (24,3 AU-Tage) sowie Verkehr und Lagerei (23,8 AU-Tage) und öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung (21,0 AU-Tage). Im Durchschnitt etwa halb so viele oder weniger AU-Tage finden sich bei den Erwerbstätigen in den Wirtschaftsabschnitten Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (13,7 AU-Tage), den freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (11,3 AU-Tage) sowie in der Information und Kommunikation (10,6 AU-Tage). Geschlechtsunterschiede treten an dieser Stelle immer dann besonders deutlich zu Tage, wenn Männer und Frauen innerhalb einer

Diagramm 1.4.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



Wirtschaftsgruppe grundverschiedene Tätigkeiten ausüben, die meist auch mit einer unterschiedlich starken körperlichen und psychischen Beanspruchung einhergehen. Dies wird besonders in den Gruppen Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie im Baugewerbe sichtbar. In beiden Branchen sind Frauen sehr häufig mit den

verwaltenden Aufgaben in Bürotätigkeit betraut. Männer haben hier im Durchschnitt eine Kalenderwoche mehr Fehltag pro Jahr als Frauen. Umgekehrt sind die im Gastgewerbe und in Erziehung und Unterricht beschäftigten Frauen im Mittel länger krankheitsbedingt arbeitsunfähig als ihre männlichen Kollegen.

Insgesamt weichen die standardisierten AU-Tage (17,6) nur unwesentlich von den unstandardisierten AU-Tagen (17,7) je Beschäftigten ab. Die BKK Beschäftigten unterscheiden sich also – bezogen auf das Fehlzeitengeschehen allgemein – nicht bedeutsam von allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Betrachtet man dagegen die jeweiligen Werte bezogen auf die einzelnen Wirtschaftsgruppen, so zeigen sich zum Teil deutliche Differenzen (»» Diagramm 1.4.4). So reduzieren sich die Fehltagelänge bei der Abfallentsorgung vom 25,7 AU-Tagen (unstandardisiert) auf 21,3 AU-Tagelänge (standardisiert). Das bedeutet, dass die BKK Beschäftigten in dieser Wirtschaftsgruppe eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen als alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt. Gleiches gilt zum Beispiel auch für Beschäftigte im Bereich Tiefbau sowie Metallherstellung und -bearbeitung. Umgekehrt gibt es aber auch Wirtschaftsgruppen, bei denen die BKK Beschäftigten in der jeweiligen Wirtschaftsgruppe eine günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur als alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufweisen. Dies ist zum Beispiel der Fall in den Bereichen Werbung und Marktforschung sowie im Veterinärwesen. Hier liegen die standardisierten AU-Tage über den unstandardisierten Werten.

In »» Diagramm 1.4.5 sind die AU-Tage der verschiedenen Wirtschaftsabschnitte noch einmal differenziert für die wichtigsten Krankheitsarten dargestellt. Nicht nur die meisten Fehltagelängen insgesamt, sondern auch aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sind bei den Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (693 AU-Tage je 100 Beschäftigte) sowie im Bereich Verkehr und Lagerung (650 AU-Tage je 100 Beschäftigte) zu finden. Im Vergleich hierzu weisen Beschäftigte der Wirtschaftsgruppe Information und Kommunikation nicht einmal ein Viertel der Fehltagelänge auf (164 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Diese Differenzen sind auch durch die unterschiedlichen arbeitsbedingten Beanspruchungen und Belastungen begründet: Insgesamt haben bei dieser Diagnosehauptgruppe vor allem Wirtschaftsgruppen des produzierenden Gewerbes bzw. Handwerks (z.B. Baugewerbe) oder Dienstleister mit besonders hoher körperlicher Belastung (z.B. Abfallbeseitigung) auffällig viele Fehltagelängen, während diese bei Wirtschaftsgruppen mit vorwiegend Büroarbeiten eher weniger häufig auftreten.

Ein anderes Bild zeigt sich bei den psychischen Störungen: Mit 369 AU-Tagen je 100 Beschäftigten steht hier das Gesundheits- und Sozialwesen an der

Spitze mit den meisten Fehltagelängen. Dagegen haben Beschäftigte im Bergbau nicht einmal halb so viele Fehltagelängen (143 AU-Tage je 100 Beschäftigte) aufgrund dieser Krankheitsart.

Erwartungsgemäß sind von Verletzungen und Vergiftungen ebenfalls diejenigen Wirtschaftsgruppen (Baugewerbe, Abfallbeseitigung, Verkehr und Lagerung) stärker betroffen, die bei ihrer Tätigkeit vor allem körperlichen Belastungen ausgesetzt sind bzw. deren Tätigkeit ein generell höheres Unfallrisiko (z.B. durch Tätigkeitsschwerpunkt im Straßenverkehr bzw. mit Maschinen) mit sich bringt. An der Spitze steht dabei das Baugewerbe mit 377 AU-Tagen je 100 Beschäftigten – das sind mehr als viermal so viele Fehltagelängen im Vergleich zu den Beschäftigten im Bereich Information und Kommunikation (89 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Stellvertretend für zwei der für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen – die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen Störungen – werden in »» Diagramm 1.4.6 für jede dieser Krankheitsarten die AU-Tage der jeweils prominentesten Diagnose nach Wirtschaftsabteilungen betrachtet. Dabei handelt es sich sowohl bei den Rückenschmerzen (M54), als auch bei der depressiven Episode (F32) um die Einzeldiagnose, die den jeweils größten Anteil der AU-Tage in der entsprechenden Krankheitsgruppe auf sich vereint. Wenig überraschend sind auch hier die Beschäftigten der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (2.110 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und der Gruppe Verkehr und Lagerung (2.077 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) mit den meisten krankheitsbedingten Fehltagelängen aufgrund von Rückenschmerzen (M54) an der Spitze aller Wirtschaftsgruppen zu finden. Im Vergleich zu den am wenigsten betroffenen Wirtschaftsgruppen Information und Kommunikation (461 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) sowie freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen (530 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte), weisen diese fast viermal höhere Fehlzeiten aufgrund dieser Erkrankungsart auf. Insgesamt zeigt sich auch hier, dass Wirtschaftsgruppen mit Tätigkeiten, die vor allem mit einer körperlichen Beanspruchung einhergehen aufgrund dieser Krankheitsart stärker von Fehltagelängen betroffen sind, als solche, die vorrangig eine geistige bzw. psychosozial beanspruchende Tätigkeit beinhalten.

Somit lässt sich auch die Reihung bei den Fehltagelängen aufgrund einer depressiven Episode (F32) erklären: Berufe mit einem hohen Anteil an psychischen Belastungen (z.B. Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung sowie Gesund-

Diagramm 1.4.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2017)

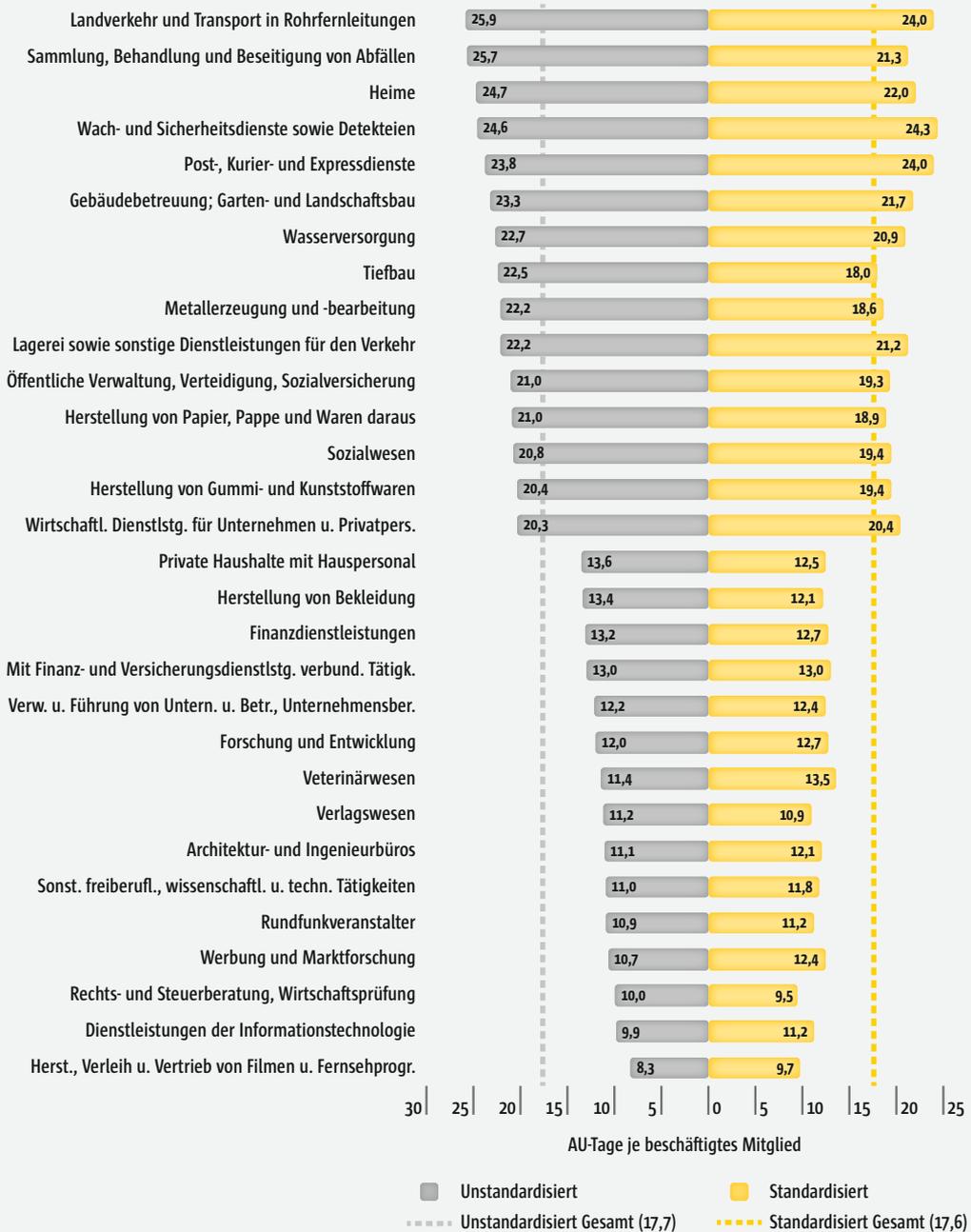
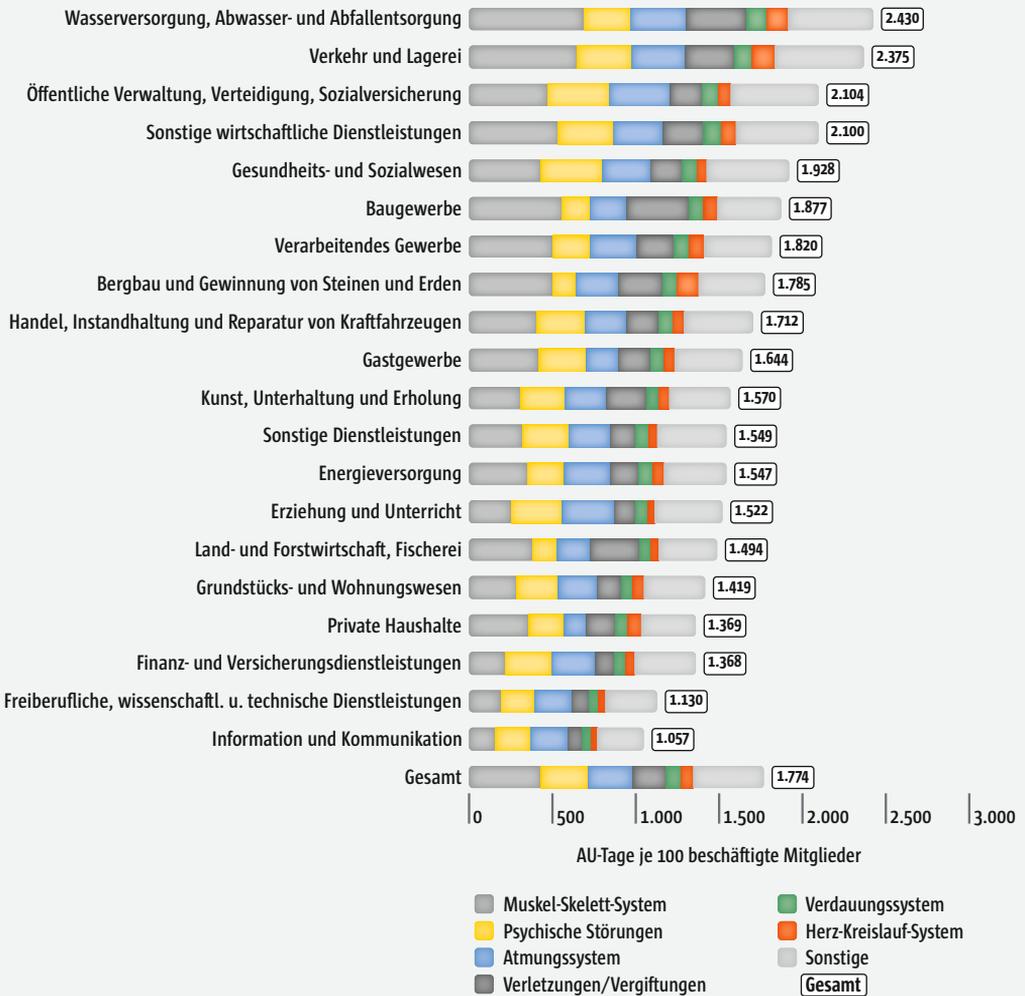


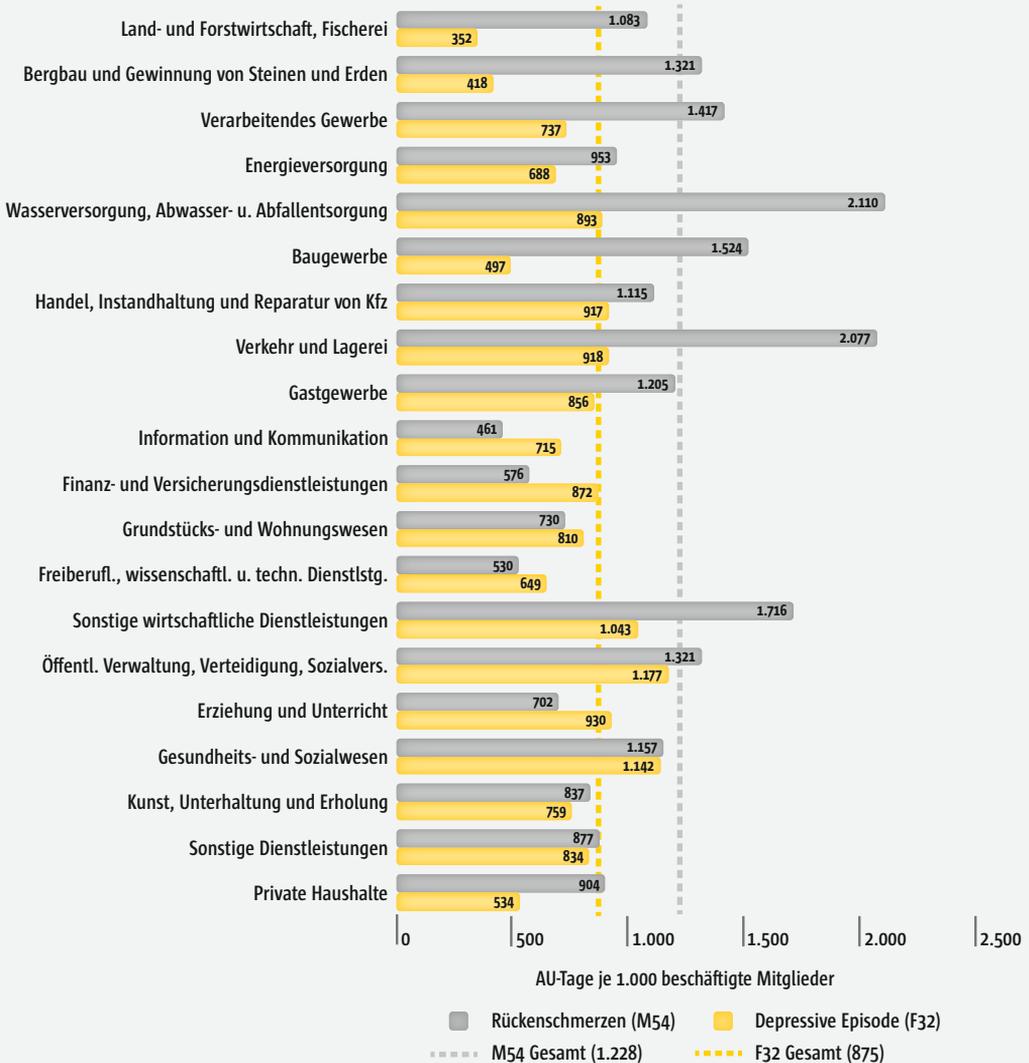
Diagramm 1.4.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



heits- und Sozialwesen) weisen deutlich mehr AU-Tage auf, als zum Beispiel das Baugewerbe. Zwischen der Gruppe mit den meisten (Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung: 1.321 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und mit den wenigsten Fehltagen aufgrund einer depressiven Episode (F32) (Land- und Forstwirtschaft, Fischerei: 352 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) unterscheiden sich die durchschnittlichen Fehlzeiten immerhin um mehr als das Dreifache.

Neben den bisher dargestellten krankheitsbedingten Ursachen der Arbeitsunfähigkeit, spielen auch Arbeitsunfälle und die damit verbunden Fehlzeiten bei den Beschäftigten eine wichtige Rolle. Etwa 4,2% aller Fehltag der Beschäftigten werden im Jahr 2017 allein durch Arbeitsunfälle verursacht. Insbesondere wird in **»»»** Diagramm 1.4.7 die Problematik der Arbeitunfälle im Zusammenhang mit der Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit sichtbar: Zwischen den Beschäftigten im Baugewerbe

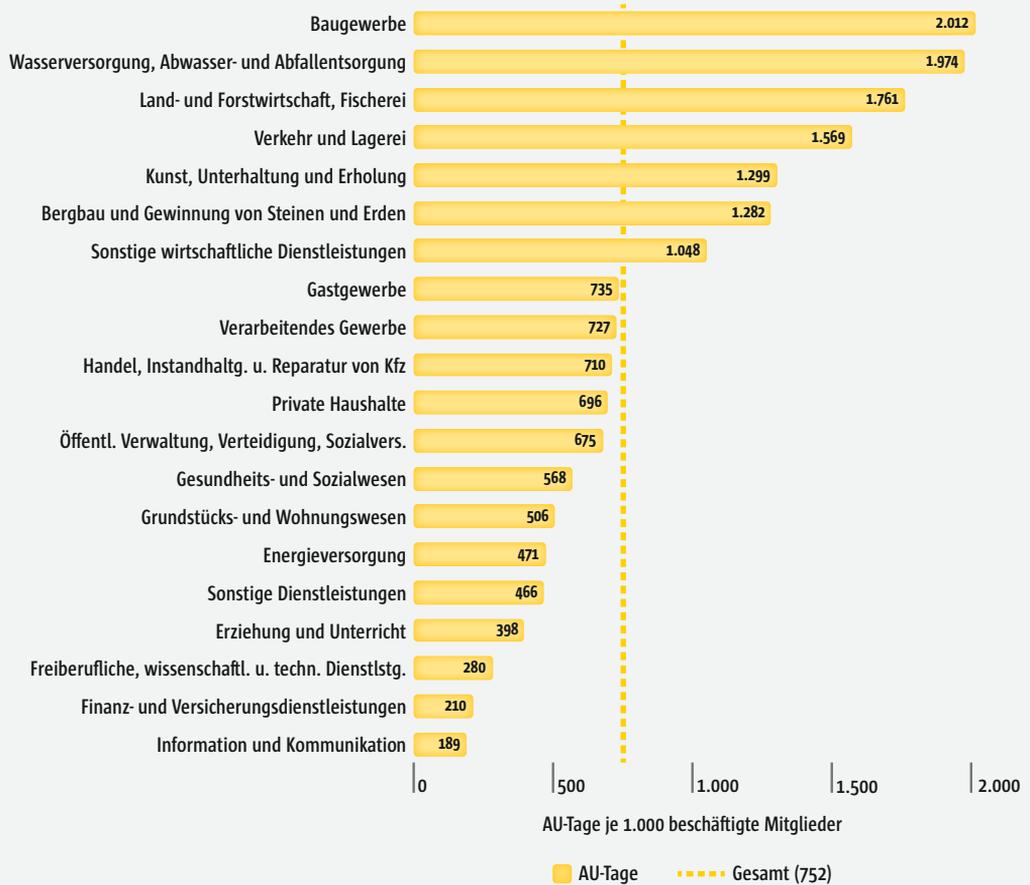
Diagramm 1.4.6 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten aufgrund von Rückenschmerzen (M54) bzw. Depressiver Episode (F32) (Berichtsjahr 2017)



(2012 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und denen in der Gruppe Information und Kommunikation (189 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) zeigt sich sehr plakativ, wie gravierend auch das Arbeitsunfallgeschehen von arbeitsweltlichen Faktoren abhängig ist. Hier sind ebenfalls Beschäftigte in Tätigkeitsfeldern mit hoher körperlicher Belastung (z.B. Baugewerbe) bzw. mit einer potenziell weitaus höheren Unfallgefahr zum Beispiel im Straßenverkehr (z.B. Verkehr und Lagerei, Abfallbeseitigung) deutlich stärker von

- Insgesamt 4,2% aller AU-Tage im Jahr 2017 werden durch einen Arbeitsunfall verursacht.
- Auch hier sind Wirtschaftsgruppen mit einem deutlich höheren Anteil an körperlicher Arbeit (z.B. Baugewerbe) stärker betroffen, als solche mit geringer körperlicher Beanspruchung bzw. Gefährdung (z.B. Finanz- und Versicherungsdienstleistungen).

Diagramm 1.4.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten aufgrund von Arbeitsunfällen (Berichtsjahr 2017)

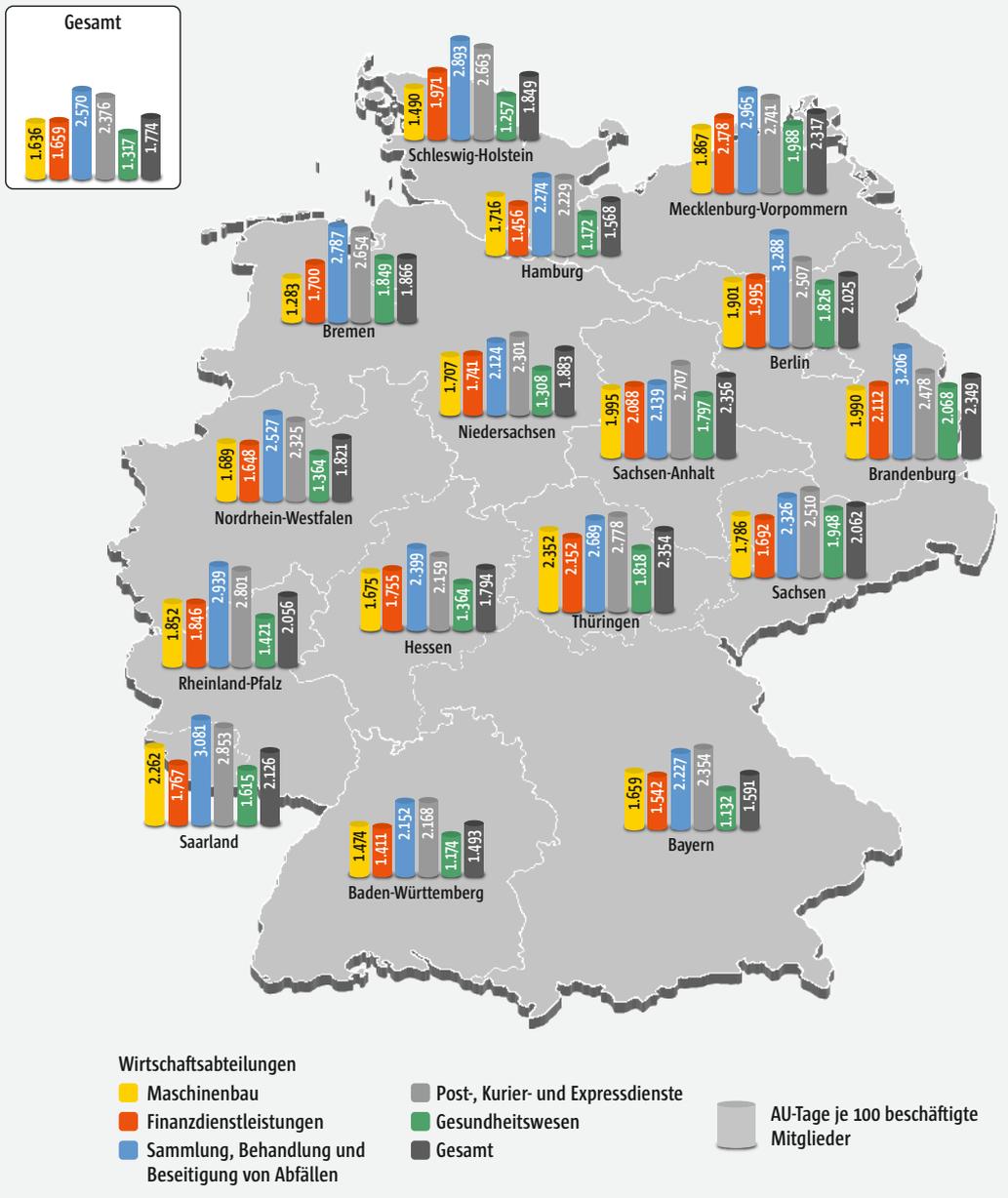


Fehltagen aufgrund von Arbeitsunfällen betroffen, als Beschäftigte in Wirtschaftsgruppen mit geringer körperlicher Belastung und/oder vorwiegender Büro-tätigkeit (z.B. Finanz- und Versicherungsdienstleistungen).

Einen Einblick in die regionale Verteilung wirtschaftsgruppenspezifischer Fehlzeiten gibt Diagramm 1.4.8, das deutliche Unterschiede auch innerhalb einzelner Wirtschaftsabteilungen aufzeigt. So haben die in Brandenburg wohnhaften Beschäftigten des Gesundheitswesens fast doppelt so viele Fehltagelike wie die in Bayern wohnhaften Berufstätigen der gleichen Branche (2.068 vs. 1.132 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Ein ähnliches Bild zeigt sich im

Maschinenbau zwischen den Beschäftigten mit Wohnort im Thüringen (2.352 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und in Bremen (1.283 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Zum Teil sind diese Abweichungen zwar durch eine unterschiedliche soziodemografische Struktur der Beschäftigten (z.B. bei Alter und Geschlecht) zu erklären, größtenteils aber auch durch unterschiedliche (un-)günstige Arbeits- und Lebensbedingungen vor Ort. Nicht allein die Tätigkeit in einer bestimmten Wirtschaftsgruppe übt einen Einfluss auf die Gesundheit aus, sondern wo bzw. vielmehr unter welchen Bedingungen sie erbracht wird. Hierzu zählt unter anderem auch die wirtschaftliche und sozioökonomische Situation einer Region.

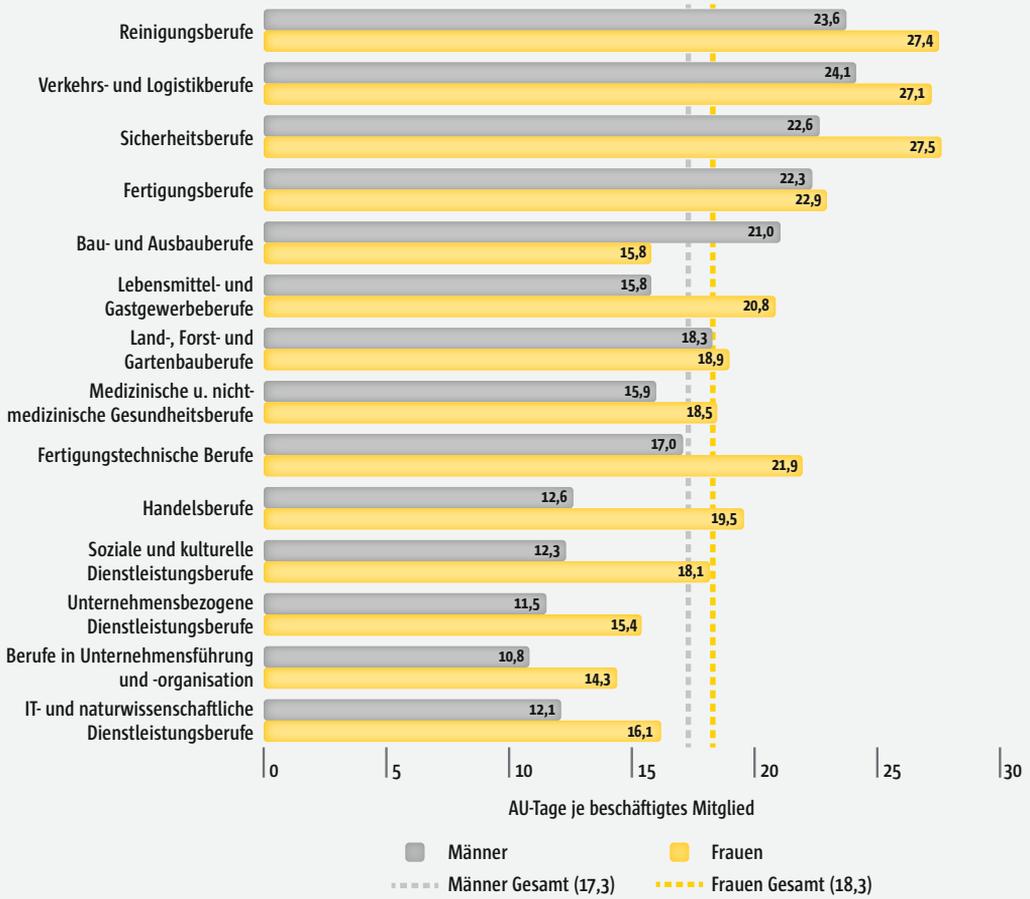
Diagramm 1.4.8 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2017)



Auch für die anderen betrachteten Wirtschaftsgruppen sind regionale Unterschiede bei den Fehltagen von über einer Kalenderwoche zu beobachten. Insgesamt zeigt sich auch hier recht deutlich, dass

in den neuen Bundesländern die Fehlzeiten im Mittel höher sind als in den Altbundesländern. Ausnahmen bilden das Saarland und Rheinland-Pfalz, die im Vergleich ebenfalls hohe Fehlzeiten aufweisen.

Diagramm 1.4.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



### 1.4.3 Auswertungen nach Berufsgruppen

Neben der Betrachtung des Fehlzeitengeschehens über die Zugehörigkeit eines Unternehmens und somit auch des Beschäftigten zu einer bestimmten Wirtschaftsgruppe, gibt die vom Beschäftigten ausgeübte Tätigkeit weiteren Aufschluss über den Einfluss arbeitsweltlicher Faktoren auf die Gesundheit. Basis bildet hierbei der Tätigkeitsschlüssel nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010). Dieser zeigt nicht nur die aktuell ausgeübte Tätigkeit des Beschäftigten, sondern beinhaltet zudem noch weitere Merkmale. In diesem Abschnitt soll der Fokus zunächst auf dem ausgeübten Beruf der Beschäftigten liegen. Das sich anschließende Kapitel 1.4.4 widmet sich weiteren, für den Zusammenhang zwi-

schen Arbeitswelt und Gesundheit relevanten Indikatoren. In der Tabelle A.10 finden sich die wichtigsten AU-Kennzahlen der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen im Überblick.

- Weisen die Beschäftigten in den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen durchschnittlich 13,0 AU-Tage auf, so sind es bei den Beschäftigten in den Reinigungsberufen mehr als doppelt so viele Fehltage (26,5 AU-Tage je Beschäftigten).

In Diagramm 1.4.9 sind die AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Ge-

schlecht dargestellt. Wie schon bei den Wirtschaftsgruppen wird auch hier erkennbar, dass es deutliche Unterschiede bei den Fehltagen bezogen auf die berufliche Tätigkeit gibt. Mit insgesamt durchschnittlich 26,5 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied stehen die Reinigungsberufe hier an der Spitze, gefolgt von den Verkehrs- und Logistikberufen (von denen viele in der Wirtschaftsgruppe der Postdienste beschäftigt sind) mit 24,7 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied. Die geringsten durchschnittlichen krankheitsbedingten Ausfallzeiten sind bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (13,0 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) zu finden. Beim Blick auf die Geschlechtsunterschiede wird weiterhin ersichtlich, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Werte der Frauen zum Teil deutlich über denen der Männer liegen – die größten Differenzen finden sich im Bereich der Handelsberufe (+6,9 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied Abweichung) sowie bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (+5,8 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied Abweichung). Hier spielen mindestens zwei weitere Faktoren eine Rolle und zwar das Alter der Beschäftigten in Kombination mit dem Anforderungsniveau der Tätigkeit. So sind Frauen in Handelsberufen am häufigsten im Bereich der fachlich ausgerichteten Tätigkeiten beschäftigt, wobei deren Durchschnittsalter circa drei Jahre über dem der Männer liegt. Männliche Beschäftigte in diesem Berufssegment sind hingegen häufiger bei komplexen bzw. hoch komplexen Tätigkeiten zu finden, was auf eine gehobene Position (Führung/Aufsicht) und einen höheren schulischen- bzw. beruflichen Bildungsgrad schließen lässt. Dass die hier zusätzlich benannten Merkmale der Tätigkeit Einfluss auf das AU-Geschehen nehmen, wird im **»»** Kapitel 1.4.4 noch näher betrachtet.

Da, wie schon mehrfach angemerkt, unter anderem auch das Alter und das Geschlecht eines Beschäftigten Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen nehmen, bietet sich auf Basis einer Standardierung für diese Merkmale die Möglichkeit eines alters- und geschlechtsunabhängigen Vergleichs, bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. In **»»** Diagramm 1.4.10 sind die entsprechenden Kennzahlen einander gegenübergestellt. Liegen die standardisierten Fehltagelagen unter den unstandardisierten Angaben, so ist dies ein Indiz, dass die BKK Beschäftigten eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen, als alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Auf Ebene der einzelnen Berufshauptgruppen gibt es teilweise deutliche Abweichungen.

So zeigt sich bei den Reinigungsberufen mit einer Abweichung von 3,6 AU-Tagen, dass die beschäftigten BKK Mitglieder dieser Berufsgruppe eine deutlich ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufweisen. Gleiches gilt auch für die Hoch- und Tiefbauberufe (Abweichung 3,1 AU-Tage). Auf der anderen Seite gibt es aber auch Tätigkeitsfelder, bei denen die beschäftigten BKK Mitglieder eine im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur und somit geringere Werte bei den unstandardisierten im Vergleich zu den standardisierten AU-Tagen aufweisen. Hierzu zählen z. B. die Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe (Abweichung 3,0 AU-Tage) oder die Maschinen und Fahrzeugtechnikberufe (Abweichung 2,1 AU-Tage).

Aber auch nach Kontrolle für Alter und Geschlecht gibt es weiterhin Unterschiede bei den Fehlzeiten zwischen den einzelnen Berufshauptgruppen. So weisen die Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten mit 26,6 AU-Tagen je Beschäftigten mehr als doppelt so viele Fehltagelagen auf, wie die in lehrenden und auszubildenden Berufen Tätigen (10,9 AU-Tage je Beschäftigten).

- Beschäftigte, die in körperlich belastenden Berufen (z.B. Fertigungs- und Produktionsberufen) tätig sind, weisen besonders hohe Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen auf.
- Andererseits sind Berufe mit vorwiegend psychosozial belastenden Tätigkeiten besonders häufig von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Störungen betroffen (z.B. Sicherheits- oder Gesundheitsberufe).
- Die Spannweite der Fehlzeiten zwischen den Berufen ist dabei für die genannten Krankheitsarten deutlich höher als bei den allgemeinen Kennwerten.

Äquivalent zu den Wirtschaftsgruppen sind in **»»** Diagramm 1.4.11 die AU-Tage noch einmal nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen für die einzelnen Berufssegmente differenziert. Nicht nur insgesamt, sondern auch bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen, liegen die Reinigungsberufe mit durchschnittlich 861 AU-Tagen je 100 Beschäftigte an der Spitze. Dagegen weisen Beschäftigte mit einem Beruf in der Unternehmensführung und -organisation nicht einmal ein Drittel dieser Fehltagelagen auf (223 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Auch hier wird, wie schon bei den

Diagramm 1.4.10 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2017)

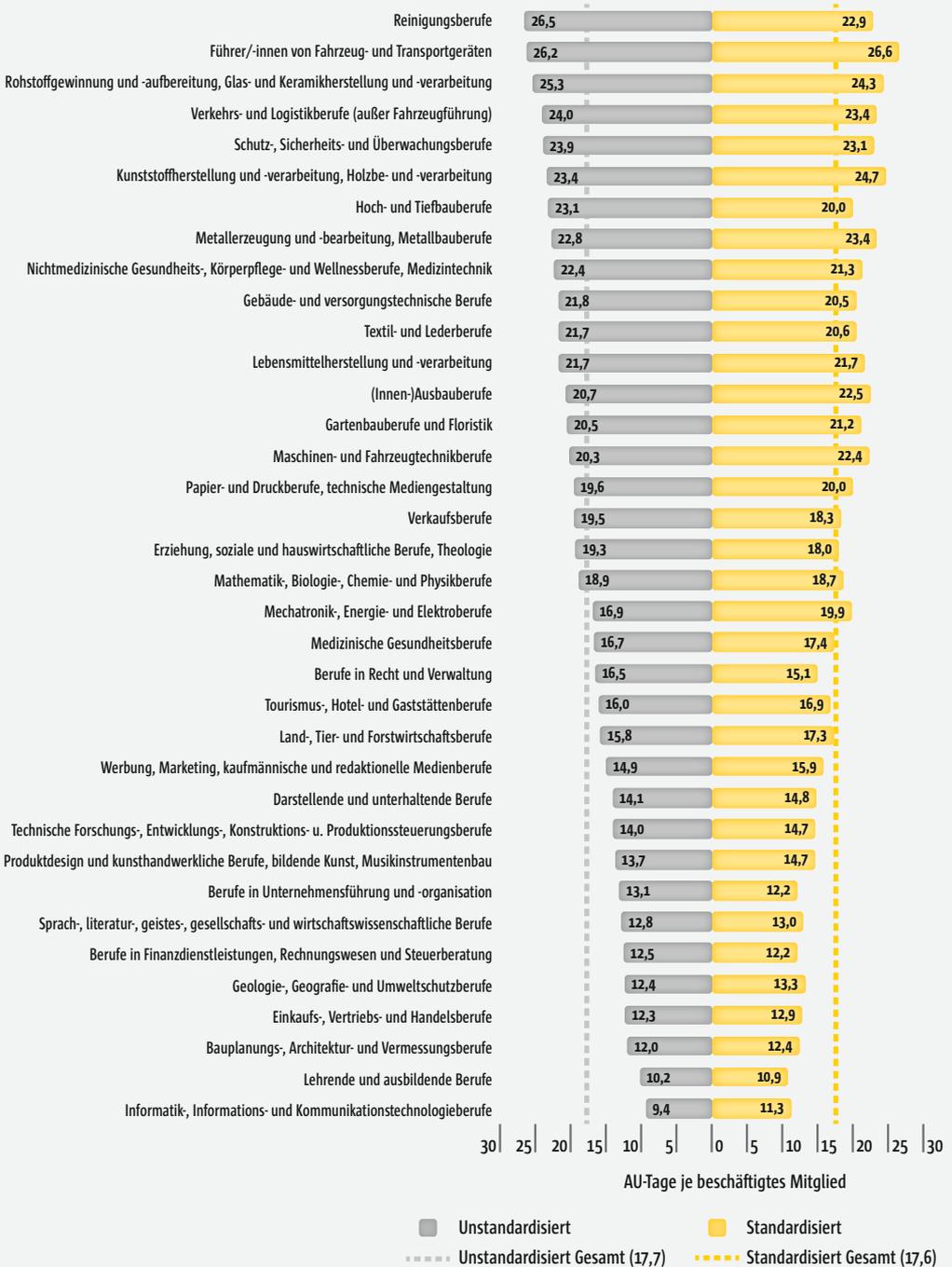
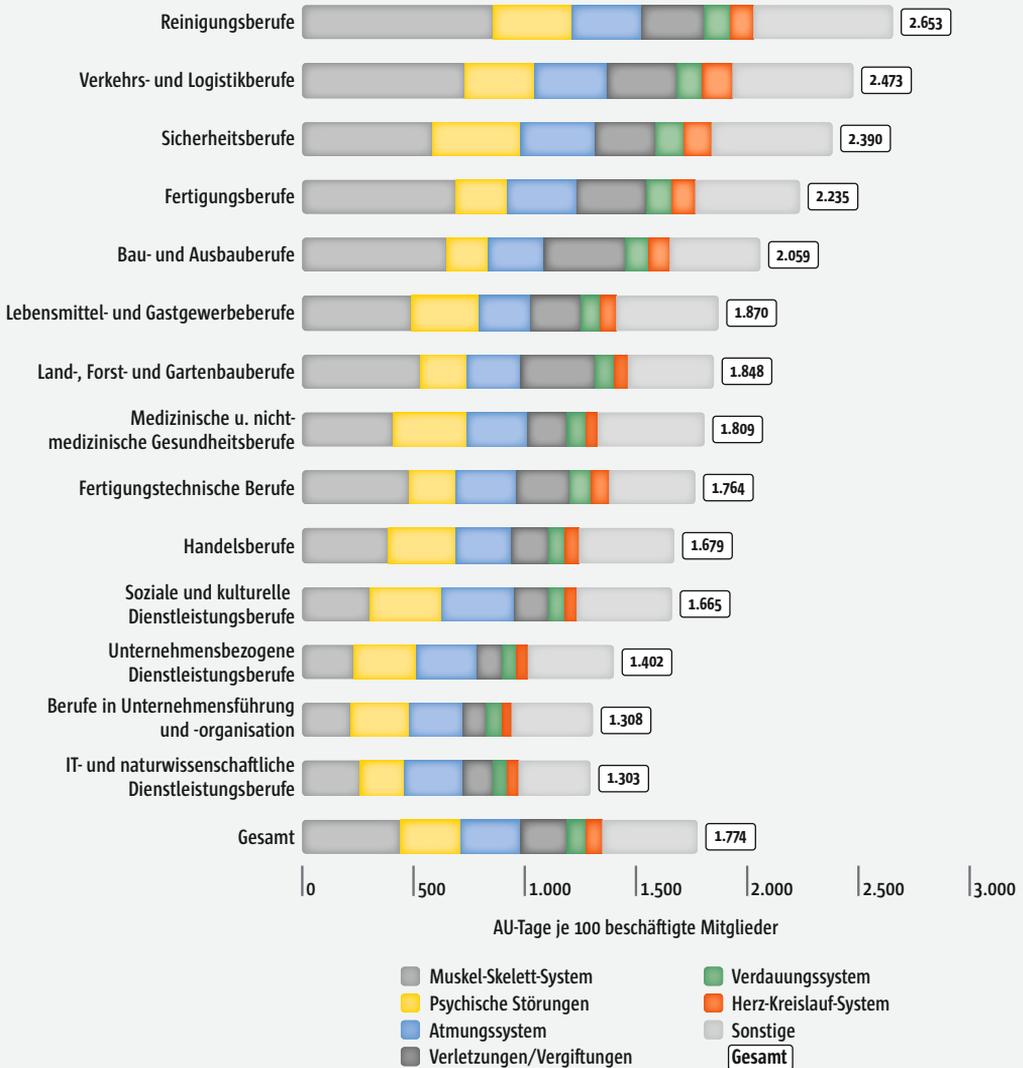


Diagramm 1.4.11 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



Wirtschaftsgruppen, deutlich, dass von Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen vor allem solche Berufe mit einer relativ hohen körperlichen Beanspruchung bzw. physischer Belastung (z.B. Fertigungsberufe, Bau- und Ausbauberufe etc.) betroffen sind.

Ein anderes Bild zeigt sich bei den psychischen Störungen – hier sind die Beschäftigten der Sicherheitsberufe mit 395 AU-Tagen je 100 Beschäftigten am stärksten betroffen. Dicht dahinter folgen die

Reinigungsberufe (353 AU-Tagen je 100 Beschäftigte) sowie die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (333 AU-Tagen je 100 Beschäftigte). Am wenigsten betroffen sind hingegen die Bau- und Ausbauberufe (182 AU-Tagen je 100 Beschäftigte). Hier lässt sich feststellen, dass insbesondere in Tätigkeitsbereichen die häufig mit Menschen interagieren und somit auch potenziell häufiger (zwischenmenschlichen) Stresssituationen ausgesetzt sind, die Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart höher

Tabelle 1.4.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2017)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
214	Industrielle Keramikherstellung und -verarbeitung	1.852	29.719	16,1
511	Technischer Betrieb des Eisenbahn-, Luft- und Schiffsverkehrs	1.753	28.171	16,1
514	Servicekräfte im Personenverkehr	1.882	27.979	14,9
821	Altenpflege	1.575	27.783	17,6
524	Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	1.424	27.292	19,2
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	1.912	26.762	14,0
522	Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr	1.583	26.730	16,9
525	Bau- und Transportgeräteführung	1.640	26.726	16,3
541	Reinigung	1.486	26.531	17,9
934	Kunsthawerkliche Keramik- und Glasgestaltung	1.859	26.394	14,2
	<b>Gesamt</b>	<b>1.388</b>	<b>17.744</b>	<b>12,8</b>
814	Human- und Zahnmedizin	723	8.020	11,1
271	Technische Forschung und Entwicklung	931	8.006	8,6
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	757	7.959	10,5
931	Produkt- und Industriedesign	1.066	7.959	7,5
711	Geschäftsführung und Vorstand	566	7.812	13,8
434	Softwareentwicklung und Programmierung	931	7.556	8,1
914	Wirtschaftswissenschaften	791	7.403	9,4
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	704	7.159	10,2
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	776	6.427	8,3
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	523	4.958	9,5

sind, als z.B. im handwerklichen Bereich. Des Weiteren spielt hier auch der wesentlich höhere Anteil beschäftigter Frauen in den besonders stark betroffenen Berufssegmenten eine Rolle.

Erwartungsgemäß sind auch bei den Verletzungen und Vergiftungen Berufe mit einer besonders hohen körperlichen Beanspruchung und Unfallgefahr, wie zum Beispiel Bau- und Ausbauberufe (374 AU-Tage je 100 Beschäftigte) oder Fertigungsberufe (314 AU-Tage je 100 Beschäftigte), an der Spitze zu finden. Dagegen weisen auch hier Berufe mit einer geringen physischen Belastung bzw. Unfallgefahr die niedrigsten Werte auf (z.B. unternehmens-

bezogene Dienstleistungsberufe; 112 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Eine differenziertere Darstellung auf Ebene der Berufe zeigt die ►► Tabelle 1.4.1. Darin aufgeführt sind jeweils die zehn Berufsgruppen, die im Jahr 2017 die meisten bzw. wenigsten Fehltage insgesamt aufweisen. Mit durchschnittlich 29,7 AU-Tagen je Beschäftigten stehen die in der Industriellen Keramikherstellung und -verarbeitung Tätigen an der Spitze der Rangliste. Weitere dieser zehn Berufe mit den meisten Fehltagen kommen aus der Gruppe der Fertigungsberufe, der Verkehrs- und Logistikberufe und der Reinigungsberufe. Auch die in der Altenpflege

Tätigen sind als einzige der nichtmedizinischen Gesundheitsberufe mit durchschnittlich 27,8 AU-Tagen je Beschäftigten vertreten.

Die in der zweiten Hälfte der Tabelle aufgeführten Berufsgruppen sind hingegen diejenigen mit den wenigsten krankheitsbedingten Fehltagen im Jahr 2017. Mit durchschnittlich 5,0 AU-Tagen haben wie im Vorjahr Beschäftigte mit Lehr- und Forschungstätigkeiten an Hochschulen die wenigsten Fehltagel - im Vergleich zur Berufsgruppe mit den meisten Fehltagen, ist das fast nur ein Sechstel der krankheitsbedingten Ausfallzeiten. Im Gegensatz zu den zehn Berufsgruppen mit den meisten Fehltagen entstammt hier die Mehrzahl dem Dienstleistungsbereich bzw. Geisteswissenschaftsbereich und der Medizin.

Nicht nur bei den AU-Tagen, sondern auch bei den AU-Fällen zeigen sich deutliche Unterschiede - so unterscheidet sich die Berufsgruppe mit der geringsten Fallzahl (Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen: 523 AU-Fälle je 1.000 Beschäftigte) um mehr als das Dreifache von derjenigen mit der höchsten Fallzahl (Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur: 1912 AU-Fälle je 1.000 Beschäftigte). Etwas weniger stark, wenn auch trotzdem deutlich ausgeprägt, sind die Unterschiede bei der Falldauer: Dauert ein Krankheitsfall der Beschäftigten im Bereich Produkt- und Industriedesign im Schnitt nur eine Kalenderwoche (7,5 Tage je Fall) so ist die Falldauer bei den Beschäftigten der Fahrzeugführung im Schiffsverkehr im Schnitt mehr als doppelt so groß (19,2 Tage je Fall).

Wie bereits mehrfach angemerkt und gezeigt werden konnte, nehmen die Arbeitswelt und die damit verbundenen Arbeitsbedingungen nicht nur allgemein, sondern insbesondere durch unterschiedliche Beanspruchungen und Belastungen (körperlich, psychisch etc.) Einfluss auf den Gesundheitszustand von Beschäftigten. Deshalb ist es sinnvoll - im Sinne einer passgenauen betrieblichen Gesundheitsförderung und eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements - den Blick auch auf einzelne Krankheitsarten bei den Berufen zu lenken. In **III** Tabelle 1.4.2 sind jeweils die zehn Berufsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen dargestellt. Hier sind die Beschäftigten der Kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung mit durchschnittlich 10,5 AU-Tagen je Beschäftigten auf Platz 1 nach Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart zu finden. Wiederum entstammt die Mehrzahl der zehn hier aufgeführten Berufe aus den Fertigungsberufen bzw. den Bau- und Ausbauberufen. Für alle genannten Berufe gilt dabei gleichermaßen ein hoher Anteil an körperlich schwe-

rer Tätigkeit und der daraus resultierenden Krankheitslast in Form der berichteten Fehltagel. Umgekehrt zeigt sich, dass vor allem Berufe aus den Bereichen Dienstleistungen und Geisteswissenschaften sowie Medizin mit einer meist nur geringen körperlichen Beanspruchung in der Tätigkeit die Liste der Berufe mit den wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen dominieren. Besonders auffällig ist hier, dass bei den AU-Tagen der Abstand zwischen dem größten und dem kleinsten Wert um fast das Zwanzigfache auseinanderliegt und damit eine deutlich größere Spannbreite aufweist, als bei der diagnoseunabhängigen Betrachtung der Fehlzeiten. Ähnliches gilt auch für die Fallzahlen, die zwischen den jeweiligen Extremwerten um mehr als das Zwölffache differieren. Auch bei den Falldauern liegen die Werte um das fast Dreifache auseinander (Minimum: 8,5 Tage je Fall; Maximum: 24,5 Tage je Fall).

Die Auflistung der Berufe mit den meisten bzw. wenigsten Fehltagen aufgrund von psychischen Störungen ist in **III** Tabelle 1.4.3 zu sehen. Anders als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, sind es hier vor allem die Schutz- und Sicherheitsberufe (z.B. Polizei-, Justiz- und Sicherheitsdienste) aber auch erzieherische und soziale Berufe (z.B. Altenpfleger bzw. Erzieher und Sozialarbeiter), die besonders häufig Fehltagel aufgrund von psychischen Störungen aufweisen. Dagegen ist das Bild bei den zehn am wenigsten betroffenen Berufen v.a. durch geistes- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe (z.B. Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen) geprägt. Insbesondere bei den Berufen mit den meisten AU-Tagen ist, wie auch schon bei der Auswertung nach Wirtschaftsgruppen erwähnt, zu vermuten, dass hier psychosozialer Stress als arbeitsweltliche Belastung wesentlichen Einfluss auf die Fehlzeiten ausübt. So sind zum Beispiel Beschäftigte in der Altenpflege oder Servicekräfte im Personenverkehr immer wieder besonderen zwischenmenschlichen Stresssituationen ausgesetzt, die zu den hier aufgezeigten hohen Fehlzeiten führen können.

Wie schon bei den Wirtschaftsgruppen werden in **III** Diagramm 1.4.12 die Fehlzeiten betrachtet, die ausschließlich durch meldepflichtige Arbeitsunfälle verursacht werden. Auch bei den hier dargestellten Berufshauptgruppen zeigt sich eine deutliche Spreizung der Werte zwischen den in Hoch- und Tiefbauberufen Tätigen (3.014 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und den im Bereich Informatik-, Informations- und Kommunikationsberufe Beschäftigten (168 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte). Wiederum wird deutlich, dass insbesondere das produzierende Gewerbe sowie die

**Tabelle 1.4.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2017)**

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	495	10.461	21,1
214	Industrielle Keramikherstellung und -verarbeitung	446	10.140	22,7
213	Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	414	9.373	22,7
322	Tiefbau	430	9.327	21,7
525	Bau- und Transportgeräteführung	433	9.231	21,3
241	Metallerzeugung	437	8.897	20,4
221	Kunststoff- und Kautschukherstellung und -verarbeitung	430	8.771	20,4
541	Reinigung	351	8.614	24,5
231	Papier- und Verpackungstechnik	415	8.429	20,3
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	462	8.375	18,1
	<b>Gesamt</b>	<b>225</b>	<b>4.375</b>	<b>19,4</b>
723	Steuerberatung	91	1.029	11,3
814	Human- und Zahnmedizin	54	1.013	18,9
816	Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie	64	974	15,3
924	Redaktion und Journalismus	83	949	11,5
434	Softwareentwicklung und Programmierung	79	906	11,4
931	Produkt- und Industriedesign	87	885	10,2
922	Öffentlichkeitsarbeit	68	753	11,1
914	Wirtschaftswissenschaften	85	727	8,5
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	56	680	12,2
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	38	545	14,2

handwerklich dominierten Berufe besonders stark von Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfällen betroffen sind und deutlich über dem Durchschnittswert für alle Beschäftigten insgesamt liegen.

Auch regional variieren die Fehlzeiten innerhalb einzelner Berufsgruppen zum Teil sehr stark (»»» Diagramm 1.4.13). Exemplarisch werden die AU-Tage von fünf Berufshauptgruppen aus unterschiedlichen Bereichen (Fertigung, Produktion, Dienstleistungen) im Vergleich zwischen den Bundesländern betrachtet. Die Differenz zwischen dem Bundesland mit den meisten bzw. den wenigsten Fehltagen beträgt je nach Beruf zwischen 7,8 AU-Tagen (Verkehrs-

und Logistikberufe) und 13,5 AU-Tagen (Hoch- und Tiefbauberufe) je Beschäftigten. Ein deutliches Ost-West-Gefälle lässt sich vor allem bei den medizinischen Gesundheitsberufen, den Verkehrs- und Logistikberufen sowie auch den Berufen im Bereich Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung feststellen. Hier sind jeweils die neuen Bundesländer mit den meisten krankheitsbedingten Fehltagen zu finden. Ein etwas anderes Bild zeigt sich zum Beispiel bei den Hoch- und Tiefbauberufen. Hier sind die Berufstätigen in Rheinland-Pfalz mit durchschnittlich 30,6 AU-Tagen je Beschäftigtem an der Spitze zu finden. Dagegen haben

**Tabelle 1.4.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Psychischen Störungen (Berichtsjahr 2017)**

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
821	Altenpflege	129	5.481	42,5
532	Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug	136	5.311	39,0
514	Servicekräfte im Personenverkehr	158	4.973	31,5
824	Bestattungswesen	86	4.811	56,0
522	Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr	152	4.276	28,2
946	Bühnen- und Kostümbildneri, Requisite	96	4.099	42,8
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	96	4.012	41,7
533	Gewerbe- und Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	106	3.961	37,2
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	113	3.941	34,9
531	Objekt-, Personen-, Brandschutz, Arbeitssicherheit	102	3.938	38,8
	<b>Gesamt</b>	<b>75</b>	<b>2.765</b>	<b>36,8</b>
434	Softwareentwicklung und Programmierung	36	1.097	30,5
271	Technische Forschung und Entwicklung	35	1.060	30,7
914	Wirtschaftswissenschaften	36	1.058	29,5
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	26	877	33,3
422	Umweltschutztechnik	39	876	22,6
411	Mathematik und Statistik	31	859	27,4
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	33	834	25,2
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	12	747	62,4
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	25	475	18,9
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	33	455	13,9

die im gleichen Gewerk Beschäftigten in Sachsen im Durchschnitt etwa fünf Tage weniger krankheitsbedingte Ausfallzeiten zu verzeichnen, in Bremen sind es im Schnitt sogar fast zwei Kalenderwochen weniger (17,1 AU-Tage je Beschäftigte). Weiterhin haben die Berufstätigen in Baden-Württemberg und Bayern in nahezu allen betrachteten Berufshauptgruppen Fehlzeiten die deutlich unterhalb des jeweiligen Gesamtwertes liegen. Es lässt sich also feststellen, dass die Arbeitsbedingungen und -belastungen nicht nur zwischen den Berufen, sondern zudem auch noch regional variieren. Neben der in den Bundesländern unterschiedlichen sozioökonomischen

Lage, spielt hier auch die ungleiche medizinische Versorgungslage – insbesondere im Hinblick auf die Haus- und Facharztichte und auch die Krankenhausdichte – eine Rolle.

Zur Betrachtung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach der beruflichen Tätigkeit der Beschäftigten lässt sich feststellen, dass neben Merkmalen wie Alter und Geschlecht vor allem die (regionalen) Arbeitsbedingungen und die damit verbundene körperliche und psychische Beanspruchung und Belastung einen Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen ausüben. Für eine zielgerichtete betriebliche Gesundheitsförderung bzw. ein ganzheitliches

**Diagramm 1.4.12 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen aufgrund von Arbeitsunfällen (Berichtsjahr 2017)**

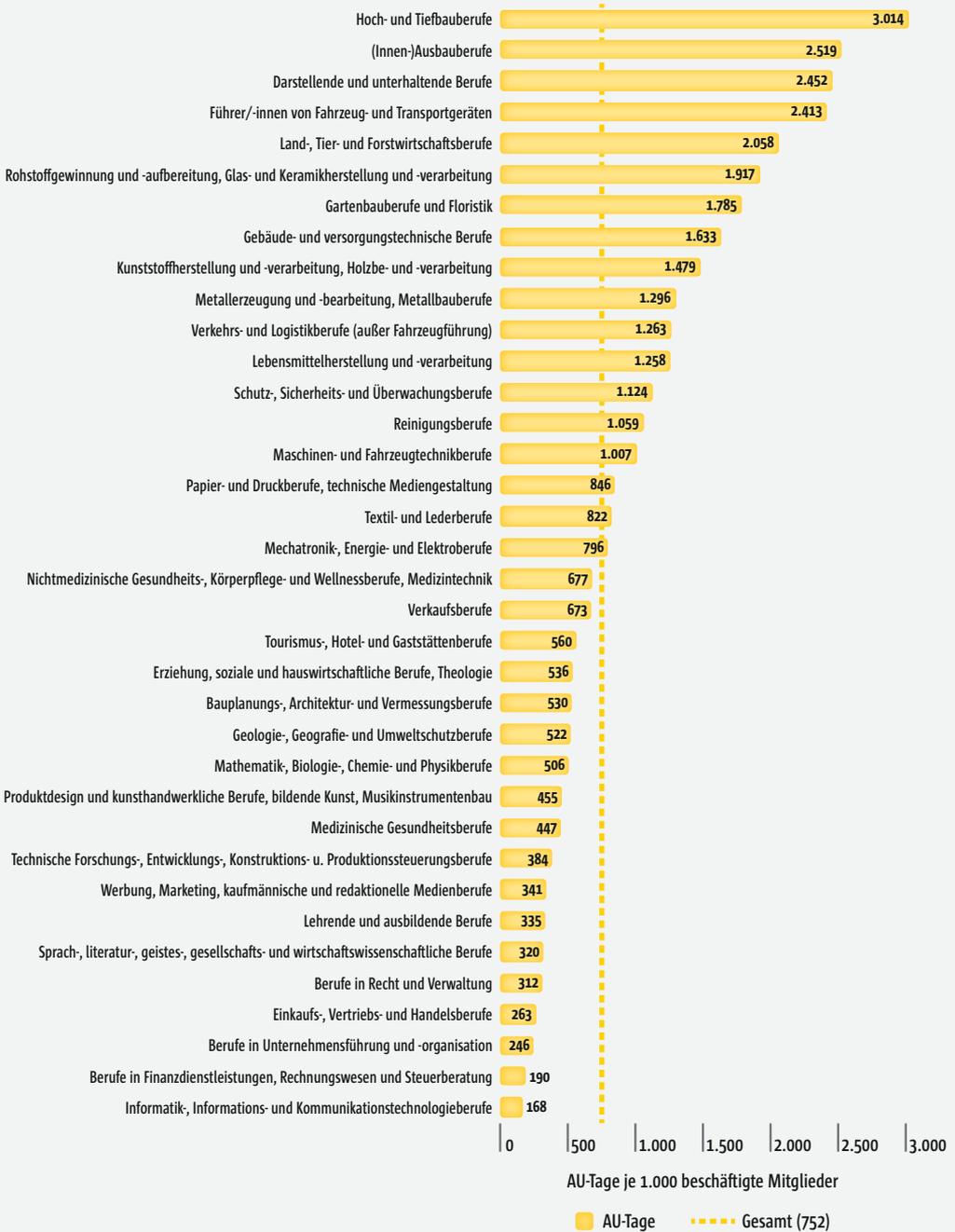
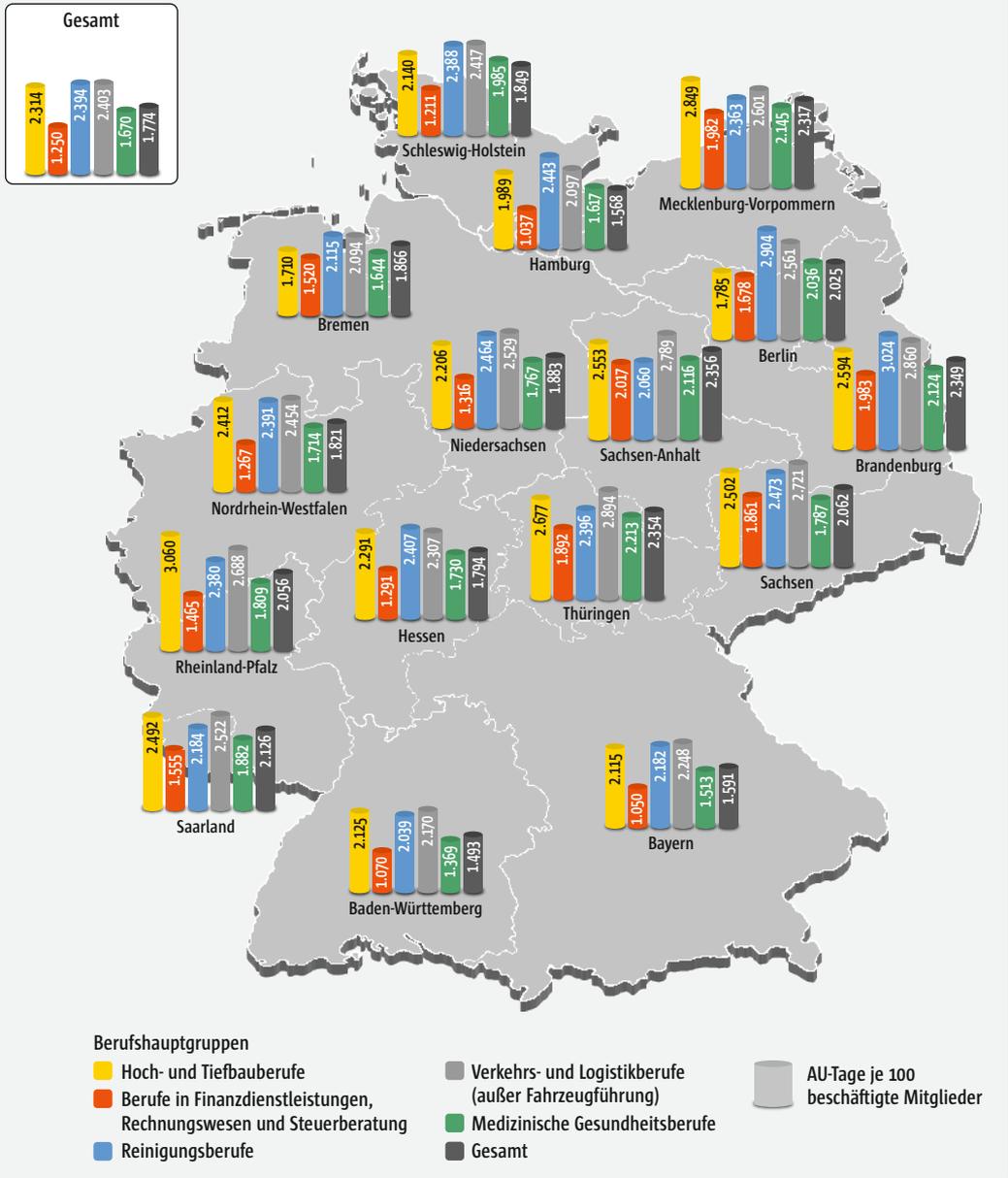


Diagramm 1.4.13 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



Gesundheitsmanagement ist es dabei von großer Bedeutung möglichst alle Bedingungsfaktoren, wie z.B. Schwerpunkte bei den Krankheitsarten sowie alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten, einzubeziehen. Neben der Verhaltensprävention, die

bei der Person und ihrem (Gesundheits-)Verhalten selbst ansetzt, sind Maßnahmen der Verhältnisprävention genauso wichtig, insbesondere, um älter werdenden Belegschaften die Möglichkeit zu geben, bis zum regulären Renteneintritt ihre Erfahrungen

und ihre Arbeitskraft und deren Fähigkeiten entsprechend einzusetzen. Nur ein ganzheitlicher Ansatz, hin zu einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur, der alle Akteure einbezieht, kann ein solches Ziel erreichen. Ergänzend zu den vorhergehenden Ausführungen wird im **»»** Kapitel 1.5 passend zum diesjährigen Schwerpunktthema das altersspezifische Fehlzeitengeschehen der Beschäftigten im Detail betrachtet.

## 1.4.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Betriebe mit 200 bis 499 Beschäftigten weisen die durchschnittlich höchsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten (19,0 AU-Tage je Beschäftigte) auf.
- Sowohl in Kleinbetrieben (bis maximal 19 Beschäftigte) als auch in Großunternehmen (mindestens 10.000 Beschäftigte) sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei den Fehlzeiten am geringsten.

Neben der Betrachtung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Wirtschafts- und Berufsgruppen stehen noch weitere arbeitsweltliche Indikatoren für eine differenzierte Betrachtung zur Verfügung. Ein Merkmal stellt dabei die Betriebsgröße eines Unternehmens dar. Daneben erschließen sich über den Tätigkeitsschlüssel des Beschäftigten noch weitere Möglichkeiten einer vertiefenden Auswertung. So kann z.B. zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten mit und ohne befristetem Arbeitsvertrag, nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit, der Wahrnehmung einer Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sowie der Arbeitnehmerüberlassung (Leiharbeit) unterschieden werden. Im Folgenden soll auf die einzelnen benannten Aspekte eingegangen werden.

### Betriebsgröße

In **»»** Diagramm 1.4.14 sind die AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht aufgegliedert. Mit zunehmender Betriebsgröße nehmen auch die durchschnittlichen Fehlzeiten kontinuierlich zu. Der Maximalwert von insgesamt 19,0 AU-Tagen je Beschäftigten (Männer 18,2 AU-Tage; Frauen 20,0 AU-Tage) wird bei einer Betriebsgröße von 200–499 Berufstätigen erreicht und geht mit zunehmender Mitarbeiteranzahl nur leicht zurück. Insbesondere bei den kleinsten Klassen sowie der

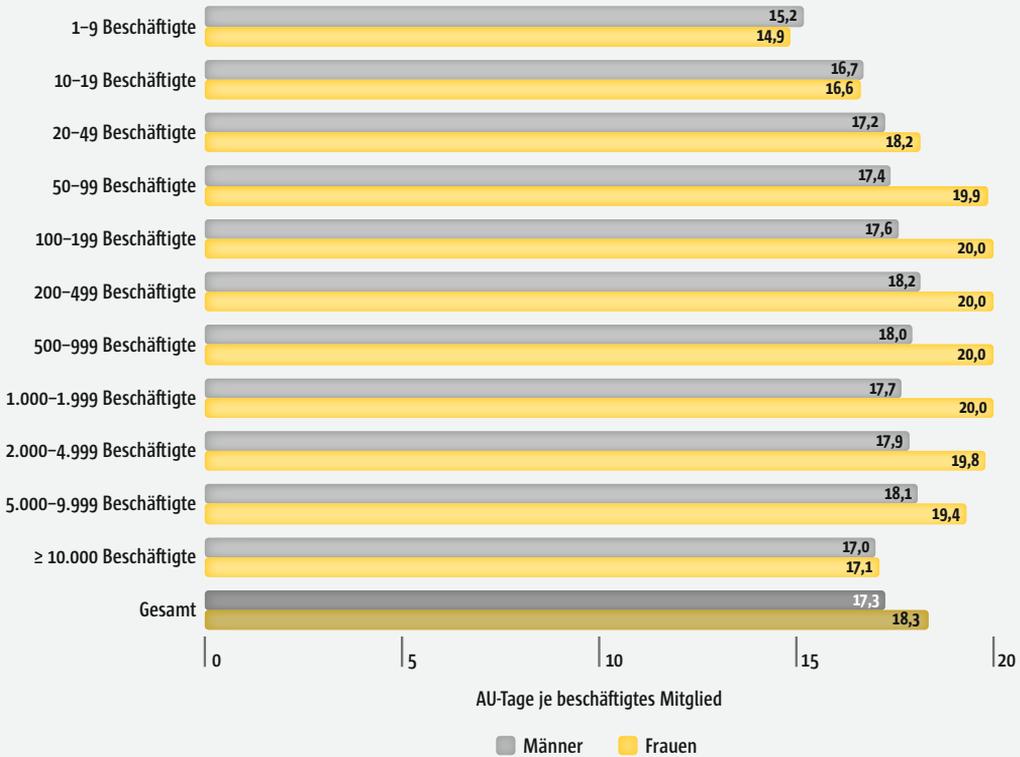
größten Klasse zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen, während diese in den mittleren Bereichen wesentlich ausgeprägter sind. In Betrieben mit weniger als 10 Beschäftigten sind insgesamt die mit Abstand geringsten Fehlzeiten zu finden (15,0 AU-Tage je Beschäftigte), gefolgt von der Klasse 10–19 Beschäftigte (16,7 AU-Tage je Beschäftigte) und den Großunternehmen (> 10.000 Beschäftigte) mit durchschnittlich 17,0 AU-Tagen je Berufstätigen. Hierfür sind vermutlich zwei unterschiedliche Effekte verantwortlich: In der Mehrzahl der Großunternehmen gibt es zahlreiche Angebote im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagement. So konnte die Umfrage für den **»»** BKK Gesundheitsatlas 2017 zeigen, dass in nur 14,8% der Betriebe mit weniger als 10 Mitarbeitern BGM-Angebote vorhanden sind, bei Unternehmen mit mehr als 500 Beschäftigten beträgt der Anteil hingegen 66,5%. In den Kleinstunternehmen sind es dagegen die kürzeren und direkten Kommunikationswege und ein engerer Zusammenhalt bzw. das „Sich-Verpflichtet-Fühlen“, was sich positiv auf die Fehlzeiten auswirkt, wohingegen hier aber meist keine strukturierten Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorhanden sind. Wie im **»»** BKK Gesundheitsreport 2015 gezeigt werden konnte, ist der Anteil der Langzeiterkrankungen in diesen Kleinbetrieben besonders hoch, was unter anderem daran liegen kann, dass Beschäftigte häufiger krank zur Arbeit, statt zum Arzt gehen und in Folge aber viel länger ausfallen als in Großunternehmen, in denen frühzeitiger ein Arzt bei Beschwerden aufgesucht wird. Insbesondere in den Kleinbetrieben kann aber ein solcher Langzeitausfall nur schlecht kompensiert werden. Deshalb ist BGM gerade für kleine und mittlere Unternehmen ein wichtiger Baustein insbesondere auch für die Fachkräftesicherung im Kontext des demografischen Wandels.

### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

- Beschäftigte mit fachlich anspruchsvollen Tätigkeiten haben insgesamt niedrigere Fehlzeiten als solche mit einfacheren bzw. Helfertätigkeiten.
- Besonders deutlich zeigt sich dieser Zusammenhang bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen.

Mit dem Anforderungsniveau verbunden sind in der Regel bestimmte schulische und berufliche Bil-

Diagramm 1.4.14 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

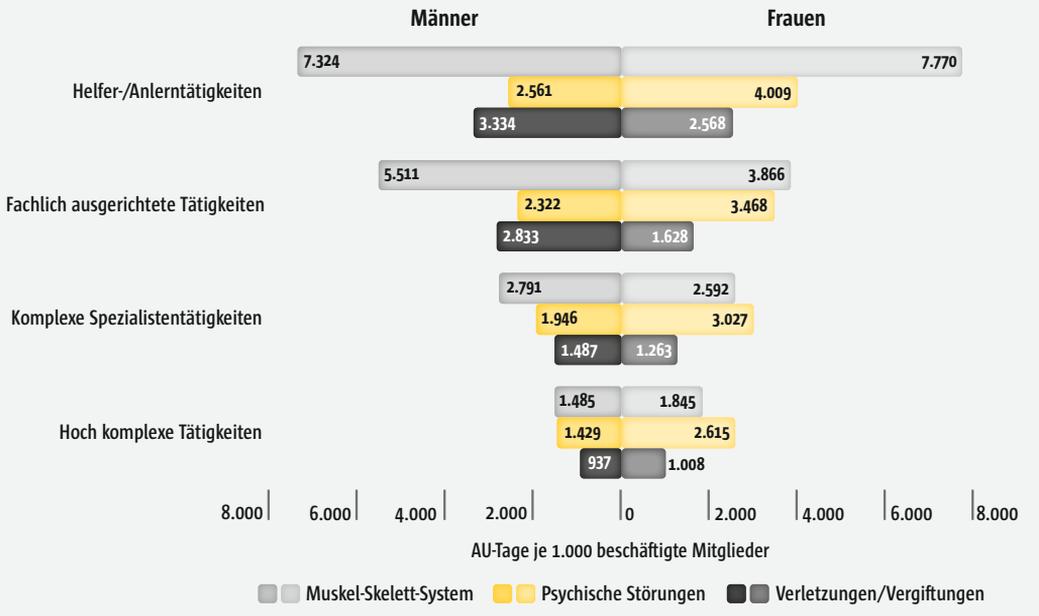


dungsabschlüsse. So ist zum Beispiel bei fachlich ausgerichteten Tätigkeiten ein Berufsabschluss als Voraussetzung definiert, bei hoch komplexen Tätigkeiten wird dagegen in der Regel ein Hochschulabschluss auf Diplom-/Masterniveau vorausgesetzt. Insofern sind hier gewisse Überschneidungen zur Betrachtung des AU-Geschehens nach dem höchsten Berufsabschluss (»» Diagramm 1.2.16) erkennbar.

Entsprechend fällt das Muster in »» Diagramm 1.4.15 ähnlich dem nach dem höchsten beruflichen Abschluss aus – die AU-Tage insgesamt nehmen mit zunehmendem Anforderungsniveau deutlich ab. Auch bezogen auf die drei dargestellten Krankheitsarten, lässt sich dieses Muster erkennen, am eindrucksvollsten bei den Muskel- und Skeletterkrankungen. So weisen die in Helfer- und Anlern-tätigkeiten beschäftigten Frauen und Männern mehr als viermal so viele Fehltage auf, wie diejenigen mit einer hoch komplexen Tätigkeit, denn mit steigendem Komplexitätsgrad der Tätigkeit, neh-

men die körperlich beanspruchenden und belastenden Arbeitsanteile ab. Dazu passend geht fast jeder dritte AU-Tag bei den Helfer- und Anlern-tätigkeiten auf eine Muskel- und Skeletterkrankung zurück (Männer: 31,8%; Frauen: 30,0%), bei den hoch komplexen Tätigkeiten halbiert sich dieser Anteil hingegen nahezu (Männer: 17,3%; Frauen: 14,8%). Auch für die Verletzungen und Vergiftungen ist mit zunehmendem Anforderungsniveau eine Abnahme der Fehltage zu beobachten. Bezogen auf die Prozentanteile an allen AU-Tagen, die durch psychische Störungen verursacht werden, zeigt sich aber ein abweichendes Bild: Hier nehmen die jeweiligen Anteile für die beiden oben genannten Gruppen mit 11,1% vs. 16,6% (Männer) bzw. 15,6% vs. 21,0% (Frauen) jeweils zu. Dies bedeutet, dass zwar die AU-Tage aufgrund psychischer Störungen mit zunehmendem Anforderungsniveau der Tätigkeit abnehmen, deren Anteil an allen AU-Tagen aber bei den hoch komplexen Tätigkeiten wesentlich höher ist als bei Helfer- und Anlern-tätigkeiten.

Diagramm 1.4.15 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



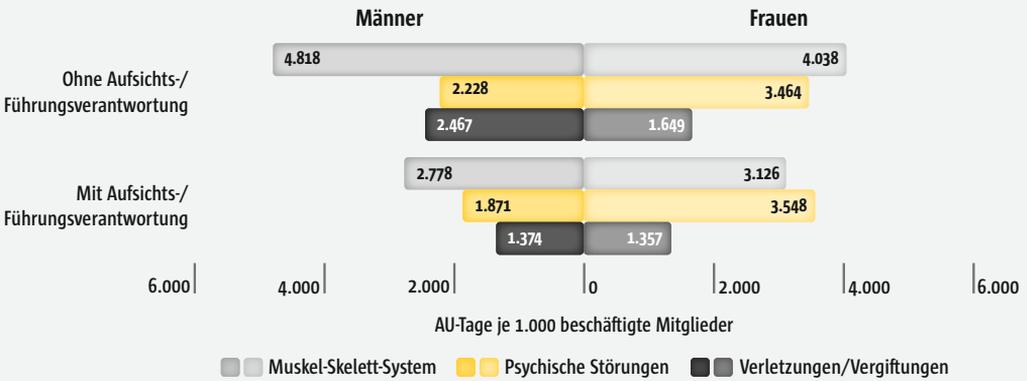
**Aufsichts- und Führungsverantwortung**

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen insgesamt weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten auf, als andere Fachkräfte.
- Eine Ausnahme bilden die psychischen Störungen, die bei den männlichen Beschäftigten mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nur einen geringen Unterschied aufweisen und bei den weiblichen Führungskräften sogar tendenziell höher ausgeprägt sind als bei den weiblichen Fachkräften.

Etwas mehr als jedes zwanzigste beschäftigte BKK Mitglied (5,4%) übt eine Tätigkeit mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung aus, wobei Männer mehr als doppelt so häufig wie Frauen eine solche berufliche Position innehaben (7,4% vs. 3,0%). In **III** Diagramm 1.4.16 sind jeweils für die Muskel- und Skeletterkrankungen, die psychischen Störungen sowie die Verletzungen und Vergiftungen die AU-Tage der Beschäftigten mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung gegenübergestellt. Über alle Diagnosen hinweg zeigt sich sowohl bei den Männern (12,2 vs. 17,7 AU-Tage) als auch bei den Frauen

(16,3 vs. 18,4 AU-Tage), dass Beschäftigte mit Führungsverantwortung weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten aufweisen, als solche ohne Führungsverantwortung. Am größten ist dieser Unterschied für beide Geschlechter bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, wobei die Differenz bei den Männern mehr als doppelt so hoch ausfällt wie bei den Frauen (2,0 vs. 0,9 AU-Tage Differenz je Beschäftigten). Zu vermuten ist, dass der Anteil der körperlich beanspruchenden und belastenden Tätigkeiten bei den sonstigen Fachkräften deutlich höher ist und dadurch auch mehr Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart anfallen. Ebenfalls in die gleiche Richtung, wenn auch nicht so stark ausgeprägt, zeigt sich das identische Bild auch bei den Verletzungen und Vergiftungen. Eine Ausnahme bilden die psychischen Störungen: Der Unterschied zwischen Beschäftigten mit bzw. ohne Führungsverantwortung ist nur sehr gering ausgeprägt und geht bei den Frauen sogar tendenziell in die andere Richtung. Das Ergebnis überrascht dennoch wenig, sind doch (auch) Führungskräfte besonderen psychosozialen Beanspruchungen und Belastungen ausgesetzt.

Diagramm 1.4.16 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

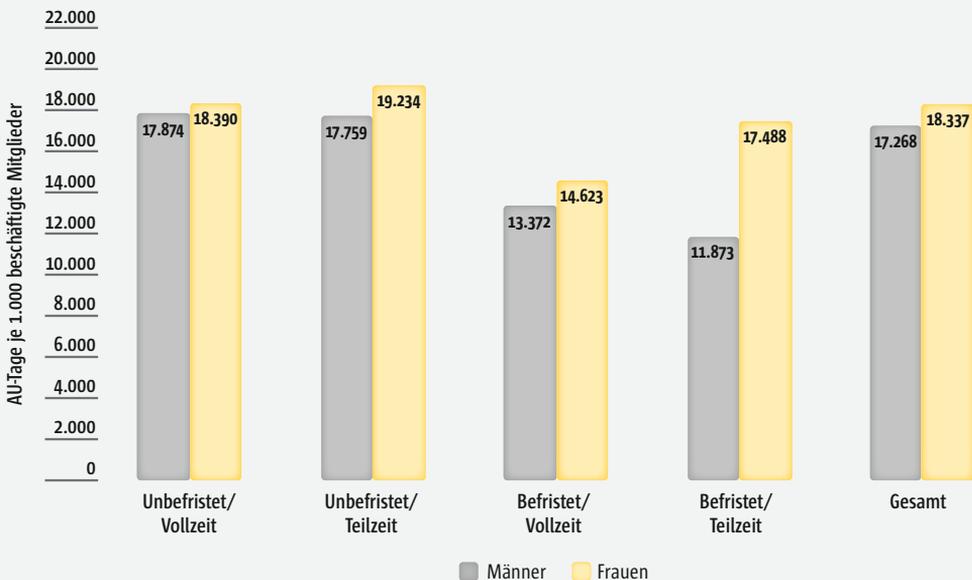


Vertragsform

Auch die Vertragsform hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf das AU-Geschehen der Beschäftigten, wie in Diagramm 1.4.17 zu sehen ist. Insgesamt haben die unbefristet angestellten Beschäftigten mehr Fehltagetage als diejenigen mit einem befristeten Arbeitsverhältnis (18,3 vs. 14,6 AU-Tage je

Beschäftigte). Insbesondere bei der Gruppe der befristeten Vollzeitbeschäftigten ist als ein Grund für die niedrigen Kennwerte zu vermuten, dass die Berufstätigen krankheitsbedingte Ausfallzeiten vermeiden, weil sie (z.B. in der Probezeit oder noch in Ausbildung) sich somit höhere Übernahmekancen im Sinne einer Entfristung erhoffen. Ein weiterer Grund ist deren wesentlich niedrigeres Durchschnittsalter

Diagramm 1.4.17 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



(30,6 Jahre) im Vergleich zu den anderen hier dargestellten Gruppen (40,5 bis 46,1 Jahre).

Die überwiegende Mehrheit der befristet bzw. unbefristet Teilzeitbeschäftigten sind Frauen (84,2%). Die – befristet sowie unbefristet – in Teilzeit beschäftigten Frauen weisen im Vergleich zu den Männern höhere Fehlzeiten auf. Dies hängt u. a. mit der nach wie vor vorherrschenden Rollenaufteilung zusammen, dass sich meist die Frauen um die Erziehung der Kinder oder die Betreuung von (erkrankten) Angehörigen kümmern und entsprechend verkürzt arbeiten gehen.

### Arbeitnehmerüberlassung

- Im Durchschnitt sind es bei den Männern 2,1 AU-Tage und bei den Frauen 4,3 AU-Tage je Beschäftigten, die Leih- bzw. Zeitarbeiter länger krank sind als regulär Angestellte.
- Zwischen den Berufen differieren diese Unterschiede stark, teils in gegenläufigen Richtungen. Sind es z.B. bei den Sicherheitsberufen die Beschäftigten mit einem regulären Arbeitsvertrag, die wesentlich höhere Fehlzeiten aufweisen, so ist es bei den Gesundheitsberufen genau umgekehrt.

Zum Abschluss dieses Kapitels widmen wir uns der Frage, inwieweit die Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der Beschäftigten ausübt. Lediglich 2,0% aller beschäftigten Mitglieder bei den Betriebskrankenkassen sind über eine

Arbeitnehmerüberlassung bei einem Unternehmen angestellt. Davon sind mehr als zwei Drittel (68,9%) Männer. Im Durchschnitt sind die über eine Arbeitnehmerüberlassung Angestellten etwas jünger als die regulär Beschäftigten (38,9 vs. 42,2 Jahre).

Wie in **»»»** Diagramm 1.4.18 zu erkennen ist, weisen sowohl die Männer als auch die Frauen, die über eine Arbeitnehmerüberlassung beschäftigt sind, mehr Fehlzeiten auf als solche mit einer regulären Anstellung. Im Durchschnitt sind es bei den Männern +2,1 AU-Tage und bei den Frauen sogar +4,3 AU-Tage je Beschäftigten, die Leih- bzw. Zeitarbeiter länger krank sind. Ein ähnliches Verhältnis findet sich auch bei der Anzahl der AU-Fälle. Pro Krankheitsfall unterscheidet sich die durchschnittliche Krankheitsdauer zwischen Leiharbeitern (12,5 Tage je Fall) von Festangestellten (12,7 Tage je Fall) jedoch nicht. Leiharbeiter sind aber häufiger von Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen und von Verletzungen/Vergiftungen betroffen. Insbesondere bei in Leiharbeit beschäftigten Frauen treten mehr Fehltag aufgrund psychischer Störungen auf als in regulären Beschäftigungsverhältnissen. Es ist zu vermuten, dass Leiharbeiter trotz gleicher Tätigkeit unter einer höheren Arbeitsbelastung und teilweise schlechteren Arbeitsbedingungen tätig sind. Zudem wirkt sich die permanente Arbeitsplatzunsicherheit ebenfalls negativ auf den Gesundheitszustand dieser Beschäftigtengruppe aus.

Dass der Zusammenhang zwischen Arbeitnehmerüberlassung und AU-Geschehen nicht für alle Berufe in gleichem Maße gilt, ist in **»»»** Diagramm 1.4.19 zu sehen. Insbesondere bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, den Fertigungsberufen, den Ver-

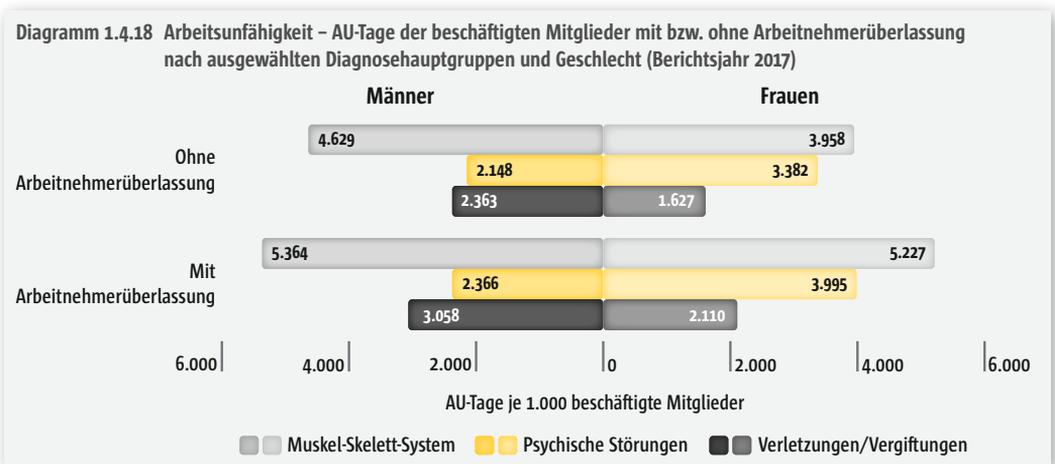
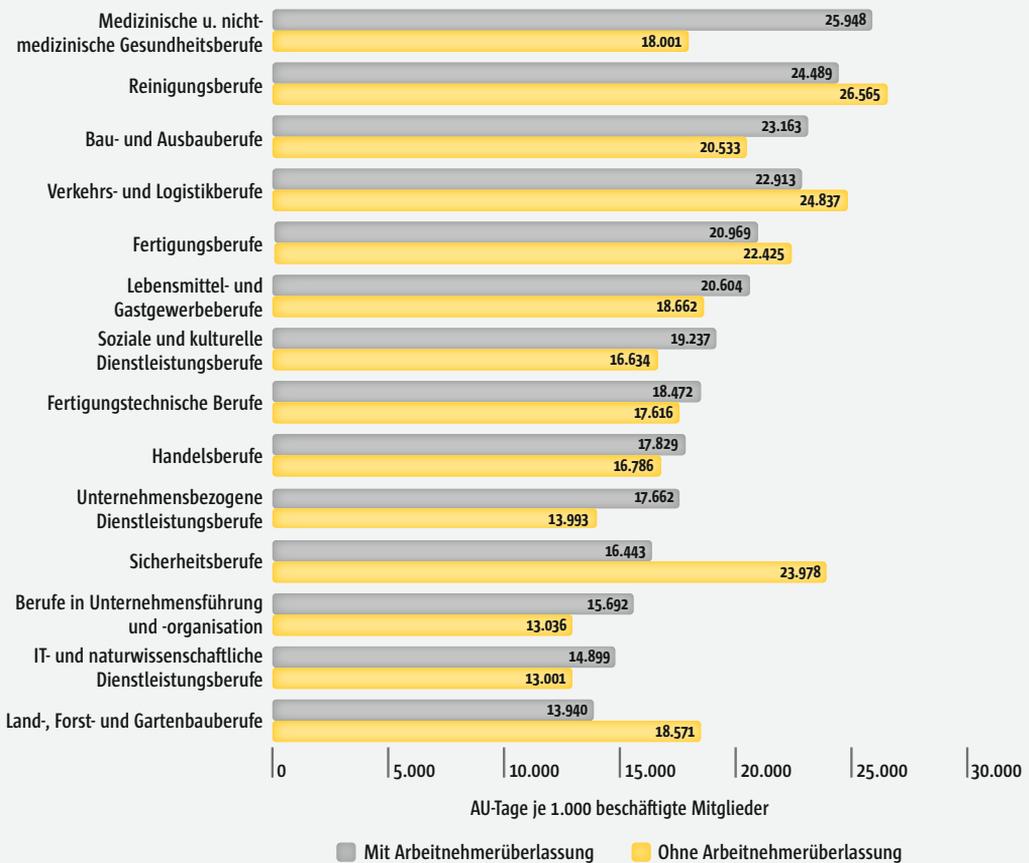


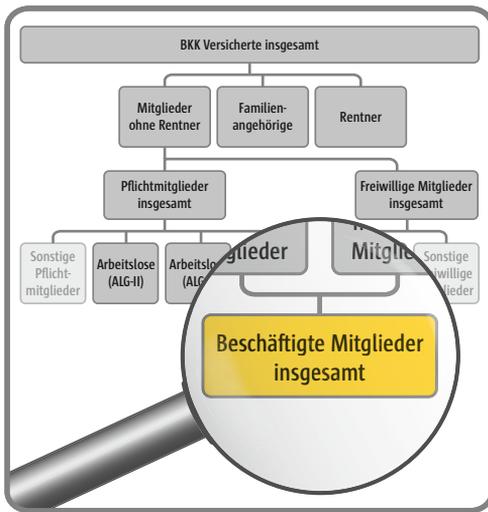
Diagramm 1.4.19 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2017)



kehrs- und Logistikberufen und den Reinigungs- bzw. Sicherheitsberufen haben die über Leiharbeit Beschäftigten im Mittel weniger Fehlzeiten als die mit einem regulären Vertrag Angestellten. Bei allen anderen Berufssegmenten zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Besonders auffällig sind hier die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe – hier weisen die über Leiharbeit Beschäftigten über eine Kalenderwoche (8,0 AU-Tage) mehr Fehlzeiten auf als die Beschäftigten mit einer regulären Anstellung. Neben den unterschiedlichen Arbeitsbedin-

gungen und Belastungen in den einzelnen Berufsgruppen, spielt sicherlich auch der Arbeitskräftebedarf eine wesentliche Rolle. So gibt es im Gesundheitswesen (z.B. Alten- und Krankenpflege) eine weitaus höhere Nachfrage als ein Angebot an Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt ist. Gleichzeitig sind insbesondere in den Pflegeberufen die Arbeitsbelastung und die daraus resultierenden Fehlzeiten besonders hoch (» BKK Gesundheitsatlas 2017), was vermutlich durch häufige Arbeitgeber- bzw. Arbeitsplatzwechsel noch verstärkt wird.

## 1.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+



- Zwischen den einzelnen Wirtschafts- bzw. Berufsgruppen differieren die Anteile der Beschäftigten 50+ zwischen 25,1% bis zu 51,9%.

Insgesamt etwas mehr als ein Drittel (33,9%) der beschäftigten BKK Mitglieder sind 50 Jahre oder älter, wobei tendenziell mehr Männer (35,2%) als Frauen (32,4%) in dieser Altersgruppe zu finden sind. Im Jahr 2007 lag der Anteil der 50-jährigen oder Älteren dagegen gerade einmal bei circa einem Fünftel (20,8%) der Beschäftigten (Männer: 22,1%; Frauen: 19,3%), ein Hinweis darauf, dass der demografische Wandel auch in der Gruppe der Berufstätigen deutlich an Relevanz gewonnen hat. Der Gesamtwert aus dem Jahr 2017 entspricht in etwa auch dem Anteil, wie er aktuell bei allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bundesweit<sup>2</sup> zu finden ist (Gesamt: 33,6%). Bundesweit gibt es im Vergleich zu den Anteilen der BKK allerdings etwas weniger beschäftigte Männer (32,9%) bzw. etwas mehr beschäftigte Frauen (34,5%) in der Altersgruppe über 50 Jahre. Bei differenzierterer Betrachtung ergibt sich für die beschäftigten BKK Mitglieder folgendes Bild, das in **III** Diagramm 1.5.1 zu sehen ist.

In der Verteilung nach Altersgruppen zeigt sich, dass mehr als jeder siebte Beschäftigte (15,0%) in der Gruppe der 50- bis 54-Jährigen zu finden ist. Es folgen nach Häufigkeit die Gruppe der 45- bis 49-Jährigen (13,5%) sowie die 55- bis 59-Jährigen (12,0%). Mehr als vier von zehn Beschäftigten sind allein in diesen drei Altersgruppen zu finden. Vermutlich wird sich im Zuge der demografischen Entwicklung diese ohnehin schon ungleichmäßige Verteilung weiter dahingehend verändern, dass der Anteil der Beschäftigten, die 50 Jahre und älter sind, zunehmen wird. Zudem ist insbesondere aufgrund

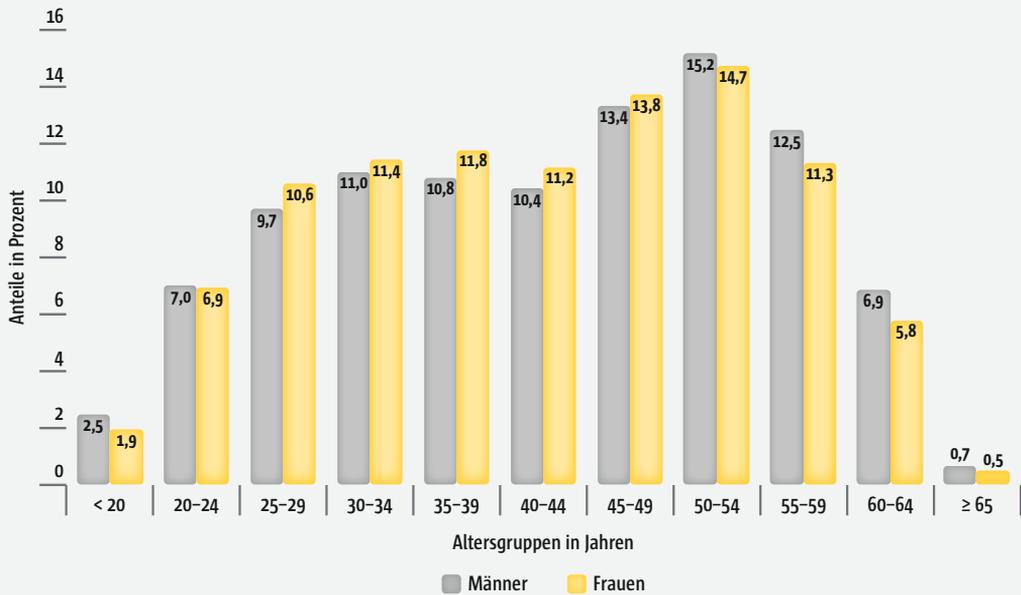
In den vorangegangenen Ausführungen wurde bereits mehrfach der Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Gesundheitszustand der Mitglieder dargestellt. Dieses Kapitel befasst sich nun explizit mit dem diesjährigen Schwerpunktthema und fokussiert dabei auf die beschäftigten Mitglieder der Betriebskrankenkassen. Insbesondere stehen dabei die Beschäftigten 50+ im Fokus, also jene, die 50 Jahre oder älter und erwerbstätig sind. Nachdem einleitend deren Altersstruktur näher betrachtet wird, sollen folgend die Zusammenhänge zwischen dem Alter der Beschäftigten und verschiedenen arbeitsweltlichen Merkmalen im AU-Geschehen dargestellt werden.

### Altersstruktur der Beschäftigten

- Etwas mehr als ein Drittel (33,9%) aller beschäftigten Mitglieder der Betriebskrankenkassen sind 50 Jahre oder älter – im Vergleich zum Jahr 2007 hat deren Anteil um 13,1 Prozentpunkte zugenommen.

2 Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit: sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am 30. Juni 2017 in Deutschland nach Altersgruppen, Geschlecht und Berufsgruppen (KldB 2010).

Diagramm 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – Anteile der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



der jetzt schon geltenden Anhebung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre auch ein deutlicher Anstieg in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren zu erwarten.

Dass die Altersstruktur sich je nach Wirtschaftsgruppe und Beruf, in dem die Beschäftigten tätig sind, unterscheidet, zeigen die folgenden beiden Darstellungen. Zunächst wird in **»»»** Diagramm 1.5.2 der Anteil der Beschäftigten, die 50 Jahre oder älter sind, nach deren Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe aufgezeigt.

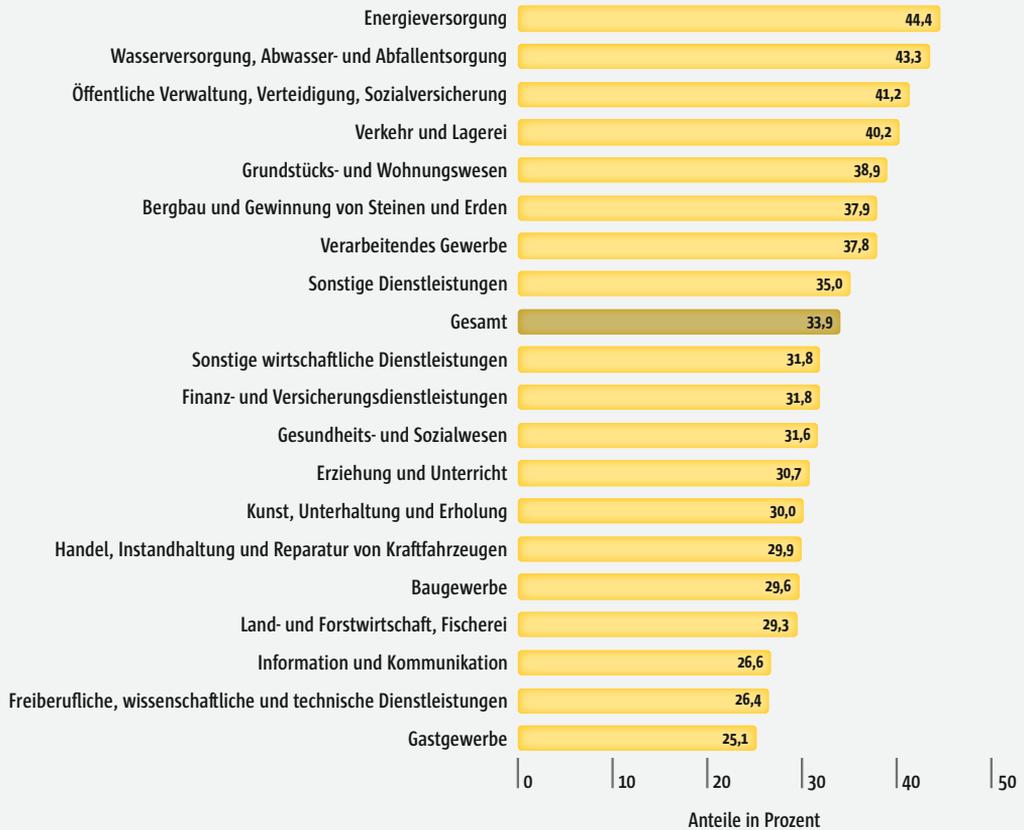
Auf den ersten Blick ist zu erkennen, dass der Anteil der Beschäftigten 50+ zwischen den einzelnen Wirtschaftsabschnitten stark schwankt. Sind im Gastgewerbe gerade einmal ein Viertel (25,1%) der Beschäftigten in dieser Altersgruppe zu finden, so sind es in der Energieversorgung mehr als vier von zehn Berufstätigen (44,4%). Eine ähnlich starke Spreizung ist auch bei den Berufen zu finden, wie das **»»»** Diagramm 1.5.3 eindrucksvoll zeigt.

Mehr als jedes zweite beschäftigte Mitglied in den Reinigungsberufen (51,9%) ist bereits 50 Jahre oder älter, ebenfalls überdurchschnittlich hohe Anteile Beschäftigter 50+ finden sich bei den Sicherheitsberufen sowie den Verkehrs- und Logistikberufen. Die hier dargestellten Altersverteilungen lassen zumindest zwei Schlüsse zu: Je nach Wirtschafts- bzw. Berufsgruppe ist der demografische Wandel be-

reits mehr oder weniger deutlich sichtbar und erfordert spätestens jetzt entsprechendes Handeln, um Arbeit alter(n)sgerecht(er) zu gestalten. Andererseits kann aber auch vermutet werden, dass bei einigen Wirtschafts- und Berufsgruppen mit einem besonders niedrigen Anteil an älteren Beschäftigten, die hohe Arbeitsbelastung dazu führt, dass altersgerechtes Arbeiten nur schwer möglich ist und deshalb ältere Beschäftigte häufig den Beruf wechseln bzw. vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Insbesondere bei den Gesundheitsberufen konnte im Zuge des **»»»** BKK Gesundheitsatlas 2017 festgestellt werden, dass ältere Pflegekräfte von diesen Effekten überproportional häufig betroffen sind. Dementsprechend kann vermutet werden, dass deshalb der Anteil der Beschäftigten jenseits des 50. Lebensjahres in den Gesundheitsberufen mit 26,0% so gering ausgeprägt ist.

Dass diese Anteile im Detail nicht in jedem Fall mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes übereinstimmen, ist im Beitrag von Lüken et al. im **»»»** Schwerpunkt Wissenschaft zu sehen. So zeigen deren Berechnungen z.B. bei den Sicherheitsberufen nur einen Anteil von 29,6% der Beschäftigten 50+ (vs. 45,8% der beschäftigten BKK Mitglieder). Vermutlich liegt die Ursache hier im relativ hohen Anteil von Beschäftigten im Beamtenverhältnis (Polizei, Justiz

**Diagramm 1.5.2 Arbeitsunfähigkeit – Anteile der beschäftigten Mitglieder 50+ nach Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2017)**



u. ä.), die i. d. R. jünger, aber nicht gesetzlich krankenversichert und somit in den BKK- bzw. GKV-Statistiken unterrepräsentiert sind.

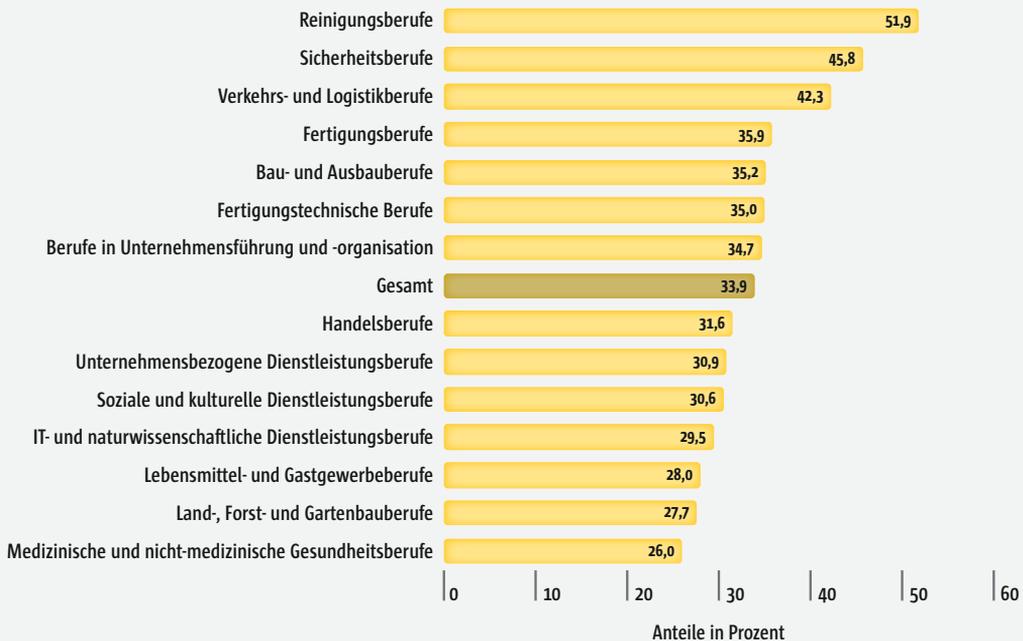
### 1.5.1 Auswertungen nach Diagnosehauptgruppen

- Altersbedingt steigen die Fehlzeiten am deutlichsten bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, weniger stark bei den psychischen Störungen und kaum bei den Atemwegserkrankungen.
- Jenseits des 50. Lebensjahres nimmt die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie der Neubildungen im AU-Geschehen merklich zu.
- Für alle Krankheitsarten gilt dagegen, dass mit zunehmendem Alter die durchschnittliche Dauer eines AU-Falls und somit auch der Anteil an Langzeiterkrankungen zunehmen.

Bevor der Blick im Detail auf die Arbeitswelt im Sinne der Wirtschafts- und Berufsgruppen geworfen wird, soll einleitend die altersabhängige Entwicklung der für das AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten bei den Beschäftigten betrachtet werden. Einen ersten Überblick gibt das folgende **»»»** Diagramm 1.5.4.

Zunächst lässt sich feststellen, dass es keine Krankheitsart unter den hier aufgeführten gibt, bei der die 50-Jährigen bzw. älteren Männer und Frauen nicht mehr Fehltag aufweisen als die Beschäftigten, die jünger als 50 Jahre sind. Allerdings sind diese Unterschiede je nach Krankheitsart unterschiedlich stark ausgeprägt. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich ein nahezu gleichhoher Anstieg der AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen, wobei die 50-Jährigen und Älteren im Mittel fast dreimal so viele Fehltag aufweisen, wie die jüngeren Beschäftigten. Der deutlichste Anstieg – insbe-

Diagramm 1.5.3 Arbeitsunfähigkeit – Anteile der beschäftigten Mitglieder 50+ nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2017)



sondere bei den Männern, aber auch bei den Frauen – ist allerdings bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und den Neubildungen zu finden. Sind die Fehlzeiten der 50-Jährigen und älteren Männer hier mehr als fünfmal so hoch wie die der jüngeren Kohorte, so sind es im Vergleich der beiden Alterskohorten der Frauen immerhin noch mehr als dreimal so viele Fehltag. Bei allen anderen Krankheitsarten sind nur wesentlich geringere Zunahmen zu beobachten. Die Fehlzeiten nehmen also mit zunehmendem Alter nicht gleichmäßig, sondern krankheitsspezifisch ganz unterschiedlich zu. Dabei gewinnen insbesondere solche altersassoziierten Krankheiten mit potenziell chronischem Verlauf an Bedeutung, die in jungen Jahren im AU-Geschehen nur eine untergeordnete Rolle spielen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen). Andere eher akute bzw. nichtchronische Krankheitsarten wiederum bewegen sich in den Alterskohorten auf ähnlichem Niveau, wie z. B. Atemwegserkrankungen und Infektionen.

Dass sich der Zusammenhang zwischen Alter und AU-Geschehen bei näherer Betrachtung differenzierter darstellt, konnte in **III** Diagramm 1.2.1 bereits am Beispiel der Mitglieder ohne Rentner (die auch die Beschäftigten beinhalten) gezeigt werden.

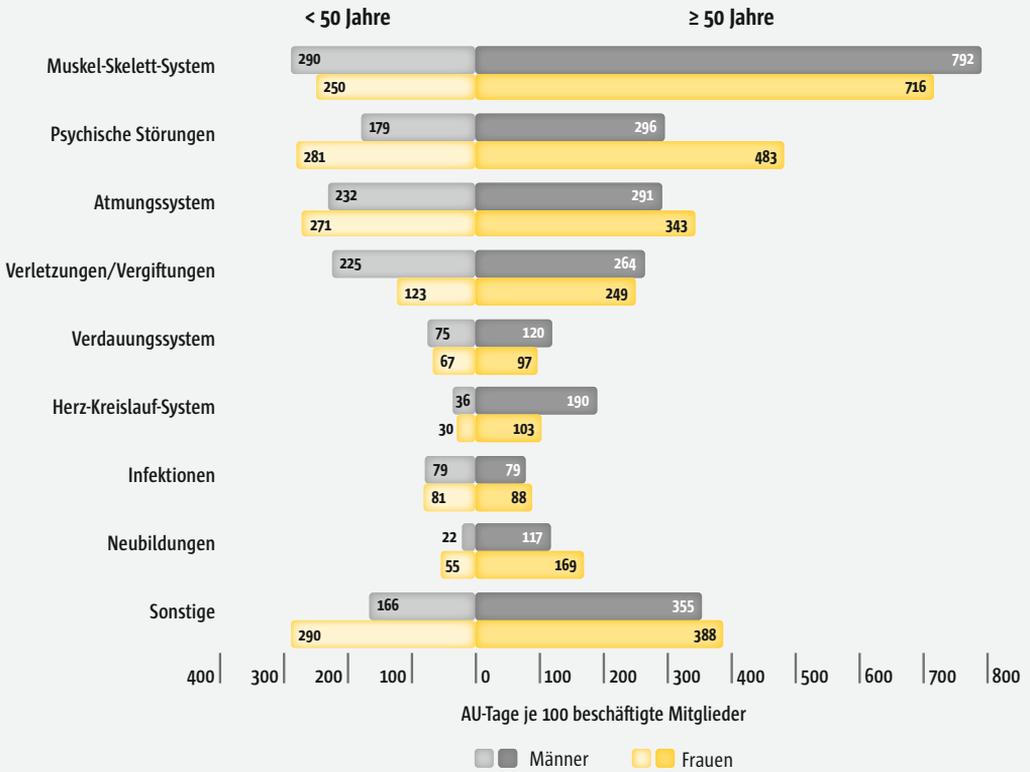
Im Folgenden sollen die drei für das Krankheitsgeschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen, die Muskel-Skelett-Erkrankungen, die Psychischen Störungen und die Atemwegserkrankungen etwas differenzierter dargestellt werden.

### Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

In **III** Diagramm 1.5.5 ist zunächst der differenzierte Altersverlauf der AU-Kennzahlen für die Muskel- und Skeletterkrankungen zu sehen.

Für beide Geschlechter ist ab der Gruppe der 30- bis 34-Jährigen bis zu den 60- bis 64-Jährigen ein nahezu linearer Anstieg sowohl der Fallzahlen als auch der AU-Tage zu erkennen, wobei in fast allen Altersgruppen die Männer mehr AU-Fälle bzw. AU-Tage aufweisen als die Frauen. Im Vergleich zwischen den beiden genannten Altersgruppen nimmt zwar die Fallhäufigkeit um das 2,5-Fache (Männer) bzw. Dreifache (Frauen) zu, noch deutlicher fällt der Anstieg allerdings bei den AU-Tagen aus: bei den Männern um das Fünffache und bei den Frauen um fast das Sechsfache. Daraus resultiert mit zunehmendem Alter gleichzeitig ein Anstieg der mittleren Falldauer (30–34 Jahre: 14,0 Tage je Fall; 60–64-Jahre:

Diagramm 1.5.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



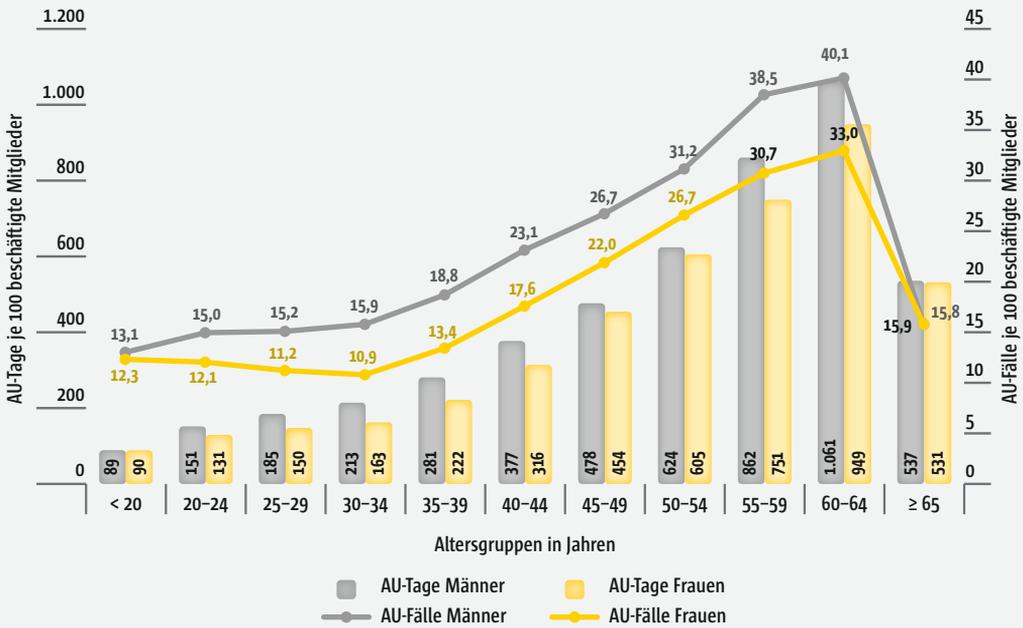
27,3 Tage je Fall), ein Indiz dafür, dass ältere Beschäftigte nicht nur länger benötigen, um wieder arbeitsfähig zu werden, sondern auch, dass der Anteil chronischer Erkrankungen mit dem Alter zunimmt. So zeigt sich z.B. bei den Rückenschmerzen (M54) eine Zunahme der durchschnittlichen Falldauer von 4,9 Tagen je Fall bei den unter 20-Jährigen, bis zu 25,2 Tagen je Fall bei den 65-Jährigen und älteren Beschäftigten. Ebenfalls deutlich ist der plötzliche Abfall der Fehlzeiten bei den 65-Jährigen und Älteren zu erkennen, wobei hier vermutlich der bereits mehrfach erwähnte *healthy worker effect* wirksam werden dürfte. Es bleibt in den kommenden Jahren abzuwarten, wie sich die gesundheitliche Situation letztgenannter Altersgruppe entwickeln wird, da sie mit am stärksten von geltenden und neuen Regelungen im deutschen Rentensystem beeinflusst wird.

### Psychische Störungen

Das nun folgende **III** Diagramm 1.5.6 bildet die altersabhängige Entwicklung der AU-Kennzahlen aufgrund von psychischen Störungen ab.

Auch hier zeigt sich, ähnlich wie bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, mit zunehmenden Alter ein nahezu linearer Anstieg insbesondere der AU-Tage, wobei hier die Frauen durchgehend bzw. altersbezogen höhere Kennwerte im Vergleich zu den Männern aufweisen. Neben der Tatsache, dass AU-Fälle aufgrund psychischer Störungen wesentlich seltener vorkommen, als aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen, fällt der altersbedingte Anstieg hier auch wesentlich geringer aus: Zwischen den 30- bis 34-Jährigen und den 60- bis 64-Jährigen liegt dieser bei den AU-Fällen gerade mal bei dem 1,6-Fachen (Männer: 1,5; Frauen: 1,7) und bei den AU-Tagen bei dem 2,3-Fachen (Männer: 2,1; Frauen: 2,5). Nicht nur die Zunahme, sondern auch die

**Diagramm 1.5.5** Arbeitsfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



**Diagramm 1.5.6** Arbeitsfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

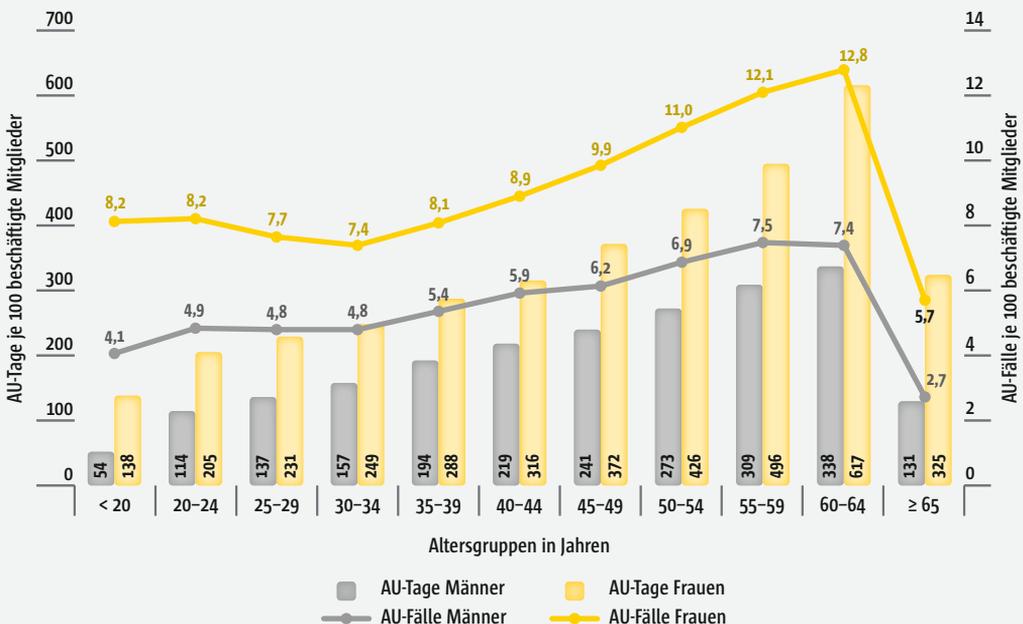
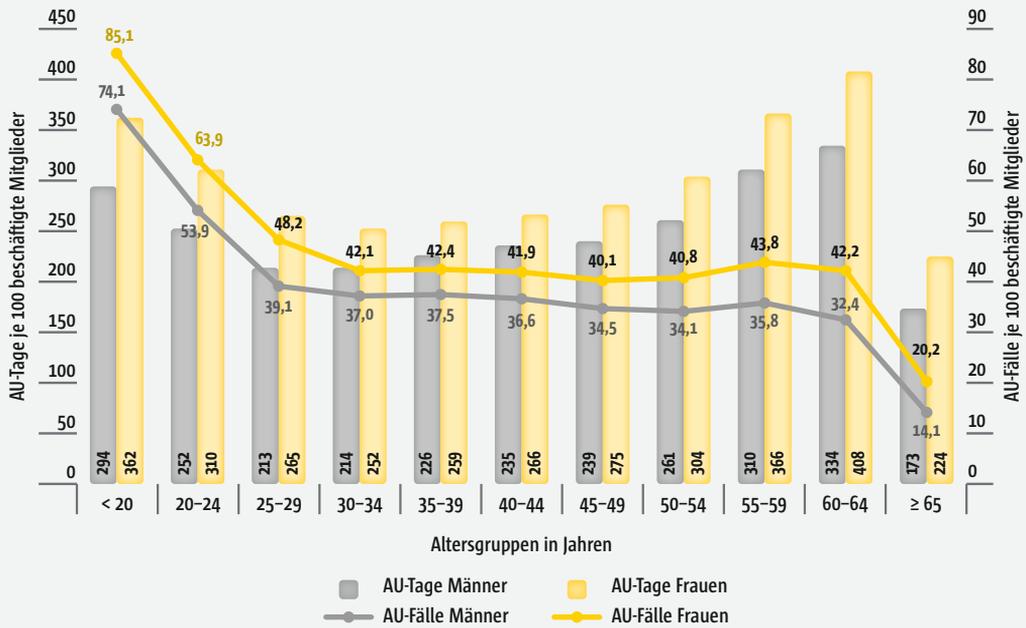


Diagramm 1.5.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Atmungssystems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



durchschnittliche Höhe der AU-Fälle und AU-Tage ist wesentlich niedriger als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen. Ein anderes Bild zeigt sich dagegen bei den Falldauern. Diese sind bei den 30- bis 34-jährigen mit 33,2 Tagen je Fall schon relativ hoch und steigen auf 47,1 Tage je Fall bei den 60- bis 64-jährigen an. Bei den psychischen Störungen ist also von einem altersbedingt höheren Anteil an Langzeiterkrankungen auszugehen.

### Krankheiten des Atmungssystems

Abschließend zu diesen Betrachtungen wollen wir noch einen Blick auf die altersabhängige Entwicklung der AU-Kennzahlen aufgrund von Atemwegserkrankungen werfen (III) Diagramm 1.5.7).

Bei den Atemwegserkrankungen zeigt sich, im Gegensatz zu den beiden vorhergehenden Krankheitsarten, kein eindeutiges Altersmuster. Überdurchschnittlich viele AU-Fälle und AU-Tage sind hier auch bei den jungen Beschäftigten zu finden. Ab der Gruppe der 30- bis 34-jährigen verharren die Fallzahlen bis zur Gruppe der 60- bis 64-jährigen Beschäftigten auf nahezu unverändertem Niveau, während die Fehltag wieder leicht zunehmen. Ein Blick auf die

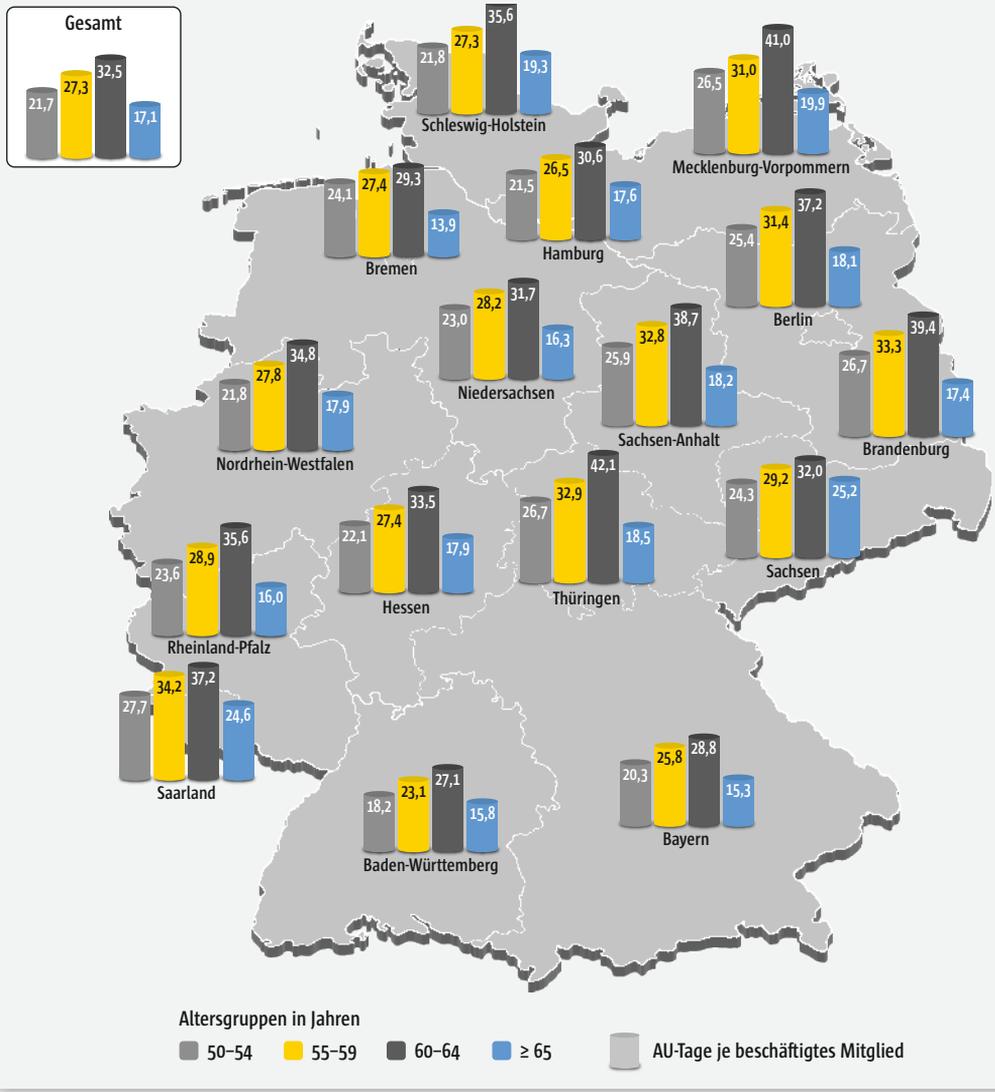
Falldauern zeigt, dass in den jungen Kohorten v.a. häufig Kurzzeiterkrankungen, wie sie z.B. im Rahmen von Grippe- und Erkältungswellen vorkommen, dominieren, während bei den älteren Kohorten vermutlich (auch) chronische Atemwegserkrankungen für längere Falldauern mitverantwortlich sind, allerdings in wesentlich geringerem Ausmaß, als bei den beiden vorher betrachteten Krankheitsarten.

In der differenzierten Darstellung des AU-Geschehens zeigen sich somit sowohl erwartete als auch unerwartete Altersverläufe und -effekte, sodass nicht nur altersspezifisch, sondern auch krankheits- und geschlechtsspezifisch angepasste Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung notwendig sind.

### 1.5.2 Auswertungen nach Regionen

- Nicht nur die meisten Fehltag, sondern auch die stärksten regionalen Schwankungen der AU-Tage zwischen den Bundesländern, sind in der Gruppe der 60- bis 64-jährigen zu finden.
- Die Spannweite innerhalb dieser Altersgruppe reicht dabei von 42,1 AU-Tagen in Thüringen bis zu 27,1 AU-Tagen in Baden-Württemberg.

Diagramm 1.5.8 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)



Die regionalen Variationen der Fehlzeiten bei den Beschäftigten 50+ werden etwas genauer in **»»»** Diagramm 1.5.8 betrachtet.

Wie zu erkennen ist, spiegelt sich auch in den einzelnen Bundesländern das Altersmuster der Fehlzeiten wider, wie bereits in den vorhergehenden Auswertungen erkennbar wurde: Zwischen der Gruppe der 50- bis 54-jährigen und der 60- bis 64-jährigen steigen die Fehlzeiten deutlich an, um dann bei den 65-jährigen und älteren Beschäftigten wieder stark

abzusinken. Allerdings wird auch sichtbar, dass innerhalb der betrachteten Altersgruppen zum Teil sehr große Unterschiede zwischen den Bundesländern zu finden sind. Die Differenzen zwischen höchsten und niedrigstem AU-Tage-Wert bewegen sich zwischen 9,4 AU-Tagen je Beschäftigten in der Gruppe der 50- bis 54-jährigen (Saarland 27,7 AU-Tage vs. Baden-Württemberg 18,2 AU-Tage) bis hin zu mehr als zwei Kalenderwochen (15,0 AU-Tage je Beschäftigte: Thüringen 42,1 AU-Tage vs.

Baden-Württemberg 27,1 AU-Tage) bei den 60- bis 64-Jährigen. In keiner anderen Altersgruppe (auch bei den hier nicht dargestellten jüngeren Kohorten mit Abweichungen von 6,1 bis zu 7,9 AU-Tagen je Beschäftigten zwischen den Bundesländern) sind solche großen Schwankungen sichtbar. Insbesondere jenseits des 50. Lebensjahres scheint der Wohnort noch stärkeren Einfluss auf die Gesundheit auszuüben, als in jungen Jahren.

Wenig überraschend sind in den betrachteten Altersgruppen, wie auch schon in **III** Tabelle 1.3.1 zu sehen war, die neuen Bundesländer und das Saarland mit den jeweils meisten Fehltagen zu finden. Auch hier zeigt sich, dass insbesondere Bayern, Baden-Württemberg und Hamburg wesentlich geringere Fehlzeiten in allen benannten Altersgruppen aufweisen.

### 1.5.3 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Zwischen den Wirtschaftsgruppen unterscheiden sich die durchschnittlichen AU-Tage bei den Beschäftigten 50+ bis zum 2,5-fachen voneinander.
- Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen differieren die Fehltagelänge bei den Beschäftigten 50+ zwischen den Wirtschaftsgruppen um mehr als das Fünffache.
- Fehltagelänge aufgrund von Atemwegserkrankungen sind hingegen wenig alterssensitiv.
- Die Wirtschaftsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen bei den Beschäftigten 50+ weisen in der überwiegenden Zahl auch schon bei den jüngeren Beschäftigten die meisten bzw. wenigsten Fehltagelänge auf.

Wie bereits mehrfach in diesem Kapitel deutlich wurde, nimmt die Arbeitswelt maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit von Beschäftigten. Ein wichtiger Einflussfaktor stellt dabei die Branche des Unternehmens dar, in dem die Beschäftigten tätig sind, bestimmt sie doch meist auch maßgeblich, welche Arbeiten hauptsächlich ausgeführt werden und wie (mehr oder weniger) beanspruchend und belastend diese sind. Schaut man zunächst auf die diagnoseunabhängigen Kennzahlen, so ergibt sich in Abhängigkeit vom Alter folgendes Bild (**III** Tabelle 1.5.1).

Dargestellt sind hier die jeweils zehn Wirtschaftsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen bei den Beschäftigten 50+. Im Vergleich dazu sind die entsprechenden AU-Tage der unter

50-Jährigen abgebildet. Während sich die zehn Wirtschaftsgruppen mit den meisten AU-Tagen bei den 50-Jährigen und Älteren hauptsächlich aus den Bereichen Ver- und Entsorgung, Verkehr und Lagerei sowie sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen zusammensetzen, sind die zehn Wirtschaftsgruppen mit den wenigsten AU-Tagen in dieser Altersgruppe vorwiegend den Bereichen Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen bzw. Information und Kommunikation zuzuordnen. Der Unterschied zwischen der Wirtschaftsgruppe mit den meisten und der mit den wenigsten Fehltagen beträgt in beiden Altersgruppen mehr als das Doppelte. Erstaunlicherweise gehören 7 der 10 Wirtschaftsgruppen mit den meisten AU-Tagen bei den Beschäftigten 50+ sowie 8 von 10 derjenigen mit den wenigsten AU-Tagen auch jeweils zu den Top 10 bei den unter 50-Jährigen – die Rangfolge hat sich also in gewisser Weise von den Jüngeren auf die Älteren „vererbt“, ist also maßgeblich von der Zugehörigkeit der Beschäftigten zu einer Wirtschaftsgruppe und den damit verbundenen Arbeitsbedingungen und -belastungen abhängig.

Dass gesundheitliche Beanspruchungen und Belastungen bei der Arbeit altersabhängig unterschiedlich wirksam werden können, soll anhand der folgenden krankheitsspezifischen Betrachtungen näher beleuchtet werden.

In **III** Diagramm 1.5.9 sind jeweils die 10 Wirtschaftsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen bei den Beschäftigten 50+ sowie im Vergleich mit den jüngeren Beschäftigten der gleichen Branche dargestellt.

Die Mehrzahl der hier gezeigten Wirtschaftsgruppen, bei denen die Beschäftigten 50+ die meisten bzw. wenigsten AU-Tage aufweisen, sind denen in **III** Tabelle 1.5.1 nahezu identisch – insgesamt 15 der 20 hier genannten Gruppen sind dort in ähnlicher Reihung zu finden. Auch hier zeigt sich, dass die AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe von einer Altersgruppe zur anderen „vererbt“ werden – 15 der 20 Branchen treten auch bei den unter 50-Jährigen unter den jeweils 10 Wirtschaftsabteilungen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen auf. Allerdings ist bei den Muskel- und Skeletterkrankungen die Spannweite wesentlich größer als bei den allgemeinen AU-Tagen: Zwischen den Beschäftigten 50+ im Tiefbau (12,6 AU-Tage je Beschäftigte) und denen in der Rechts- und Steuerberatung bzw. Wirtschaftsprüfung (2,7 AU-Tage je Beschäftigte) beträgt der Unterschied fast das Fünffache. Auch das Verhältnis der AU-Tage im Vergleich

**Tabelle 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)**

WZ-2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	< 50 Jahre	≥ 50 Jahre
		AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder	
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	1.895	3.429
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	1.914	3.383
87	Heime	1.919	3.349
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	1.894	3.316
42	Tiefbau	1.636	3.185
52	Lagerei sowie sonstige Dienstleistungen für den Verkehr	1.655	3.148
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	1.768	3.134
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	1.650	3.085
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	2.014	3.081
36	Wasserversorgung	1.637	3.080
	<b>Gesamt</b>	<b>1.371</b>	<b>2.560</b>
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen	1.145	1.887
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben, Unternehmensberatung	957	1.827
73	Werbung und Marktforschung	920	1.806
71	Architektur- und Ingenieurbüros	907	1.703
58	Verlagswesen	876	1.631
60	Rundfunkveranstalter	919	1.577
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	976	1.532
62	Dienstleistungen der Informationstechnologie	814	1.481
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	858	1.429
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	740	1.346

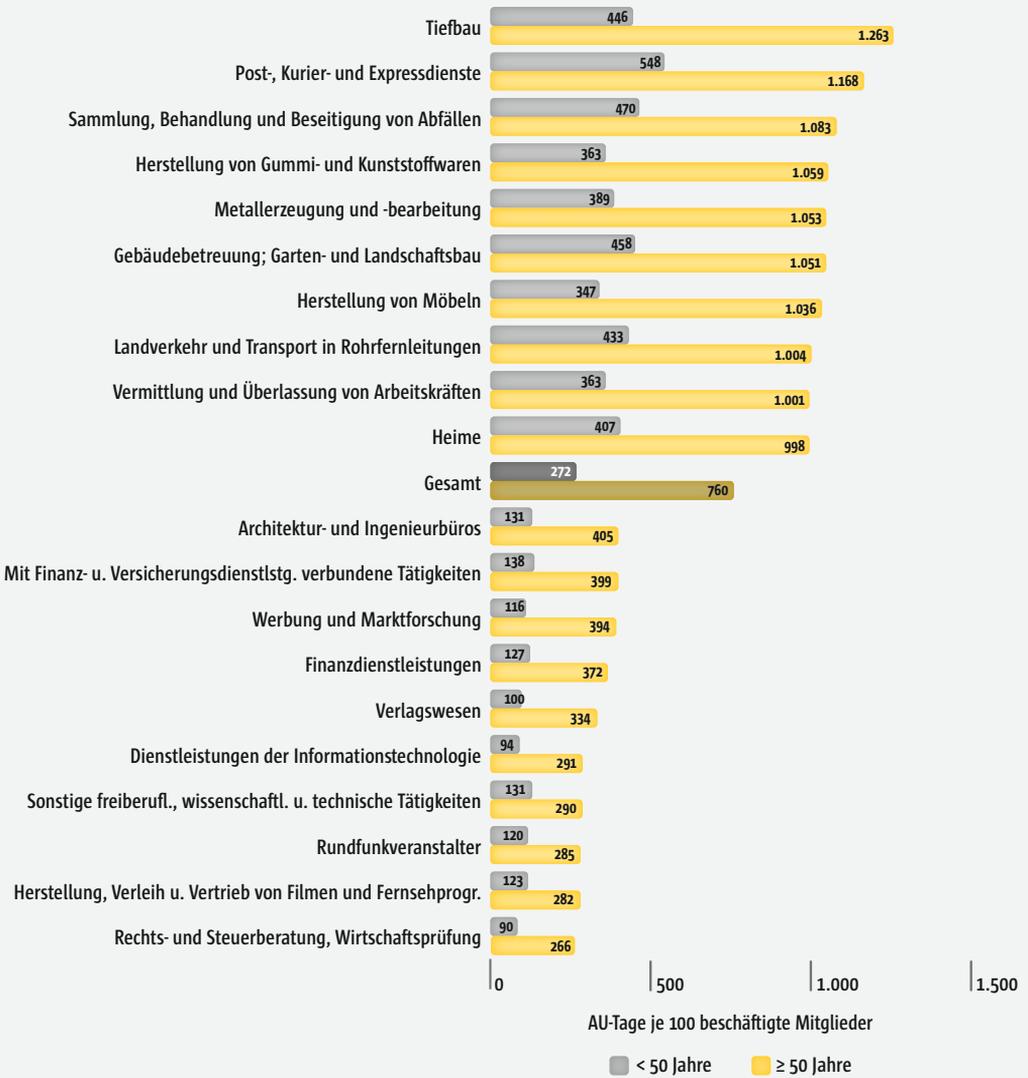
zwischen den über und den unter 50-jährigen liegt mit dem zwischen dem 2,1- bis zum 3,4-Fachen deutlich über dem Wert für die AU-Tage insgesamt, wo der Unterschied etwas weniger als das Doppelte beträgt.

Wie sich das Bild bei den psychischen Störungen darstellt, zeigt ►► Diagramm 1.5.10.

Unter den Top 10 Wirtschaftsgruppen bei den Beschäftigten 50+ sind hier v.a. solche zu finden, die primär für und mit Menschen arbeiten und somit

häufiger psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind, als Branchen, die eher im Handwerk oder in der Produktion verortet sind. Auffällig aber wenig erstaunlich ist hier die besondere Häufung aus dem Bereich Gesundheits- und Sozialwesen (dazu gehören Heime, Sozialwesen und Gesundheitswesen). Dass es sich hier um eine gerade in puncto psychische Gesundheit auch altersunabhängig besonders belastete Wirtschaftsgruppe handelt, konnte bereits im ►► BKK Gesundheitsatlas 2017 hinreichend belegt

**Diagramm 1.5.9** Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschafts-abteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)



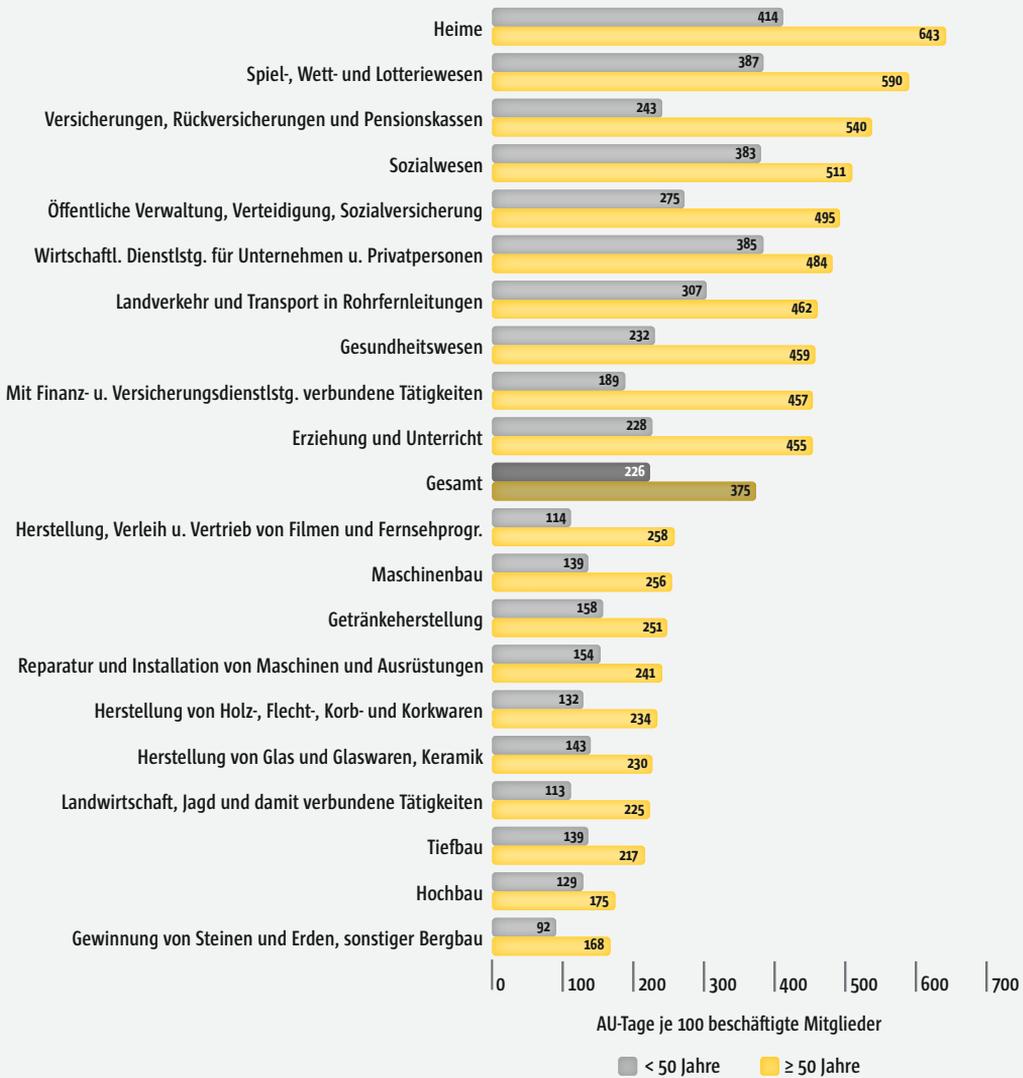
werden. Zudem zeigt sich auch hier, dass mehr als die Hälfte (11 von 20) der aufgezeigten Wirtschaftsgruppen bereits in der Gruppe der unter 50-Jährigen zu denen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen aufgrund von psychischen Störungen zählt. Die Fehltag unterscheiden sich hier bei den Beschäftigten 50+ im Maximum immerhin um das 3,8-Fache. Der altersbedingte Anstieg innerhalb der einzelnen Wirtschaftsgruppen ist dagegen nicht so stark (1,3-

bis 2,4-facher Anstieg) ausgeprägt wie bei den Muskel- und Skeletterkrankungen.

Abschließend soll noch eine weitere für das AU-Geschehen wichtigste Diagnosehauptgruppe – die Atemwegserkrankungen – in ihrem Zusammenhang mit dem Alter der Beschäftigten betrachtet werden (»»» Diagramm 1.5.11).

Es zeigt sich, wie bereits in »»» Diagramm 1.5.7 zu sehen war, dass die Fehltag aufgrund von

Diagramm 1.5.10 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Psychischen Störungen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)

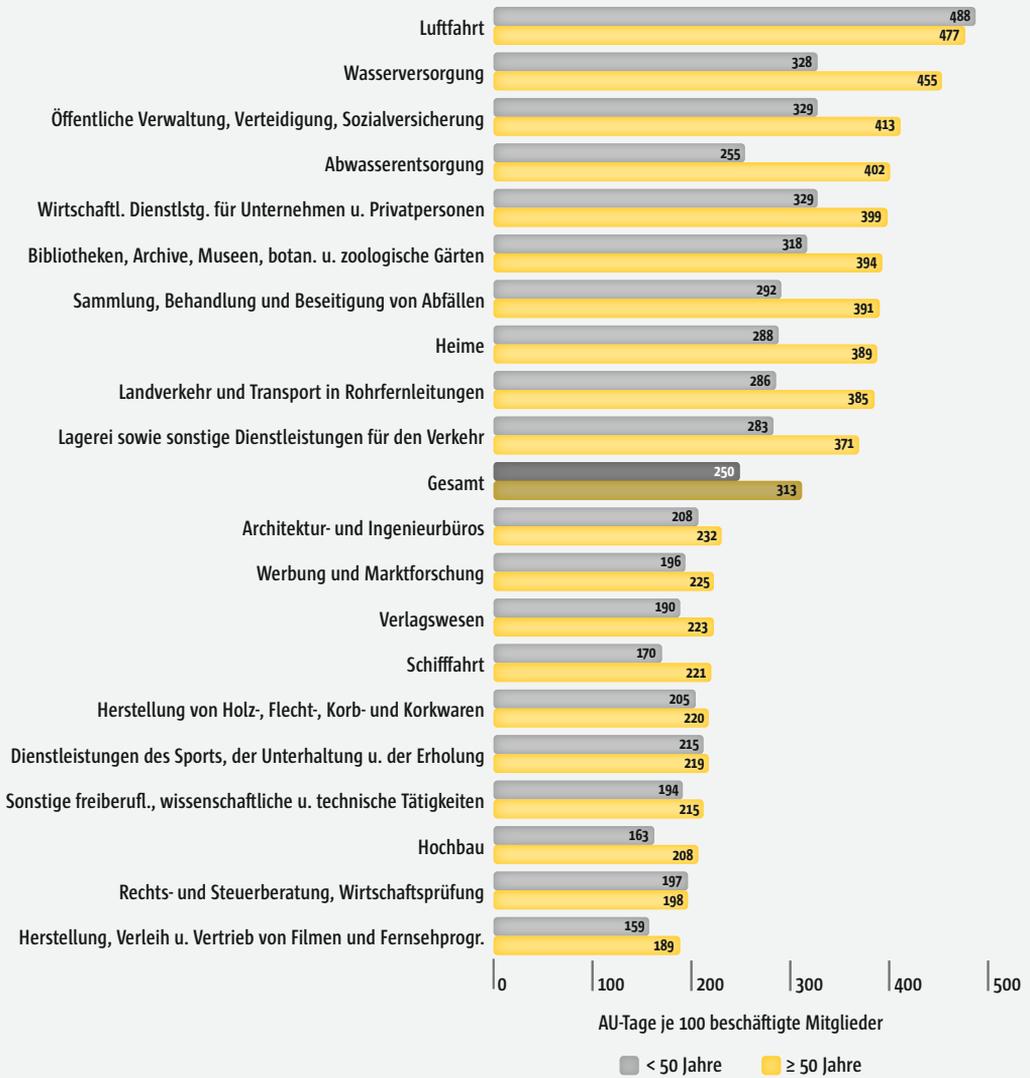


Atemwegserkrankungen deutlich weniger alterssensitiv sind, als die der psychischen Störungen oder die des Muskel- und Skelett-Systems. Im Altersgruppenvergleich unterscheiden sich die Kennwerte der hier dargestellten Wirtschaftsgruppen meist nur marginal. Trotz allem besteht zwischen der Spitzengruppe (Luftfahrt) und den Beschäftigten in der Herstellung, dem Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen innerhalb der jeweiligen

Altersgruppe eine Differenz um das 2,5- bzw. Dreifache, ein Hinweis, dass auch hier branchenspezifische Arbeitsbedingungen und -belastungen unterschiedliche krankheitsspezifische Fehlzeiten verursachen. Auch hier sind insgesamt 11 der 20 Wirtschaftsgruppen in beiden Altersgruppen zu finden.

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten, dass es neben alterssensitiven Krankheitsarten (z.B. psychi-

**Diagramm 1.5.11 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)**



sche Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen) im AU-Geschehen auch solche gibt, die relativ altersunabhängig (z.B. Atmungssystem) sind. Durchweg einheitlich lässt sich erkennen, dass je nach (körperlicher und/oder psychischer) Beanspruchung innerhalb einer Wirtschaftsgruppe dabei sowohl bei den jüngeren als auch bei den älteren Beschäftigten die Fehlzeiten zum Teil um mehr als das Fünffache differieren, was einen Hinweis darauf gibt, dass eine

altersgerechte und gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit nicht nur pauschal, sondern spezifisch an die Beanspruchungen und Bedürfnisse der Arbeitswelt angepasst werden muss.

Der nun folgende Abschnitt fokussiert die Perspektive noch stärker auf die Beschäftigten selbst, indem er sich im Zusammenhang mit Fehlzeiten und Alter auf die konkret ausgeübte Tätigkeit der Berufstätigen bezieht.

### 1.5.4 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Beschäftigte 50+ in körperlich belastenden Berufen, insbesondere im Baubereich oder der Produktion, weisen die mit Abstand meisten Fehltagel aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen auf.
- Dagegen haben insbesondere Beschäftigte 50+ aus den sozialen, erzieherischen und pflegerischen Berufen besonders viele Fehltagel aufgrund psychischer Störungen.

Neben der Zuordnung der Unternehmen zu einzelnen Wirtschaftsgruppen und den entsprechend zugehörigen Beschäftigten, lassen sich für letztere auf Basis des Tätigkeitsschlüssels genauere Angaben über deren berufliche Tätigkeit ableiten. Dabei gibt es zwar häufig eindeutige (Gesundheitsberufe sind besonders häufig im Gesundheitswesen anzutreffen), oftmals aber auch weniger eindeutige (so sind z. B. Verwaltungsberufe in nahezu allen Wirtschaftsgruppen anzufinden) Übereinstimmungen zwischen beiden Systematiken. Die Berufstätigkeit und daraus resultierenden Beanspruchungen und Belastungen stehen aber vermutlich in einem noch stärkeren Zusammenhang mit dem Fehlzeitengeschehen der Beschäftigten als deren Zugehörigkeit zu einer bestimmten Wirtschaftsgruppe.

In **III** Tabelle 1.5.2 sind zunächst die zehn Berufsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen bei den Beschäftigten 50+ aufgelistet.

Insgesamt 5 der 10 Berufe mit den meisten Fehltagel bei den Beschäftigten 50+ entstammen der Gruppe der Produktionsberufe. Aber auch die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (z. B. Pflegeberufe) die Reinigungsberufe, die Fahrzeugführer, sowie die Verkehrs- und Logistikberufe (z. B. Postdienste) sind hier mit überdurchschnittlich vielen Fehltagel vertreten. Allen gemeinsam ist ein hoher Anteil körperlich und z. T. auch psychischer Beanspruchung bei ihrer Tätigkeit. Dagegen entstammt die überwiegende Mehrzahl (8 von 10) der zehn Berufe mit den wenigsten Fehltagel der Beschäftigten 50+ dem Dienstleistungssektor. Für alle Berufsgruppen gilt, dass bei den Beschäftigten 50+ im Mittel etwa doppelt so viele AU-Tagel auftreten wie bei den unter 50-Jährigen. Auch innerhalb der beiden Altersgruppen schwanken die Fehlzeiten circa um das 2,5-Fache. Das entspricht in etwa auch den Werten, die sich bei der Betrachtung nach Wirtschaftsgruppen zeigen (**III** Tabelle 1.5.1).

Bezogen auf den Effekt der insbesondere körperlich beanspruchenden Tätigkeiten überrascht es

wenig, dass ein Großteil der oben aufgelisteten Berufe auch bei der Betrachtung der AU-Tagel aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen wieder zu finden ist (**III** Diagramm 1.5.12).

Auch hier sind die Berufe mit den meisten AU-Tagen bei den Beschäftigten 50+ v. a. in den Produktions- und Bauberufen zu finden, während sich bei den Dienstleistungs- und Büroberufen die wenigsten Fehltagel in der o. g. Altersgruppe zeigen. Im Unterschied zu den allgemeinen Fehltagel, ist der Abstand zwischen den jüngeren und den älteren Beschäftigten bei dieser Diagnosegruppe wiederum deutlich größer und schwankt zwischen dem Zweifachen (Reinigungsberufe) bis hin zu dem 3,8-Fachen (Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe). Innerhalb der Gruppe der Beschäftigten 50+ beträgt der Abstand bezogen auf die AU-Tagel zwischen den Hoch- und Tiefbauberufen (14,0 AU-Tagel je Beschäftigte) und den Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufen (2,4 AU-Tagel je Beschäftigte) nahezu das Fünffache und ist damit doppelt so hoch, wie bei den Fehltagel nach Berufen insgesamt (**III** Tabelle 1.5.2).

Welche Beschäftigten jenseits des 50. Lebensjahres besonders viele AU-Tagel aufgrund psychischer Störungen aufweisen, weil sie z. B. häufig psychosozialen Stress ausgesetzt sind, zeigt das **III** Diagramm 1.5.13.

Schaut man sich zunächst die Zusammensetzung der zehn Berufe mit den meisten Fehltagel aufgrund psychischer Störungen in der Gruppe der Beschäftigten 50+ an, so lässt sich feststellen, dass ausnahmslos alle Tätigkeiten aus dem Dienstleistungsbereich – insbesondere solche Tätigkeiten, die das Arbeiten mit und für Menschen beinhalten – stammen. Bei den Berufen mit den wenigsten Fehltagel in o. g. Altersgruppe handelt es sich dagegen in 9 von 10 Fällen um Produktions- bzw. Bauberufe. Es zeigt sich an diesem Beispiel nochmals eindrucksvoll, wie stark sich die ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundenen psychosozialen Belastungen in den krankheitsspezifischen Fehlzeiten widerspiegeln. Dabei ist der Abstand zwischen den als auch innerhalb der beiden Altersgruppen nicht so stark ausgeprägt, wie bei den Muskel- und Skeletterkrankungen. Wie schon beim Vergleich zwischen den Wirtschaftsgruppen festgesetzt werden konnte, sind psychische Störungen nicht im gleich hohen Maße alterssensitiv wie Muskel- und Skeletterkrankungen bezogen auf die dadurch verursachten Fehlzeiten.

**Tabelle 1.5.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)**

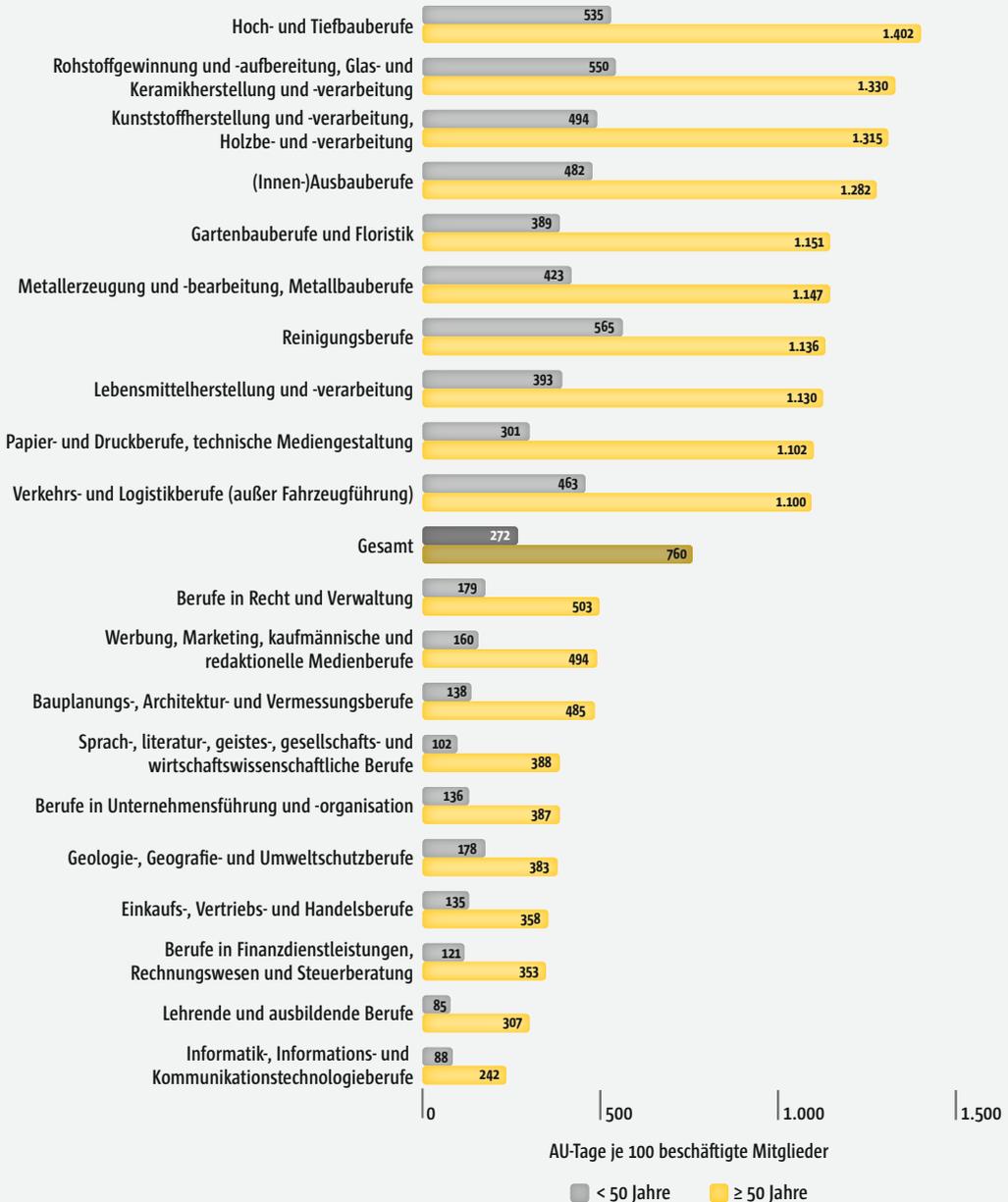
KldB-2010-Code	Berufshauptgruppen	< 50 Jahre	≥ 50 Jahre
		AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder	
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikerstellung und -verarbeitung	1.874	3.470
32	Hoch- und Tiefbauberufe	1.782	3.424
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	1.799	3.376
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	1.813	3.342
54	Reinigungsberufe	1.973	3.284
52	Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	1.997	3.279
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	1.616	3.278
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	1.849	3.262
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	1.714	3.238
33	(Innen-)Ausbauberufe	1.673	3.170
	<b>Gesamt</b>	<b>1.371</b>	<b>2.560</b>
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	1.161	2.115
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	990	2.076
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe	1.036	2.022
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	852	1.949
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	992	1.831
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	1.034	1.823
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	1.059	1.806
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe	994	1.747
84	Lehrende und ausbildende Berufe	765	1.676
43	Informatik, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	775	1.400

Abschließend sollen auch hier, wie bei den Wirtschaftsgruppen, noch die Atemwegserkrankungen betrachtet werden (▣▣ Diagramm 1.5.14).

Noch deutlicher als bei den psychischen Störungen, zeigt sich bei den AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems, dass diese nahezu unabhängig vom Lebensalter sowie auch von der Berufstätigkeit der Beschäftigten im Mittel annä-

hernd gleich häufig auftreten. Entsprechend sind auch die Unterschiede zwischen beiden Altersgruppen eher klein (1,1- bis 1,5-fach höhere Fehlzeiten bei den Beschäftigten 50+ im Vergleich zu den unter 50-jährigen). Gleiches gilt auch für die Differenzen zwischen den Berufen innerhalb der jeweiligen Altersgruppe. Hier, wie auch schon bei der Betrachtung der Wirtschaftsgruppen, gilt unabhängig da-

Diagramm 1.5.12 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)



von, dass für alle drei betrachteten Krankheitsarten die durchschnittliche Falldauer pro Krankheitsfall mit zunehmendem Alter teils deutlich ansteigt, bei

den psychischen Störungen und den Muskel-Skelett-Erkrankungen dabei stärker als bei den Krankheiten des Atmungssystems.

**Diagramm 1.5.13 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund Psychischer Störungen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)**

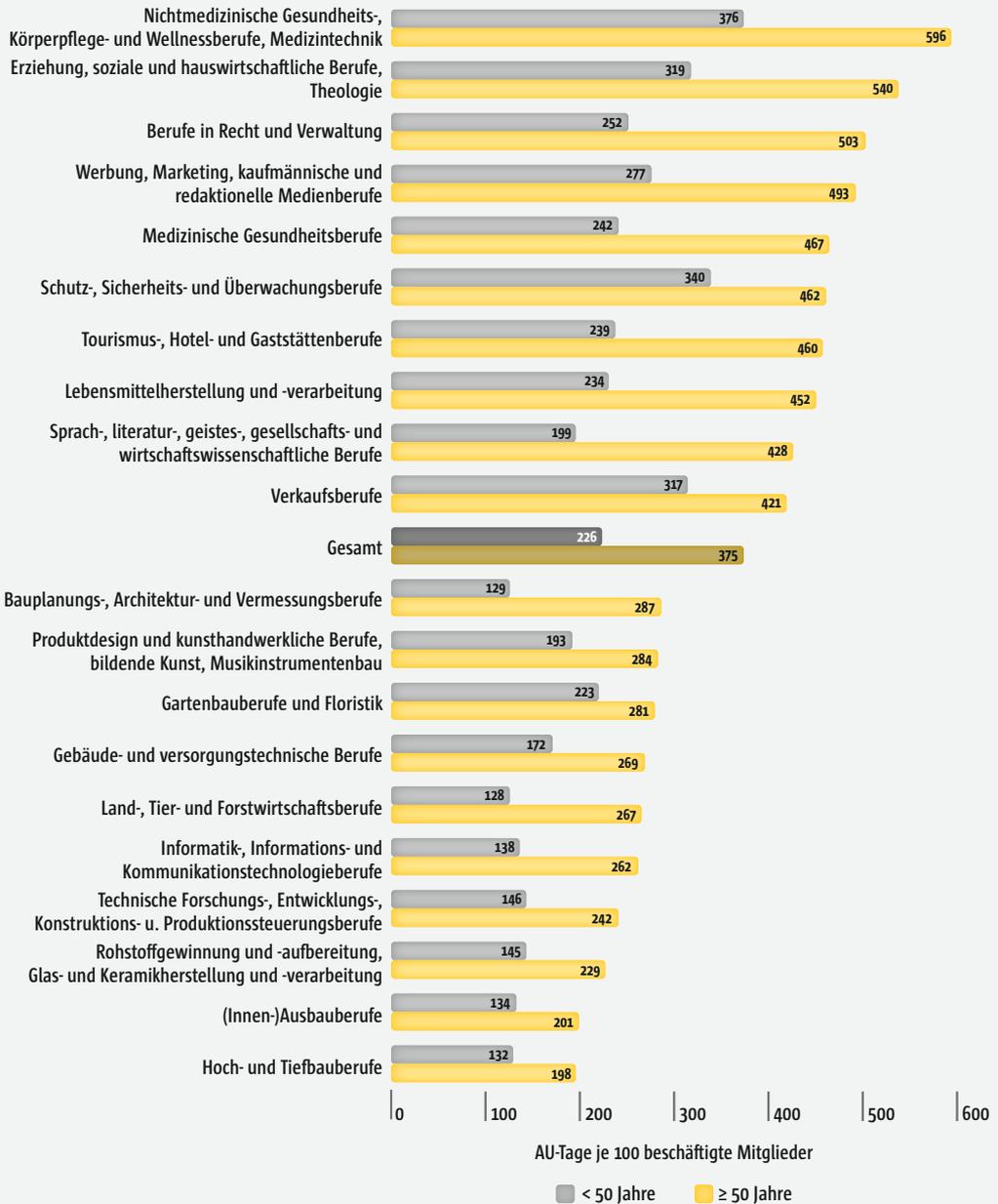
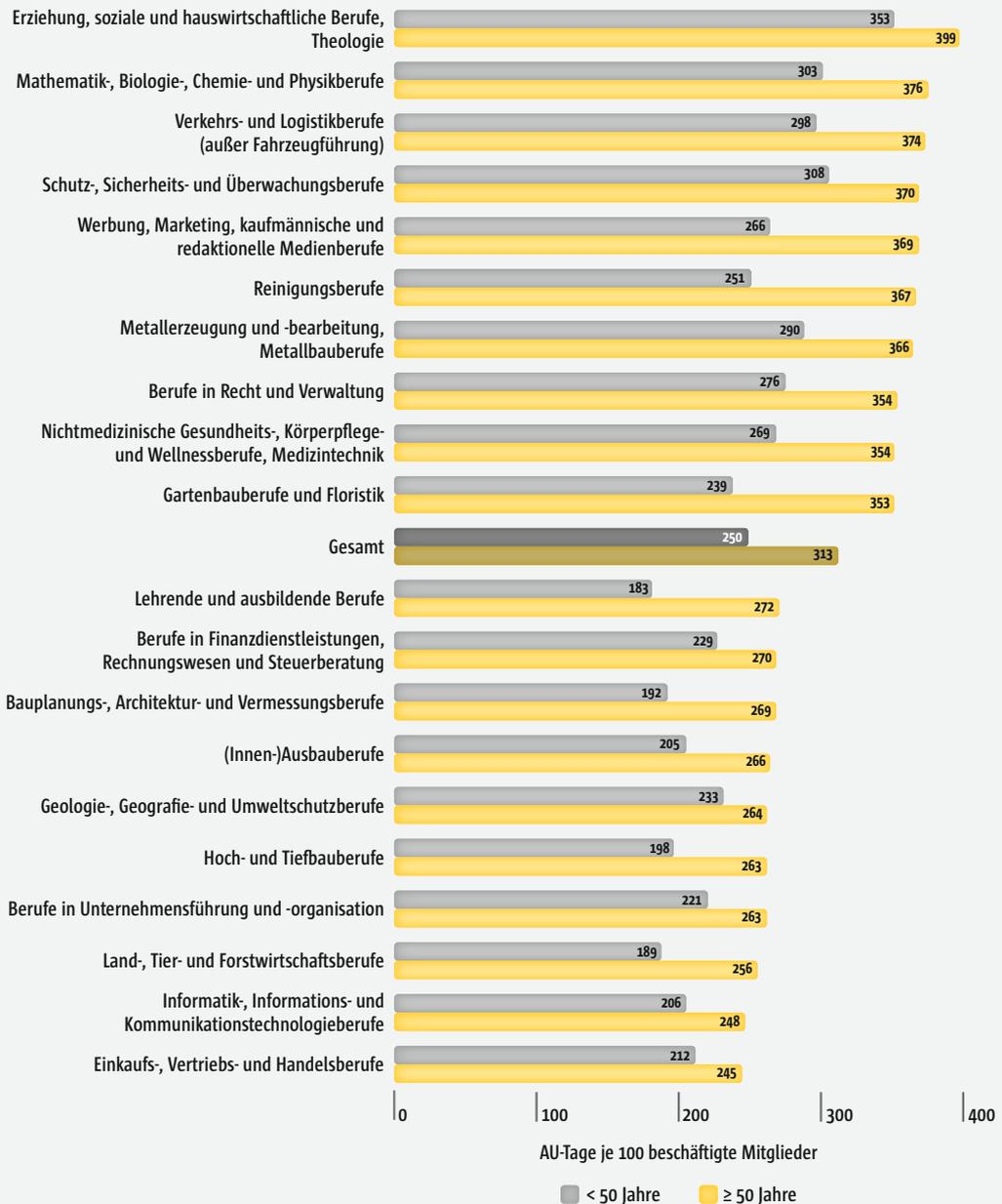


Diagramm 1.5.14 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)



## 1.6 Zusammenfassung und Ausblick

Insgesamt zeigen sich im AU-Geschehen nur wenige Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr. Dass der Krankenstand im I. Quartal 2018 durch die Grippe-welle einen Höchststand erreicht hat, lässt für den kommenden Gesundheitsreport 2019 die Schlussfolgerung zu, dass insgesamt ein Anstieg der Fehlzeiten und im speziellen bei den Atemwegserkrankungen zu erwarten ist. Weitere wichtige Einflussfaktoren des Fehlzeitengeschehens, wie Alter, Geschlecht, Versichertenstatus, Bildungsgrad und Wohnort des Versicherten zeigen, dass Gesundheit nicht nur von individuellen, sondern auch von weiteren Kontextfaktoren beeinflusst wird.

» Kapitel 1.4 konnte auf Basis der zahlreichen arbeitsweltlichen Indikatoren deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Beschäftigten detailliert aufzeigen. Die Unterschiede und Abweichungen zwischen einzelnen Gruppen sind zu einem Großteil auch durch die Arbeitsbedingungen in der jeweiligen Wirtschaftsgruppe bzw. im jeweiligen Beruf begründet. Andererseits spielen hier zusätzlich Merkmale der schulischen und beruflichen Ausbildung eine Rolle. Aber auch die gezeigten Unterschiede bei den Fehlzeiten zwischen typischen und atypischen Beschäftigungsformen oder bezogen auf die Vertragsform zeigen, dass weitere arbeitsweltliche Rahmenbedingungen Einfluss auf die Gesundheit von Beschäftigten ausüben. Nicht zuletzt hat auch die Größe des Betriebes und die damit verbundenen Effekte bzw. die vorhandenen gesundheitsförderlichen Strukturen und Maßnahmen Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Insbesondere kleine und mittlere Unternehmen haben hier nach wie vor mehr Nachhol- und Unterstützungsbedarf.

Immer mehr – aktuell schon über ein Drittel – der Beschäftigten gehören mittlerweile der Generation 50+ an. Wie auch im Gastbeitrag des Statistischen Bundesamtes (» Lüken et al. in diesem Buch) dargelegt, ist in keiner Altersgruppe die Erwerbstätigenquote so stark in den letzten Jahren gestiegen,

wie bei den Beschäftigten 50+. Entsprechend wird auch in den kommenden Jahren der Anteil der 50-jährigen und Älteren unter den Beschäftigten unweigerlich – und notwendigerweise – steigen. Dass das Alter einen Einfluss auf den Gesundheitszustand und somit auf den Krankenstand der Beschäftigten ausübt, konnte an zahlreichen Stellen im » Kapitel 1.5 belegt werden. Maßgeblich beeinflusst wird die Gesundheit älterer Beschäftigter durch die Tätigkeit, die sie ausüben und die damit verbundene Arbeits- bzw. Gesundheitsbelastung. Anders ist es nicht zu erklären, dass sich die Fehltagelast innerhalb dieser Altersgruppe bis zum Fünffachen zwischen verschiedenen Berufen bzw. Wirtschaftsgruppen unterscheiden. Weiterhin bemerkenswert ist auch, dass sich in einer Vielzahl der arbeitsweltlichen Betrachtungen die Berufs- bzw. Wirtschaftsgruppen mit über- bzw. unterdurchschnittlich vielen Fehltagen in den jüngeren und älteren Kohorten gleichen. Beschäftigte, die also in jungen Jahren schon durch hohe Belastungen in ihrem Beruf viele Fehlzeiten aufweisen, weisen meist auch jenseits des 50. Lebensjahres im gleichen Beruf überdurchschnittlich viele AU-Tage auf.

Für Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet das unter anderem, dass mit dem Blick auf den demografischen Wandel nicht erst bei den älteren Beschäftigten altersgerechtes Arbeiten gestaltet werden sollte, sondern dieser Prozess bereits bei den jüngeren ansetzen muss, um später Langzeiterkrankungen bzw. vorzeitigem Berufsausstieg vorzubeugen. Die krankheitsspezifischen Ergebnisse deuten zudem auf die Notwendigkeit differenzierter Angebote in Prävention und Gesundheitsförderung nach Alter und berufsspezifischen Belastungen hin, die sowohl psychosoziale als auch körperliche Aspekte adressieren müssen. Einige besonders gelungene Beispiele von Unternehmen verschiedenster Branchen zur gesundheitsförderlichen und altersgerechten Gestaltung von Arbeit finden sie in diesem Buch im » Schwerpunkt Praxis.

Neben der Herausforderung, die „richtigen“ Beschäftigten (also besonders diejenigen mit hohem Bedarf aufgrund potenzieller oder schon bestehender Gesundheitsbeeinträchtigung) mit den zu ihnen passenden Angeboten zusammenzubringen und zur Teilnahme zu motivieren, müssen auch verstärkt Möglichkeiten der Verhältnisprävention im Sinne von Arbeitsplatzanpassung, der Schaffung von altersge-

rechten Arbeitsplätzen bis hin zur Weiterqualifikation für eine andere Tätigkeit im Unternehmen angeboten und umgesetzt werden. Die Betrachtung der AU-Kennzahlen der Beschäftigten 50+ bietet hierfür Möglichkeiten und Ansatzpunkte, die für ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement, das natürlich auch ein Demografiemanagement enthalten sollte, wichtige Impulse geben kann.



# 2

## Ambulante Versorgung

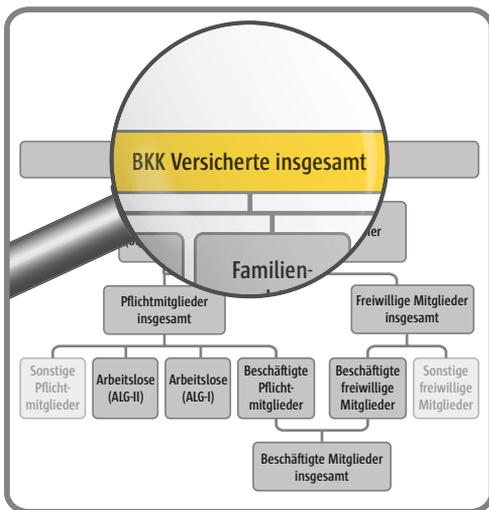
Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert

Im folgenden Kapitel werden die vergebenen Diagnosen in der ambulanten Versorgung dargestellt. Während sich die Daten des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens auf die attestpflichtigen Versichertengruppen – im Wesentlichen die beschäftigten Mitglieder sowie ALC-I-Empfänger – beziehen (» Kapitel 1), sind in die Ergebnisse für die ambulante Versorgung im Allgemeinen alle BKK Versicherten, und damit unter anderem auch Kinder und Rentner, die im Kontext des AU-Geschehens nicht einbezogen sind, enthalten. Wiedergegeben werden dabei die Anteile derjenigen Versicherten, für die mindestens einmal im aktuellen Berichtsjahr bei ambulanten Konsultationen von Ärzten bzw. Psychotherapeuten mindestens eine Diagnose dokumentiert und zur Abrechnung gebracht

wurde (» Methodische Hinweise). Die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung geht also in den hier dargestellten Kennzahlen allein von der Diagnosestellung aus. Eventuelle Folgekonsultationen aufgrund der gleichen Diagnose sind darin nicht ausgewertet und es gibt somit keine Auskunft über Häufigkeiten von Arzt-Patient- oder Therapeut-Patient-Kontakten. Die so erfassten administrativen Prävalenzen geben den Prozentsatz der BKK Versicherten mit mindestens einer Diagnose wieder und sind nur eingeschränkt mit empirisch ermittelten Prävalenzen vergleichbar.

Im aktuellen Berichtsjahr gehen rund 8,4 Millionen BKK Versicherte in die nachfolgenden Analysen ein. Das entspricht einem Anteil von 11,7% an allen GKV Versicherten.

## 2.1 Ambulante Versorgung im Überblick



### 2.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2017

- 90,7% der BKK Versicherten waren im Jahr 2017 mindestens einmal ambulant in Behandlung. Damit ist die Inanspruchnahme unverändert zum Vorjahr.
- Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (93,8%), ist dabei größer als der Anteil der Männer (87,6%).

Im aktuellen Berichtsjahr haben 90,7% der BKK Versicherten insgesamt mindestens einmal eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen, bei der eine Diagnose dokumentiert wurde. Bei Frauen lag dabei der Anteil der Personen in Behandlung mit 93,8% etwas höher als bei den Männern mit 87,6%. Die Altersgruppe mit dem höchsten Anteil an Personen in ambulanter Behandlung stellen die Versicherten ab 65 Jahren (95,7%). Von den Kindern und Jugendlichen (unter 20-Jährige) waren 90,6% ambulant

in Behandlung, bei den 20- bis 65-Jährigen waren es 89,4%. Gegenüber dem Vorjahr ist damit die Inanspruchnahme unverändert.

Differenziert nach Versichertengruppen sind es wie zu erwarten die Rentner, bei denen mit 94,5% der größte Anteil mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung erhalten hat (» Tabelle 2.1.1). Deutlich seltener als der Durchschnitt hingegen sind Arbeitslose in der ambulanten Versorgung in Erscheinung getreten, insbesondere hat bei den ALG-I-Empfängern mit 62,5% nur ein relativ geringer Anteil Versicherter ambulant eine Diagnose erhalten.

Eine detailliertere Aufschlüsselung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen nach soziodemografischen Merkmalen und Versichertenstatus ist in » Kapitel 2.2 zu finden.

### 2.1.2 Langzeitrends

- Die Inanspruchnahmequote in der ambulanten Versorgung unterlag in den letzten Jahren kaum Schwankungen: Seit 2012 liegt der Anteil von Versicherten mit mindestens einem Arztkontakt im Jahr bei etwa 90%.

Für den ambulanten Versorgungssektor liegen im Rahmen des Gesundheitsreports Versichertenstatistiken ab 2012 vor (» Tabelle 2.1.2), dabei sind für diesen Zeitraum die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose recht stabil um 90% schwankend, im aktuellen Berichtsjahr sogar deckungsgleich zum Vorjahr. Im Vergleich aller zurückliegenden Berichtsjahre war die Inanspruchnahmequote im Jahr 2012 noch am geringsten (89,8%), die relativ größte Steigerung von 2012 zu 2013 (+1,3%) ist wahrscheinlich in wesentlichen Teilen auf die damalige starke Grippeperiode zurückzuführen. Zusätzlich zur allgemeinen Kennzahl der Inanspruchnahme liegt für die Berichtsjahre auch die durchschnittliche Anzahl der

**Tabelle 2.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2017)**

Versichertengruppen	Versicherte in Mio.	Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
BKK Versicherte insgesamt	8,40	42,0	90,7
<i>davon:</i>			
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	4,13	42,2	88,2
Arbeitslose (ALG-I)	0,09	44,4	62,5
Arbeitslose (ALG-II)	0,20	39,1	79,5
Familienangehörige	2,07	19,5	88,4
Rentner	1,54	72,0	94,5

**Tabelle 2.1.2 Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Inanspruchnahmequote im Zeitverlauf (2012–2017)**

Berichts-jahre	Behandlungsfälle je BKK Versicherten	Differenz zum Vorjahr in Prozent	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent	Differenz zum Vorjahr in Prozent
2012	7,0	–	89,8	–
2013	8,3	18,8	90,9	1,3
2014	8,4	1,0	91,2	0,2
2015	8,4	–0,1	90,5	–0,7
2016	8,2	–2,4	90,7	0,2
2017	8,1	0,0	90,7	0,0

Behandlungsfälle vor, in 2017 betragen diese 8,1 Behandlungsfälle je Versicherten (bei exakter Berechnung ergibt sich im Vergleich zum Vorjahr auch hier nur eine Abweichung ab der 2. Dezimalstelle).

### Behandlungsfälle

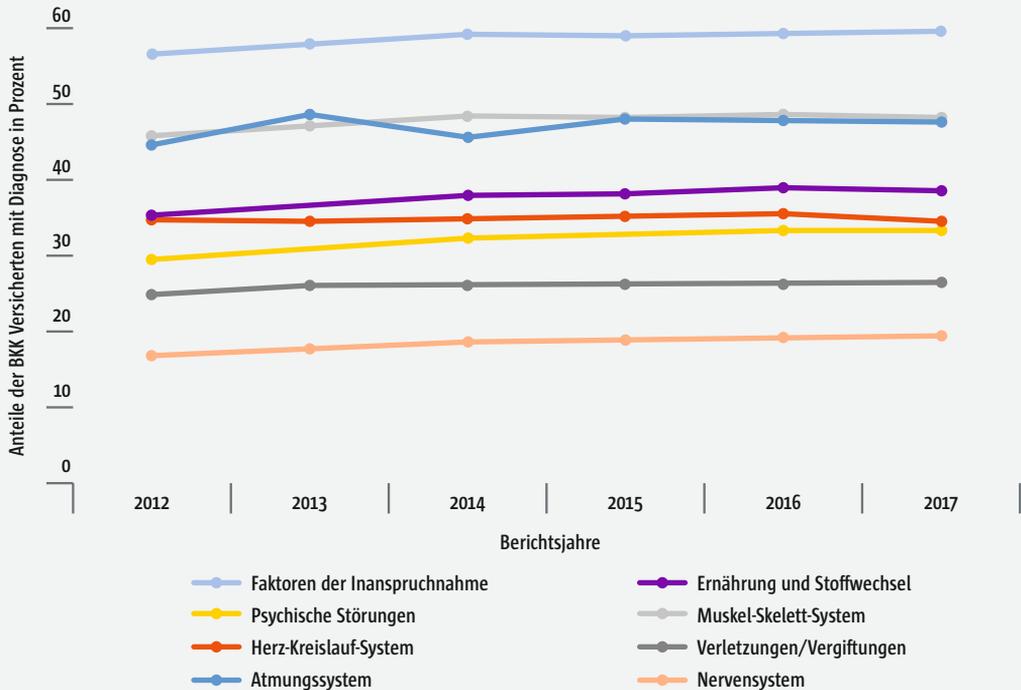
Bei dieser Kennzahl ist zu berücksichtigen, dass diese die Behandlungen derselben ambulanten Praxis, an demselben Versicherten, innerhalb desselben Quartals, die bei der derselben Krankenkasse abgerechnet wurden, abbildet. Bei jedem Behandlungsfall ist also mindestens ein Kontakt des Patienten mit dem Behandelnden erfolgt, es ist aber anzunehmen, dass bei nicht wenigen Behandlungsfällen mehrere Kontakte pro Quartal erfolgt sind. Zu Zeiten der Praxisgebühr (diese wurde von 2004 bis 2012 erhoben) war davon auszugehen, dass den Patienten da-

ran gelegen war, sofern möglich, Behandlungen innerhalb eines Quartals zu bündeln, um eine erneute Gebührenzahlung am Anfang eines neuen Quartals zu vermeiden. Dies spiegelt sich bei den hier aufgeführten Kennzahlen darin wider, dass in 2012 im Durchschnitt nur 7,0 Behandlungsfälle je Versicherten erfolgt sind, nach der Abschaffung der Praxisgebühr schnellte diese Zahl hingegen um fast 19% auf 8,3 Behandlungsfälle in 2013 hoch.

### 2.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

- Üblicherweise werden die meisten Diagnosen in der ambulanten Versorgung vergeben, um Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, zu dokumentieren.

Diagramm 2.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2017)



- Zu diesen Faktoren zählen u.a. Vorsorgemaßnahmen: Die dritthäufigste Einzeldiagnose belegt eine Untersuchung auf Neubildungen (Z12), jede(r) Zehnte wurde gegen Viruserkrankungen wie z.B. Grippe und Mumps (Z25) geimpft.
- Ebenfalls häufig Konsultationsgrund sind Muskel-Skelett- und Atmungssystem-Erkrankungen: Fast jeder zweite Versicherte war deshalb 2017 mindestens einmal beim Arzt.
- In Relation zum Jahr 2012 sind die Anteile Versicherter in ambulanter Behandlung bei den Erkrankungen des Nervensystems sowie den psychischen Störungen am stärksten gewachsen.

Die im vorherigen Abschnitt berichtete, nur relativ geringe Schwankungsbreite des Anteilswerts von Versicherten mit mindestens einer Diagnose setzt sich auch bei Differenzierung nach Diagnosehauptgruppen fort. So sind in der ambulanten Versorgung im aktuellen Berichtsjahr 2017 am häufigsten Diagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme (Zoo-Z99) vergeben worden: Bei 59,6%

der BKK Versicherten wurde mindestens eine Diagnose aus dieser Hauptgruppe dokumentiert, nur geringfügig mehr als im Vorjahr (2016: 59,3%). Bei dieser Codierung handelt es sich um Zusatzinformationen (z.B. von Lebensumständen) bzw. von nicht mit einer Erkrankung verursachten Leistungen (z.B. Vorsorgeleistungen, Empfängnisverhütung). Gerade Vorsorgemaßnahmen sind sehr verbreitet, wie auch anhand der nachfolgenden Darstellung der vergebenen Einzeldiagnosen abzulesen ist. Weiterhin hat sich mit 48,1% annähernd die Hälfte der BKK Versicherten im aktuellen Berichtsjahr aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems in ambulante Behandlung begeben (III Diagramm 2.1.1). Nur wenig geringer war der Anteil derjenigen Versicherten, für die eine Krankheit des Atmungssystems (47,6%) Grund für die Arztkonsultation war, gefolgt von Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (38,5%). Für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist noch der größte Unterschied zum Vorjahreswert zu verzeichnen, hier ist der Anteilswert auch nur um etwa einen Prozentpunkt geringer als im Jahr 2016. Stärkere Veränderungen werden hingegen erst über

Tabelle 2.1.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose – die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2017)

ICD-10-Code	Diagnosen	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent					
		2012	2013	2014	2015	2016	2017
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	22,9	24,0	24,6	24,7	25,0	24,2
M54	Rückenschmerzen	23,1	23,8	24,5	24,2	24,5	24,0
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	22,6	20,8	21,4	21,2	21,5	21,8
J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	16,1	19,9	17,1	20,3	20,0	20,6
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	18,6	19,1	19,6	19,3	19,2	19,0
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung	15,9	16,2	16,7	16,7	17,0	17,1
E78	Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels	16,2	16,9	17,3	17,3	17,6	17,1
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	15,7	15,8	15,8	15,5	15,3	15,5
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	12,2	12,5	12,6	12,5	12,5	12,8
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen	8,2	10,7	10,5	10,3	10,3	10,2
<b>Gesamt</b>		<b>89,8</b>	<b>90,9</b>	<b>91,2</b>	<b>90,5</b>	<b>90,7</b>	<b>90,7</b>

größere Zeitspannen sichtbar. Saisonale Schwankungen sind dabei maßgeblich bei den Krankheiten des Atmungssystems zu verzeichnen, wie sie auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sichtbar sind (III Kapitel 1.1.3). Die größte Steigerung seit 2012 ist hingegen bei den psychischen Störungen mit einem Plus von fast 4 Prozentpunkten zu verzeichnen. Insgesamt eine kleinere Rolle spielen in der ambulanten Versorgung die Krankheiten des Nervensystems mit aktuell 19,4% der Versicherten, die deshalb in Behandlung waren. In Relation zum Anteilswert im Jahr 2012 (16,8%) ist hier aber ebenfalls ein recht starker Zuwachs zu verzeichnen.

Die nähere Betrachtung der am häufigsten gegebenen Einzeldiagnosen in der ambulanten Versorgung (III Tabelle 2.1.3) lässt erkennen, dass viele der 10 häufigsten Diagnosen im ambulanten Bereich nicht unter den häufigsten AU-begründenden Diagnosen zu finden sind. Ein Grund dafür liegt zum einen darin, dass jeweils verschiedene Versichertenpopulationen betrachtet werden, zum anderen sind

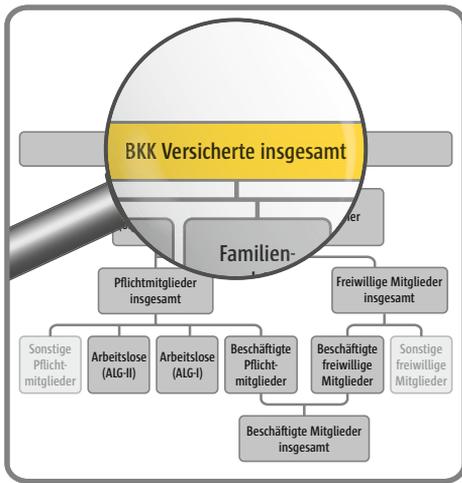
die deutlichen Unterschiede ebenso durch die Diagnosen selbst begründet: So werden als ambulante Diagnosen auch in hohem Maße Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen (z. B. Impfungen) dokumentiert, genauso wie weitere Diagnosen, die nicht oder nur in geringem Maße zu Arbeitsunfähigkeit führen (Fehlsichtigkeit, Adipositas, Hypertonie, u. a.).

Wie im vergangenen Jahr wird diese Liste im aktuellen Berichtsjahr von der essentiellen (primären) Hypertonie (I10) – auch als Bluthochdruck bezeichnet – angeführt: 24,2% aller Versicherten erhielten eine entsprechende Diagnose. Bei einem nur unwesentlich geringeren Anteil wurden Rückenschmerzen (M54) diagnostiziert. Die hohe Prävalenz dieser Diagnose ist wahrscheinlich auch dadurch begründet, dass Rückenschmerzen als Hauptsymptom bei verschiedensten Erkrankungen (z. B. der Wirbelsäule, der Muskulatur oder des Knochenstoffwechsels) dokumentiert werden. Rückenschmerzen führen dabei auch häufig zu Arbeitsunfähigkeit, im Schnitt

bleibt jedes BKK Mitglied allein aufgrund dieser Einzeldiagnose einen Tag pro Jahr krank der Arbeit fern (III Tabelle 1.1.6). Im Gegensatz dazu hat die häufig dokumentierte ambulante Einzeldiagnose Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52), die hier an fünfter Stelle der Rangliste steht, keine nennenswerte Arbeitsunfähigkeitsrelevanz. Auch die häufig aufgelisteten Z-Diagnosen, bei denen es sich im Wesentlichen um Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen handelt, spielen im AU-Geschehen keine Rolle, da diese explizit durch die AU-Richtlinie des G-BA als Arbeitsunfähigkeitsgrund ausgeschlossen werden (§ 3 Abs. 2 Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie). Mit 21,5% aller Versicherten wurden am häufigsten die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12) durchgeführt. Hierbei dürfte es sich vielfach um Teilnahmen am Hautkrebsscreening handeln, dazu gehören aber auch beispielsweise die Vorsorgekoloskopie (Darmkrebsvorsorge) und die Untersuchungen auf Prostatakrebs. Ein hoher Grad an Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen geht aus weiteren entsprechenden ICD-Codes hervor:

- 17,1% der BKK Versicherten nahmen eine Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnosen (Z00) in Anspruch. Hierbei handelt es sich um eine Vielzahl von Untersuchungen für verschiedene Altersgruppen, unter anderem die U- und J-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie der Gesundheits-Check-up ab dem 35. Lebensjahr.
- Hinter der Diagnose sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z01), die bei 10,2% der BKK Versicherten dokumentiert wurde, werden unter anderem Vorsorgeuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs, aber auch Untersuchungen der Zähne, der Ohren und der Augen gefasst.
- Des Weiteren nahm ebenfalls etwa jeder zehnte BKK Versicherte eine Impfung (Immunisierung) gegen andere einzelne Viruskrankheiten (Z25) wie etwa Grippe und Mumps in Anspruch (damit im aktuellen Berichtsjahr an 12. Stelle der häufigsten Einzeldiagnosen und nicht in der Tabelle enthalten).

## 2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen



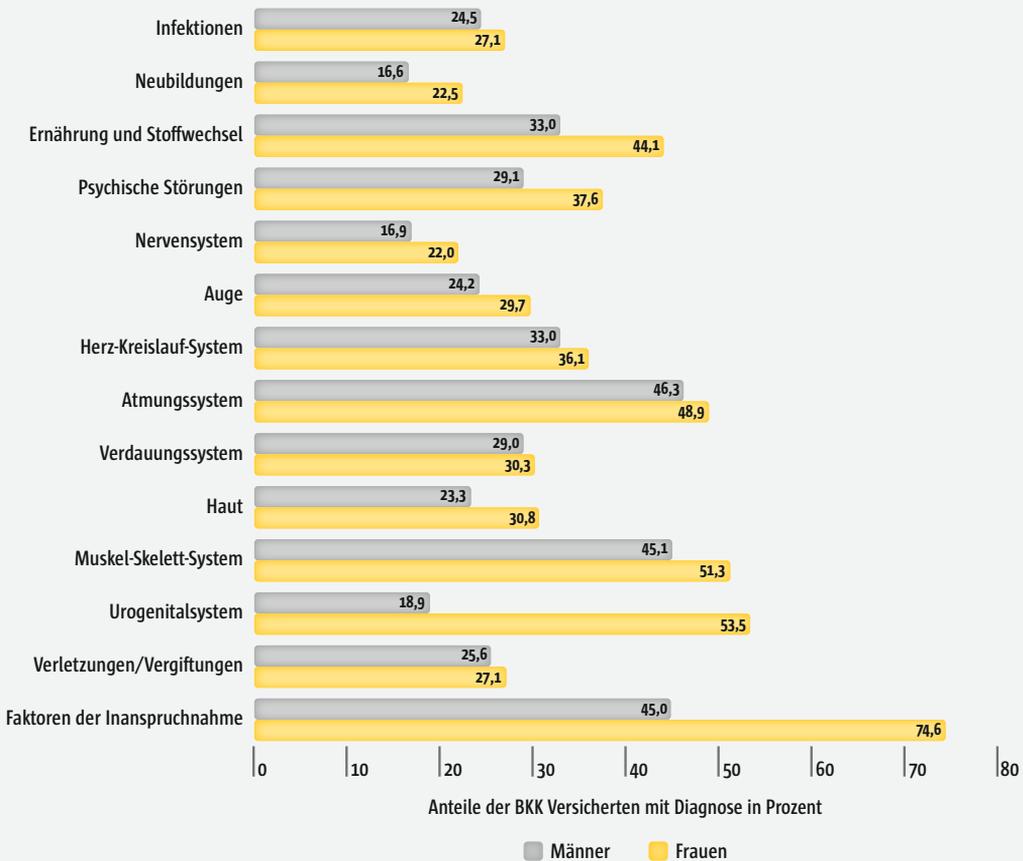
### 2.2.1 Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht

- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Außerdem werden die meisten Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
- Gegenteilige Altersverteilung hingegen bei Erkrankungen des Atmungssystems und Infektionen: Die meisten Diagnosen aus dem Spektrum dieser Erkrankungsarten werden bei Kindern und Jugendlichen gestellt.
- Krebsvorsorge ist vor allem bei Frauen zwischen 20 und 64 Jahren verbreitet: Fast jede Zweite nimmt eine solche Untersuchung in Anspruch. Hingegen lässt sich weniger als jeder zehnte Mann dieser Altersgruppe prophylaktisch auf Neubildungen untersuchen.
- 7 von 10 Versicherten über 65 Jahren waren wegen Bluthochdrucks in ambulanter Behandlung.

Wie schon eingangs erwähnt, sind mehr Frauen als Männer im aktuellen Berichtsjahr 2017 in ambulanter Behandlung gewesen, die Differenz beträgt 6,2 Prozentpunkte (bzw. ein relatives Plus von +7,0%). Die Gründe für einen Arzt- oder Therapeutenbesuch sind dabei zwischen den Geschlechtern teils sehr verschieden. Zwar sind allgemein bei allen Diagnosehauptgruppen die Anteile derer, die eine Diagnose aus dem jeweiligen Spektrum erhalten haben, bei den Frauen größer als bei den Männern (»» Diagramm 2.2.1). Insbesondere sind aber deutlich mehr Frauen von Erkrankungen des Urogenitalsystems betroffen und entsprechend in Behandlung gewesen: Bei mehr als jeder zweiten Frau (53,5%) war dies Grund für eine ambulante Behandlung, hingegen wurde nur bei 18,9% der männlichen Versicherten eine solche Diagnose gestellt. Ebenfalls ein großer Unterschied besteht bei den Zusatzdiagnosen aus dem Spektrum der Inanspruchnahme, hier haben rund drei Viertel der Frauen, aber weniger als die Hälfte der Männer im Jahr 2017 mindestens einmal eine solche Diagnose erhalten. Auch bei den Neubildungen, den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie den Erkrankungen des Nervensystems ist der Diagnoseanteil bei den Frauen rund ein Drittel größer als bei den Männern.

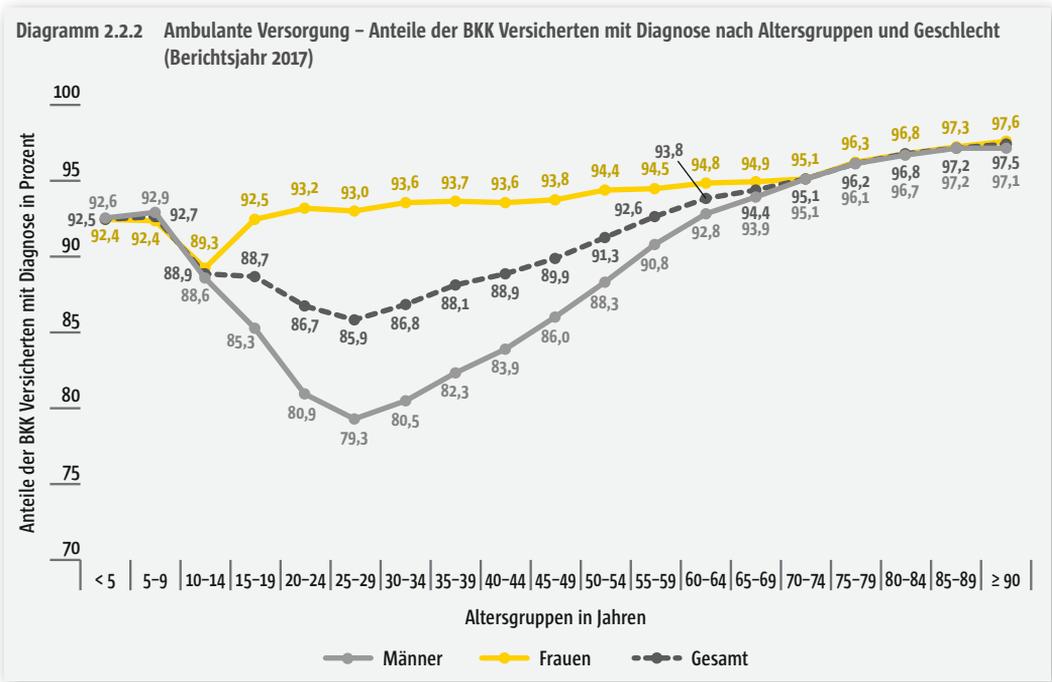
Zwischen den Geschlechtern bestehen auch teils deutliche altersabhängige Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung, wie das »» Diagramm 2.2.2 zeigt. Zwar sind zunächst einmal die Anteile beider Geschlechter mit mindestens einer ambulanten Diagnose bei Kindern bis zur Altersklasse der 10- bis 14-Jährigen nahezu identisch. Dabei ist der relativ hohe Anteil der Kinder und Kleinkinder mit mindestens einer ambulanten ärztlichen Konsultation (92,5% bei den unter 5-Jährigen und 92,7% bei den 5- bis 9-Jährigen) vor allem durch die in regelmäßigen Abständen erfolgenden Kinder- und Jugendgesundheitsuntersuchungen und Impfungen begründet. In den nachfolgend höheren Altersklassen (älter

Diagramm 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



als 14 Jahre) sind es aber hingegen nur die Frauen, die durchgehend einen hohen Anteil an ambulanten Konsultationen aufweisen: Zwischen 15 und 69 Jahren ist ihr Anteil stetig über 92%. Dies ist auch zum großen Teil durch geschlechtsspezifische Vorsorgemaßnahmen und – in den jüngeren Alterskohorten – der regelmäßigen Verordnung von Kontrazeptiva begründet, dadurch befinden sich Frauen kontinuierlicher in ärztlicher Betreuung. Bei den männlichen Versicherten sinkt hingegen der Anteil derer mit einer ambulanten Diagnose ab dem Jugendalter. Wie auch schon in den Vorjahren weist die Altersklasse der 25- bis 29-Jährigen mit 79,3% den geringsten Anteilswert auf. Nachfolgend steigen die Anteile auch bei den Männern wieder deutlich an, aber erst etwa im Renteneintrittsalter sind beide Geschlechter wieder auf gleich hohem Niveau.

Das Diagramm 2.2.3 stellt die Anteile von Versicherten für die ambulante Versorgung differenziert nach Alter, Geschlecht und Diagnosehauptgruppen dar. Daran ablesbar sind zwei wesentliche Trends: Die Anteile von Betroffenen mit Diagnose sind auch in den meisten Altersgruppen bei den Frauen größer als bei den Männern, außerdem steigen die Anteile bei den meisten Erkrankungsarten mit zunehmendem Alter an. Beispielsweise ist dies bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie den Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Fall: Hierbei ist jeweils ein sehr großer altersbedingter Anstieg zu verzeichnen, es sind jeweils mindestens zwei Drittel der über 64-jährigen Männer und Frauen betroffen, während der Anteil bei den unter 20-jährigen nur einen Bruchteil davon beträgt. Die



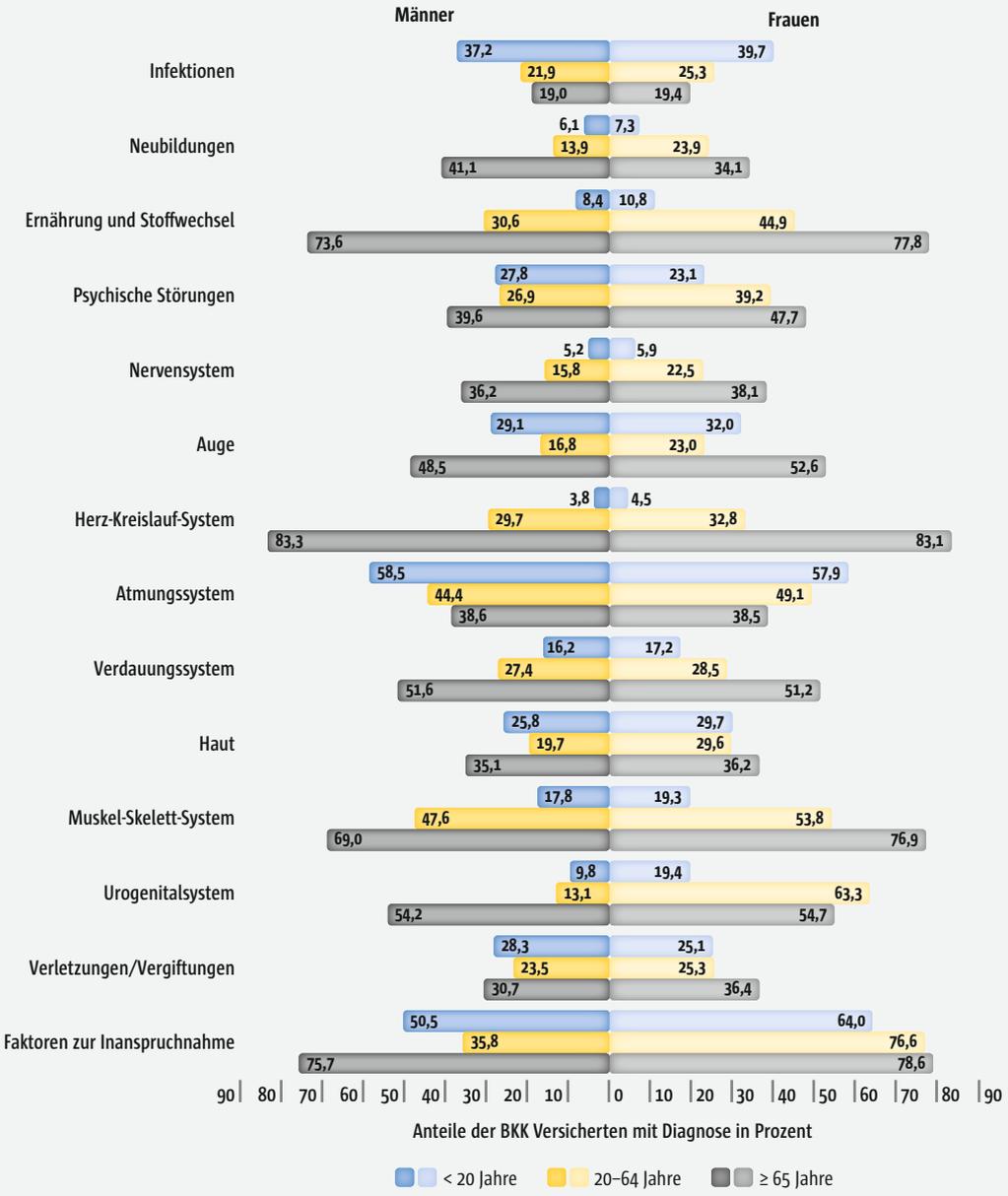
sehr hohen Werte in der ältesten Versichertengruppe sind insbesondere durch „Alterskrankheiten“ wie Bluthochdruck, erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte mit Krankheitswert und Typ-2-Diabetes zu erklären - Diagnosen, deren Häufigkeiten selbst in der Altersklasse der 20- bis 65-Jährigen nur gering sind (vgl. auch nachfolgende Analysen der Einzeldiagnosen) und entsprechend nur eine untergeordnete Bedeutung im AU-Geschehen (Kapitel 1) spielen, da bei richtiger Behandlung bzw. Medikation die Betroffenen arbeitsfähig bleiben. Schwerwiegende Folgekrankheiten (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall), treten meist erst auf, wenn die Betroffenen bereits verrentet sind.

Abweichend vom beschriebenen Muster stellen sich hingegen die Diagnosehäufigkeiten bei den Neubildungen dar. Hier sind es die Männer ab 65 Jahren, die den größten Anteilswert solcher Diagnosen unter den Versicherten aufweisen (41,1% vs. 34,1% bei den Frauen ab 65 Jahren). Wesentlicher Grund dafür sind unterschiedliche Prävalenzen bei geschlechtsspezifischen Neubildungserkrankungen (Prostatakarzinom bei Männern, Brust- und Gebärmutterkrebs bei Frauen), aber auch manche Neubildungsdiagnosen (Melanozytennävus/„gutartiges Muttermal“; D22) werden bei Männern später und häufiger erst im Rentenalter diagnostiziert.

Weiterhin auffällig ist das häufige Auftreten von Urogenital-Erkrankungen bei Frauen zwischen 20 und 65 Jahren (63,0% haben im Jahr 2017 eine solche Diagnose gestellt bekommen). Auch dies ist vornehmlich durch geschlechtsspezifisch unterschiedliche anatomische Gegebenheiten (unterschiedliche Länge der Harnröhre, etc.) bzw. jeweils spezifische Organe bedingt. Während wiederum bei den Frauen die Prävalenz hin zur höchsten Altersgruppe der über 64-Jährigen wieder etwas abnimmt, steigt bei den Männern der Anteil hingegen um ein Vielfaches: Männer und Frauen dieser Altersgruppe weisen (wie auch schon im Vorjahr) beide einen Anteil von rund 54% auf.

Geringere Diagnoseraten mit zunehmendem Alter sind hingegen bei den Krankheiten des Atmungssystems und den Infektionen zu verzeichnen: Bei den unter 20-Jährigen wird insgesamt bei 58,2% eine Atemwegserkrankung sowie bei 38,4% eine Infektion diagnostiziert. Demgegenüber sind in der höchsten Altersgruppe die Anteile um ein Drittel bzw. die Hälfte geringer. Allerdings sind für diese Erkrankungsarten die Fallzahlen und damit verbundene Behandlungstage in der stationären Versorgung für die über 64-Jährigen deutlich höher als bei den Jüngeren: Bei den Älteren sind schwerwiegendere Erkrankungen vorzufinden (z.B. COPD), aber auch „einfachere“ Erkrankungen (z.B. Darminfektionen) nehmen im höheren Lebens-

Diagramm 2.2.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



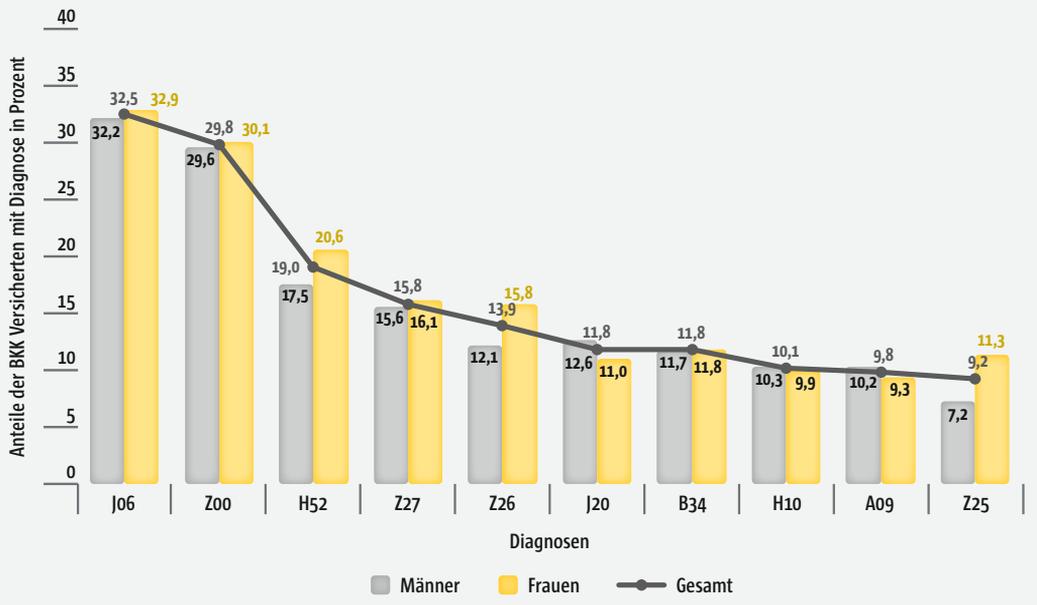
alter einen schwereren Verlauf und machen daher öfter eine stationäre Behandlung notwendig.

Nachfolgend sind für die drei Altersgruppen separat die häufigsten Einzeldiagnosen und deren Anteile nach Geschlecht dargestellt.

**Altersgruppe jünger als 20 Jahre**

Bei den unter 20-Jährigen sind sowohl bei den weiblichen (mit einem Anteil von 32,9%) als auch bei den männlichen Versicherten (mit einem Anteil von

Diagramm 2.2.4 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten unter 20 Jahre mit Diagnose – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2017)



32,2%) die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) die häufigste Diagnose (III Diagramm 2.2.4). Danach und ebenfalls für beide Geschlechter mit etwa 30% fast gleich häufig vergeben wird die Diagnose für eine Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z00). Recht große Geschlechtsunterschiede finden sich hingegen bei den Impfungen gegen andere einzelne Infektionskrankheiten (Z26) bzw. Viruskrankheiten (Z25), die bei den weiblichen Versicherten um rund ein Drittel bzw. die Hälfte häufiger erfolgt sind.

### Altersgruppe 20–64 Jahre

In der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen zeigen sich besonders die Auswirkungen geschlechtsspezifischer Einzeldiagnosen (III Diagramm 2.2.5). Vor allem die Diagnoseschlüssel für spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12), kontrazeptive Maßnahmen (Z30), sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89) sowie die speziellen Untersuchungen (Z01) werden (fast) ausschließlich oder zumindest um ein vielfaches häufiger bei Frauen diagnostiziert. „Nur“ vierthäufigste Diagnose bei den Frauen, aber häufigste bei den Männern sind

Rückenschmerzen (M54) – bei beiden Geschlechtern war deshalb mehr als jeder vierte Versicherte dieser Altersgruppe mindestens einmal in ambulanter Behandlung. Hingegen häufiger bei Männern als bei Frauen wurden aus dieser Liste der 10 wichtigsten Einzeldiagnosen die essentielle (primäre) Hypertonie (I10) sowie Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78) diagnostiziert.

### Altersgruppe ab 65 Jahre

Sind die männlichen Versicherten zwischen 20 und 64 Jahren erkennbar häufiger wegen Hypertonie (I10) und Störungen des Lipoproteinstoffwechsels (E78) in ambulanter Behandlung, so sind bei den über 64-Jährigen beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen (III Diagramm 2.2.6). In dieser Altersgruppe haben diese beiden Diagnosen die größte Verbreitung, was seine Entsprechung auch in den Arzneimittelverordnungen findet (III Kapitel 4.2): Besonders bei den Älteren werden Blutdrucksenker sowie Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen, sehr häufig verschrieben. Die dritt- und vierthäufigste Einzeldiagnose in der Altersgruppe ab 65 Jahren sind Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52) sowie Rückenschmerzen (M54): Etwas mehr als

Diagramm 2.2.5 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten von 20 bis 64 Jahre mit Diagnose – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2017)

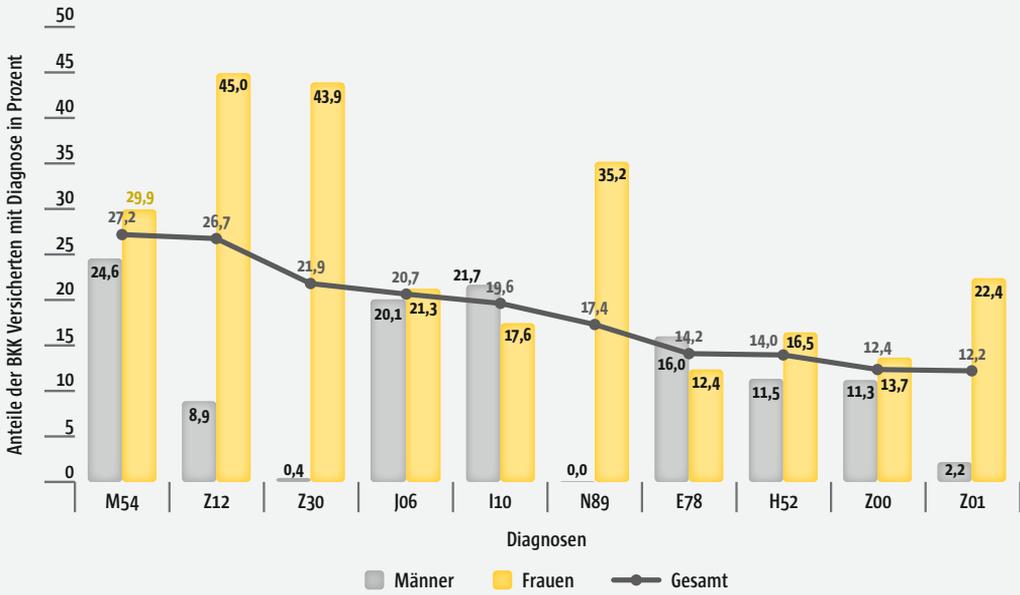
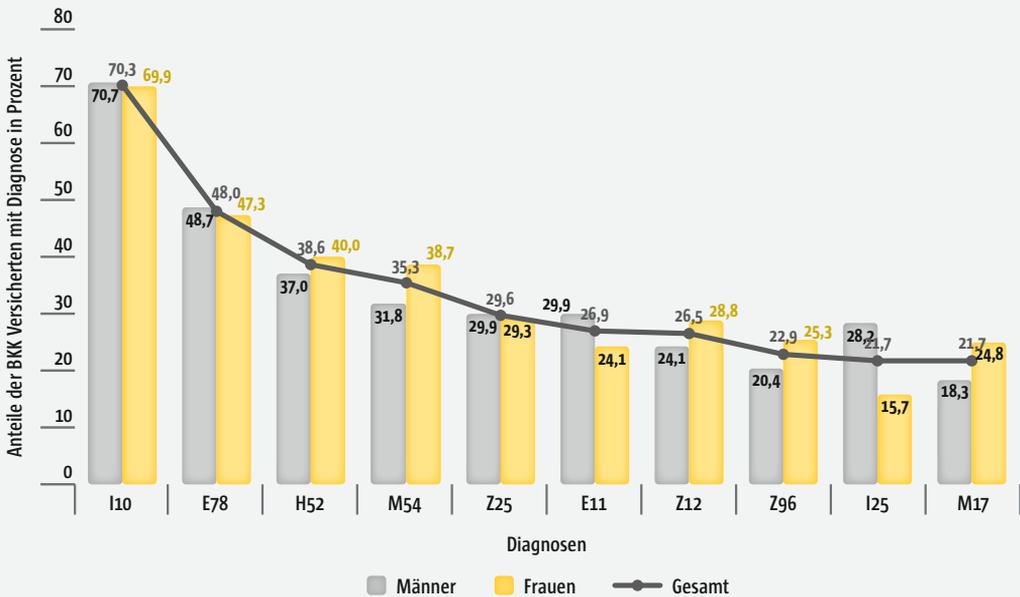


Diagramm 2.2.6 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten 65 Jahre und älter mit Diagnose – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2017)



ein Drittel der Versicherten waren davon betroffen. Ein deutlicher Geschlechtsunterschied ist wiederum bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) zu verzeichnen: Mehr als jeder vierte Mann, aber weniger als jede sechste Frau ab 65 Jahren hat eine solche Diagnose gestellt bekommen. Die chronische ischämische Herzkrankheit (I25) lässt sich außerdem als eine typische „Seniorenkrankheit“ bezeichnen, sind doch jüngere Versicherte nur sehr selten davon betroffen. Gegenüber den 20- bis 64-Jährigen beträgt der Anteil der Versicherten ab 65 Jahren fast das Zehnfache. Ebenfalls eine deutliche Steigerung bei den vergebenen Diagnosen ist für den Typ-2-Diabetes (E11) zu verzeichnen: Der Anteil der davon betroffenen Versicherten ab 65 Jahren ist gegenüber den 20- bis 64-Jährigen sechsmal so groß.

### 2.2.2 Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus

- Bei den Beschäftigten ist fast jeder Zweite wenigstens einmal aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt gewesen.
- ALG-II-Empfänger weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an psychischen Erkrankungen auf: Bei über 40% dieser Versichertengruppe wurde eine solche Diagnose dokumentiert.

Wie **III** Tabelle 2.2.1 zeigt, ist der schon beschriebene generelle Trend, dass mehr Frauen als Männer im Rahmen von ambulanter Behandlung eine Diagnose erhalten, auch in den einzelnen Versichertengruppen wiederzufinden, allerdings in unterschiedlicher Ausprägung. Bei der Gruppe der ALG-II-Empfänger ist die Wertedifferenz zwischen den Geschlechtern am größten, sodass nur 73,6% der männlichen, aber mit 85,4% rund ein Sechstel mehr der weiblichen Versicherten dieser Gruppe im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung waren. Ebenfalls einen Geschlechtsunterschied von mehr als 11 Prozentpunkten weist die Gruppe der Arbeitslosen (ALG-I) auf. Diese weisen auch insgesamt den geringsten Anteil an Versicherten mit ambulanter Diagnose auf: Im aktuellen Berichtsjahr wurde bei nur 62,5% eine Diagnose dokumentiert, also mehr als 25 Prozentpunkte weniger als bei den Beschäftigten, den Familienangehörigen oder den Rentnern. Wie entsprechend der Altersanalysen zu erwarten war, ist sowohl der höchste Anteil als auch der geringste geschlechtsspezifische Unterschied bei den Rentnern vorzufinden.

**Tabelle 2.2.1** Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

Versicherten- gruppen	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
BKK Versicherten insgesamt	Männer	87,6
	Frauen	93,8
	Gesamt	90,7
<i>davon:</i>		
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	84,2
	Frauen	93,1
	Gesamt	88,2
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	57,3
	Frauen	68,6
	Gesamt	62,5
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	73,6
	Frauen	85,4
	Gesamt	79,5
Familien- angehörige	Männer	86,4
	Frauen	89,8
	Gesamt	88,4
Rentner	Männer	94,0
	Frauen	94,9
	Gesamt	94,5

Die hier für den ambulanten Sektor beschriebene Rangfolge der Versichertengruppen ist auch bei den Arzneimittelverordnungen (**III** Kapitel 4.2.2) zu finden, hingegen sind in der stationären Versorgung die beiden Arbeitslosengruppen deutlich häufiger und länger in Behandlung (**III** Kapitel 3.2.2), was insbesondere auf den hohen Anteil psychischer Erkrankungen zurückzuführen ist.

In der detaillierten Betrachtung differenziert nach Diagnosehauptgruppen (**III** Tabelle 2.2.2) weisen die ALG-I-Empfänger durchweg geringere Anteilswerte im Vergleich zu allen Versicherten auf. Die Anteile sind teils deutlich geringer, so waren nur 24,0% aufgrund von Atmungssystem-Erkrankungen in ambulanter Behandlung – ein halb so hoher Anteilswert

Tabelle 2.2.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)

Diagnosehauptgruppen	BKK Versicherte insgesamt	davon				
		Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familien- angehörige	Rentner
Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent						
Infektionen	25,8	23,9	11,4	21,0	31,5	19,1
Neubildungen	19,5	17,6	9,9	9,4	10,3	35,6
Ernährung und Stoffwechsel	38,5	34,9	26,7	31,7	18,6	72,9
Psychische Störungen	33,3	29,7	29,5	42,5	26,6	45,8
Nervensystem	19,4	17,2	14,8	19,7	9,0	37,3
Auge	27,0	18,4	10,1	13,7	27,7	47,3
Herz-Kreislauf-System	34,5	29,1	22,3	25,2	12,1	78,9
Atmungssystem	47,6	47,9	23,9	38,3	50,3	38,4
Verdauungssystem	29,6	26,5	18,5	26,3	18,9	49,6
Haut	27,0	23,2	13,6	19,8	26,5	34,5
Muskel-Skelett-System	48,1	49,1	33,2	41,6	25,6	71,1
Urogenitalsystem	36,0	34,8	20,4	27,4	23,9	52,2
Verletzungen/ Vergiftungen	26,4	23,3	13,8	21,1	24,6	32,8
Faktoren der Inanspruchnahme	59,6	52,7	31,3	41,6	58,3	74,8
<b>Gesamt</b>	<b>90,7</b>	<b>88,2</b>	<b>62,5</b>	<b>79,5</b>	<b>88,4</b>	<b>94,5</b>

wie bei den Versicherten insgesamt. Hierbei ist allerdings zu vermuten, dass Arbeitslose mit ALG-I-Bezug gerade bei Kurzzeiterkrankungen eher darauf verzichten, zum Arzt zu gehen. Während bei den beschäftigten Mitgliedern oftmals die Attestierung von Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend für den Arztbesuch ist, besteht bei ALG-I-Empfängern zwar ebenso eine AU-Attestpflicht, der „Nachweisdruck“ (Abwesenheit wird nur bei anberaumten Terminen wahrnehmbar) ist aber geringer als bei den Beschäftigten. Es sind aber auch die Faktoren, die zur Inanspruchnahme geführt haben, bei ALG-I-Bezieher\*innen mit 31,3% erheblich seltener als Diagnose vermerkt worden.

Auch bei den ALG-II-Empfängern sind die Anteilswerte fast alle geringer als der jeweilige Anteil bei allen Versicherten – Ausnahme sind allerdings die psychischen Störungen: In dieser Versichertengruppe

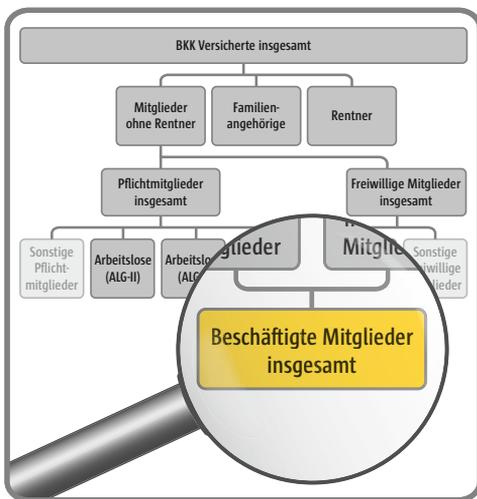
sind sie mit 42,5% die am häufigsten diagnostizierte Erkrankungsart, deren Anteil liegt mehr als ein Viertel über dem Durchschnitt aller Versicherten (33,3%).

Bei den Familienangehörigen fallen – wie aufgrund des hohen Kinder- und Jugendlichenanteils zu erwarten – vor allem die Anteile der Infektionsdiagnosen (31,5%) sowie die der Krankheiten des Atmungssystems (50,3%) überdurchschnittlich aus. Allerdings lässt die vermehrte Diagnostik dieser Erkrankungen gerade in dieser Versichertengruppe nicht zwangsläufig auf eine höhere Erkrankungsrate schließen: Kinder und Jugendliche werden mit den genannten Beschwerden vermutlich häufiger als Erwachsene bei einem Arzt vorstellig, wobei neben der Sorge durch die Eltern auch die Erstattungsfähigkeit von Erkältungsmedikamenten eine Rolle spielen kann (» Kapitel 4).

Die beschäftigten Mitglieder, als die mit Abstand größte Versichertengruppe in diesem Vergleich, sind naturgemäß aufgrund ihres hohen Anteils an den Versicherten insgesamt in der Regel relativ nah am Gesamtdurchschnitt. Leicht über dem Durchschnitt und (abgesehen von den Zusatzcodierungen der Faktoren der Inanspruchnahme) für diese Gruppe am häufigsten Grund einer ambulanten Behandlung sind die Muskel-Skelett-Krankheiten (49,1%) sowie die Atemwegserkrankungen (47,9%).

In der Gruppe der Rentner wiederum sind muskuloskeletale Erkrankungen mit einem Anteil von 71,1% noch deutlich verbreiteter, allerdings sind noch größere Anteile der berenteten Versicherten von Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (72,9%) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (78,9%) betroffen. Wie schon die altersspezifische Darstellung der häufigsten Einzeldiagnosen (» Kapitel 2.2.1) zeigt, verbergen sich hinter diesen Erkrankungsarten in weiten Teilen nicht akut lebensbedrohliche, oftmals chronische Krankheiten wie krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte und Bluthochdruck. Gerade diese Diagnosen sind aber wiederum als Risikofaktoren für schwere Vorfälle wie Herzinfarkt und Schlaganfall bekannt.

### 2.2.3 Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Nachfolgend wird für die weitere Analyse der ambulanten Versorgungsdaten hinsichtlich Unterschieden je nach höchstem Schul- und Berufsabschluss die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt

betrachtet, da nur bei dieser Versichertengruppe die Zuordnung entsprechend der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) vorliegt.

- Im Vergleich zu Versicherten mit anderen Schulabschlüssen sind diejenigen ohne einen Schulabschluss am seltensten in ambulanter Behandlung.
- Hochschulabsolventen sind im Vergleich zu anderen Versicherten insbesondere wegen Herz-Kreislauf- sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen seltener in ambulanter Behandlung.

#### Höchster Schulabschluss

Bei der Analyse der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose je nach höchstem Schulabschluss (» Diagramm 2.2.7) ist auffällig, dass im Gegensatz zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Kapitel 1.2.3) oder in der stationären Versorgung (» Kapitel 3.2.3) bei denjenigen ohne einen Schulabschluss nicht die höchsten, sondern die niedrigsten Kennwerte zu finden sind. Dies deutet darauf hin, dass zwar bei diesen durchaus eine (vermutlich auch arbeitsbedingt) hohe gesundheitliche Belastung vorliegt – relativ stark im Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen – zumindest teilweise aber diese Beschäftigtengruppe eine größere Ferne zum Gesundheitssystem aufweist. So sind bei diesen auch deutlich weniger Z-Diagnosen (wozu auch u.a. Vorsorgemaßnahmen zählen) dokumentiert, noch niedriger ist die Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen bei Neubildungen und Urogenitalerkrankungen. Auch in dieser Versichertengruppe sind es die Männer, die im Vergleich zu den Frauen seltener in ambulanter Versorgung waren, allerdings ist der Geschlechtsunterschied hier im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen noch am geringsten (76,0% vs. 80,2%). Den größten Geschlechtsunterschied weisen hingegen die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur auf (91,4% vs. 79,6%).

In » Diagramm 2.2.8 sind drei Schulabschlussgruppen hinsichtlich ihrer Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen geschlechtsspezifisch gegenübergestellt. Zwischen den Schulabschlussformen bestehen dabei teils enorme Unterschiede, am größten bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei denen sowohl die weiblichen als auch die männlichen Haupt- bzw. Volksschulabsolventen gegenüber Beschäftigten mit einem (Fach-)Abiturabschluss um rund ein Drittel höhere Anteile aufweisen. Ein ähnlich deutlicher Unterschied zwischen den besagten Schulabschluss-

Diagramm 2.2.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

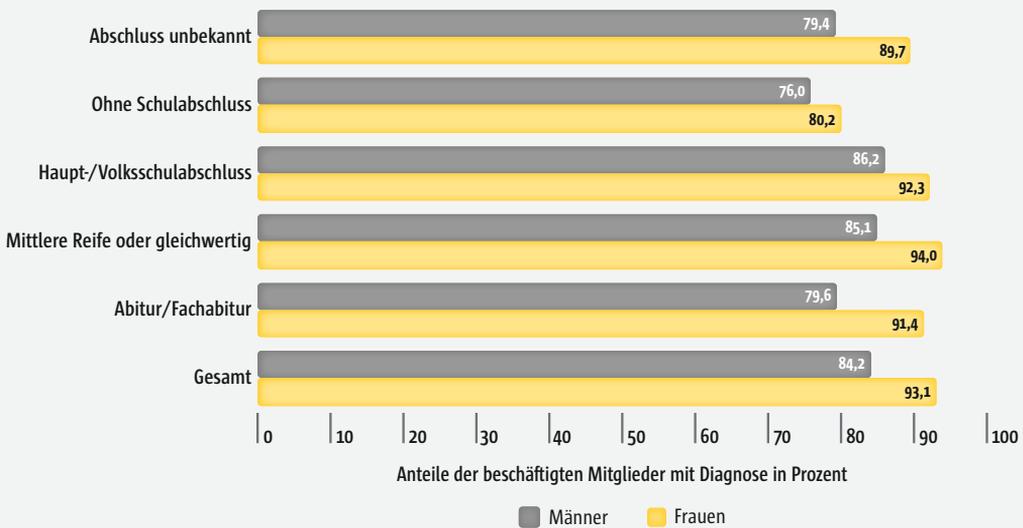
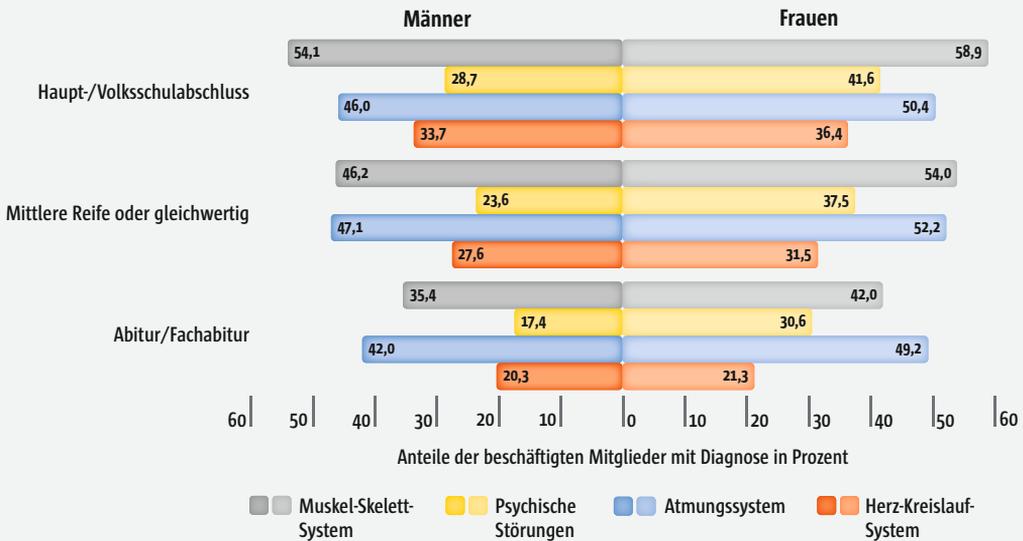


Diagramm 2.2.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



gruppen ist bei den Männern hinsichtlich psychischer Störungen zu verzeichnen, bei den Frauen ist die Differenz nicht ganz so groß (bei beiden Geschlechtern zurückzuführen auf größere Anteile der Haupt- bzw. Volksschulabsolventen hinsichtlich Ta-

bakabhängigkeit, depressiven Episoden und somatoformen Störungen). Außerdem sind Haupt- bzw. Volksschulabsolventen aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems gegenüber Beschäftigten mit einem (Fach-)Abiturabschluss um über die

Hälfte mehr in ambulanter Behandlung gewesen. Nur geringe Unterschiede zwischen den Schulabschlussgruppen zeigen sich dagegen bei den Krankheiten des Atmungssystems.

**Höchster Berufsabschluss**

Wie in den anderen dargestellten Versorgungsbereichen sind es in der ambulanten Versorgung diejenigen beschäftigten Mitglieder mit einem Bachelor-Abschluss, welche insgesamt die geringsten Inanspruchnahmequoten aufweisen (III Diagramm 2.2.9). Besonders die Männer dieser Berufsabschlussgruppe weisen einen geringen Anteilswert auf. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass diese Personengruppe deutlich jünger als der Durchschnitt der Beschäftigten ist (33,4 Jahre vs. 42,3 Jahre). Wie demnach zu erwarten ist, besteht bei den Bachelor-Absolventen mit mehr als 15 Prozentpunkten Differenz auch der größte Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Inanspruchnahmequote. Im Durchschnitt ein Jahr älter sind diejenigen ohne einen beruflichen Ausbildungsab-

schluss, wozu aber u. a. auch Auszubildende zählen. Auch von diesen war ein geringerer Teil in ambulanter Behandlung gewesen als etwa bei Meistern bzw. Technikern oder Hochschulabsolventen (Diplom, Master, Magister oder Staatsexamen). Dagegen weisen diejenigen ohne Abschluss beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (III Kapitel 1.2.3) sowie in der stationären Versorgung (III Kapitel 3.2.3) deutlich höhere Fall- und Tageswerte auf.

Äquivalent zur Analyse der gestellten Diagnosen differenziert nach Schulabschluss stellt das III Diagramm 2.2.10 die Anteilswerte für die Beschäftigten mit einer anerkannten Berufsausbildung, mit einem Abschluss als Meister oder Techniker und mit Diplom, Master, Magister bzw. Staatsexamen dar. Wie bei den Schulabschlussgruppen ergeben sich hierbei hinsichtlich der Atmungssystem-Erkrankungen die relativ geringsten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Ebenso sind es die psychischen Störungen, bei denen die Männer eine große Differenz zwischen den Berufsabschlussgruppen aufweisen: Diejenigen mit einer abgeschlossenen anerkannten Berufsausbildung weisen einen um die Hälfte größeren Anteil auf als die Hochschulabsolventen (26,1% vs.

**Diagramm 2.2.9 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)**

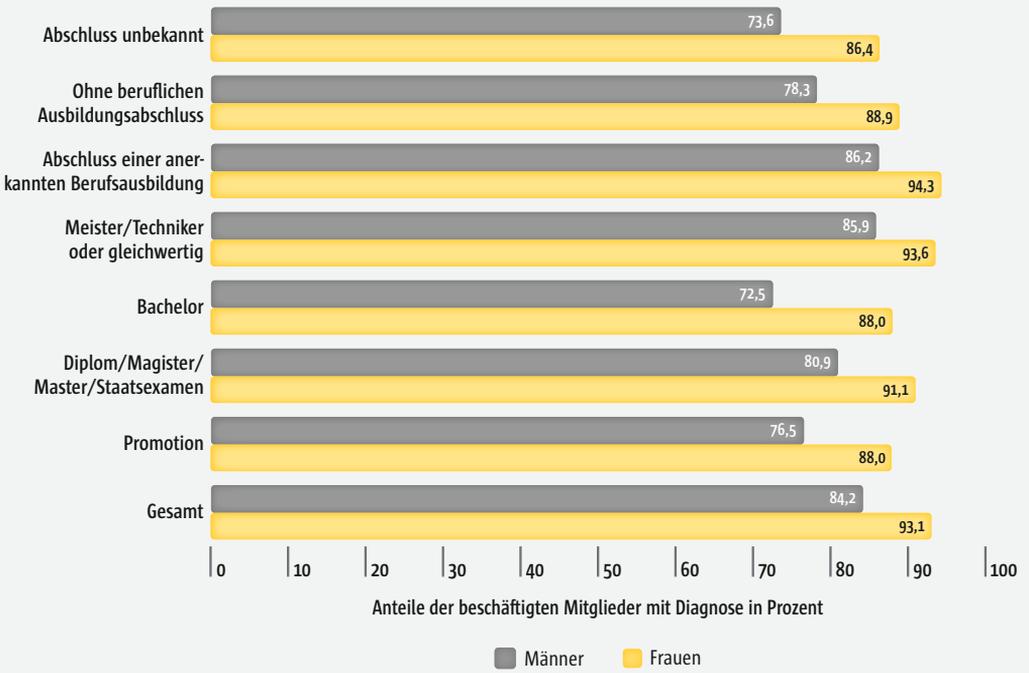
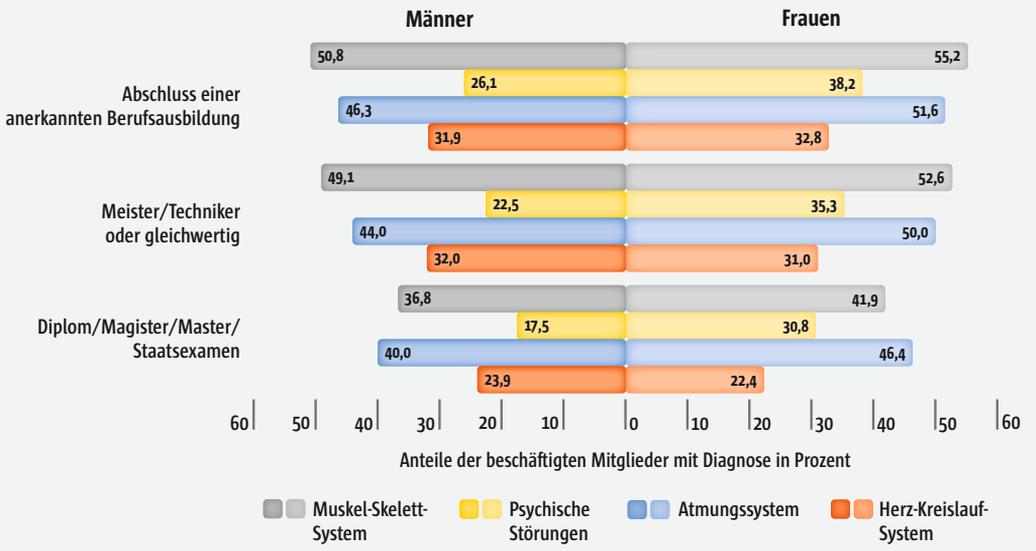


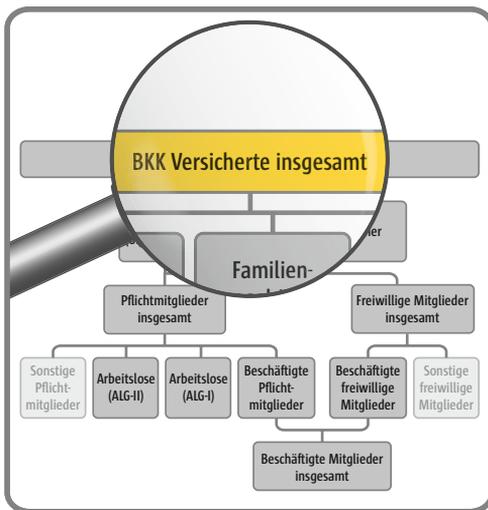
Diagramm 2.2.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



17,5%). Hierbei ist auch der Unterschied zwischen den Absolventen einer Berufsausbildung und den Meistern bzw. Technikern (22,5%) noch bedeutsam. Ansonsten sind aber zwischen den beiden letztgenannten Berufsabschlussgruppen die Differenzen vergleichsweise gering. Bei den Hochschulabsolventen – im Arbeitsalltag deutlich häufiger mit „Kopf-

arbeit“ befasst – fallen indes die Anteile derer, die wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung waren, gegenüber den beiden anderen Gruppen um etwa ein Viertel geringer aus. Aber auch die Anteile mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bei den Hochschulabsolventen in ähnlicher Relation geringer.

## 2.3 Ambulante Versorgung in Regionen



Der Wohnort eines Versicherten selbst beeinflusst dessen Gesundheit vermittelt durch die jeweiligen regionalen Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die soziokulturellen Bedingungen), aber auch durch die medizinische Versorgung vor Ort (z.B. Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte).

Differenziert man die Verteilung der bei einer Betriebskrankenkasse Versicherten nach Bundesländern (»»» Tabelle 2.3.1), so zeigt sich, dass traditionell der höchste Anteil BKK Versicherter in den Altbundesländern wie Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Hessen zu finden ist. Aber auch die Stadtstaaten Berlin und Bremen weisen einen relativ hohen Anteil von BKK Versicherten auf. Bei den neuen Bundesländern ist Brandenburg mit einem Anteil BKK Versicherter an der dort wohnhaften Gesamtbevölkerung von knapp unter 10% an erster Stelle zu finden.

### 2.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- In Berlin sind die wenigsten Versicherten, verglichen mit den anderen Bundesländern, in ambulanter Behandlung gewesen. Allerdings sind hier psychische Störungen häufiger als anderswo diagnostiziert worden.
- Sachsen-Anhalt ist mit deutlichem Abstand Spitzenreiter bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bei knapp 48% der dortigen Versicherten wurden diese mindestens einmal diagnostiziert. Zum Vergleich: In Baden-Württemberg und Hamburg waren es unter 30%.
- Auch innerhalb der Bundesländer sind die Kennwerte regional verschieden: Auf Kreisebene schwanken die Werte am stärksten in Rheinland-Pfalz und Thüringen.

Bei den Versicherten insgesamt ist Nordrhein-Westfalen dasjenige Bundesland mit dem höchsten Anteil an BKK Versicherten mit einer Diagnose: Im aktuellen Berichtsjahr haben dort 91,5% der Versicherten mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung gestellt bekommen (»»» Tabelle 2.3.2). Wie im Vorjahr ist in Berlin die niedrigste Diagnosehäufigkeit festzustellen, hier wurde insgesamt nur für 88,3% der Versicherten eine Diagnose dokumentiert. Nur knapp dahinter liegt Hamburg mit 88,5%. Darin zeigen sich auch Parallelen zu den Arzneimittelverordnungen (»»» Kapitel 4.3), wo Berlin und Hamburg die wenigsten, das Saarland aber die zweitmeisten Verordnungsanteile bei den Versicherten im aktuellen Berichtsjahr aufweisen.

Betrachtet man außerdem den Versichertenstatus, so zeigt sich auch auf Bundeslandebene fast durchgehend die im »»» Kapitel 2.2.2 beschriebene Rangfolge der Versichertengruppen auf Bundes-

**Tabelle 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anzahl der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)**

Bundesländer	BKK Versicherte			Bevölkerungsanteile in Prozent*		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	683.840	678.920	1.362.760	12,6	12,3	12,4
Bayern	961.132	953.181	1.914.313	15,0	14,6	14,8
Berlin	209.227	203.983	413.210	11,9	11,2	11,6
Brandenburg	127.861	114.854	242.714	10,4	9,1	9,7
Bremen	38.336	35.351	73.687	11,4	10,3	10,9
Hamburg	53.993	54.126	108.119	6,1	5,9	6,0
Hessen	311.329	316.403	627.732	10,2	10,1	10,1
Mecklenburg-Vorpommern	61.179	59.098	120.277	7,7	7,2	7,5
Niedersachsen	362.133	345.075	707.208	9,2	8,6	8,9
Nordrhein-Westfalen	857.774	868.704	1.726.479	9,8	9,5	9,7
Rheinland-Pfalz	204.998	203.822	408.820	10,2	9,9	10,1
Saarland	32.112	28.578	60.690	6,6	5,6	6,1
Sachsen	83.518	71.283	154.801	4,2	3,4	3,8
Sachsen-Anhalt	64.307	58.770	123.079	5,8	5,2	5,5
Schleswig-Holstein	92.770	96.529	189.299	6,6	6,6	6,6
Thüringen	67.386	61.117	128.503	6,3	5,6	6,0
<b>Gesamt</b>	<b>4.232.421</b>	<b>4.170.484</b>	<b>8.402.907</b>	<b>10,4</b>	<b>10,0</b>	<b>10,2</b>

\* Anteile beziehen sich auf die Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes: Bevölkerungsfortschreibung

ebene: Rentner erhalten am häufigsten eine ambulante Diagnose, gefolgt von den Familienangehörigen und den beschäftigten Mitgliedern, mit deutlichem Abstand liegen wiederum ALG-II- sowie die ALG-I-Empfänger dahinter. Bei den Beziehern von ALG-II-Leistungen ist zudem die Tendenz zu erkennen, dass für diese v.a. in den ostdeutschen Bundesländern eine geringere Inanspruchnahmequote zu verzeichnen ist. Ebenfalls eher unterdurchschnittliche Werte in den Ost-Bundesländern sind bei den Familienangehörigen zu finden. Das Saarland ist hier Spitzenreiter (90,1%), während die wenigsten Diagnosen hingegen in Berlin gestellt werden (86,3%).

Bei Differenzierung bis auf Kreisebene zeigen sich zumindest moderate Unterschiede zwischen den Anteilen der Versicherten mit einer

ambulanten gestellten Diagnose: Die höchsten Anteilswerte sind dabei im Schwalm-Eder-Kreis (93,0%) und dem Werra-Meißner-Kreis (92,7%) – die beide in Hessen liegen – zu verzeichnen, gefolgt von den beiden niedersächsischen Kreisen Grafschaft Bentheim und Northeim (jeweils 92,5%). Die geringste Inanspruchnahmequote weist hingegen die rheinland-pfälzische Stadt Trier mit einem Anteilswert von 83,6% auf. In Rheinland-Pfalz zeigt sich auch der größte Unterschied innerhalb eines Bundeslandes, so liegt der Rhein-Pfalz-Kreis mit 92,3% hingegen auch nur knapp unter dem Spitzenwert. Ebenfalls eine große Differenz ist in Thüringen zu finden: Jena weist den drittniedrigsten (85,3%), der Wartburgkreis (92,3%) hingegen einen sehr hohen Anteilswert für Versicherte mit einer Diagnose auf.

Tabelle 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2017)

Bundesländer	BKK Versicherte insgesamt	davon				
		Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent						
Baden-Württemberg	89,5	86,8	60,4	77,6	87,6	94,0
Bayern	90,5	88,1	60,0	79,1	88,7	94,7
Berlin	88,3	84,3	59,9	79,6	86,3	94,8
Brandenburg	90,1	87,8	60,7	75,1	87,6	95,4
Bremen	90,3	87,2	61,6	79,3	87,3	94,5
Hamburg	88,5	85,3	59,1	78,5	86,6	94,7
Hessen	91,0	89,0	63,9	80,3	88,6	95,2
Mecklenburg-Vorpommern	90,9	88,3	61,2	75,4	88,2	95,6
Niedersachsen	91,4	89,0	62,0	78,6	88,6	95,8
Nordrhein-Westfalen	91,5	88,8	65,1	80,2	89,2	95,3
Rheinland-Pfalz	91,1	88,5	62,5	78,5	88,6	95,6
Saarland	91,4	88,4	64,4	77,9	90,1	95,2
Sachsen	89,8	86,3	61,5	74,3	86,4	96,1
Sachsen-Anhalt	90,8	87,6	62,7	77,4	87,5	96,0
Schleswig-Holstein	90,3	87,6	59,8	76,9	87,5	95,1
Thüringen	90,6	88,2	63,0	74,5	87,8	95,3
<b>Gesamt</b>	<b>90,7</b>	<b>88,2</b>	<b>62,5</b>	<b>79,5</b>	<b>88,4</b>	<b>94,5</b>

### 2.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

Für eine detailliertere Analyse des regionalen Krankheitsgeschehens sind in **»** Tabelle 2.3.3 die Versichertenanteile der häufigsten Diagnosehauptgruppen im Ländervergleich dargestellt. Bei bestimmten Erkrankungsarten zeigen sich hier wiederkehrende Unterschiede besonders zwischen den ost- und westdeutschen Bundesländern. Mitbestimmt werden diese Unterschiede auch durch das höhere Durchschnittsalter sowie die höhere Arbeitslosenquote in den ostdeutschen Bundesländern. So hat in der Regel in den östlichen Bundesländern ein deutlich geringerer Versichertenanteil die Diagnose einer Infektion oder einer Atemwegserkrankung erhalten – also

solchen Erkrankungsarten, die im Rahmen der ambulanten Versorgung bei den höheren Altersgruppen seltener diagnostiziert werden. Bei diesen Erkrankungsarten ist aber sicher auch ein weiterer Einflussfaktor, dass in den Ostbundesländern die Impfbereitschaft (möglicherweise als Nachwirkung der staatlich organisierten Impfprävention in der ehemaligen DDR) höher ist als im Westen<sup>1</sup>. So sind auch im aktuellen Berichtsjahr die wenigsten Infektionsdiagnosen in Sachsen (22,8%), Brandenburg und Sachsen-Anhalt gestellt worden. In Bremen sind

1 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, 2014.

**Tabelle 2.3.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2017)**

Bundesländer	Infektionen	Neu- bildungen	Ernäh- rung und Stoff- wechsel	Psychi- sche Störungen	Herz- Kreislauf- System	Atmungs- system	Muskel- Skelett- System	Uro- genital- system	Verletzun- gen/Ver- giftungen
Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent									
Baden- Württemberg	24,2	19,1	34,0	31,9	29,2	44,0	44,3	34,6	24,4
Bayern	25,6	20,4	37,0	32,3	31,3	46,9	47,2	35,2	27,3
Berlin	26,4	16,1	36,5	36,7	32,6	47,4	45,1	34,2	23,6
Brandenburg	23,5	18,0	40,4	34,4	40,2	45,9	50,3	37,5	24,4
Bremen	27,3	17,5	38,7	35,4	35,5	47,2	46,9	34,9	24,4
Hamburg	26,7	18,2	34,0	34,7	29,5	47,3	41,5	33,2	23,7
Hessen	25,9	17,8	37,2	32,5	32,8	50,8	47,4	34,8	26,4
Mecklenburg- Vorpommern	24,9	19,9	40,8	36,3	41,2	45,9	51,5	37,5	25,3
Niedersachsen	26,9	20,0	39,4	34,5	37,2	48,8	50,5	36,9	27,4
Nordrhein- Westfalen	26,5	20,0	41,7	33,1	37,0	49,3	49,3	37,2	26,8
Rheinland- Pfalz	26,1	19,6	42,8	33,6	38,9	49,9	51,1	38,4	27,7
Saarland	26,6	18,7	42,2	34,2	38,3	50,8	52,3	34,7	28,1
Sachsen	22,8	19,5	41,2	34,4	42,7	43,6	50,9	37,1	24,5
Sachsen- Anhalt	23,8	20,2	44,3	34,3	47,8	45,5	53,3	38,7	26,1
Schleswig- Holstein	25,8	18,8	35,6	33,0	34,8	45,8	47,6	34,4	26,3
Thüringen	24,4	19,4	40,7	32,8	43,4	46,8	53,0	37,3	26,0
<b>Gesamt</b>	<b>25,8</b>	<b>19,5</b>	<b>38,5</b>	<b>33,3</b>	<b>34,5</b>	<b>47,6</b>	<b>48,1</b>	<b>36,0</b>	<b>26,4</b>

hingegen die meisten Infektionsdiagnosen (27,3%) zu verzeichnen. Der höchste Anteil Versicherte mit einer Erkrankung des Atmungssystems ist in Hessen sowie im Saarland (jeweils 50,8%) zu finden, auch hier sind es wieder die Versicherten in Sachsen, die verglichen mit anderen Bundesländern die wenigsten Diagnosen gestellt bekommen haben (43,6%).

Bei den „Seniorenkrankheiten“ Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen verhält es sich genau andersherum: Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind mit Abstand am

häufigsten in Sachsen-Anhalt bei 47,8% der BKK Versicherten festgestellt worden – die nachfolgend höchsten Anteilswerte sind ebenfalls allesamt bei den Ostbundesländern zu finden. Die geringsten Anteile von Versicherten mit einer kardiovaskulären Diagnose weisen Baden-Württemberg (29,2%) und Hamburg (29,5%) auf. Auch bei den Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen belegt Sachsen-Anhalt den Spitzenplatz (44,3%), während in Baden-Württemberg und Hamburg (beide 34,0%) die geringsten Anteilswerte vorzufinden sind. Darin spiegeln sich zu einem gewissen Grad Altersunterschiede

wider (das Alter in den Ost-Bundesländern liegt jeweils durchweg über dem Bundesdurchschnitt), darüber hinaus sei aber darauf hingewiesen, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall als Spätfolgen von Diabetes gelten, was sicher ebenfalls bei beiden Erkrankungsarten zu hohen Anteilswerten beiträgt<sup>2</sup>. Weiterhin liegen auch bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen (53,3%) sowie den Krankheiten des Urogenitalsystems (38,7%) die höchsten Anteilswerte in Sachsen-Anhalt.

Heterogener ist das Bild bei den weiteren hier dargestellten Diagnosehauptgruppen: Psychische und Verhaltensstörungen werden am häufigsten in Berlin (36,7%) diagnostiziert. Hinsichtlich Verletzungen bzw. Vergiftungen ist das Saarland mit 28,1% der Versicherten Spitzenreiter, während Berlin mit 23,9% den geringsten Anteil aufweist. Aufschlussreich sind zudem die Diagnoseraten für Neubildungen: In der stationären Versorgung sind für diese Erkrankungsart sehr viele Fälle und Behandlungstage in Bremen zu verzeichnen (» Kapitel 3.3) – in der ambulanten Versorgung ist hier hingegen der Anteil Versicherter mit einer Neubildungsdiagnose unterdurchschnittlich. Am häufigsten wurden diese wiederum in Bayern festgestellt (20,4%).

Wie schon bei den Gesamtinanspruchnahmequoten erhöht sich auch bei Betrachtung einzelner Erkrankungsarten die Varianz, wenn man die Anteile auf Kreisebene statt für Bundesländer betrachtet. Exemplarisch werden dazu nachfolgend die landkreisbezogenen Kennwerte für Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische Störungen betrachtet.

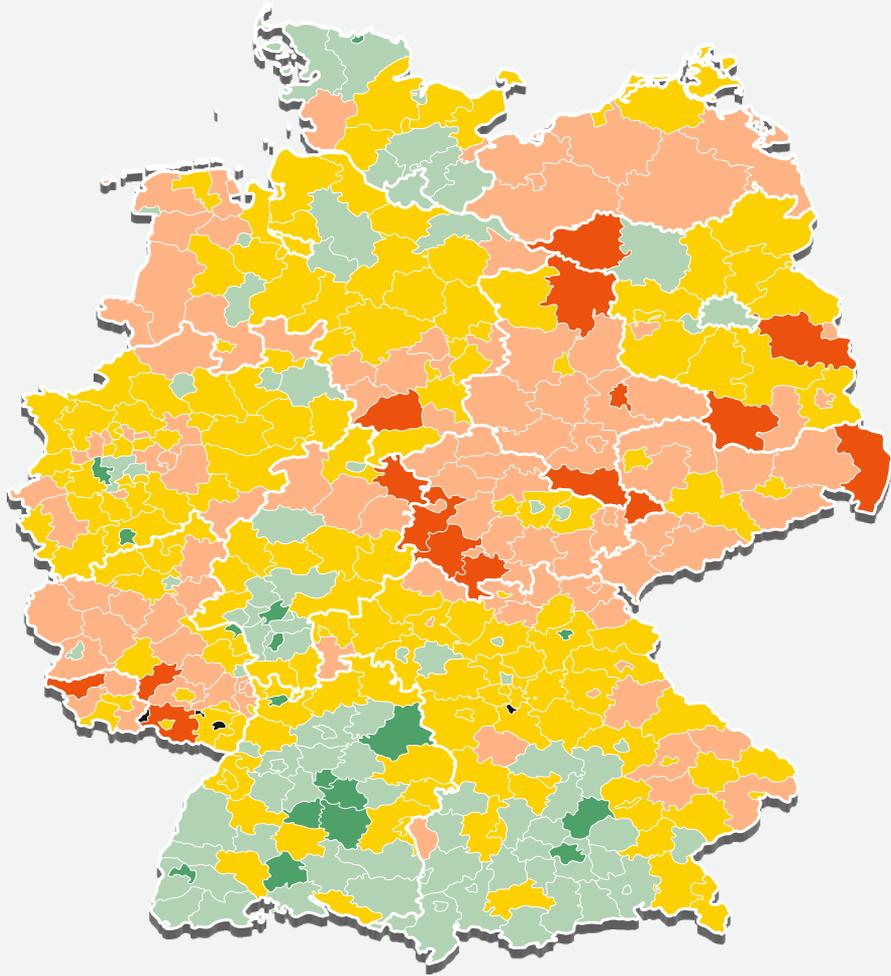
Waren im Bundesländervergleich die Versicherten insbesondere in Sachsen-Anhalt und Thüringen den Diagnoseanteilen zufolge häufiger von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen, so zeigt sich auch auf Kreisebene eine tendenzielle Häufung in diesen mitteldeutschen Bundesländern (» Diagramm 2.3.1). Der höchste Anteil Versicherter mit einer solchen Diagnose ist hingegen mit 61,5% im brandenburgischen Kreis Prignitz zu finden. Den zweithöchsten Anteilswert weist das thüringi-

sche Altenburger Land auf (59,1%). Aber auch in den westlichen Landkreisen in der Nähe zur französischen Grenze sind deutlich überdurchschnittliche Inanspruchnahmequoten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verzeichnen. So ist bei 55,9% der Versicherten im rheinland-pfälzischen Kreis Südwestpfalz eine solche Erkrankung ambulant diagnostiziert worden. Im gleichen Bundesland ist der Anteil Versicherter mit Muskel-Skelett-Erkrankungen nur etwa zwei Drittel so groß (38,2%). Ähnlich groß ist die Differenz zwischen höchster und niedrigster Inanspruchnahmequote nur noch in Hessen (Werra-Meißner-Kreis: 55,9%; Frankfurt am Main: 38,5%). Die wenigsten Versicherten mit einer solchen Diagnose sind hingegen in Baden-Württemberg in Heidelberg (35,1%) und Reutlingen (35,8%) zu finden.

In der landkreisbezogenen Auswertung der Anteile Versicherter mit einer psychischen Störung, die in der ambulanten Versorgung diagnostiziert wurden (» Diagramm 2.3.2), sind insbesondere in den Küstenregionen Deutschlands die höchsten Werte zu finden. Demnach sind mit einem Anteil von 40,4% die meisten Versicherten mit einer solchen Diagnose im niedersächsischen Wilhelmshaven zu finden, aber mit Rostock (39,6%) und Lübeck (38,9%) sind auch in weiteren Küstenstädten sehr hohe Werte zu verzeichnen. Wie die Landkartendarstellung außerdem erkennen lässt, sind diejenigen Regionen mit besonders hohen Anteilswerten (> 15% über dem Bundesdurchschnitt) meist kleine Kreise bzw. Kreisstädte. Deutlich unterdurchschnittliche Anteile sind hingegen eher in (süddeutschen) Kreisen mit relativ großer Fläche vorzufinden, wie etwa im baden-württembergischen Landkreis Schwäbisch Hall, wo mit 24,4% die wenigsten psychischen Diagnosen gestellt worden sind, oder dem bayrischen Unterallgäu. In diesem Umstand spiegelt sich die Erkenntnis aus dem » BKK Gesundheitsatlas 2015 wider, dass die Diagnosehäufigkeiten bei psychischen Störungen auch mit regionalen Indikatoren wie Einwohnerdichte und Ärzte- bzw. Therapeutendichte zusammenhängen.

2 Tschöpe, D. (2018). Diabetes mellitus und Herzerkrankungen. In: Deutsche Diabetes Gesellschaft und Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.), Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018. Kirchheim: Mainz.

Diagramm 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für das Muskel-Skelett-System nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2017)

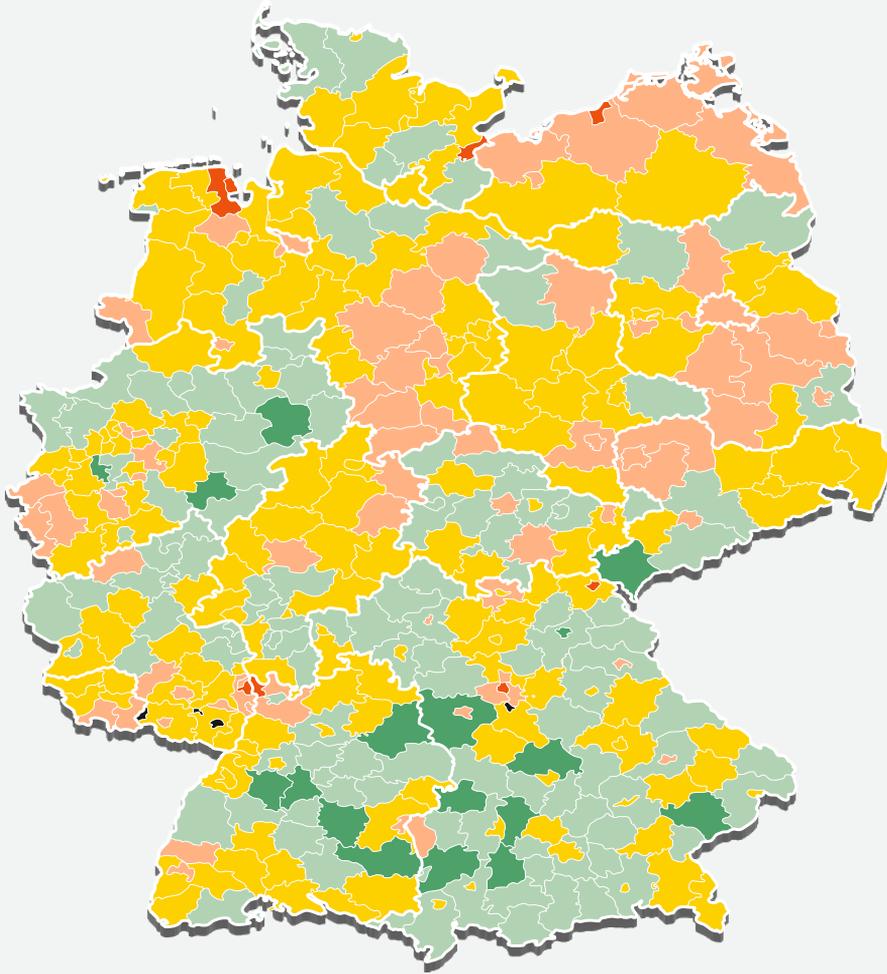


Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt (48,1%)

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- ± 5% um den Bundesdurchschnitt
- 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben\*

\* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Diagramm 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Psychische Störungen nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2017)

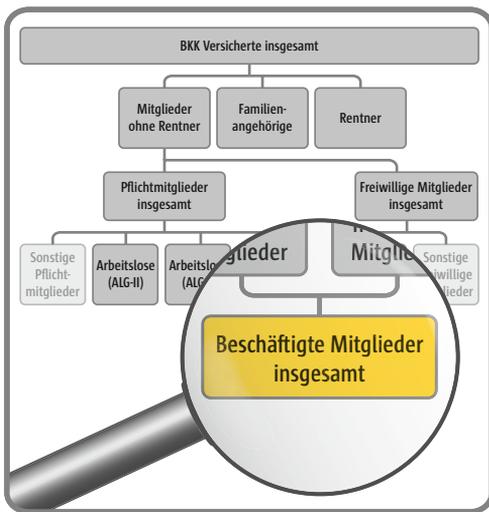


Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt (33,3%)

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- ± 5% um den Bundesdurchschnitt
- 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben\*

\* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

## 2.4 Ambulante Versorgung und Arbeitswelt



Die Gesundheit bzw. Krankheit der beschäftigten BKK Mitglieder drückt sich nicht allein im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aus, denn nicht immer führen gesundheitliche Einschränkungen zwangsläufig auch zu krankheitsbedingten Fehlzeiten. Die nachfolgenden Analysen beziehen daher zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren ein, so u.a. die Zugehörigkeit des beschäftigenden Unternehmens zu einer Wirtschaftsgruppe, der Beschäftigten selbst zu einer Berufsgruppe, die Vertragsform der Beschäftigung (Befristung, Voll-/Teilzeit) und das Anforderungsniveau der Tätigkeit. Dementsprechend beziehen sich die Analysen auf die Versichertengruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt (eine Beschreibung dieser Versichertengruppe hinsichtlich Wirtschafts- und Berufsgruppenzugehörigkeit ist im **»»** Kapitel 1.4.1 aufgeführt). Dabei wird ersichtlich, dass auch aufgrund der Zugehörigkeit der beschäftigten Mitglieder z.B. zu bestimmten Wirtschafts- und Berufsgruppen Unterschiede im Krankheitsgeschehen bestehen, die nicht allein anhand der Al-

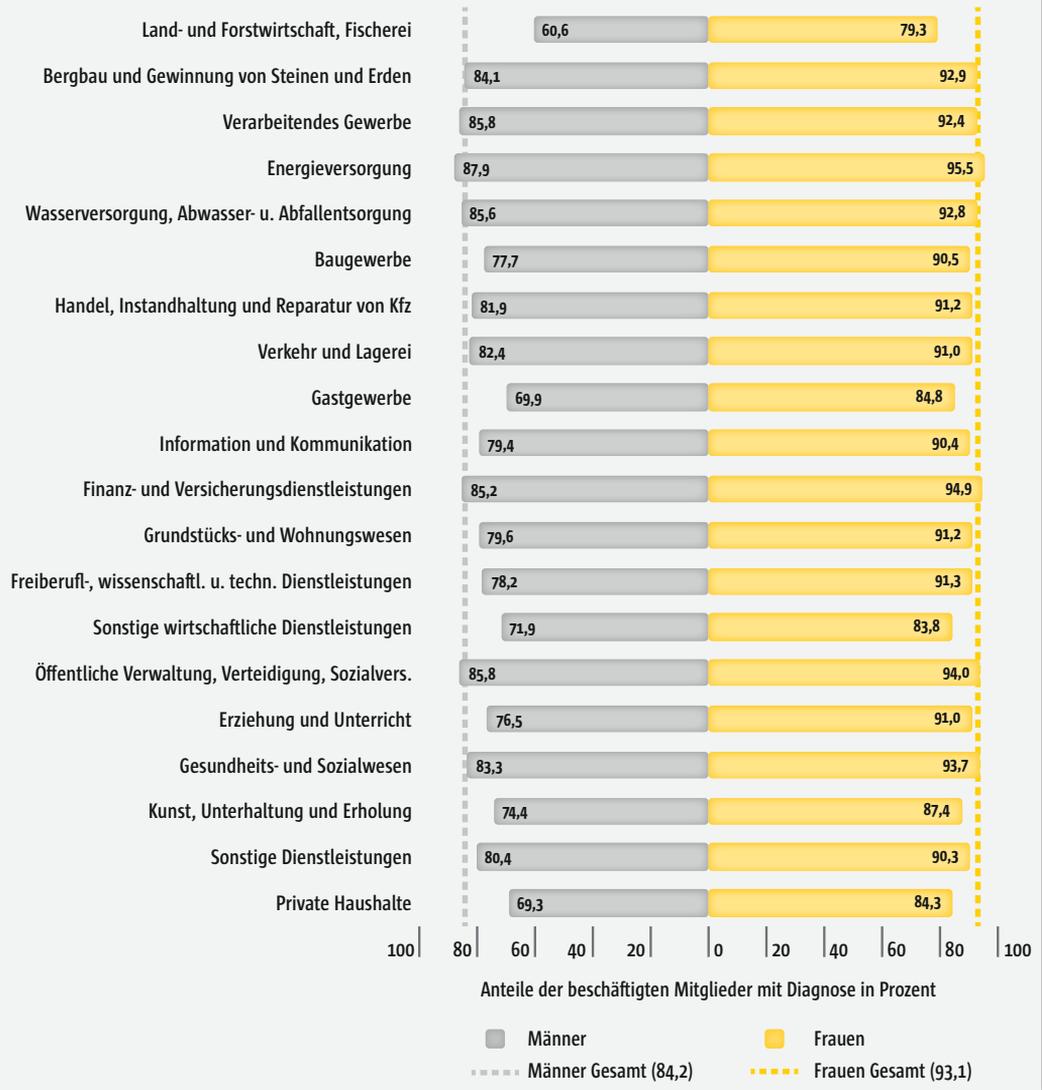
ters- und Geschlechtszusammensetzung der dort Beschäftigten erklärt werden können.

### 2.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Die höchsten Anteile Versicherter in ambulanter Behandlung sind für beide Geschlechter in der Energieversorgung zu finden. Die wenigsten Versicherten in Behandlung weist hingegen die Land- und Forstwirtschaft auf.
- Ost-West-Gefälle im Gesundheitswesen: Die Anteile der dort Beschäftigten, die wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. psychischen Störungen in ambulanter Behandlung waren, sind in den ostdeutschen Bundesländern fast durchweg höher als im Westen.
- Beschäftigte der Abfallwirtschaft sind sehr unterschiedlich von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen: Im Saarland haben über 61% der in dieser Wirtschaftsgruppe Beschäftigten einen niedergelassenen Arzt konsultiert, in Hamburg hingegen nur 42%.

Wie das **»»** Diagramm 2.4.1 deutlich zeigt, bestehen zum einen zwischen den Wirtschaftsgruppen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Anteile der Beschäftigten, die in ambulanter Behandlung waren. Zum anderen sind auch innerhalb der einzelnen Wirtschaftsgruppen teils große Differenzen beim Vergleich zwischen den Geschlechtern festzustellen. Sowohl insgesamt als auch getrennt für Männer und Frauen betrachtet, sind bei den Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft die niedrigsten Anteile zu finden: Nur 79,3% der dort tätigen Frauen und 60,9% der dort tätigen Männer waren in 2017 in ambulanter Behandlung. Dabei ist aber auch zu bedenken, dass das Durchschnittsalter dieser Beschäftigten niedriger ist als bei den meisten anderen Wirtschaftsgruppen. Für beide Geschlechter sind hin-

Diagramm 2.4.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



gegen die jüngsten Beschäftigten im Gastgewerbe zu finden, was wahrscheinlich auch einen Einfluss auf die niedrige Inanspruchnahmequote der dort Beschäftigten ausübt. Ebenfalls deutlich unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten liegen die Anteile bei den sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen sowie den privaten Haushalten. Das ist insofern bemerkenswert, da diese Wirtschaftsabschnitte nicht besonders jung sind – gerade die Beschäftigten in

privaten Haushalten sind die ältesten von allen Wirtschaftsabschnitten – und diese weisen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und in der stationären Versorgung überdurchschnittliche (sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen) bzw. unterdurchschnittliche Kennwerte (private Haushalte) auf. Auch die Beschäftigten aus dem Bereich Verkehr und Lagerei, die in den anderen Kapiteln mit überdurchschnittlichen Kennwerten auffallen, weisen eine eher

unterdurchschnittliche Inanspruchnahme ambulanter Leistungen auf. Wiederum die höchsten Anteilswerte sind für beide Geschlechter bei den Beschäftigten in der Energieversorgung zu verzeichnen (Männer: 87,9%; Frauen: 95,5%), wobei zu berücksichtigen ist, dass die dort beschäftigten Männer im Mittel rund drei Jahre älter sind als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Den zweithöchsten Wert bei den Männern in diesem Vergleich weisen die Beschäftigten der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie im verarbeitenden Gewerbe auf. Bei den Frauen ist die zweithöchste Inanspruchnahmequote hingegen bei denjenigen, die Finanz- und Versicherungsdienstleistungen erbringen, zu finden. Letztere sind wiederum weniger Tage arbeitsunfähig und in stationärer Behandlung als der Durchschnitt und bekommen ebenso unterdurchschnittliche Medikamentenmengen verordnet. Anders hingegen bei den Beschäftigten der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung: Diese weisen in den genannten drei anderen Leistungsbereichen jeweils überdurchschnittliche Kennzahlen auf. Wie diese Abgleiche zwischen den Leistungsbereichen zeigen, reicht die alleinige Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsstruktur innerhalb der Wirtschaftsgruppen nicht aus, um die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in den jeweiligen Sektoren zu erklären. Wie die arbeitsweltlichen Analysen (hier und in den anderen Kapiteln) zeigen, ist dabei aber ebenso die Belastung durch die Arbeit an sich ein Einflussfaktor, zudem spielen wahrscheinlich auch innere (im Sinne von Laienvorstellungen von Gesundheit und Krankheit, wie im Gastbeitrag von **III** Faltermaier im Schwerpunkt Wissenschaft erläutert) und externe „Hemmschwellen“ (z.B. Konsequenzen am Arbeitsplatz) eine Rolle.

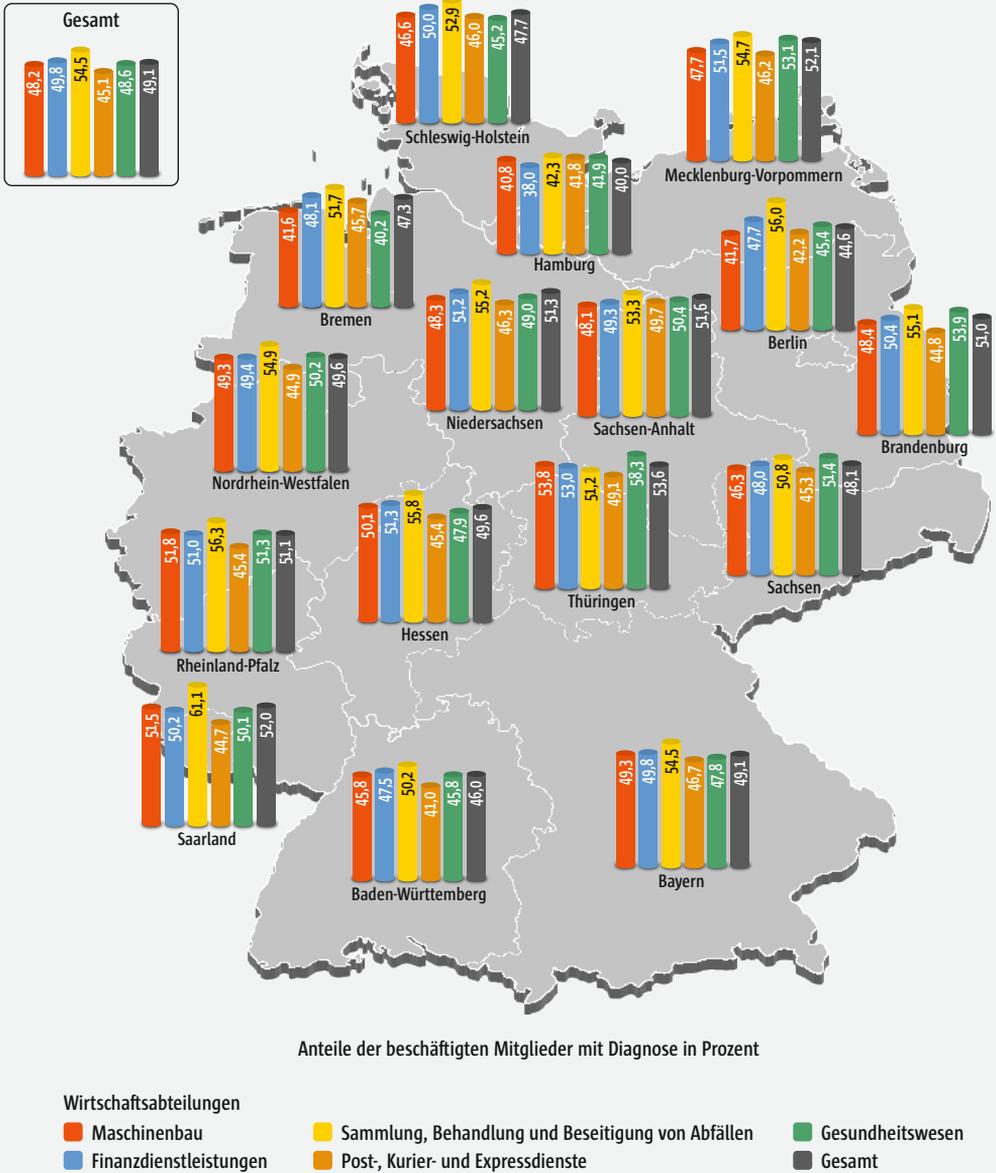
Nachfolgend werden exemplarisch fünf ausgewählte Wirtschaftsgruppen für die Diagnosehauptgruppen Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen nach Bundesländern differenziert betrachtet.

Hinsichtlich der Muskel-Skelett-Erkrankungen weist die Abfallwirtschaft im Bundesdurchschnitt wie auch in fast allen Bundesländern den höchsten Anteil an Versicherten mit einer solchen Diagnose auf (**III** Diagramm 2.4.2). Fast alle Bundesländer weisen für diese Wirtschaftsgruppe eine Inanspruchnahmequote wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen von mindestens 50% auf – einzig in Hamburg liegt diese mit 42,3% deutlich unter dieser Marke. Der zweitniedrigste Anteilswert, den Baden-Württemberg innehat, liegt knapp 8 Prozentpunkte darüber. Auf der anderen

Seite sind die Beschäftigten in der Abfallwirtschaft im Saarland mit 61,1% häufiger als in allen anderen Bundesländern in Behandlung gewesen. Eine ähnlich große Spreizung der Anteilswerte innerhalb einer Wirtschaftsgruppe ist auch im Gesundheitswesen zu finden: So sind von diesen Beschäftigten in Thüringen 58,3% wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen, in Bremen waren es hingegen nur 40,2%. Im Gesundheitswesen ist zudem auffällig, dass hier die Flächenbundesländer in Ostdeutschland die vorderen Rangplätze in diesem Regionalvergleich belegen. Fast alle westdeutschen Länder weisen niedrigere Werte auf, einzig in Rheinland-Pfalz ist mit 53,1% ein ähnlich hoher Anteilswert zu finden. Thüringen hat nicht nur bei der Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen, sondern auch bei Maschinenbau sowie Finanzdienstleistungen den höchsten Anteilswert von allen Bundesländern inne. Die wenigsten der dort Beschäftigten sind hingegen in Hamburg aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen. Auch die Post-, Kurier- und Expressdienste weisen in Hamburg einen sehr niedrigen Anteilswert auf, der nur noch in Baden-Württemberg geringer ist. Der größte Anteilswert für die Beschäftigten dieser Wirtschaftsgruppe ist hingegen in Sachsen-Anhalt zu finden.

Bei den psychischen Erkrankungen ist die Verteilung der Anteilswerte in diesem Bundesländervergleich etwas diverser als bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen. Die höchsten bzw. niedrigsten Werte der Wirtschaftsgruppen konzentrieren sich nicht in einzelnen Bundesländern (**III** Diagramm 2.4.3). So hat Bremen als einziges Bundesland bei zwei Wirtschaftsgruppen – nämlich bei der Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen sowie den Post-, Kurier- und Expressdiensten – den höchsten Anteilswert inne. Bei letztgenannter Wirtschaftsgruppe sticht der Bremer Wert mit 38,9% besonders hervor: Der zweithöchste Wert liegt demgegenüber fast neun Prozentpunkte niedriger. 14,3 Prozentpunkte niedriger ist hingegen die Inanspruchnahmequote in Thüringen, damit ist bei den Post-, Kurier- und Expressdiensten die größte Varianz der Werte zwischen den Bundesländern zu verzeichnen. Anders hingegen im Maschinenbau: Die Anteile der Beschäftigten, die ambulant aufgrund einer psychischen Störung in Behandlung waren, schwanken nur zwischen 26,3% (Hamburg) und 21,9% (Sachsen-Anhalt). Ebenfalls eine relativ geringe Spreizung, allerdings auf höherem Niveau, findet sich bei den Beschäftigten im Bereich Finanzdienstleistungen: Dort weist Hamburg hingegen den niedrigsten Wert auf (31,4%), während die Inanspruchnahme-

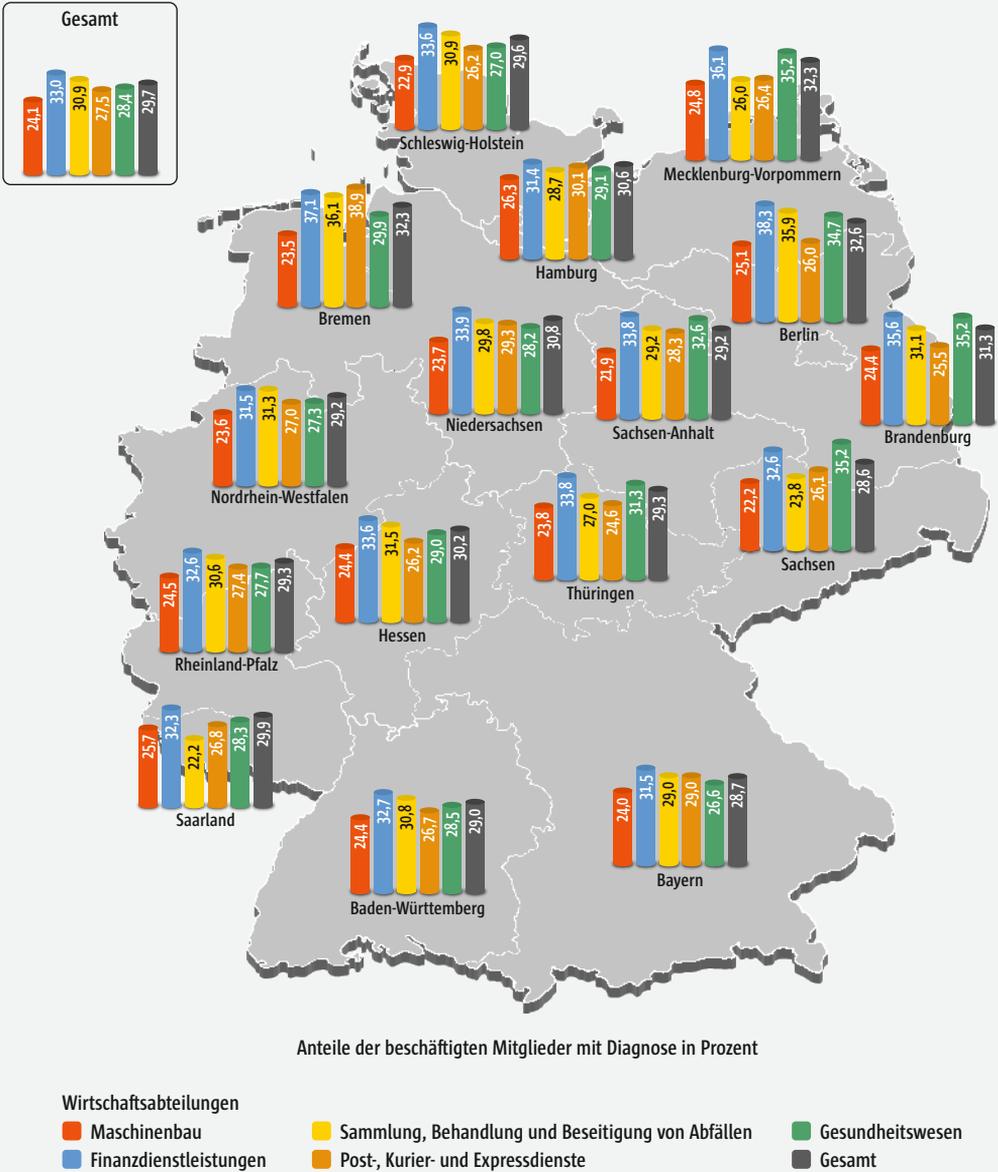
Diagramm 2.4.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2017)



quote für diese Gruppe in Berlin (38,3%) am höchsten ausfällt. Wie bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen zeigt sich auch bei den psychischen Störungen ein Ost-West-Gefälle in den Anteilswerten bei den im

Gesundheitswesen Tätigen: Für diese ist in Mecklenburg-Vorpommern der größte Anteil (35,2%) in Behandlung gewesen, während es in Bayern (26,6%) die wenigsten waren.

Diagramm 2.4.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Psychischen Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2017)



### 2.4.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Beschäftigte in Gesundheitsberufen sind am häufigsten in ambulanter Behandlung. Sie sind häufiger als andere Berufsgruppen wegen Krankheiten des Atmungssystems sowie psychischen Störungen in Behandlung, aber auch Vorsorgemaßnahmen werden von diesen stärker wahrgenommen.
- Insgesamt sind Reinigungskräfte weniger häufig in ambulanter Behandlung als andere Berufe. Allerdings sind gerade bei den weiblichen Reinigungskräften viele Diagnosen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychischen Störungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestellt worden.

Die Beschäftigten in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen weisen selbst den größten Anteil derer auf, die ambulante Leistungen in Anspruch nehmen: Bei 92,1% der Beschäftigten in Gesundheitsberufen wurde in 2017 mindestens eine Diagnose dokumentiert (»» Diagramm 2.4.4), dabei ist insbesondere bei den Frauen der Anteil sehr hoch. Bei den Männern sind es diejenigen in fertigungstechnischen Berufen, von denen mit 84,7% relativ zu den anderen Berufssegmenten die meisten in ambulanter Behandlung waren. Vergleichsweise wenig Versicherte mit einer gestellten Diagnose sind hingegen bei den in Land-, Forst- und Gartenbauberufen Tätigen zu finden. Bei den Männern wie bei den Frauen sind in dieser Berufsgruppe die geringsten geschlechtsspezifischen Anteilswerte zu finden, gleichzeitig ist bei diesen aber der Geschlechtsunterschied mit fast 14 Prozentpunkten Differenz am größten. Ähnlich groß ist der Geschlechtsunterschied in der Inanspruchnahme nur noch bei den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen sowie den Reinigungsberufen.

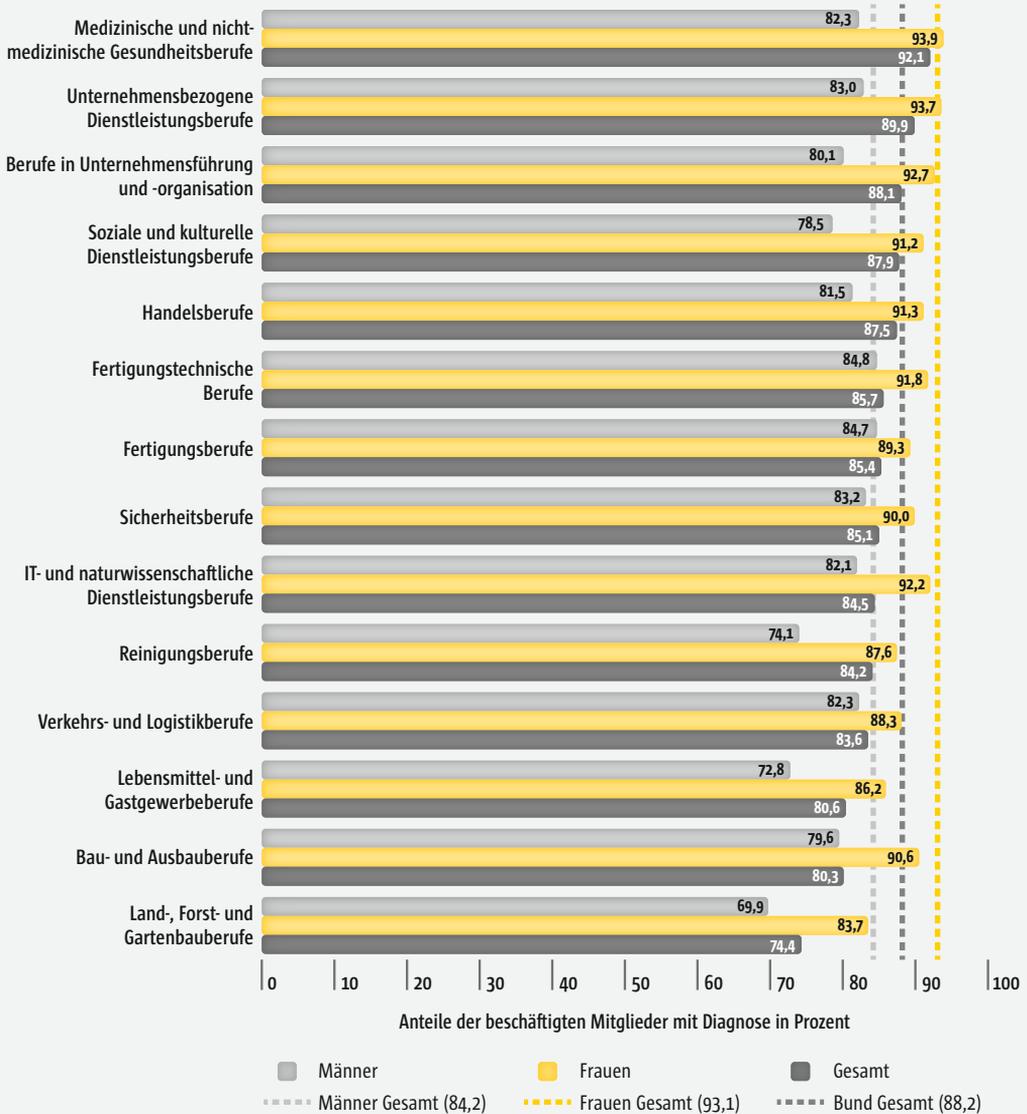
Im »» Diagramm 2.4.5 sind die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose aus den Diagnosehauptgruppen psychische Störungen, Muskel-Skelett-, Herz-Kreislauf- sowie Atmungssystem-Erkrankungen nach Berufssegment im Vergleich dargestellt. Ersichtlich wird daraus, dass sehr viele Beschäftigte in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen von Atmungssystemerkrankungen betroffen sind und diese behandeln lassen: Mehr als die Hälfte (51,0%) der in einem solchen Beruf Tätigen war im aktuellen Berichtsjahr deshalb in Behandlung – das sind fast 14 Prozentpunkte mehr als bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, von denen mit nur 36,7% der geringste Anteil in ambulanter Behandlung war. Hierbei ist sicher auch relevant, dass zum einen für die Gesundheitsberufe aufgrund der

Ansteckungsgefahr gegenüber Kranken und Pflegebedürftigen strengere Auflagen bezüglich ihrer eigenen Gesundheit gelten. Zum anderen resultiert durch diesen direkten Kontakt auch eine größere Wahrscheinlichkeit, sich selber anzustecken, als bei vielen anderen Berufen. Ebenfalls sehr groß ist der Anteil der in Gesundheitsberufen Tätigen, die eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben: Bei diesen Berufen ist der Anteil mit 34,6% am zweithöchsten nach den Reinigungsberufen. Ferner trägt auch zur Erklärung des Spitzenplatzes bei der allgemeinen Inanspruchnahme bei, dass bei den in Gesundheitsberufen Tätigen zudem besonders viele Zusatzdiagnosen – insbesondere Vorsorgemaßnahmen – gestellt wurden (im Diagramm nicht enthalten). Die Reinigungskräfte sind zudem auch aufgrund von Muskel-Skelett- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen in größeren Anteilen als bei allen anderen Berufsgruppen in ambulanter Behandlung gewesen. Bei dieser Berufsgruppe sind es vor allem die Frauen, von denen überdurchschnittlich viele aufgrund der dargestellten Erkrankungsarten ambulant behandelt wurden.

»» Tabelle 2.4.1 stellt als weitere Differenzierung diejenigen Berufsgruppen dar, welche die größten bzw. niedrigsten Anteile beschäftigter Mitglieder mit einer ambulant dokumentierten Diagnose aufweisen. Dabei zeigt sich, dass – wie schon im Vorjahr – mit Abstand die höchste Inanspruchnahmequote bei den Arzt- und Praxishilfen vorzufinden ist. Dieser Anteilswert ist gegenüber den in der Rangreihe nachfolgenden Berufen in medizinischen Laboratorien bzw. in Erziehung, Sozialarbeit, und Heilerziehungspflege noch fast 3 Prozentpunkte höher. Auffällig ist dabei auch, dass auf den weiteren Rangplätzen sehr viele weitere Gesundheitsberufe vertreten sind, diese weisen bei einzelnen Erkrankungsarten nicht zwingend eine hohe Inanspruchnahmequote auf. So sind bei nachfolgend aufgelisteten Diagnosehauptgruppen die Beschäftigten in folgenden Berufsgruppen am häufigsten in ambulanter Behandlung gewesen:

- **Psychische Störungen** sind am häufigsten bei Beschäftigten in der Altenpflege (42,3%), bei Servicekräften im Personenverkehr (38,9%) sowie bei Beschäftigten in Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege (37,7%) diagnostiziert worden. Dies sind vor allem diejenigen Berufe, die einen besonders intensiven Umgang mit Menschen beinhalten und oft mit hoher psychischer Belastung einhergehen.
- Aufgrund von **Muskel-Skelett-Erkrankungen** in Behandlung sind am häufigsten Beschäftigte in

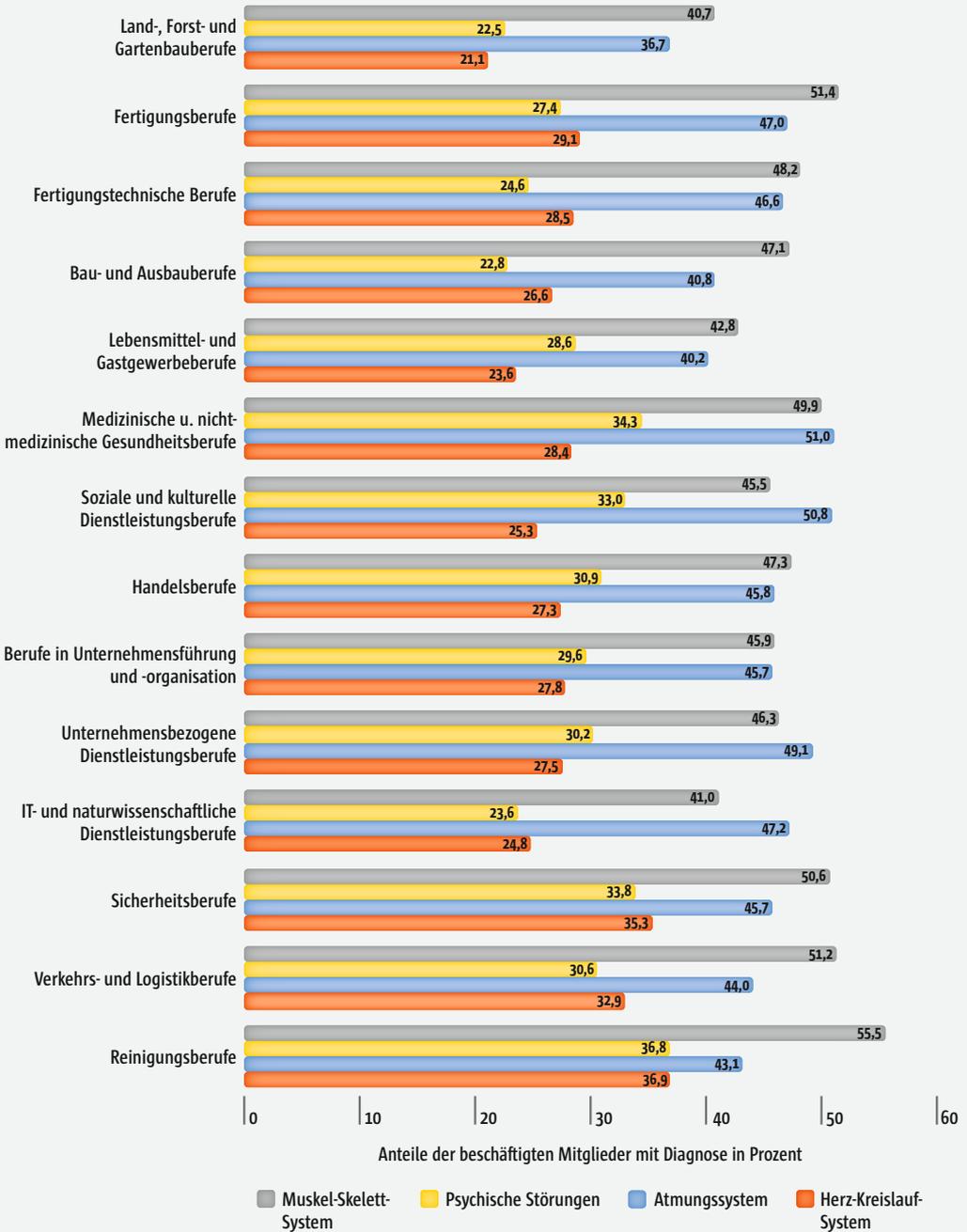
Diagramm 2.4.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (62,7%), in der industriellen Keramikherstellung und -verarbeitung (59,0%) und der Metallerzeugung (58,6%). Hier erkennt man auch eine Tendenz zu höheren Diagnoseanteilen gerade in den Fertigungsberufen, die vielfach eine höhere körperliche und oftmals einseitige Arbeitsbelastung mit sich bringen.

- Die höchsten Anteile Beschäftigter mit **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** sind bei den Angehörigen gesetzgebender Körperschaften und leitenden Bediensteten von Interessenorganisationen (45,7%), bei Berufen der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (45,0%) sowie der Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs (44,7%) zu finden.

Diagramm 2.4.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



**Tabelle 2.4.1** Ambulante Versorgung – die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen beschäftigter Mitglieder mit Diagnose (Berichtsjahr 2017)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
811	Arzt- und Praxishilfe	95,5
812	Medizinisches Laboratorium	92,6
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	92,4
514	Servicekräfte im Personenverkehr	91,8
732	Verwaltung	91,7
624	Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf	91,7
817	Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	91,6
721	Versicherungs- und Finanzdienstleistungen	91,4
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	91,3
733	Medien-, Dokumentations- und Informationsdienste	91,2
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	76,1
113	Pferdewirtschaft	75,5
333	Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	74,8
944	Theater, Film- und Fernsehproduktion	72,7
321	Hochbau	68,8
943	Moderation und Unterhaltung	64,6
634	Veranstaltungsservice und -management	59,5
112	Tierwirtschaft	57,1
111	Landwirtschaft	56,7
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	51,1

- Servicekräfte im Personenverkehr (57,2%) waren am häufigsten wegen **Krankheiten des Atmungssystems** in Behandlung, danach folgen in Rangreihe die Beschäftigten in Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege (57,1%) sowie Arzt- und Praxishilfen (55,3%).
- Wie schon zuvor beschrieben, sind bei einem sehr großen Teil der in den Gesundheitsberufen Tätigen auch Zusatzkodierungen für **Faktoren der Inanspruchnahme** dokumentiert. Dem dort höheren Frauenanteil entsprechend ist dies auch auf eine hohe Zahl kontrazeptiver Maßnahmen zurückzuführen, aber auch Vorsorgemaßnahmen sind bei diesen Berufsgruppen sehr verbreitet: So waren etwa 44,4% der Arzt- und Praxishilfen bei Untersuchungen zur Krebsvorsorge (Z12), die Inanspruchnahme ist bei Beschäftigten in Medizinischen Laboratorien nur unwesentlich geringer (43,9%).

Am unteren Ende der Rangreihe sind hingegen, wie schon in den Vorjahren, die Schauspieler, Tänzer und Bewegungskünstler zu finden, von denen im aktuellen Berichtsjahr nur 51,1% in ambulanter Behandlung waren. Damit ist diese Berufsgruppe sogar noch ein deutliches Stück seltener in der ambulanten Versorgung in Erscheinung getreten als Landwirte (56,7%) sowie die Berufe in der Tierwirtschaft (57,1%), die nachfolgend die geringsten Anteile Beschäftigter mit Diagnose aufweisen. Auch bei einzelnen Erkrankungsarten sind meist die Schauspieler, Tänzer und Bewegungskünstler diejenigen mit der geringsten Inanspruchnahmequote, gefolgt von den Land- bzw. Tier- und Forstwirten sowie dem Veranstaltungsservice und -management. Auch Vorsorgemaßnahmen werden von diesen seltener in Anspruch genommen, hierbei sind es aber auch besonders Beschäftigte aus den „männerlastigen“ Berufen des Baugewerbes (z. B. niedrigster Wert für Krebsvorsorge [Z12] bei Berufen in der Bodenverlegung, 4,7%; Hochbau sowie Aus- und Trockenbau auf nachfolgenden Plätzen), welche noch geringe Anteile aufweisen.

### 2.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Beschäftigte, die Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten ausführen, sind verglichen mit anderen Beschäftigten weniger häufig in ambulanter Behandlung gewesen.

- Männer mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sind häufiger wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Behandlung, aber seltener wegen psychischer Störungen. Frauen in solcher Position sind seltener wegen Atmungssystem-Erkrankung in Behandlung.
- Befristet Beschäftigte sind seltener bei Ärzten oder Therapeuten als unbefristet Tätige. Außerdem waren die unbefristet in Teilzeit tätigen Männer ebenfalls nur selten in ambulanter Behandlung – obwohl diese in der stationären Versorgung die meisten Krankenhaustage aufweisen.
- Ein deutlich geringerer Anteil der in Arbeitnehmerüberlassung Beschäftigten hat, verglichen mit anderen Beschäftigten, eine ambulante Diagnose erhalten. Zwar ist diese Beschäftigtengruppe im Durchschnitt jünger, aber auch z.B. bei Atmungssystem-Erkrankungen, die eigentlich bei jüngeren häufiger diagnostiziert werden, ist die Inanspruchnahme ambulanter Behandlung deutlich geringer.

**Anforderungsniveau der Berufstätigkeit**

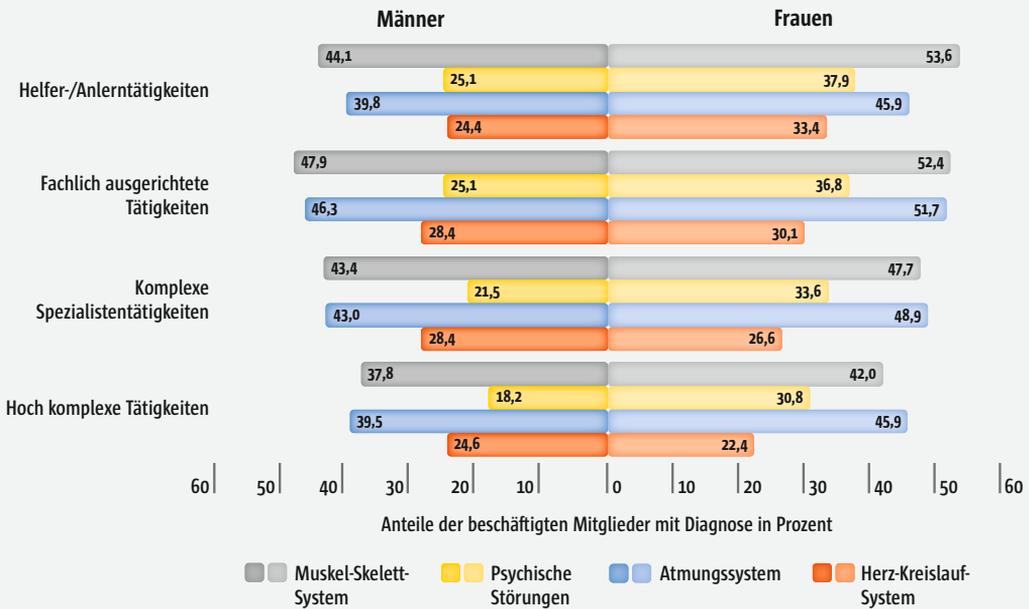
In den Analysen der weiteren Leistungsbereiche konnte im Zusammenhang mit dem Anforderungsniveau festgestellt werden: In der Regel geht mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit, die Beschäftigte ausüben, einher, dass diese seltener (und entsprechend in der Summe weniger Tage) arbeitsunfähig (»» Kapitel 1.4.3) genauso wie stationär in Behandlung sind (»» Kapitel 3.4.3) und weniger Medikamente einnehmen (»» Kapitel 4.4.3). Diese Zusammenhangsaussage muss aber in der Betrachtung der allgemeinen Inanspruchnahme ambulanter Versorgung in der Form eingeschränkt werden (»» Tabelle 2.4.2), dass zwar von den fachlich ausgerichteten Tätigkeiten, über komplexe Spezialisten-Tätigkeiten bis zu hoch komplexen Tätigkeiten der Anteil der Beschäftigten mit einer ambulant gestellten Diagnose abnimmt – der niedrigste Anteilswert ist hingegen bei den Helfer- bzw. Anlern-tätigkeiten zu finden, von denen nur 80,4% im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung waren. Diese Reihenfolge der Anteilswerte ist so auch getrennt nach Geschlecht vorzufinden. Entsprechend ist der größte Anteilswert bei den fachlich ausgerichtet tätigen Frauen zu finden, für die bei 93,5% eine ambulante Diagnose dokumentiert ist, der geringste Anteil Beschäftigter in ambulanter Behandlung ist wiederum bei den Männern mit Helfer- und Anlern-tätigkeit vorzufinden (74,8%).

**Tabelle 2.4.2** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

Anforderungsniveau	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Helfer-/Anlern-tätigkeiten	Männer	74,8
	Frauen	86,3
	Gesamt	80,4
Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Männer	84,6
	Frauen	93,5
	Gesamt	88,8
Komplexe Spezialisten-tätigkeiten	Männer	82,9
	Frauen	92,3
	Gesamt	86,5
Hoch komplexe Tätigkeiten	Männer	80,1
	Frauen	90,3
	Gesamt	83,9

Differenziert nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (»» Diagramm 2.4.6) zeigt sich dieses Muster wesentlich bei den Männern, bei den Frauen sind die Anteilswerte hingegen anders verteilt: So sind die höchsten Anteile weiblicher Beschäftigter mit Diagnosen der Erkrankungsarten Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Störungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei denjenigen in Helfer- bzw. Anlern-tätigkeiten zu finden. Für diese drei Erkrankungsarten nehmen die Anteile der weiblichen Beschäftigten mit einer solchen Diagnose außerdem jeweils weiter ab, je höher das Tätigkeitsniveau ist. Dass die Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlern-tätigkeiten, wie zuvor festgestellt, insgesamt eine geringe Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung aufweisen, ist zum Teil auf eine geringere Inanspruchnahme von allgemeinen Untersuchungen, Vorsorgemaßnahmen sowie bei den Frauen Kontrazeptiva-Verschreibungen zurückzuführen. Am stärksten vom Gesamtwert negativ abweichend ist bei den weiblichen Helferinnen und Angelernten allerdings der Anteil mit diagnostizierten Urogenitalerkrankungen. Außerdem sind diese, wie auch

Diagramm 2.4.6 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



die Männer in geringeren Anteilen wegen Neubildungen und Atmungssystem-Erkrankungen beim Arzt gewesen. Bei letztgenannter Erkrankungsart sind es sowohl die Frauen als auch die Männer in fachlich ausgerichteten Tätigkeiten, bei denen die größten Anteile in ambulanter Behandlung waren (51,7% bzw. 46,3%). Bei den Männern ist der größte Anteil der wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen ambulant Behandelten mit 47,9% bei den fachlich ausgerichteten Tätigkeiten zu finden. Auch bei den psychischen Störungen weisen die männlichen Beschäftigten in fachlich ausgerichteten – hier allerdings zusammen mit denjenigen in Helfer- bzw. Anlern-tätigkeiten – den höchsten Anteilswert auf (25,1%). Um mehr als ein Viertel geringer (18,2%) ist hierbei der Anteil bei Männern, die hoch komplexe Tätigkeiten verrichten.

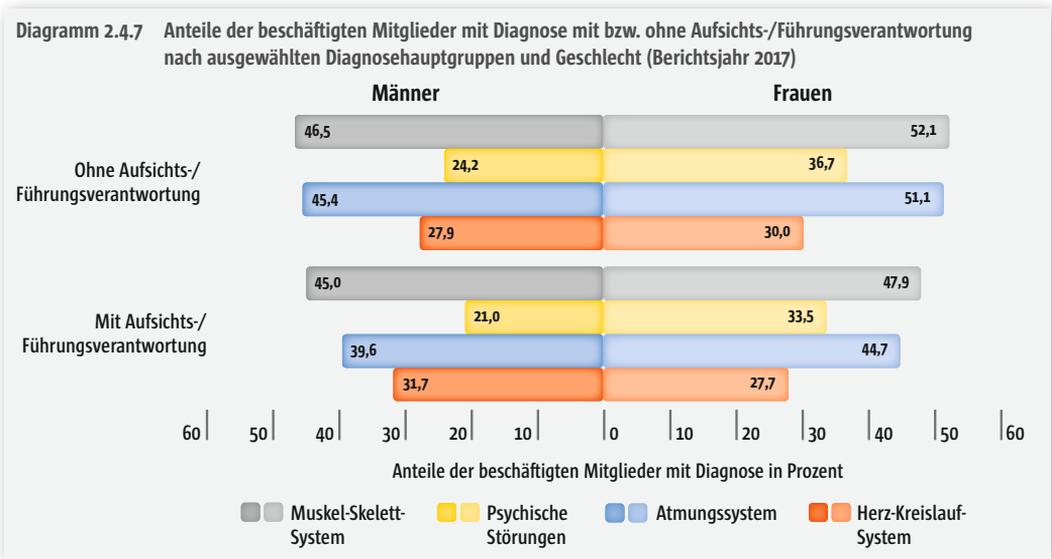
### Aufsichts- und Führungsverantwortung

Wie **»»** Tabelle 2.4.3 erkennen lässt, besteht zwischen Beschäftigten mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung nur ein relativ geringer Unterschied hinsichtlich der allgemeinen Inanspruchnahme. Dabei ist die Differenz bei den Gesamtwerten mit

fast 3 Prozentpunkten noch am größten, was allerdings von dem großen Männeranteil (75,7%) in der Gruppe derjenigen mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung herrührt. Bei den Männern an sich unterschieden sich hingegen die beiden tätigkeits-

Tabelle 2.4.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

Aufsichts-/Führungsverantwortung	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	83,9
	Frauen	93,0
	Gesamt	88,1
Mit Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	83,2
	Frauen	91,2
	Gesamt	85,2



bezogenen Gruppen noch am geringsten. Wie zu erwarten, haben auch hier die Frauen in größeren Anteilen ambulante Versorgung in Anspruch genommen, bei diesen ist allerdings die Differenz zwischen den beiden tätigkeitsbezogenen Gruppen etwas ausgeprägter. Diejenigen Frauen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen mit 93,0% den insgesamt höchsten Anteilswert auf.

Betrachtet man auch hier wieder einzelne Erkrankungsarten, ergeben sich jedoch deutlichere Unterschiede, hierbei sind aber als mögliche Ursache auch Altersunterschiede zwischen den Gruppen zu berücksichtigen. So ist insbesondere der Anteil der Versicherten, die wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung in Behandlung waren, bei der durchschnittlich ältesten Gruppe im Vergleich – den männlichen Aufsichts- bzw. Führungspersonen – am höchsten (» Diagramm 2.4.7). Letztgenannte Gruppe bekommt ebenfalls größere Mengen von Medikamenten mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System verordnet (» Kapitel 4.4.3) – allerdings weisen die männlichen Aufsichts- bzw. Führungspersonen gegenüber denjenigen ohne eine solche Funktion nicht mehr Behandlungstage aufgrund Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf, zudem ist die Verweildauer pro Fall im Krankenhaus niedriger (» Kapitel 3.4.3). Hinsichtlich der drei weiteren hier dargestellten Krankheitsarten sind bei beiden Geschlechtern die Anteile Versicherter mit einer solchen Diagnose bei den Aufsichts- bzw. Führungsverantwortlichen niedriger als bei denen ohne eine solche Funktion.

Der relativ größte Unterschied besteht dabei noch bei den Männern, die aufgrund psychischer Störungen in Behandlung sind (24,2% vs. 21,0%), am geringsten ist er bei diesen hingegen bei den Muskel-Skelett-Krankheiten. Dabei zeigt sich auch wieder ein bedeutender Unterschied zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen: Männliche Beschäftigte ohne eine Aufsichts- bzw. Führungsfunktion fallen im Durchschnitt deutlich mehr Tage aufgrund solcher Erkrankungen arbeitsunfähig aus (in 2017 über 70% mehr AU-Tage), als diejenigen mit einer solchen Funktion.

### Vertragsform

Im Vergleich unterschiedlicher Vertragsformen (» Tabelle 2.4.4) sind insbesondere die Unterschiede zwischen befristeten und unbefristeten Teilzeitverträgen sehr groß: Von denjenigen, die unbefristet in Teilzeit arbeiten, waren 89,9% in ambulanter Behandlung, während nur 78,9% der in befristet in Teilzeit Beschäftigten im aktuellen Berichtsjahr ambulant eine Diagnose erhalten haben. Hierbei ist aber auch zu bedenken, dass die unbefristet in Teilzeit Tätigen die älteste hier abgebildete Gruppe ist (Durchschnittsalter 46,1 Jahre), während das Durchschnittsalter der befristet in Teilzeit Beschäftigten demgegenüber etwa 6 Jahre niedriger ist. Die jüngste Subgruppe (Durchschnittsalter 30,6 Jahre) in diesem Vergleich sind allerdings die befristet in Vollzeit Beschäftigten (darunter fallen auch viele Auszubil-

Diagramm 2.4.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

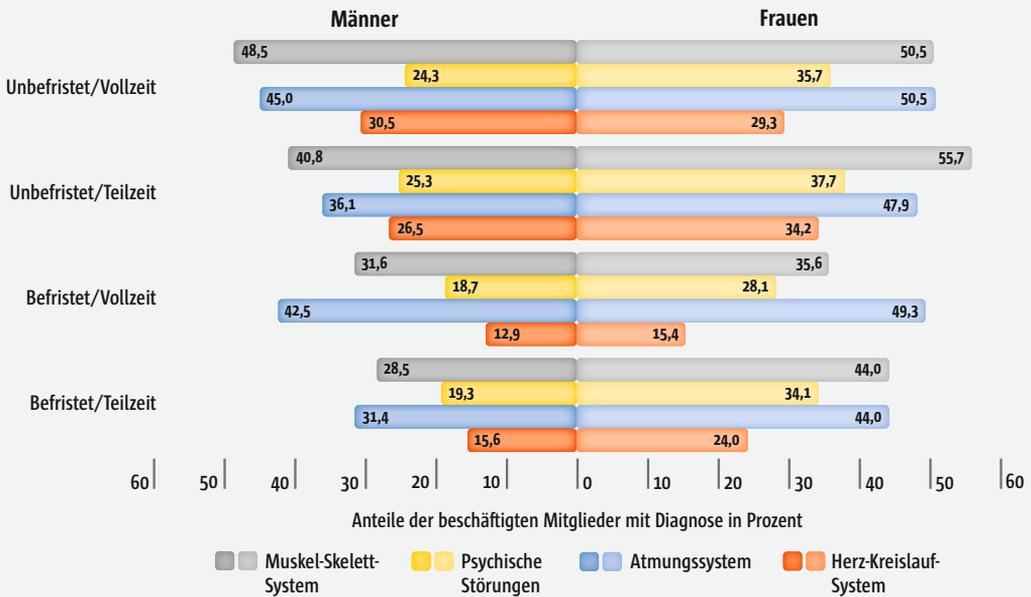


Tabelle 2.4.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

Vertragsformen	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Unbefristet/Vollzeit	Männer	85,1
	Frauen	93,2
	Gesamt	87,6
Unbefristet/Teilzeit	Männer	75,0
	Frauen	92,8
	Gesamt	89,9
Befristet/Vollzeit	Männer	73,6
	Frauen	86,2
	Gesamt	78,9
Befristet/Teilzeit	Männer	64,0
	Frauen	84,1
	Gesamt	79,0

dende und Berufsanfänger), aber auch deren Inanspruchnahme ist höher als die der befristet in Teilzeit Arbeitenden. Bei Letztgenannten ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern zudem am größten: Der Anteil der befristet in Teilzeit beschäftigten Frauen mit mindestens einer Diagnose beträgt 84,1%, der Anteil der Männer in einer solchen Vertragsform hingegen nur 64,0%. Gegenüber dem Geschehen in der stationären Versorgung (» Kapitel 3.4.3) zeigt sich insbesondere bei den Männern, die unbefristet in Teilzeit arbeiten, ein Kontrast: Von denen ist nur ein unterdurchschnittlicher Anteil (75,0%) in ambulanter Behandlung gewesen, diese weisen aber die höchste Anzahl an stationären Behandlungstagen auf.

In der Differenzierung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (» Diagramm 2.4.8) sind es die Vollzeitbeschäftigten mit befristetem Vertrag, von denen der geringste Anteil eine Diagnose einer Herz-Kreislauf-Erkrankung bekommen hat (Männer: 12,9%; Frauen: 15,4%) – was auch aufgrund des schon zuvor erwähnten geringeren Altersdurchschnitts zu erwarten ist. Auch sind psychische Störungen in dieser Subgruppe sowohl bei den Männern (18,7%) als auch den Frauen (28,1%) beim relativ geringsten Anteil Grund einer Konsultation gewesen. Die höchsten Anteile mit diagnostizierten psychischen

Störungen sind wiederum bei den unbefristet in Teilzeit Tätigen vorzufinden (Männer: 25,3%; Frauen: 37,7%). In dieser Subgruppe sind es auch die Frauen, die mit 55,7% den größten Anteil Beschäftigter aufweisen, die aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in Behandlung waren. Weiterhin auffällig ist außerdem der große Geschlechtsunterschied, der bei den befristet in Teilzeit Tätigen hinsichtlich Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen Störungen besteht: Hier sind 34,1% der Frauen, aber nur 19,3% der Männer aufgrund einer solchen Diagnose in ambulanter Behandlung gewesen. Zumal die befristet in Teilzeit tätigen Männer aufgrund von psychischen Störungen relativ viele stationäre Behandlungstage aufweisen (»» Diagramm 3.4.10).

**Arbeitnehmerüberlassung**

Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Durchschnitt über 3 Jahre jünger als jene, die in einem regulären Beschäftigungsverhältnis angestellt sind. Außerdem ist bei der Interpretation der in »» Tabelle 2.4.5 dargestellten Anteilswerte zu berücksichtigen, dass der Männeranteil bei diesen gegenüber den Beschäftigten insgesamt höher ist. Tatsächlich ist der Unterschied hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung zwischen den beiden Beschäftigtengruppen deutlich, so sind nur 69,5% der Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung aber 88,3% der Beschäftigten in anderen Ver-

**Tabelle 2.4.5** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

Arbeitnehmerüberlassung	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Mit Arbeitnehmerüberlassung	Männer	66,2
	Frauen	76,6
	Gesamt	69,5
Ohne Arbeitnehmerüberlassung	Männer	84,2
	Frauen	93,2
	Gesamt	88,3

tragsverhältnissen in 2017 in ambulanter Behandlung gewesen. Diese Relationen bestehen in ähnlicher Form auch bei beiden Geschlechtern.

Auch in der Betrachtung nach einzelnen Diagnosehauptgruppen sind von den Beschäftigten in Leih- bzw. Zeitarbeit durchweg geringere Anteile in ambulanter Behandlung gewesen im Vergleich zu denen, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung arbeiten. Bei den vier in »» Diagramm 2.4.9 dargestellten Diagnosehauptgruppen ist die Differenz zwischen

**Diagramm 2.4.9** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

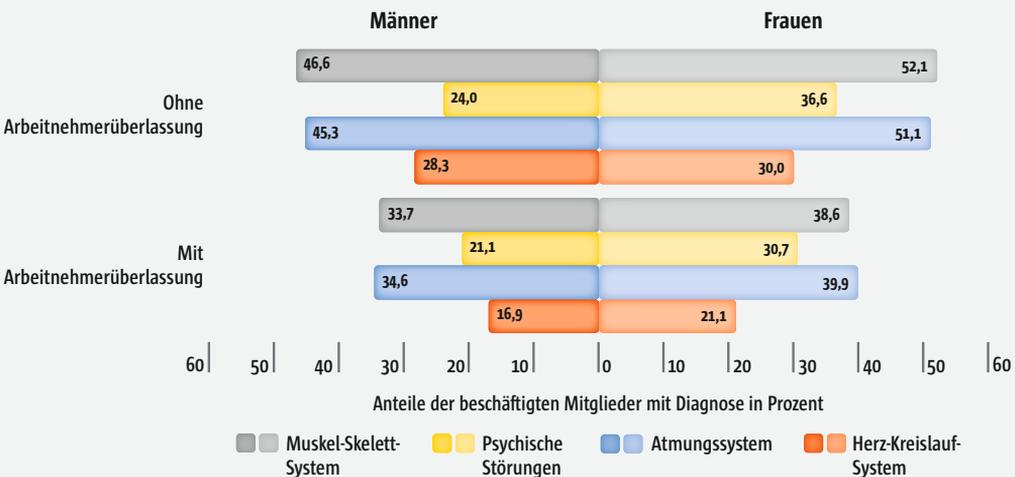
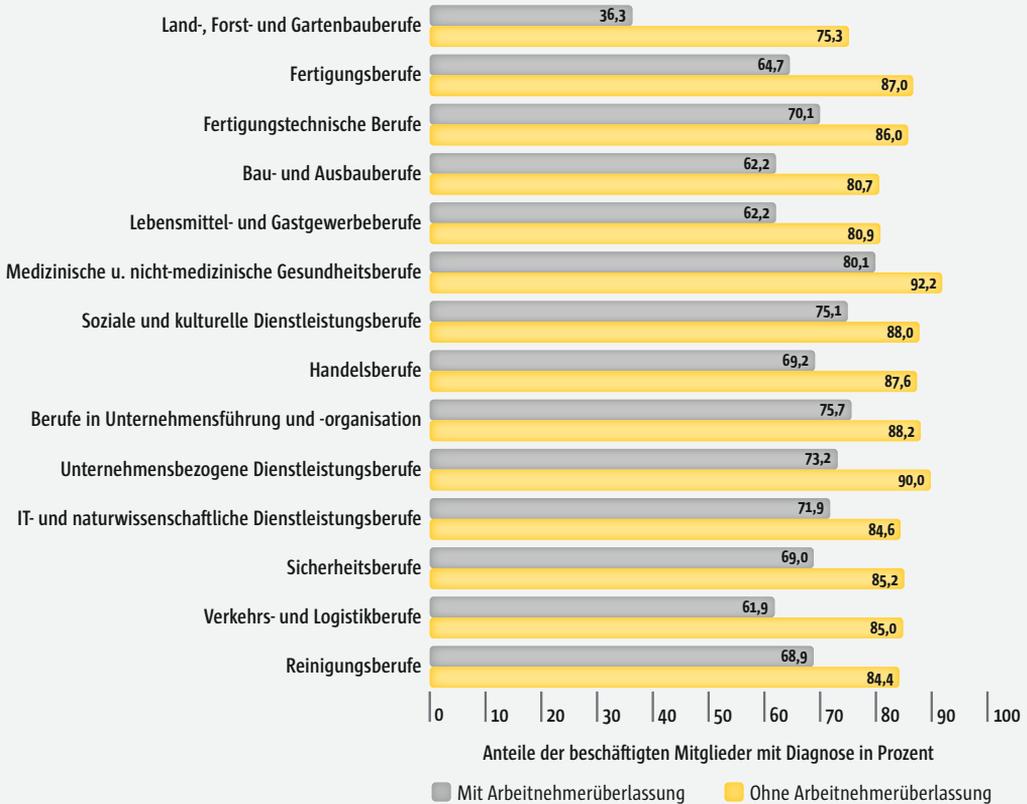


Diagramm 2.4.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2017)



diesen beiden Gruppen relativ am größten bei den Herz- Kreislauf-Erkrankungen, sowohl bei den Frauen (21,1% vs. 30,0%) als auch bei den Männern (16,9% vs. 28,3%). Da die Anteile der Versicherten mit einer solchen Diagnose mit zunehmendem Alter steigen (III Kapitel 2.2.1), ist zumindest die Richtung dieses Unterschieds auch entsprechend zu erwarten. Entgegengesetzt wäre hingegen die Erwartung bei den Atemwegserkrankungen – Versicherte sind mit steigendem Alter seltener aufgrund dessen in ambulanter Behandlung: Hier ist aber bei beiden Geschlechtern die Differenz deutlich, mit um mehr als ein Viertel höheren Anteilen bei denjenigen Beschäftigten, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung tätig sind.

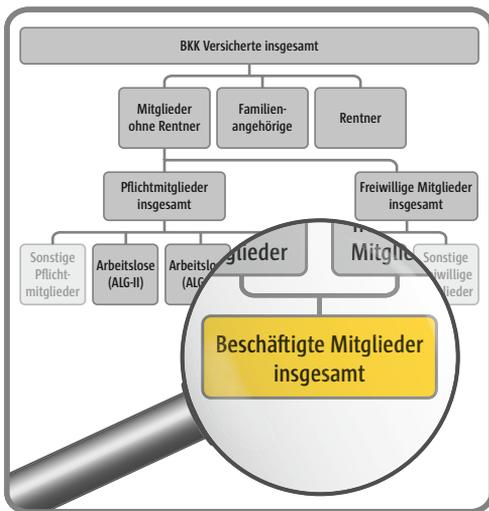
Entsprechend der bisherigen Erkenntnisse zeigt sich auch für alle Berufssegmente eine geringere Inanspruchnahmequote bei den Leih- bzw. Zeitarbeitern im Vergleich zu denen, die nicht in Arbeitneh-

merüberlassung arbeiten (III Diagramm 2.4.10). Besonders niedrig ist dabei der Anteil derer, die in ambulanter Behandlung waren bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen in Arbeitnehmerüberlassung: Nur 36,3% waren im Jahr 2017 bei einem niedergelassenen Arzt oder Therapeuten. Interessante Unterschiede ergeben sich weiterhin aus dem Vergleich zu den anderen Leistungsbereichen: So sind die Leih- bzw. Zeitarbeiter in medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen an deutlich überdurchschnittlich vielen Tagen arbeitsunfähig gewesen (III Diagramm 1.4.19), was sich zumindest auch in dem Anteilswert von 80,1% für die in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen wiederfindet. Allerdings sind von dieser Berufsgruppe diejenigen in direkter Anstellung häufiger in ambulanter Behandlung, diese weisen aber wesentlich weniger AU-Tage auf. Auch die Beschäftigten in Reinigungs- sowie in Bau- und Ausbauberufen waren überdurchschnittlich viele

Tage arbeitsunfähig gemeldet. Die Reinigungsberufe sind neben den Sicherheitsberufen zudem diejenigen Berufsgruppen, die bei den Leih- bzw. Zeitarbeitern die größten Mengen an Arzneimittelverordnungen erhalten haben (»» Diagramm 4.4.11). Diese Auffälligkeiten gehen allerdings nicht mit einer generell höheren Inanspruchnahme ambulanter Leistungen einher.

gen erhalten haben (»» Diagramm 4.4.11). Diese Auffälligkeiten gehen allerdings nicht mit einer generell höheren Inanspruchnahme ambulanter Leistungen einher.

## 2.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+



Wie auch in den anderen Kapiteln soll nachfolgend ein vertiefender Blick auf die Beschäftigten 50+ geworfen werden. Hintergrund des aktuellen Schwerpunktthemas ist der sich vollziehende demografische Wandel in Deutschland und dabei nicht zuletzt in der Arbeitswelt: Im aktuellen Berichtsjahr 2017 sind schon rund ein Drittel der bei Betriebskrankenkassen versicherten beschäftigten Mitglieder mindestens 50 Jahre alt – und der Anteil dieser „Generation 50+“ in den Belegschaften wird voraussichtlich noch weiter zunehmen. Dabei sind einige Branchen und Berufe stärker betroffen als andere, wie schon die Analysen im **III** Kapitel 1.5 darlegen (weitere Details zur Altersstruktur der Beschäftigten sind ebenfalls zu finden).

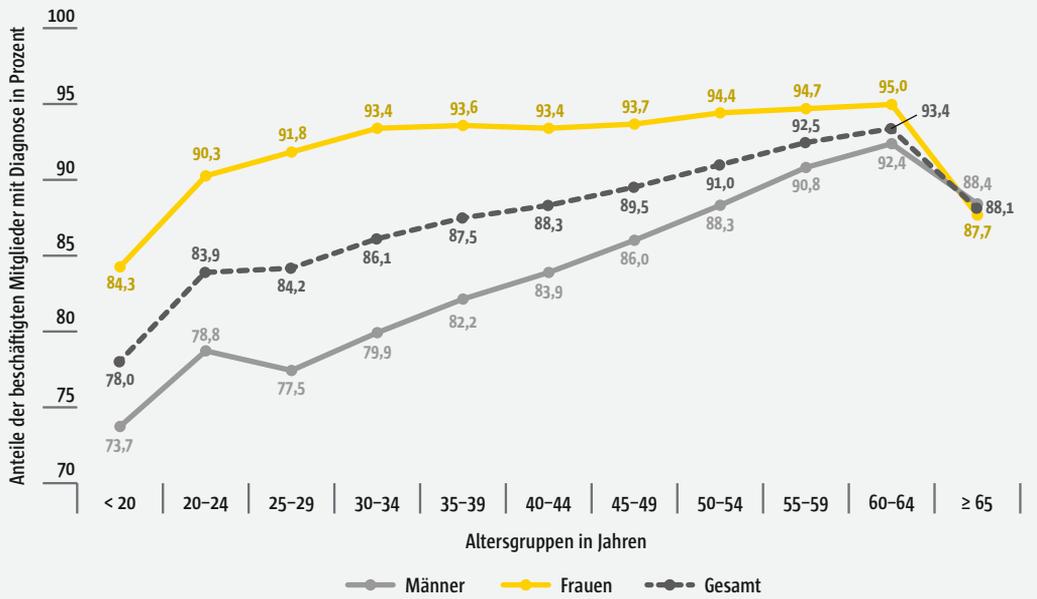
Auch in den bisherigen Analysen dieses Kapitels wurde mehrfach der Zusammenhang zwischen dem Alter und der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen dargelegt. Wie das **III** Diagramm 2.5.1 darstellt, sind bei den beschäftigten Mitgliedern eben-

falls die Männer teils in deutlich geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen. Zwei Aspekte fallen dabei im Vergleich zu allen Versicherten (**III** Diagramm 2.2.2) auf: Zum einen waren die Altersgruppen bis 29 Jahre in geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung. Insbesondere die Beschäftigten jünger als 20 Jahre weisen eine niedrige Inanspruchnahme auf, so ist bei dem männlichen Teil dieser Altersgruppe für weniger als drei Viertel überhaupt irgendeine ambulante vergebene Diagnose dokumentiert. Zum anderen zeigt sich zur ältesten Gruppe ein deutlicher „Knick“ in der Inanspruchnahme. In Abgleich mit dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sowie der stationären Versorgung liegt es nahe, dass auch hier der „healthy worker effect“ eine Rolle spielt, d.h. dass Beschäftigte in dieser Altersgruppe gesünder erscheinen, weil diejenigen mit schlechterer gesundheitlicher Verfassung schon in jüngeren Jahren aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind: So sind die Beschäftigten im Alter von 65 Jahren und älter nicht nur in geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen, sondern diese Gruppe weist auch durchschnittlich weniger Fehltagetage genauso wie weniger stationäre Behandlungstage auf.

### 2.5.1 Auswertungen nach Diagnosehauptgruppen

- Die Beschäftigten der Generation 50+ sind am häufigsten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung. Außerdem ist immerhin mehr als die Hälfte wegen Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen beim Arzt gewesen.
- Keine oder nur geringe Unterschiede in der Inanspruchnahmequote im Vergleich der Beschäftigten 50+ zu den Jüngeren sind hingegen bei Infektionen, Atemwegserkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen zu verzeichnen.

Diagramm 2.5.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



Die Beschäftigten der Generation 50+ sind am häufigsten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen (» Diagramm 2.5.2). Männer und Frauen unterscheiden sich hierbei nicht deutlich in ihrer Inanspruchnahme (Männer 61%; Frauen 67%), wohl aber gibt es einen erheblichen Unterschied zu den Beschäftigten unter 50 Jahren, deren Anteilswerte um rund ein Drittel geringer sind. Wie zu erwarten, fällt die Differenz zwischen den beiden Altersgruppen am stärksten bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus, bei den Beschäftigten ab 50 Jahren ist jede(r) Zweite deshalb in Behandlung gewesen, bei den Jüngeren hingegen nur etwa jeder sechste männliche und jede vierte weibliche Beschäftigte. Große Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen den Geschlechtern für beide Altersgruppen zeigen die Anteilswerte für die Krankheiten des Urogenitalsystems: Deshalb sind die Frauen jünger als 50 Jahre sogar zu fast zwei Dritteln in Behandlung gewesen, bei den Frauen ab 50 Jahren immerhin 58%. Demgegenüber haben nur relativ geringe Anteile der Männer eine solche Diagnose bekommen. Hingegen zumindest etwas häufiger sind die jüngeren Beschäftigten im Vergleich zu den Älteren aufgrund von Atemwegserkrankungen sowie Infektionen ambulant behandelt worden. Außerdem besteht bezüglich Verletzungen bzw. Ver-

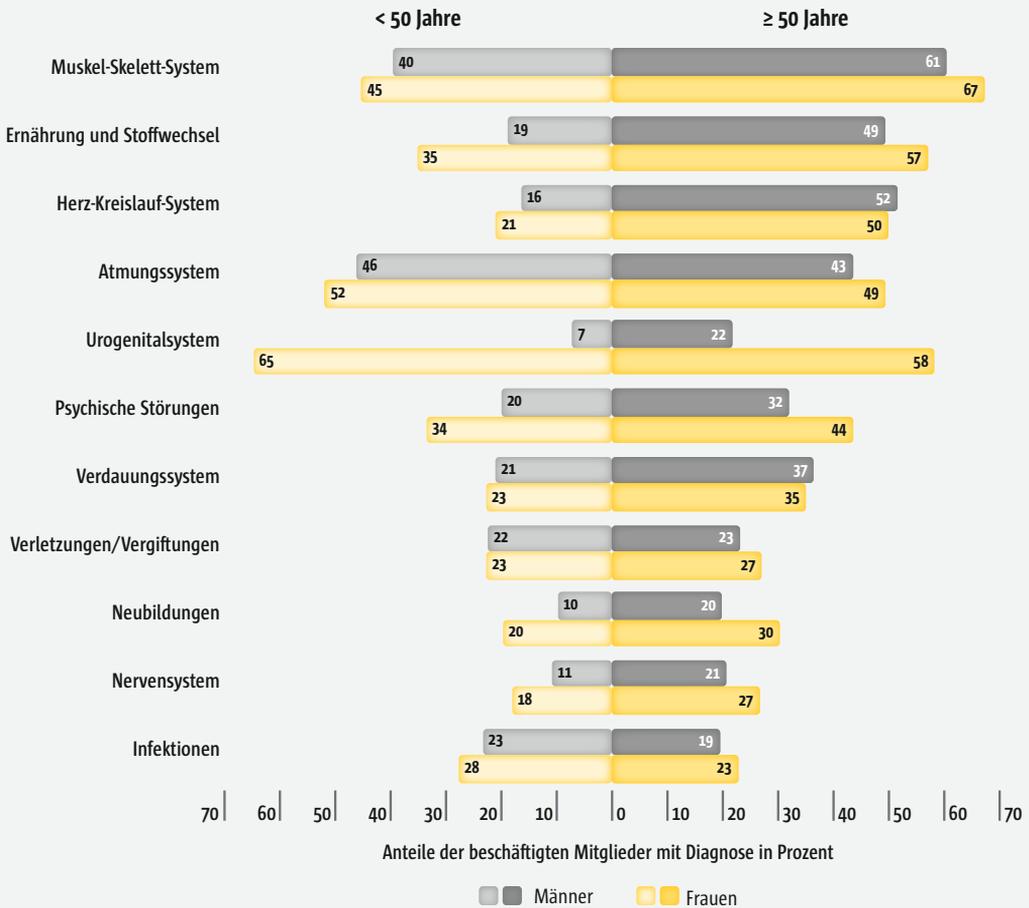
giftungen zwischen den beiden Alterskohorten nur ein Unterschied von wenigen Prozentpunkten bei den Diagnoseanteilen.

Für eine eingehendere Analyse des Krankheitsgeschehens sind im Folgenden exemplarisch die Diagnosehauptgruppen Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Störungen, Krankheiten des Atmungssystems sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit feinerer Unterteilung der Altersgruppen dargestellt.

### Muskel-Skelett-System

Wie das » Diagramm 2.5.3 aufzeigt, steigen die Anteile derer, die ambulant eine Muskel-Skelett-Erkrankung diagnostiziert bekommen haben, über eine große Altersspanne kontinuierlich an: Waren von den unter 20-Jährigen rund ein Viertel deshalb in ambulanter Behandlung gewesen, so sind es bei den 40- bis 44-Jährigen rund die Hälfte und bei den 60- bis 64-Jährigen fast zwei Drittel der Beschäftigten. Der Geschlechtsunterschied fällt dabei ebenfalls durchgehend nur gering aus, im Durchschnitt ist der Anteilswert bei den Frauen in den Altersgruppen jeweils rund fünf Prozentpunkte höher. Die Anteilswerte gehen bei den Beschäftigten ab 65 Jahren wieder etwas zurück, allerdings ist hier die Reduktion

Diagramm 2.5.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



bei weitem nicht so stark wie im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»» Kapitel 1.5.1) und in der stationären Versorgung (»» Kapitel 3.5.1), wo sich die Anzahl der AU-/KH-Fälle und -Tage in etwa halbiert.

### Psychische Störungen

Auch die Anzahl von Beschäftigten mit einer diagnostizierten psychischen Störung steigt bis zur Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen kontinuierlich an (»» Diagramm 2.5.4), wobei für diese Diagnosegruppe allerdings ein größerer Geschlechtsunterschied erkennbar ist. In den Altersgruppen zwischen dem 20. und 49. Lebensjahr sind die Anteilswerte bei den Frauen um die Hälfte größer als bei den Männern,

am größten ist die Differenz bei den 30- bis 39-Jährigen. Auch hier zeigt sich bei den Beschäftigten ab 65 Jahren nur ein moderater Rückgang der Inanspruchnahme – anders als im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, wo die Kennwerte bei der ältesten Beschäftigtengruppe um mehr als die Hälfte zurückgehen. Bei den Kennzahlen der stationären Versorgung ist der Rückgang sogar noch größer und dieser setzt schon bei den 60- bis 64-Jährigen ein.

### Krankheiten des Atmungssystems

Bei den Krankheiten des Atmungssystems sind die geringsten Unterschiede zwischen den Altersgruppen zu verzeichnen (»» Diagramm 2.5.5). Von den 20- bis

Diagramm 2.5.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für das Muskel-Skelett-System nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



Diagramm 2.5.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

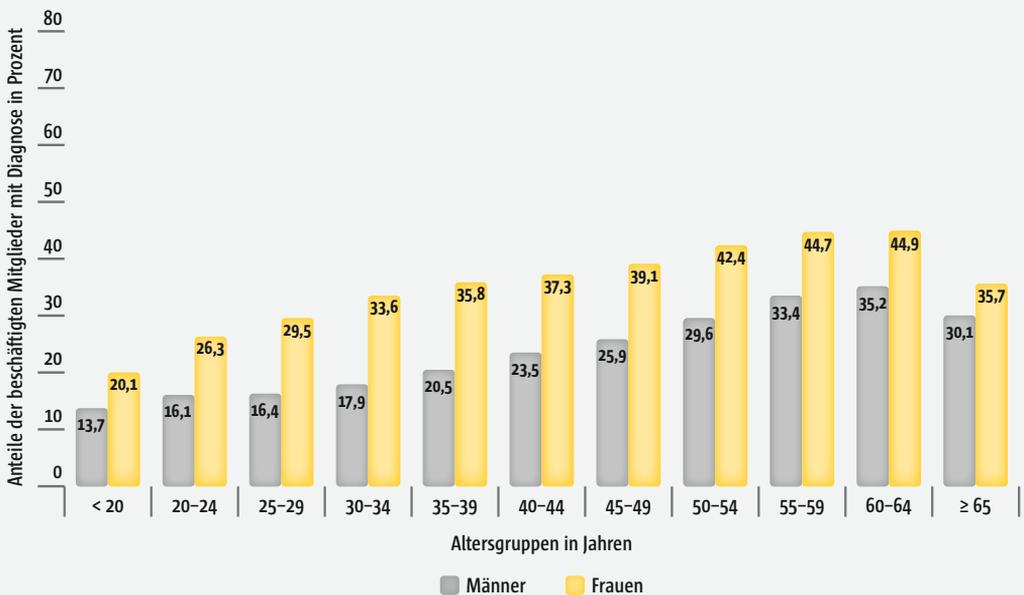
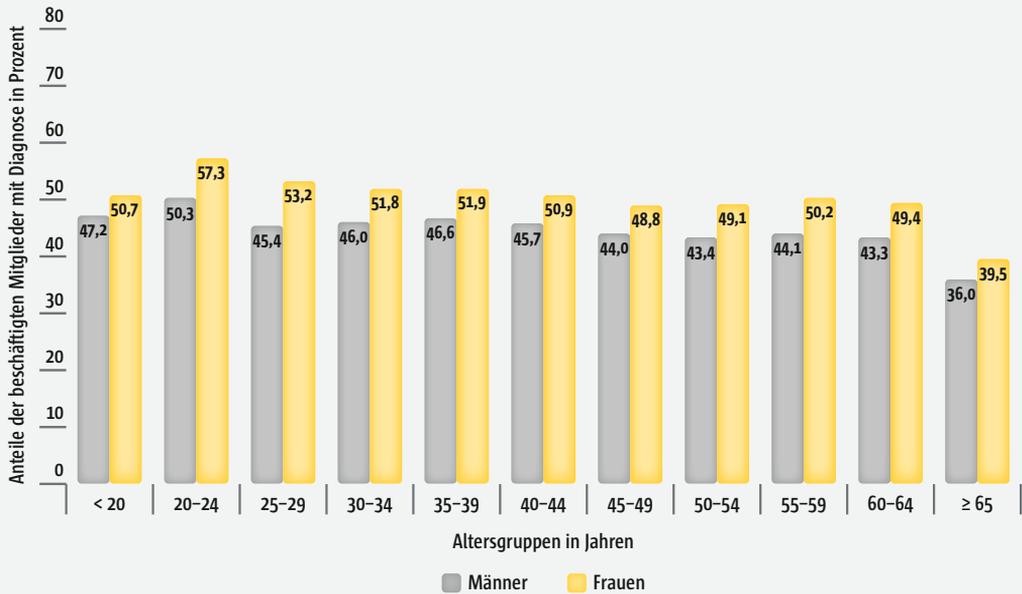


Diagramm 2.5.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für das Atmungssystem nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



24-jährigen sind noch die größten Anteile wegen einer solchen Erkrankung im ambulanten Behandlung gewesen, und zwar 50,3% der Männer und 57,3% der Frauen. Die Anteilswerte der nachfolgenden Altersgruppen liegen demgegenüber etwas niedriger und schwanken nur um wenige Prozentpunkte. Auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen weisen die 20- bis 24-jährigen höhere Werte bei AU-Fällen und -Tagen auf (III Kapitel 1.5.1), allerdings sind die Kennwerte bei den unter 20-Jährigen noch höher. Danach zeigt sich zumindest eine gewisse Parallele zwischen den beiden Leistungsbereichen: Wegen Atemwegserkrankungen werden in etwa gleichbleibend viele Beschäftigte behandelt und auch in etwa gleichbleibend viele Arbeitsunfähigkeitsatteste ausgestellt – Beschäftigte 50+ sind dann allerdings länger krankgeschrieben. Wie schon bei den vorherig dargestellten Erkrankungsarten ist der Rückgang der Kennwerte bei den ab 65-jährigen im AU-Geschehen deutlich stärker ausgeprägt als in der ambulanten Versorgung.

### Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigt sich hingegen kein Rückgang der Anteile Beschäftigter mit

einer solchen Diagnose in der Altersgruppe ab 65 Jahren (III Diagramm 2.5.6). Vielmehr steigen die Kennwerte fast durchweg kontinuierlich an. Frauen weisen dabei bis zur Altersgruppe der 50- bis 54-jährigen leicht höhere Anteile auf, während bei den darüber liegenden Altersgruppen die Männer eine leicht höhere Inanspruchnahmequote aufweisen. Ein deutlicher Geschlechtsunterschied wie bei den Verordnungsmengen von Arzneimitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (III Diagramm 4.5.4) mit deutlich höheren Werten bei den Männern ist hier hingegen nicht vorzufinden. Die Kontinuität der Steigerung der Anteilswerte spiegelt aber vielmehr ein über die Gruppe der Beschäftigten hinausgehendes Phänomen wider: So nehmen auch die Verordnungsmengen für kardiovaskulär wirkende Medikamente jenseits des Renteneintrittsalters kontinuierlich zu, schwerwiegende Vorfälle wie z.B. Herzinfarkt oder Schlaganfall sind ebenfalls am häufigsten jenseits des 65. Lebensjahrs. So treten entsprechend bei den stationären Behandlungsfällen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen fast zwei Drittel bei Patienten im Rentenalter auf.

Diagramm 2.5.6 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für das Herz-Kreislauf-System nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



### 2.5.2 Auswertungen nach Regionen

- Die Inanspruchnahmequote in der ambulanten Versorgung steigt in allen Bundesländern bis zur Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen an, bei den Beschäftigten ab 65 Jahren ist diese dann aber wieder etwas geringer.
- Die größte Differenz bei den Anteilen Beschäftigter mit mindestens einer Diagnose besteht dabei bei denjenigen ab 65 Jahren: In Berlin haben nur 83% eine Diagnose erhalten, hingegen in Thüringen waren es über 8 Prozentpunkte mehr.

Der schon beschriebene Rückgang der Inanspruchnahmequote in der Altersgruppe der Beschäftigten ab 65 Jahren findet sich auch in der regionalen Betrachtung differenziert nach Bundesländern wieder (» Diagramm 2.5.7). Dabei weisen die Beschäftigten in Berlin – von denen schon in der Gesamtbetrachtung nur die geringsten Anteile eine ambulante Diagnose aufgewiesen haben – auch in allen Altersgruppen ab 50 Jahren die niedrigsten Anteilswerte auf. Die größte Differenz im Vergleich der Bundesländer ergibt sich dabei bei den Beschäftigten ab 65 Jahren: In Berlin war für 83,2% mindestens eine Diagnose dokumentiert, in Thüringen waren es hin-

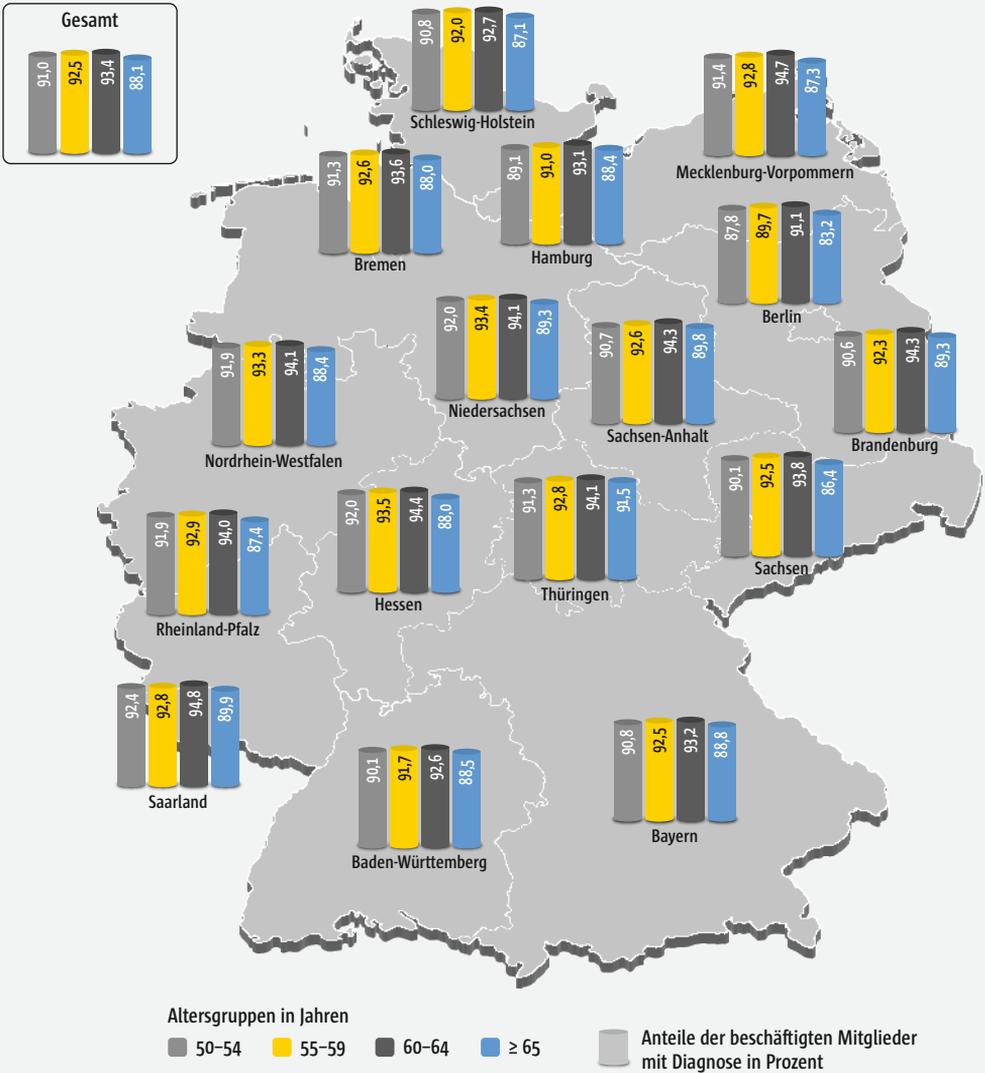
gegen mit 91,5% über 8 Prozentpunkte mehr. Die relativ niedrige Inanspruchnahme in Berlin geht dabei nicht mit entsprechend weniger Fehlzeiten im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Diagramm 1.5.8) oder geringeren Mengen an verordneten Arzneimitteln (» Diagramm 4.5.6) einher.

### 2.5.3 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Besonders in Wirtschaftsgruppen mit vielen Kontakten zu anderen Menschen sind sehr hohe Anteile aufgrund von Atemwegserkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen. Dabei unterscheiden sich die Altersgruppen nicht voneinander.
- Hohe Anteile Beschäftigter 50+, die wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen ambulant behandelt werden, finden sich im Bereich Verkehr und Logistik, die niedrigsten hingegen in Kunst und Unterhaltung.

Eine relativ breite Varianz in den Anteilen der Beschäftigten 50+ mit mindestens einer Diagnose ist in der differenzierten Betrachtung nach Wirtschaftsabteilungen zu erkennen (» Tabelle 2.5.1). Bei diesen sind es die Beschäftigten in der öffentlichen Verwal-

Diagramm 2.5.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)



tung, Verteidigung bzw. Sozialversicherung sowie im Gesundheitswesen, von den mit 94,5% der größte Anteil in diesem Vergleich im aktuellen Berichtsjahr mindestens einmal einen niedergelassenen Arzt oder Therapeuten konsultiert hat. Über 20 Prozentpunkte weniger waren es hingegen bei denjenigen die in Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften tätig sind. Der hier dargestellte Vergleich zu den Beschäftigten jünger als 50 Jahre offenbart zudem, dass bei

den Jüngeren zumindest in der Tendenz eine ähnliche Reihung vorzufinden ist: Diejenigen Berufe, die bei den Älteren überdurchschnittliche Inanspruchnahmekquoten aufweisen, haben auch überdurchschnittliche Anteilswerte bei den Jüngeren. Ebenso sind in beiden Altersgruppen für die gleichen Wirtschaftsgruppen unterdurchschnittliche Anteilswerte zu finden. So weisen auch die in Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften Tätigen den zweitniedrigsten

**Tabelle 2.5.1** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den höchsten/niedrigsten Anteilen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)

WZ-2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	< 50 Jahre	≥ 50 Jahre
		Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent	
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	89,0	94,5
86	Gesundheitswesen	91,6	94,5
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	89,5	93,8
36	Wasserversorgung	87,3	93,7
51	Luftfahrt	88,7	93,5
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	90,5	93,5
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen	89,3	93,3
35	Energieversorgung	87,2	93,3
85	Erziehung und Unterricht	84,9	93,2
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen	86,9	93,0
	<b>Gesamt</b>	<b>86,4</b>	<b>91,9</b>
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	71,2	86,4
56	Gastronomie	73,1	86,1
55	Beherbergung	80,9	85,9
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation	77,2	85,7
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	79,2	85,5
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen	85,6	83,7
41	Hochbau	73,6	83,1
1	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	62,7	78,4
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	68,0	78,3
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	66,2	73,9

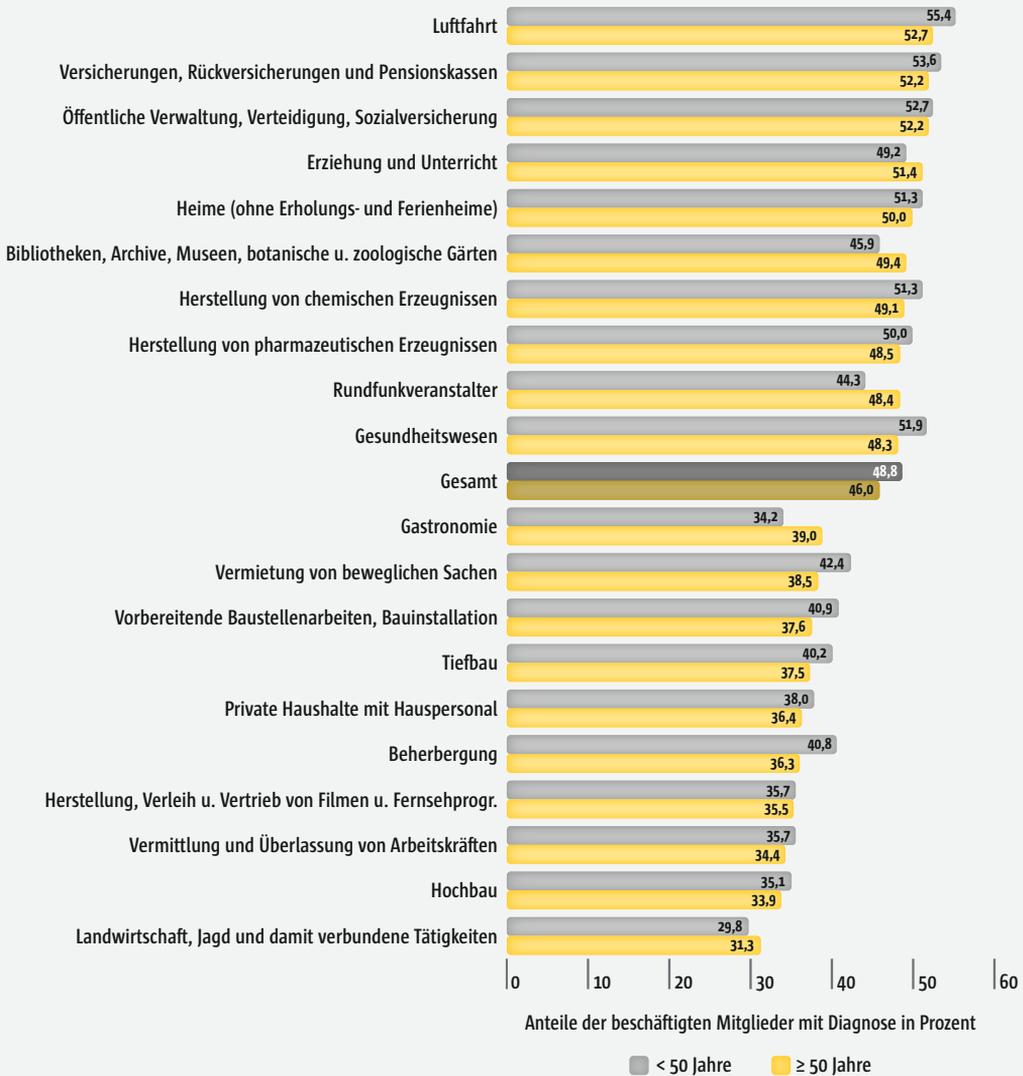
Anteilswert bei den Beschäftigten unter 50 Jahren auf, nur von den in Landwirtschaft und Jagd Beschäftigten waren noch geringere Anteile in ambulanter Behandlung gewesen.

Im Folgenden werden differenziert nach Wirtschaftsgruppen die Anteile der Beschäftigten 50+ mit einer Diagnose für das Herz-Kreislauf-System sowie für Atmungssystemerkrankungen dargestellt. Bei diesen Erkrankungsarten spielt weniger die konkre-

te Tätigkeit, dafür aber mehr das generelle Umfeld der Branche eine Rolle.

Wie das  Diagramm 2.5.8 aufzeigt, bestehen bei den Krankheiten des Atmungssystems wie zu erwarten kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen, wohl aber schwankt die Inanspruchnahmequote zwischen den Branchen. Wie auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und bei den Verordnungen von Antiinfektiva ist auch in der ambulan-

**Diagramm 2.5.8** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für das Atmungssystem nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den höchsten/niedrigsten Anteilen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)



ten Versorgung der Spitzenwert für die Beschäftigten in der Luftfahrt zu verzeichnen: 52,7% der Beschäftigten 50+ in dieser Wirtschaftsgruppe sowie 55,4% von deren jüngeren Kollegen haben eine Diagnose mit Bezug zum Atmungssystem bekommen. Wie auch die nachfolgenden Wirtschaftsgruppen mit den höchsten Anteilswerten verdeutlichen, sind es oftmals diejenigen Branchen mit vielen Kontakten zu anderen Menschen (Versicherungen, öffent-

liche Verwaltung, Erziehung und Unterricht usw.), in denen oft Atmungssystemerkrankungen auftreten. Hingegen ist in Wirtschaftsgruppen mit hohem Anteil an Tätigkeiten auch außerhalb von geschlossenen Räumen (Baubranche, Landwirtschaft usw.) die Inanspruchnahmequote eher unterdurchschnittlich. Hierbei scheinen den Inanspruchnahmequoten zufolge die Beschäftigten 50+ auch nicht etwa anfälliger als die Jüngeren. Dieses Charakteristikum der

**Diagramm 2.5.9** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für das Herz-Kreislauf-System nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den höchsten/niedrigsten Anteilen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)



Atmungssystem-Erkrankungen lässt auch sich im AU-Geschehen sowie den Antiinfektiva-Verordnungen wiederfinden. Die geringsten Anteile Beschäftigter mit ambulant gestellten Diagnosen im aktuellen Berichtsjahr waren in Landwirtschaft, Jagd und damit verbundenen Tätigkeiten vorzufinden – mehr als 20 Prozentpunkt weniger als in der Luftfahrt.

Ein großer Anteil Beschäftigter, die wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen ambulant behandelt werden, geht i. d. R. mit einem höheren Durchschnittsalter innerhalb der jeweiligen Wirtschaftsgruppe einher. Auch bei einer Unterteilung in Beschäftigte 50+ und Jüngere (was die Varianz des Durchschnittsalters reduziert) ist bei denjenigen Wirtschaftsgruppen mit den höchsten Anteilen der Be-

schäftigten 50+ mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (III Diagramm 2.5.9) das Durchschnittsalter höher als bei denjenigen Wirtschaftsgruppen mit den niedrigsten Anteilswerten. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass auch Arbeitsbedingungen und -belastungen (insbesondere Nachtschicht- und Wechselschichtarbeit) Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen können. Am höchsten ist die Inanspruchnahmequote im aktuellen Berichtsjahr bei den Beschäftigten 50+ in Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen (56,9%), gefolgt von Wach- und Sicherheitsdiensten sowie Detekteien (56,5%). Am geringsten hingegen sind die Anteile der älteren Beschäftigtengruppe mit Diagnose bei den in Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen Tätigen (33,0%) gefolgt von Rundfunkveranstaltern. Auch hier lassen sich Parallelen zum Geschehen bei den Arzneimittelverordnungen deutlich erkennen, wobei bei diesen die Unterschiede (die größte Verordnungsmenge bei Wach- und Sicherheitsdiensten sowie Detekteien ist 3,3-mal so hoch wie die der in der Luftfahrt Beschäftigten) stärker ausfallen, als anhand der reinen Anteilswerte an ambulant gestellten Diagnosen abzulesen ist (III Diagramm 4.5.7).

#### 2.5.4 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Besonders viele Beschäftigte 50+ in Fertigungsberufen sowie in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen waren wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung.
- Besonders hohe Anteile der Beschäftigten 50+ mit diagnostizierten psychischen Störungen sind neben den Gesundheitsberufen auch bei anderen Berufen mit häufigem zwischenmenschlichem Kontakt zu finden.
- Bei beiden Erkrankungsarten zeigt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen jüngeren und älteren Beschäftigten: Berufsgruppen, die bei den unter 50-Jährigen über-/unterdurchschnittliche Anteile mit einer Diagnose aufweisen, zeigen auch bei den Beschäftigten 50+ über-/unterdurchschnittliche Inanspruchnahmequoten.

Abschließend werden die Anteile der Beschäftigten 50+ mit ambulant vergebenen Diagnosen bezogen auf die konkrete Tätigkeit miteinander verglichen. In III Tabelle 2.5.2 sind dafür zunächst die Berufshauptgruppen mit den höchsten bzw. niedrigsten Anteilswerten aufgelistet. Ähnlichkeiten

ergeben sich dabei naturgemäß auch zur zuvor dargestellten Differenzierung nach Wirtschaftsgruppen, so sind es auch die medizinischen bzw. nichtmedizinischen Berufe (die auch meist im Gesundheitswesen tätig sind), die sehr hohe Diagnoseanteile aufweisen. Ebenso finden die Berufe in Recht und Verwaltung, die mit 94,3% den höchsten Anteilswert aufweisen, ihre Entsprechung auf dem Spitzenplatz der Wirtschaftsgruppenliste. Die niedrigsten Werte sind hingegen für beide Altersgruppen bei den Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufen zu verzeichnen, gefolgt von den Hoch- und Tiefbauberufen.

Für eine eingehendere Betrachtung des Krankheitsgeschehens bei den Beschäftigten 50+ in verschiedenen Tätigkeiten werden nachfolgend die Muskel-Skelett-Krankheiten sowie die psychischen Störungen differenziert dargestellt.

Wie sich schon gut anhand von III Diagramm 2.5.10 erkennen lässt, gibt es dabei sehr starke Parallelen zwischen der Inanspruchnahmequote bei den Beschäftigten ab 50 Jahren und deren jüngeren Berufskollegen. Insbesondere bei den 10 höchsten Anteilswerten für Muskel-Skelett-Erkrankungen im Vergleich der Berufsgruppen ist sogar die Reihung bei beiden Altersgruppen sehr ähnlich. So führen bei den Beschäftigten 50+ die nichtmedizinischen Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe sowie Medizintechnik die Liste an, dicht gefolgt von den Textil- und Lederberufen. Beide Berufsgruppen weisen auch schon bei den Beschäftigten jünger als 50 Jahre die höchsten Diagnoseanteile auf. Insgesamt sind 8 von 10 Berufsgruppen mit den höchsten Kennwerten in beiden Altersgruppen identisch. Dabei tauchen in dieser Top-10-Liste äquivalent zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und zu den Verordnungsmengen von Arzneimitteln mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System viele Fertigungsberufe auf. Interessanterweise sind die Anteile mit einer solchen Diagnose bei den Bauberufen (Hoch-/Tiefbau, [Innen-]Ausbau) hingegen – anders als in diesen anderen Leistungssektoren – deutlich unterdurchschnittlich. Bei denjenigen Berufsgruppen mit den 10 niedrigsten Anteilen Beschäftigter mit einer Muskel-Skelett-Diagnose zeigten sich zwar bei den unter 50-Jährigen stärkere Differenzen in den Werten, aber auch hier sind insgesamt 7 der 10 aufgeführten Berufsgruppen auch bei denen, die die niedrigsten Anteilswerte bei den Beschäftigten 50+ aufweisen.

Noch etwas homogener, bis hin zu einer sehr ähnlichen Rangfolge bei den höchsten und niedrigsten Anteilswerten Beschäftigter mit einer ambulant

**Tabelle 2.5.2** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den höchsten/niedrigsten Anteilen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)

KldB- 2010- Code	Berufshauptgruppen	< 50 Jahre	≥ 50 Jahre
		Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent	
73	Berufe in Recht und Verwaltung	89,6	94,3
81	Medizinische Gesundheitsberufe	91,5	94,2
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	89,2	93,2
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	89,9	92,8
41	Mathematik, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	86,1	92,8
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	90,8	92,3
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	86,2	92,1
62	Verkaufsberufe	85,3	92,0
	<b>Gesamt</b>	<b>86,4</b>	<b>91,9</b>
28	Textil- und Lederberufe	84,8	91,7
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	81,0	91,6
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	77,8	89,1
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	81,2	88,9
43	Informatik, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	80,0	88,8
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	77,2	88,6
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	76,8	88,1
12	Gartenbauberufe und Floristik	80,0	87,1
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	69,6	84,1
33	(Innen-)Ausbauberufe	74,7	83,4
32	Hoch- und Tiefbauberufe	69,1	82,6
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	61,6	77,3

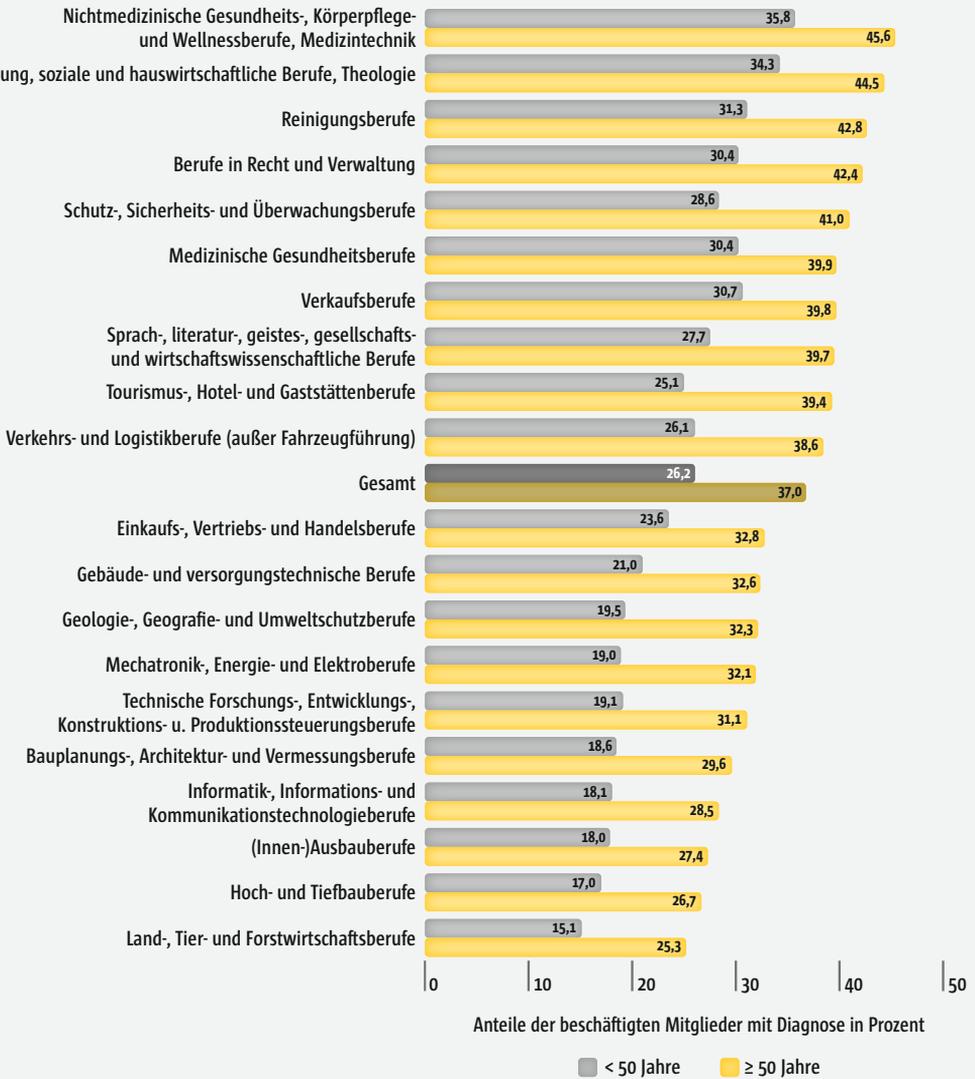
diagnostizierten psychischen Störung in beiden Altersgruppen, ist das Bild, was das  Diagramm 2.5.11 vermittelt. 8 von 10 der höchsten und genauso viele der niedrigsten Anteilswerte sind in beiden Altersgruppen vertreten. Dabei führen die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe vor Erziehungsberufen sowie den Reinigungsberufen die Liste in beiden Altersgruppen an. Übereinstimmend mit den Kennwerten im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und bei den Verordnungsmengen von Mitteln mit Wirkun-

gen auf das Nervensystem dominieren bei den höchsten Inanspruchnahmekoten Berufe aus dem Dienstleistungsbereich – vor allem sind es diejenigen Tätigkeiten, die in besonderem Maße das Arbeiten mit und für Menschen beinhalten. Bei den Berufen mit den niedrigsten Anteilswerten in beiden Altersgruppen handelt es sich dagegen insbesondere um Bau- und Technikberufe sowie die Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe.

Diagramm 2.5.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für das Muskel-Skelett-System nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den höchsten/niedrigsten Anteilen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)



Diagramm 2.5.11 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den höchsten/niedrigsten Anteilen der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)



## 2.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die ambulante Versorgung spiegelt in wesentlichen Teilen das alltägliche Krankheitsgeschehen wider, also alle medizinischen Versorgungsleistungen, die nicht aufgrund ihrer Schwere in Krankenhäusern erfolgen müssen. So finden hier Vorsorgemaßnahmen wie z.B. Impfungen, allgemeine Untersuchungen bis hin zur Behandlung von Beschwerden bis mittlerer Schwere sowie Nachsorge nach stationärem Aufenthalt statt. Entsprechend sind die weitaus meisten Versicherten – im Schnitt 9 von 10 – innerhalb eines Jahres mindestens einmal bei einem niedergelassenen Arzt oder Therapeuten gewesen. Bei den dabei am meisten vergebenen Diagnosen handelt es sich um als Zusatzinformationen erfasste Faktoren, die Einfluss auf den Gesundheitszustand haben und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen – worunter u.a. allgemeine Untersuchungen und Vorsorgemaßnahmen gezählt werden. Aber auch wegen Muskel-Skelett- und Atmungssystem-Erkrankungen ist fast jeder zweite Versicherte mindestens einmal im Jahr beim Arzt gewesen.

Ähnlich ist auch das allgemeine Krankheitsgeschehen bei der Gruppe der beschäftigten Mitglieder. Bei Hinzuziehung weiterer arbeitsweltlicher Faktoren zeigen sich aber für die Beschäftigten teils deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme, wobei Unterschiede zu anderen Leistungsbereichen auffallen: Im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und in der stationären Versorgung zeigt sich i. d. R., dass mit steigendem Tätigkeitsniveau (und ebenso mit höherem Schul- bzw. Berufsabschluss) die Fallzahlen und daraus resultierende AU- und KH-Tage geringer sind. In der ambulanten Versorgung sind indes die Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlern Tätigkeiten (genauso wie Beschäftigte ohne einen Schul- bzw. Berufsabschluss) teils deutlich weniger als andere Beschäftigte in Behandlung. Auch nehmen Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung fast immer in geringeren Anteilen ambulante Versorgung in Anspruch. Diese Unterschiede sind zwar auch, aber

nicht ausschließlich durch Altersunterschiede begründet, so sind Unterschiede im Gesundheitsverhalten bekannt, die wiederum Auswirkungen auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen haben können<sup>3</sup>: So ist die subjektiv wahrgenommene Gesundheit bei Personen mit niedrigerem Sozialstatus im Durchschnitt schlechter, gleichzeitig sind gesundheitsschädliche Verhaltensweisen (Rauchen, Bewegungsmangel etc.) bei diesen verbreiteter, Präventionsmaßnahmen werden aber weniger in Anspruch genommen. Ebenso kann das Arbeiten unter Unsicherheit (Leih- und Zeitarbeit, Befristung, nach Arbeitslosigkeitserfahrung etc.) ein anderes Inanspruchnahmeverhalten (z.B. trotz Krankheit zur Arbeit zu erscheinen) bewirken. Insgesamt werden möglicherweise Behandlungen nicht oder erst spät eingeleitet, wenn die unmittelbaren Beeinträchtigungen und Beanspruchungen durch eine Erkrankung sowie deren Folgen ist als gering erachtet werden.

Die Ausführungen zum diesjährigen Schwerpunktthema zeigen indes auf, dass schon die reine Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen durch ältere Beschäftigte einen Zusammenhang mit der ausgeübten Tätigkeit aufweist. Dabei ist es bemerkenswert, dass sich oftmals die Berufs- bzw. Wirtschaftsgruppen mit über- bzw. unterdurchschnittlichen Inanspruchnahmequoten in den

3 siehe u.a.

- Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, 2014
- Lampert, Kroll LE, von der Lippe E, Müters S, Stolzenberg H. Sozioökonomischer Status und Gesundheit Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsene in Deutschland (DEGS1), Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 814-821
- Altenhöner T, Philippi M, Böcken J. Gesundheitsverhalten und Änderungen im Gesundheitsverhalten – welche Relevanz haben Bildung und Schicht? Gesundheitswesen 2014; 76: 19-25

jüngeren und älteren Kohorten gleichen. Dies legt den Schluss nahe, dass die mit der Tätigkeit verbundene Arbeits- bzw. Gesundheitsbelastung in hohem Maße Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten und deren Inanspruchnahme von medizinischer Behandlung hat. Wie aber schon eingangs erwähnt, ist der Gang zum Arzt oder Therapeuten nur „der erste Schritt“ ins Gesundheitswesen, die weiteren in den anderen Kapiteln dargestellten Leistungsbereiche ergänzen dazu das Bild. So zeigt sich beispielsweise für Beschäftigte in Bauberufen, dass sich von diesen weniger als der Durchschnitt ambulant behandeln lassen – das gilt insgesamt, aber auch speziell bezogen auf Diagnosen aus dem Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen. Anscheinend gehen Beschäftigte in Bauberufen vorrangig dann zum Arzt, wenn die Beschwerden relativ groß sind, schließlich weisen die Beschäftigten (insbesondere

die Beschäftigten 50+) in Bauberufen überdurchschnittlich viele Arbeitsunfähigkeitstage genauso wie stationäre Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen auf, ebenso erhalten diese Berufe größere Mengen entsprechender Arzneimittel. Die Gesundheitsförderung in Betrieben kann und muss hier zu einer größeren Aufmerksamkeit für das Thema Gesundheit und Prävention bei Beschäftigten beitragen. Nichtsdestotrotz ist aber auch der ambulante Sektor ein wichtiger „Hebel“ für Prävention und Gesundheitsförderung, schließlich sind trotz aller Unterschiede in den Inanspruchnahmequoten i. d. R. die weitaus Meisten mindestens einmal im Jahr bei einem Arzt oder Therapeuten. Zukünftig wird durch den demografischen Wandel, aber auch durch die weitere Verlagerung ehemals stationär erbrachter Leistungen in den ambulanten Sektor dessen Bedeutung weiter steigen.

# Schwerpunkt Wissenschaft



# Demografischer Wandel auf dem Arbeitsmarkt und Erwerbstätige im Alter ab 50 Jahren

Stephan Lüken, Olga Pötzsch und Anja Crößmann  
Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

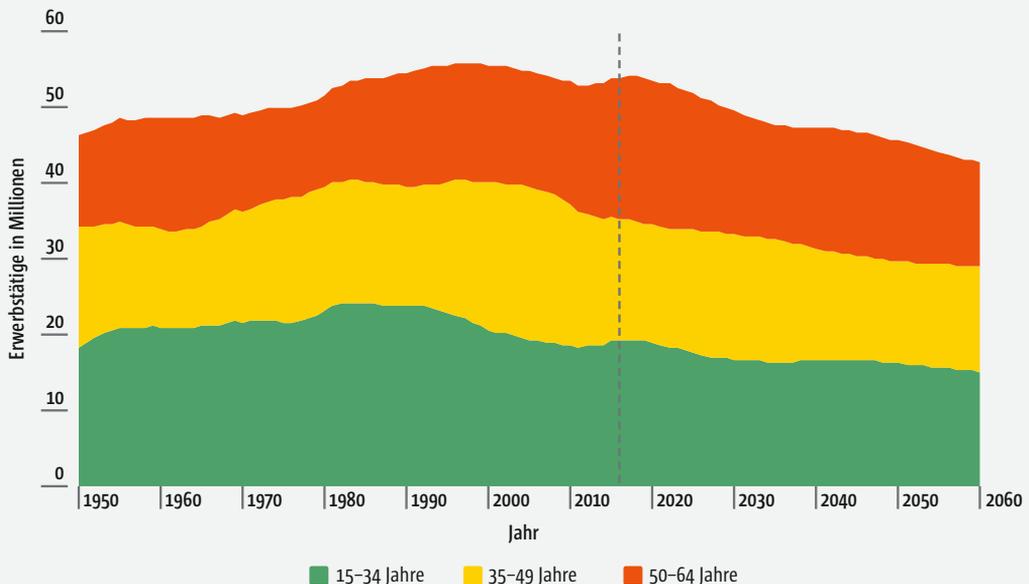
Deutschland befindet sich mitten im demografischen Wandel. Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung beeinflussen bereits spürbar das Arbeitskräfteangebot und die Altersstruktur der Erwerbstätigen. Die stark besetzten Jahrgänge der Baby-Boomer-Generation sind im höheren erwerbsfähigen Alter angekommen. Die Menschen im Alter ab 50 Jahren stellen ein Drittel des Erwerbspersonenpotenzials. Zugleich werden immer mehr Frauen und Menschen im Seniorenalter erwerbstätig. Trotzdem ist künftig allein aufgrund der demografischen Entwicklung mit einem Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zu rechnen.

Dieser Beitrag zeigt zum einen, welche strukturellen Veränderungen bei den Erwerbstätigen im Alter ab 50 Jahren in den letzten zwei Jahrzehnten stattgefunden haben. Zum anderen gibt er einen Einblick in die möglichen künftigen Entwicklungen der Erwerbstätigenzahlen.

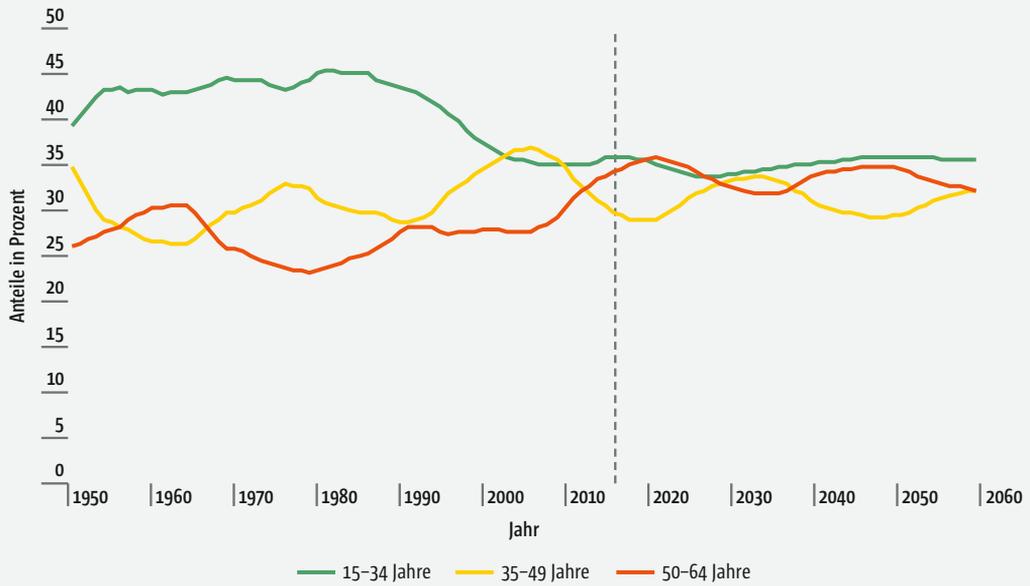
## Bevölkerung im Erwerbsalter im Wandel

Im Jahr 2016 lebten in Deutschland 82,5 Millionen Menschen. Rund 54 Millionen von ihnen waren im erwerbsfähigen Alter (hier: zwischen 15 und 64 Jahren).

**Abbildung 1** Personen im Erwerbsalter nach Altersgruppen. Ab 2017 Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2A. Die Variante 2A geht vom Bevölkerungsbestand am 31.12.2015 aus und zeigt, wie sich die Bevölkerung bei kontinuierlichen demografischen Trends und stärkerer Zuwanderung bis 2060 entwickeln würde. Quelle: Statistisches Bundesamt, Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung und Bevölkerungsvorausberechnung



**Abbildung 2** Anteile der Altersgruppen an allen Personen im Erwerbsalter. Ab 2017 Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2A. Quelle: Statistisches Bundesamt, Ergebnisse der Bevölkerungsforschreibung und Bevölkerungsvorausberechnung



Noch größer war die Zahl der Personen im Erwerbsalter nur noch Ende der 1990er-Jahre mit einem Höchststand der gesamten Nachkriegszeit von 56 Millionen im Jahr 1997. Seit Anfang der 1990er-Jahre und voraussichtlich noch bis Anfang der 2020er-Jahre profitiert Deutschland von einer sogenannten demografischen Dividende. Diese entstand durch das Aufrücken der stark besetzten Jahrgänge – geboren zwischen Ende der 1950er- und Ende der 1960er-Jahre – in das Erwerbsalter. In den nächsten zwei Dekaden wird dieser altersstrukturelle Vorteil mit dem allmählichen Auscheiden der Baby-Boomer-Generation aus dem Erwerbsalter schwinden. Wie **»** Abbildung 1 zeigt, würde die Zahl der Menschen im Erwerbsalter bei kontinuierlicher Fortsetzung der demografischen Trends nach 2030 voraussichtlich unter 50 Millionen und bis 2050 auf 46 Millionen sinken und somit nur leicht unter dem Niveau des Jahres 1950 sein [1].

Im Altersaufbau potenzieller Erwerbsspersonen lassen sich zwei Phasen – vor und nach der Jahrtausendwende – erkennen (**»** Abbildung 2). Zwischen 1950 und 2000 war der Anteil der jüngeren Menschen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren mit bis zu 45% deutlich höher als die jeweiligen Anteile der 35- bis 49-jährigen bzw. der 50- bis 64-Jährigen (im Durchschnitt 30% bzw. 27%). Ende der 1990er-Jahre sank der Anteil

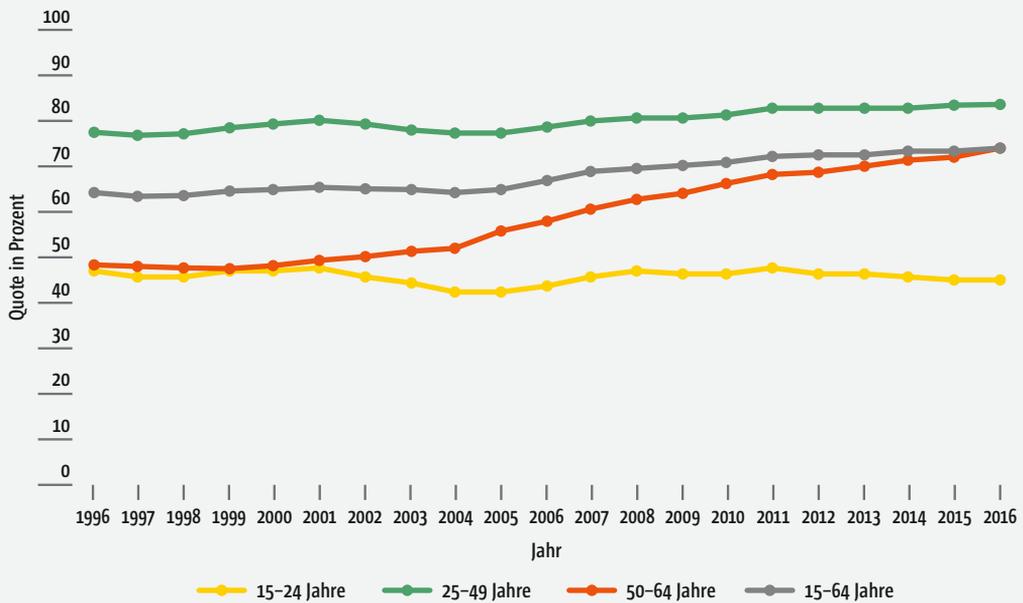
jüngerer Erwerbsbevölkerung, seit 2000 liegt er relativ stabil bei 36%. Zugleich nahm während des letzten Jahrzehnts der Anteil der ältesten Altersgruppe zwischen 50 und 64 Jahren zu. Im Jahr 2016 waren 34% der Erwerbsbevölkerung in diesem Alter. Ihr Anteil wird in den nächsten Jahren voraussichtlich auf 36% steigen und anschließend zwischen 32% und 35% betragen.

### Bevölkerungsvorausberechnung

Die langfristigen Bevölkerungsvorausberechnungen zeigen, wie sich Bevölkerungszahl und -struktur unter bestimmten Annahmen zum Geburtenverhalten, zur Sterblichkeit und zu den Wanderungen entwickeln würden. Sie liefern somit „Wenn-Dann-Aussagen“ und helfen, den Einfluss der demografischen Prozesse auf die Bevölkerungsdynamik zu verstehen.

Da sich demografische Prozesse nur sehr allmählich vollziehen, entfaltet sich das volle Ausmaß ihres Einflusses erst nach mehreren Jahrzehnten. Deshalb kann eine Bevölkerungsvorausberechnung nur dann ihren Zweck erfüllen, wenn sie entsprechend lange Zeiträume umfasst. Um neuere Entwicklungen zu berücksichtigen, aktualisieren die Statistischen Ämter ihre Bevölkerungsvorausberechnungen regelmäßig.

Abbildung 3 Erwerbstätigenquoten (ETQ) nach Altersgruppen. Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2016



In der Regel werden mehrere Varianten der künftigen Entwicklung berechnet. Damit werden einerseits unterschiedliche Tendenzen in den demografischen Prozessen berücksichtigt und andererseits Unsicherheiten der Zukunftsanahmen verdeutlicht.

Eine ausführliche Darstellung der Annahmen und Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung sowie der auf Basis des Jahres 2015 aktualisierten Rechnung (Variante 2A „Kontinuierliche Entwicklung bei stärkerer Zuwanderung“) ist abrufbar unter [www.destatis.de](http://www.destatis.de).

### Erwerbstätige nach Alterszusammensetzung

Die Anzahl der Erwerbstätigen<sup>1</sup> in Deutschland ist in den letzten zwanzig Jahren deutlich gestiegen. Nach

Ergebnissen des Mikrozensus<sup>2</sup> waren 2016 rund 40,2 Millionen Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren erwerbstätig. Im Verhältnis der Erwerbstätigen zur Bevölkerung im gleichen Alter entsprach dies einem Anteil von 74,4%. 1996 lag die sogenannte Erwerbstätigenquote (ETQ) noch bei 64,2%.

Die Einbindung von älteren Menschen in den Arbeitsmarkt wird mit der Alterung der Bevölkerung immer bedeutsamer. Dies hat einen messbaren Effekt auf die Entwicklung der Erwerbstätigenquoten. Im Vergleich zu anderen Altersgruppen hat sich die Generation 50+ in den vergangenen 20 Jahren am stärksten in ihrer Beteiligung am Erwerbsleben verändert (»» Abbildung 3). Zwischen 1996 und 2016 stieg die Erwerbstätigenquote der 50- bis 64-Jährigen um mehr als die Hälfte von 48,7% auf 74,4% an.

Auch Frauen gehen deutlich häufiger einer Erwerbstätigkeit nach als noch vor zwanzig Jahren. In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen hat sich beispielsweise der Anteil erwerbstätiger Frauen von 1996

1 Die Arbeitsmarktstatistik des Statistischen Bundesamtes folgt dem Labour-Force-Konzept der International Labour Organization (ILO). Erwerbstätig im Sinne der ILO-Definition ist jede Person ab 15 Jahren, die im Berichtszeitraum gegen Entgelt oder im Rahmen einer selbstständigen oder mithelfenden Tätigkeit gearbeitet hat, unabhängig vom zeitlichen Umfang.

2 Der Mikrozensus mit der darin integrierten Arbeitskräfteerhebung ist eine Stichprobenerhebung, bei der jährlich rund 1% der Bevölkerung in Deutschland mit Auskunftspflicht unter anderem zur Beteiligung am Erwerbsleben befragt wird.

bis 2016 um 31,7 Prozentpunkte auf 69,9% erhöht. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Frauen wesentlich häufiger in Teilzeit arbeiten als ihre männlichen Kollegen. Die ETQ gleichaltriger Männer stieg im gleichen Zeitraum um rund 20 Prozentpunkte auf 79%.

Dabei verlief die Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Ost- und Westdeutschland durchaus ähnlich, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau. Die Quoten glichen sich im Laufe der Jahre aneinander an. Im Jahr 2016 waren die ETQ der 15- bis 64-Jährigen bei den ostdeutschen Frauen mit 72,1% etwas höher und die der ostdeutschen Männer mit 76,1% etwas niedriger als in Westdeutschland (jeweils 70,3% und 78,5%). In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen war der Anteil der männlichen Erwerbstätigen in den neuen Ländern (einschließlich Berlin) mit 74,6% deutlich niedriger als im früheren Bundesgebiet (80,2%). Die ETQ der 50- bis 64-jährigen Frauen lagen hingegen in Ost- und Westdeutschland nahezu gleichauf bei rund 70%.

Auch nach Erreichen des 65. Lebensjahres sind viele Menschen noch berufstätig. Hierzu trägt auch die stufenweise Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalter ab 2012 auf 67 Jahre bei. So gingen 2016 in Deutschland 11,8% der 65- bis 69-Jährigen immer noch einer Erwerbstätigkeit nach. 1996 waren es lediglich 3,2%. Ihr Anteil hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten also fast vervierfacht. Die ETQ der Personen im Alter von 70 bis 74 nahm im gleichen Zeitraum um vier Prozentpunkte auf 6,5% zu.

Der steigende Anteil älterer Menschen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, macht sich auch im Durchschnittsalter der Erwerbstätigen insgesamt bemerkbar. Dieses erhöhte sich in Deutschland in den vergangenen zwanzig Jahren um 3,8 Jahre auf 43,5 Jahre in 2016.

Für eine fortgesetzte Beteiligung am Erwerbsleben im höheren Alter spielt – neben Faktoren wie dem Gesundheitszustand und der Einkommenssituation – auch der Bildungsstand eine wichtige Rolle. Von den 50- bis 64-jährigen Personen ohne anerkannten beruflichen Abschluss und damit einem niedrigen Bildungsstand, gingen 2016 mehr als die Hälfte (57,4%) einer Arbeit nach. Personen, die ein mittleres berufliches Bildungsniveau aufwiesen (beispielsweise mit einer abgeschlossenen Lehrausbildung), hatten eine ETQ von 74,2%. Diejenigen mit einem hohen beruflichen Bildungsniveau (tertiäre Abschlüsse, zum Beispiel Meister-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss) gingen zu 85,1% einer Erwerbstätigkeit nach. Die ETQ der 50- bis 64-Jährigen waren zwar in allen Bildungsniveaus geringer als die

der Personen im Alter von 25 bis 49 Jahren (ETQ des Bildungsstands niedrig: 61,2%, mittel: 87,6%, hoch: 90,2%), jedoch zeigt sich die gleiche Tendenz: Je höher der berufliche Bildungsabschluss ist, umso größer ist der Anteil der Erwerbstätigen auch bei älteren Menschen.

### Erwerbstätige in ausgewählten Berufen nach Alter

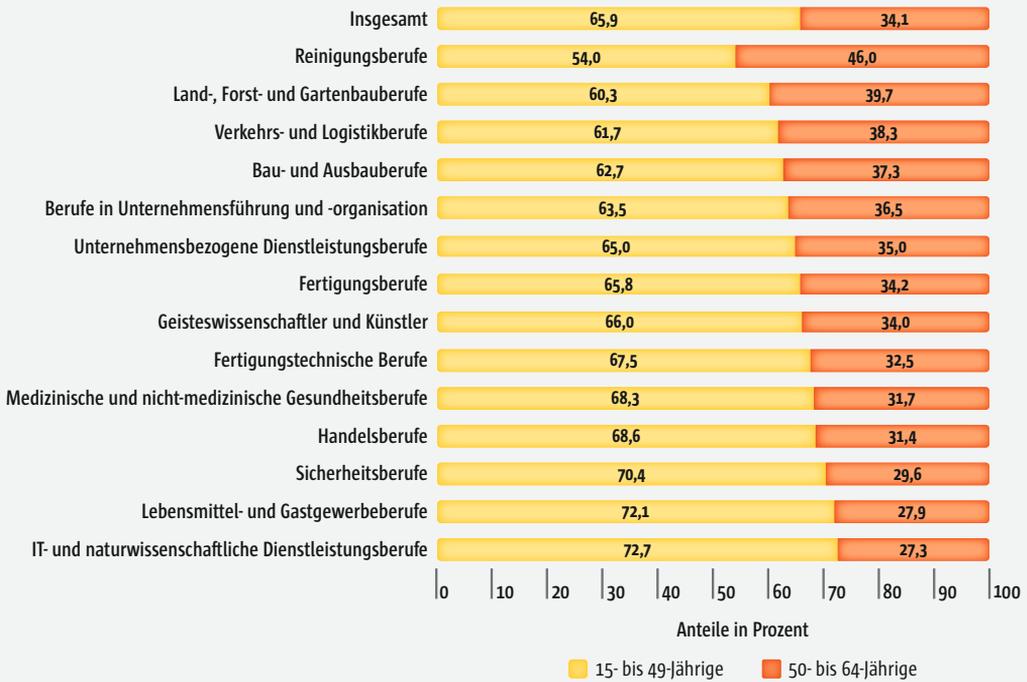
Die Ergebnisse des Mikrozensus 2016 zeigen auf, dass sich die Generation 50+ nicht gleichmäßig auf alle Berufssegmente<sup>3</sup> verteilt (»» Abbildung 4). In manchen Branchen sind die 50- bis 64-Jährigen überproportional vertreten. Zum Beispiel in den „Reinigungsberufen“ mit 46% sowie in den „Land-, Forst- und Gartenbauberufen“ mit 39,7% der Erwerbstätigen. Insbesondere bei „IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen“ (27,3%) sind sie hingegen unterrepräsentiert. „Medizinische und nicht-medizinische Gesundheitsberufe“ sind zu fast einem Drittel (31,7%) mit 50- bis 64-Jährigen besetzt.

Im Zeitvergleich der Jahre 2012 bis 2016 nahm der Anteil der 50- bis 64-Jährigen in den „Verkehrs- und Logistikberufen“ sowie bei den „Geisteswissenschaftlern und Künstlern“ mit einem Anstieg um 5 Prozentpunkte am stärksten zu. Am geringsten erhöhte sich deren Anteil in den „Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen“ mit 2,8 Prozentpunkten.

Bestimmte Berufsgruppen gewinnen im Zuge des demografischen Wandels zunehmend an Bedeutung. Hierzu zählen insbesondere die Gesundheits- und Pflegeberufe, deren Ausübung oft mit hohen Arbeitsbelastungen verbunden ist. Gerade in diesen Berufsfeldern sind ältere Erwerbstätige ab 50 Jahren unterrepräsentiert. So waren beispielsweise in der Berufsgruppe „Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik“ im Jahr 2016 lediglich 26,7% der Erwerbstätigen im Alter von 50 bis 64 Jahren, in der „Altenpflege“ immerhin 30,6%. Damit lag die „Altenpflege“ auf Platz 17 der häufigsten Berufsgruppen in dieser Altersgruppe, die „Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik“ nur auf Rang 67. Die Verbreitung der Gesundheitsberufe nimmt im höheren Alter stark ab. Eine Ausnahme bildet die „Human- und Zahnmedizin“, deren Anteil bei Erwerbstätigen im Rentenalter steigt (2016: 15- bis 64-Jährige 1,0%, 65- bis 74-Jährige: 3,1%).

3 Zugeordnet durch 37 Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010), die im Mikrozensus ab dem Berichtsjahr 2012 angewandt wird.

Abbildung 4 Erwerbstätige nach Alter und Berufssegmenten im Jahr 2016. Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2016



### Auswirkungen des demografischen Wandels auf die künftige Erwerbstätigenzahl

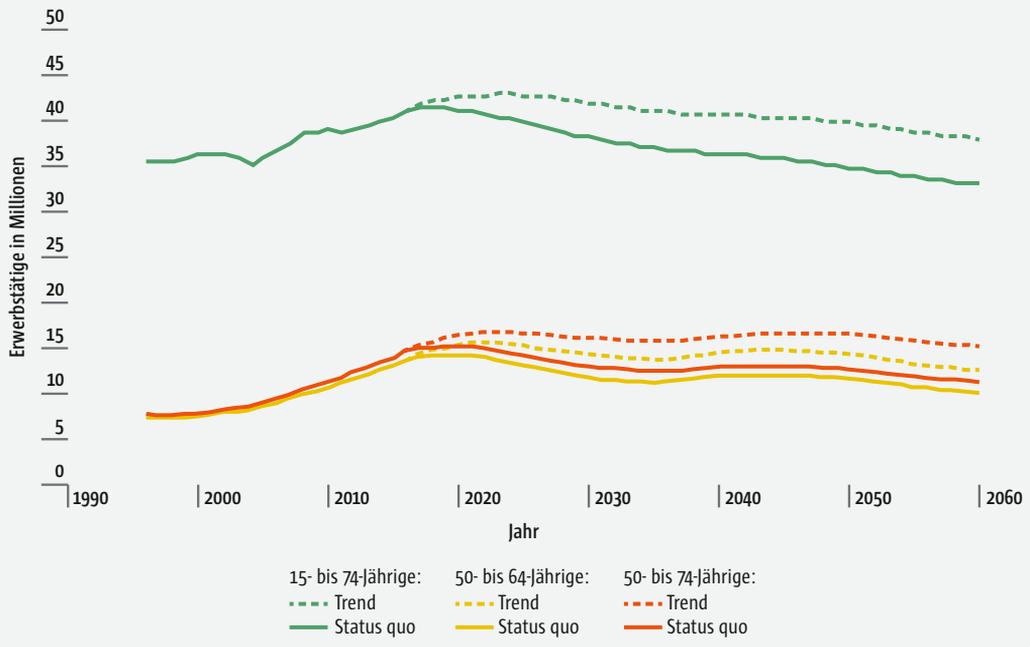
Mithilfe einer Modellrechnung kann abgeschätzt werden, wie sich die Zahl der Erwerbstätigen in der Zukunft verändern könnte. Im Fokus stehen hier die Gesamtzahl der Erwerbstätigen sowie die Zahl der Erwerbstätigen im Alter ab 50 Jahren, wobei zusätzlich zwischen den Altersklassen 50 bis 64 Jahren und 50 bis 74 Jahren unterschieden wird.

Der Bevölkerungsentwicklung liegen die Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zugrunde (Statistisches Bundesamt 2016; Variante 2A „kontinuierliche demografische Trends bei stärkerer Zuwanderung“ auf Basis des Jahres 2015). Die Projektion der Erwerbstätigenquoten (ETQ) der Männer und Frauen nach Altersgruppen beruht auf den Ergebnissen des Mikrozensus für die Jahre 1996 bis 2016 (III Kapitel „Erwerbstätige nach Alterszusammensetzung“). Einflussgrößen wie die konjunkturelle Entwicklung oder der strukturelle Wandel des Arbeitsmarktes sind in dieser vereinfachten Modellrechnung nicht berücksichtigt.

Unsere Modellrechnung zeigt die Entwicklung der Erwerbstätigenzahl nach zwei Varianten. In der ersten Variante bleiben die ETQ während des gesamten Vorausberechnungszeitraums konstant auf dem Niveau des Jahres 2016. Diese *Status quo-Variante* (SQ) veranschaulicht somit die Auswirkungen der demografischen Entwicklungen auf die Erwerbstätigenzahl bei unveränderten Beschäftigungsparametern. Bei der *Variante „Trend“* wird dagegen angenommen, dass sich die altersspezifischen ETQ der Frauen bzw. Männer auch künftig entsprechend ihrem bisherigen Trend entwickeln werden. Es wird angenommen, dass die ETQ, sobald diese 90% erreichen, in den danach folgenden Jahren konstant bleiben. Im Ergebnis dieser Projektion gleichen sich die ETQ der Frauen im Alter bis 64 Jahren an die ETQ der gleichaltrigen Männer bis 2060 fast vollständig an. Die ETQ der Frauen bzw. der Männer im Alter zwischen 65 und 74 Jahren steigen zwischen 2016 und 2060 um mehr als 100%. Die ETQ der Frauen bleiben jedoch in dieser Altersklasse hinter den ETQ der gleichaltrigen Männer zurück.

Die künftige Entwicklung der Erwerbstätigenzahlen nach beiden Varianten der Modellrechnung

Abbildung 5 Entwicklung der Erwerbstätigenzahl bis 2060. Ab 2017 Ergebnisse der Modellrechnung nach Varianten Status quo und Trend. Millionen Personen. Quelle: Berechnungen und Darstellung der Autoren



im Vergleich zeigt **III** Abbildung 5. Bei konstanter Erwerbsbeteiligung (*Status quo*-Variante, durchgezogene Linien) würde die Gesamtzahl der Erwerbstätigen zwischen 2016 und 2060 von 41 Millionen auf 33 Millionen kontinuierlich sinken. Auch die Zahl der 50- bis 64- bzw. der 50- bis 74-jährigen Erwerbstätigen würde tendenziell zurückgehen. Ihr Anteil an allen 15- bis 74-jährigen Erwerbstätigen würde dabei allerdings relativ stabil bleiben und im Durchschnitt circa 32% bzw. 35% betragen.

In der *Variante „Trend“* ergibt sich ein anderes Bild. Eine steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen einerseits sowie der Frauen und der Männer im Alter ab 50 Jahren andererseits würde die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die potenzielle Erwerbstätigenzahl zwar nicht vollständig kompensieren, jedoch spürbar abmildern (gestrichelte Linien). Die Gesamtzahl der Erwerbstätigen im Alter von 15 bis 74 Jahren würde dabei von 41 Millionen in 2016 zuerst bis Mitte der 2020er-Jahre auf fast 43 Millionen steigen und anschließend kontinuierlich auf 38 Millionen in 2060 zurückgehen. Dank höherer Erwerbsbeteiligung wären das somit im Jahr 2060 fast fünf Millionen Erwerbstätige mehr als in der Modellrechnung mit konstanten ETQ.

Die Zahl der Erwerbstätigen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren würde zuerst von 13,8 in 2016 auf 15,5 Millionen in 2023 steigen. Anschließend würde die Erwerbstätigenzahl aber auch in dieser Altersgruppe – mit Ausnahme einer leichten Erholungsphase in den 2040er-Jahren – tendenziell schrumpfen. Bis 2060 würde sie mit 12,5 Millionen Erwerbstätigen geringer sein als in 2016.

Berücksichtigt man die steigende Erwerbsbeteiligung der Menschen jenseits des gesetzlichen Renteneintrittsalters, bliebe künftig die Zahl der Erwerbstätigen in der ältesten Altersgruppe zwischen 50 und 74 Jahren mindestens stabil. Im Jahr 2016 waren 14,7 Millionen Erwerbstätige in diesem Alter. Unter Berücksichtigung von höheren Erwerbsquoten würde ihre Zahl bereits im Jahr 2023 18 Millionen betragen, anschließend leicht sinken und sich bis 2050 zwischen 16 und 17 Millionen bewegen. Erst zwischen 2050 und 2060 würde sie wieder auf rund 15 Millionen sinken.

## Fazit

Die Menschen in Deutschland leben und arbeiten immer länger. Das Durchschnittsalter der Erwerbstätigen

gen steigt weiter an. Bestimmte Berufe sind von der Alterung der Bevölkerung besonders betroffen. Zum einen wegen der Veränderung des Arbeitskräfteangebots, zum anderen durch eine veränderte Arbeitskräftenachfrage. Die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Generation 50+ stellen somit zugleich Herausforderungen als auch Chancen für den Arbeitsmarkt dar.

Während die Bevölkerungsentwicklung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts für demografische Dividende mit einem hohen Anteil junger Arbeitskräfte sorgte, wird im 21. Jahrhundert die demografische Alterung auf dem Arbeitsmarkt immer mehr spürbar. Modellrechnungen zeigen, dass langfristig trotz Zuwanderung und steigender Erwerbsbeteiligung mit einem demografisch bedingten Rückgang der Erwerbstätigenzahl zu rechnen ist.

Allerdings können stärkere Arbeitsmarktpräsenz von Frauen und Menschen im Alter ab 50 Jahren dieser Entwicklung entgegenwirken. Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Erwerbstätigenzahl könnten dadurch zwar nicht ganz kompensiert, jedoch abgemildert werden.

## Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2016) Bevölkerungsentwicklung bis 2060 – Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – Aktualisierte Rechnung auf Basis 2015. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungBundeslaender2060\\_Aktualisiert\\_5124207179005.html](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungBundeslaender2060_Aktualisiert_5124207179005.html) (Abruf vom 18.06.2018)



Stephan Lüken

Studium der Volkswirtschaftslehre an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Von 1988 bis 1991 Sachgebietsleiter/Referent in der Industrie- und Handelskammer Mittlerer Niederrhein für Krefeld, Mönchengladbach, Neuss. Seit 1991 im Statistischen Bundesamt und dort in verschiedenen Bereichen der Arbeitsmarktstatistik und den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen tätig. Seit 2015 Leiter der Gruppe „Demografie, Haushalte und Familien, Migration und Integration, Arbeitsmarkt“ im Statistischen Bundesamt.



Olga Pötzsch

Studium der Ökonomie und Statistik in Moskau. Seit 1993 im Statistischen Bundesamt im Institut für Forschung und Entwicklung in der Bundesstatistik und anschließend in der Bevölkerungsstatistik tätig. Seit 2003 Mitautorin der koordinierten Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes.



Anja Crößmann

Studium der Soziologie an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz und der Universität de València. Seit 2008 Referentin im Statistischen Bundesamt in Wiesbaden. Zunächst im Forschungsdatenzentrum mit Schwerpunkt der Bereitstellung amtlicher Einzeldaten für die nationale und internationale Wissenschaft. Seit 2014 im Bereich der Veröffentlichungen und Nutzerservice der Arbeitsmarktstatistik, zuständig u.a. für die Analyse der atypischen Beschäftigung.

# Arbeitsfähigkeit, Arbeitsmotivation und Führung älterer Mitarbeiter: Stand der Forschung und neue Entwicklungen

Jürgen Wegge<sup>1</sup>, André Emmermacher<sup>2</sup>, Antonia-Sophie Döbler<sup>1</sup>, Lars Fritzsche<sup>1,3</sup>, Julia Kügler<sup>1</sup> und Joshua Nowak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Technische Universität Dresden

<sup>2</sup>Siemens AG, Berlin

<sup>3</sup>imk automotive GmbH, Chemnitz

## Ältere Arbeitnehmer als Forschungsgegenstand

Angesichts der demografiebedingten Abnahme der Erwerbsbevölkerung und der stetigen Zunahme älterer Arbeitnehmer stellt sich die Frage, welche Faktoren den langfristigen Erhalt von Leistung, Arbeitsfähigkeit und Gesundheit junger und insbesondere auch *älterer* Arbeitstätiger fördern können. Die Forschung hierzu hat u. a. belegt, dass Arbeitsfähigkeit und Gesundheit durch die konkreten Tätigkeitserfordernisse, durch Lern- und Partizipationsmöglichkeiten am Arbeitsplatz sowie durch soziale Stressoren beeinflusst werden. Eine präventive Gesundheitsförderung bei der Arbeit sollte daher auf diese Merkmale zielen. Unser Beitrag fasst insbesondere den Stand der Forschung zur Arbeitsfähigkeit, Arbeitsmotivation und Führung zusammen, wobei wir im ersten Schritt jeweils knapp die zentralen Erkenntnisse anführen und im zweiten Schritt *aktuelle* Forschungsbefunde herausgreifen, die u. E. sowohl für die Wissenschaft als auch für die organisationale Praxis besonders relevant sind. Die Darstellungen zielen auf *ältere* Arbeitstätige, was nach EU-Richtlinien Personen mit einem Alter ab 45 Jahren einschließt. Im dritten Schritt zeigen wir einige wichtige Implikationen für die betriebliche Praxis auf.

## Veränderung der Arbeitsfähigkeit und Motivation über die Lebensarbeitsspanne

Die Arbeitsfähigkeit und -motivation des Einzelnen ist durch eine Vielzahl von Faktoren mitbestimmt, etwa durch die erworbene Qualifikation, verschiedene Persönlichkeitsmerkmale, familiäre Aufgaben,

die Beschaffenheit der Arbeitstätigkeiten selbst und der Arbeitsumgebung sowie hierauf gerichtete betriebliche, tarifvertragliche und staatliche Rahmenbedingungen [1, 2, 3, 4].

### *Stand des Wissens*

Zusammenhänge zwischen arbeitsbedingten Risikofaktoren und der vom Individuum in der Regel selbst eingeschätzten *Arbeitsfähigkeit* sind aufgrund der vorliegenden Forschungserkenntnisse zumindest auf den folgenden drei Ebenen zu identifizieren:

**Arbeitsorganisatorische Ebene.** Die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit wird erstens durch die spezifischen Tätigkeitserfordernisse, durch Regulationsbehinderungen und Lernmöglichkeiten am Arbeitsplatz sowie durch soziale Stressoren und Partizipationsmöglichkeiten beeinflusst. Zentrale Merkmale der Arbeitsaufträge, welche die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit beeinflussen, sind die Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit, Bedeutung der Tätigkeitsergebnisse für andere, Autonomie (Kontrolle, Tätigkeitsspielraum), Rückmeldungen, Unterstützungsmöglichkeiten sowie die Ausführungsbedingungen der Arbeitstätigkeit [5]. Hier setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass solche Zusammenhänge auch altersspezifisch ausgeprägt sein können [2, 6, 7].

**Organisations- und Abteilungsebene.** Die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit wird u. a. durch das unmittelbare Führungsverhalten von Vorgesetzten [8], die Zusammensetzung von Arbeitsgruppen mit Blick auf das Alter [7] sowie durch Vorurteile gegenüber älteren Arbeitnehmern beeinflusst [9]. Die Ausprägung und das Zusammenwirken solcher Faktoren können in verschiedenen Organisationsformen (z. B. ambu-

**Tabelle 1** Beispiele für altersbedingte Veränderungen sowie daraus resultierende Konsequenzen für ein alter(n)sgerechtes Personalmanagement (nach [7], mit freundlicher Genehmigung der Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG)

<p><b>körperliche Leistungsfähigkeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ abnehmende Muskelkraft und Lungenkapazität</li> <li>■ schwächeres Herz-Kreislaufsystem</li> <li>■ geringeres Seh- und Hörvermögen</li> <li>■ längere Regenerationszeit</li> </ul>	<p><b>Konsequenzen für das Personalmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ präventive ergonomische Arbeitsplatzgestaltung</li> <li>■ ausreichende Beleuchtung</li> <li>■ Schriftgrößen anpassen</li> <li>■ Pausen, Arbeiten nach eigenem Tempo</li> </ul>
<p><b>psychische Leistungsfähigkeit</b></p> <p>altersbezogene Abnahme von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reaktionsgeschwindigkeit, Daueraufmerksamkeit, Multitasking</li> </ul> <p>altersbezogene Zunahme von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Urteilsvermögen, Zuverlässigkeit</li> <li>■ Kommunikationsfähigkeiten, Selbststeuerung, Verantwortungsbewusstsein</li> </ul>	<p><b>Konsequenzen für das Personalmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Handlungsspielräume und Autonomie vergrößern</li> <li>■ Eigenverantwortlichkeit erhöhen</li> <li>■ ganzheitliche Aufgaben anbieten</li> <li>■ wenig Zeit- und Leistungsdruck</li> <li>■ systematisches kognitives Training</li> </ul>
<p><b>Lernfähigkeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ häufig ungünstige Lernstrategien</li> <li>■ Lernentwöhnung, nachlassende Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung mit dem Alter</li> </ul>	<p><b>Konsequenzen für das Personalmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Anpassen von Weiterbildungsmaßnahmen (Praxisbezug, eigenes Lerntempo, bessere Strukturierung der Lerninhalte)</li> <li>■ arbeitsnahe Qualifizierungen</li> </ul>
<p><b>soziale Kompetenz und Motivation</b></p> <p>veränderte Schwerpunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mitgefühl, Hilfsbereitschaft,</li> <li>■ Ausrichtung auf Konstanz und Konfliktvermeidung, hohe Identifikation mit Betrieb, Neigung Altes zu bewahren</li> </ul> <p>wichtiger werdende Motive:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wertschätzung und Respekt,</li> <li>■ Arbeitsklima, Freundlichkeit,</li> <li>■ Arbeitsplatzsicherheit, Stabilität,</li> <li>■ gesellschaftliche Bedeutung der Tätigkeit</li> </ul> <p>weniger wichtige Motive:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Einkommen, Einfluss, Karrierechancen</li> </ul>	<p><b>Konsequenzen für das Personalmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ intergenerativen Austausch fördern</li> <li>■ respektvollen Umgang fördern</li> <li>■ Schätzen von Erfahrungswissen</li> <li>■ Belastung den Ressourcen anpassen</li> <li>■ Verantwortung übergeben</li> <li>■ altersgerechte Rolle im Team</li> </ul>
<p><b>Gesundheitszustand</b></p> <p>häufigste Beschwerden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lungenerkrankungen</li> <li>■ Krebserkrankungen</li> <li>■ Arthritis, Diabetes</li> <li>■ kardiovaskuläre Erkrankungen</li> <li>■ Angst und Depression</li> </ul>	<p><b>Konsequenzen für das Personalmanagement</b></p> <p>Gesundheitsprävention:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Untersuchungen und Trainingsmöglichkeiten,</li> <li>■ Gesundheitsverhalten fördern,</li> <li>■ Ausgleich zum Beruf fördern</li> </ul>

lante vs. stationäre Pflege, verschiedene Abteilungen einer Organisation) recht unterschiedlich sein (vgl. z.B. [10]), sodass die Organisations- bzw. Abteilungseinheit als eigenständige Varianzquelle zu betrachten ist.

**Personale Ebene.** Die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit wird drittens durch die berufsbezogenen Kenntnisse und Fertigkeiten, die allgemeinen kognitiven Fähigkeiten (Arbeitsgedächtnis, prospektives Gedächtnis), sozio-emotionale Ressourcen sowie hand-

lungs- bzw. emotionsregulatorische Strategien wie z.B. die Nutzung gesundheitsförderlicher Arbeits- und Copingstile und das Erleben von und den Umgang mit Stress beeinflusst (vgl. z.B. [11]). Grundsätzlich gilt hierbei, dass Bedrohungen der Arbeitsfähigkeit und Gesundheit infolge eines kognitiven, sozialen, emotional-motivationalen und körperlichen „Mismatch“ von Fähigkeiten und Anforderungen am Arbeitsplatz entstehen können [2, 12].

Die gerontopsychologische Forschung zeigt ferner, dass im mittleren und höheren Erwachsenenalter eine erhebliche *interindividuelle Variabilität* in der Ressourcenausstattung und im Ressourcenerhalt vorzufinden ist [13]. Dies unterstreicht deutlich, dass zur Prognose des Beitrags personaler Faktoren für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit und Gesundheit eine differenzierte Betrachtung der verfügbaren Ressourcen des (alternen) Individuums notwendig ist. Wegge und Schmidt [7: 62f.] haben zentrale, altersbedingte Veränderungen und die daraus abzuleitenden Schlussfolgerungen für das Personalmanagement in Organisationen zusammengefasst (» Tabelle 1). Diese Empfehlungen geben einen Überblick relevanter Punkte, die für die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsmotivation von Bedeutung sind, wobei die Themen Führung und Arbeitsgestaltung unten noch genauer erörtert werden.

Mit Blick auf die *Arbeitsmotivation* (definiert als alle emotionalen und kognitiven Prozesse, die menschliches Handeln antreiben und/oder Menschen dazu befähigen, ihr Handeln selbst zu steuern) sind noch einige Ergänzungen angezeigt. In der » Tabelle 1 sind mehrere Motive angeführt, die mit dem Alter zunehmen oder weniger wichtig werden. Grube und Hertel [14] haben solche altersbedingte Unterschiede in der Arbeitsmotivation (auch Arbeitszufriedenheit, emotionales Erleben) untersucht. Ihre Ergebnisse zeigen, dass in allen drei genannten Bereichen systematische altersbedingte Unterschiede auftreten. In einer Studie mit 277 Berufstätigen im Alter von 18 bis 65 Jahren zeigte sich z.B., dass ältere Berufstätige zukunftsorientierte Motive wie bspw. die Interessanztheit ihrer Tätigkeit oder die persönliche Selbstverwirklichung signifikant weniger wichtig einstufen als jüngere Berufstätige. Umgekehrt waren für ältere Berufstätige im Vergleich zu jüngeren Berufstätigen emotionsbezogene Motive wie z.B. gegenseitige Hilfeleistung und auch Autonomie bedeutsamer.

Für ein altersgerechtes Personalmanagement bestehen Implikationen u.a. darin, altersabhängige Veränderungen beruflicher Interessen und Bedürfnisse ernst zu nehmen und entsprechend darauf zu reagieren. Je besser das Personalmanagement auf die Erfüllung individueller Erwartungen und Bedürfnis-

se der Mitarbeiter eingehen kann, umso höher ist die zu erwartende Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit der betroffenen Mitarbeiter/-innen. So entspricht beispielsweise die Ermöglichung von Autonomie und Handlungsspielräumen während der Arbeit besonders den Bedürfnissen älterer Beschäftigter, die dadurch in ihrer Expertise gewürdigt werden und gleichzeitig zusätzliche Möglichkeiten erhalten, altersbedingte Veränderungen ihrer Leistungsfähigkeit zu kompensieren.

Zu ähnlichen Erkenntnissen – insbesondere die intrinsische (extrinsische) Motivation nimmt mit dem Alter zu (ab) und positive Einstellungen zur Arbeit gewinnen an Stärke – kommen auch neuere Meta-Analysen und Übersichtsarbeiten zum Thema [2, 15, 16, 17], in denen u.a. für verschiedene, potenziell konfundierende Variablen kontrolliert wurde (z.B. das Geschlecht, die berufliche Position und Ausbildung).

Für die Praxis sind – neben den unten noch genauer behandelten Aspekten der *alternsgerechten Führung* und *Arbeitsgestaltung* – daher die nachfolgenden Empfehlungen zu geben.



### Empfehlungen für die Praxis

- regelmäßige Erfassung altersbedingter Unterschiede in beruflichen Interessen und Bedürfnissen möglichst auf der Basis empirischer Befunde aus der spezifischen Arbeitsorganisation
- Stellenbesetzung unter Berücksichtigung altersspezifischer Bedürfnisse (z.B. Autonomie, Handlungsspielraum) im Sinne eines „Person-Environment Fit“
- Anpassung von Führungs- und Personalentwicklungsstrategien an sich verändernde berufliche Motive; insb. Anpassung beruflicher Anreize
- Initiativen für ein gutes Arbeitsklima und wertschätzendes Feedback vor allem (auch) für ältere Mitarbeiter
- Berücksichtigung motivationaler Veränderungen auch bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen neben körperlichen und kognitiven Aspekten (z.B. Möglichkeiten zur Fokussierung auf ähnliche Aufgabenbereiche)
- Kommunikation und Pflege einer positiven Einstellung gegenüber älteren Mitarbeitern; u.a. Wertschätzung beruflicher Erfahrung und Expertise
- altersgerechte Weiterbildungsangebote, insbesondere auch für ältere Mitarbeiter
- berufliche Perspektiven bis zum Ruhestand und ggf. auch darüber hinaus planen
- Berücksichtigung altersabhängiger Unterschiede in der z.T. eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit, in der höheren Sensitivität gegenüber eigenen und fremden Emotionen und in der besseren Selbstregulation emotionalen Erlebens bei älteren Arbeitnehmern

### Neue Erkenntnisse zur Arbeitsfähigkeit

Ein häufig beachteter Indikator für die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit von Beschäftigten ist Absentismus, also das krankheitsbedingte Fernbleiben vom Arbeitsplatz bei vereinbarter Anwesenheit. Die neuere Forschung betrachtet zunehmend auch das Phänomen „Präsentismus“: Ein Mitarbeiter kommt zur Arbeit, obwohl er erkrankt ist [18]. Die Forschung auf diesem Gebiet auszudehnen, ist begrüßenswert, da Zusammenhänge zwischen Präsentismus und „objektiven“ Gesundheitsindikatoren [19] sowie Produktivitätsindikatoren [20] oft stärker sind als die mit Absentismus. Solche Befunde begründen auch die zentrale Rolle von Präsentismus in modernen Ansätzen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements [21]. Inwieweit das Alter der Mitarbeiter mit Präsentismus zusammenhängt, wurde kürzlich in einer größeren Mitarbeiterbefragung an einem deutschen DAX-Produktionsstandort untersucht (N = 911). Es zeigte sich, dass ältere Arbeitnehmer etwas *seltener* Präsentismusverhalten aufweisen ( $r = -.10$ ), wobei die Zusammenhänge zwischen Präsentismus und Alter zwischen den 22 verglichenen Organisationseinheiten deutlich variierten ( $-.35 < r < .21$ ) [22]. Der insgesamt negative Zusammenhang ist angesichts der vielfältigen Nachteile von Präsentismus wohl als ein Pluspunkt für ältere Beschäftigte zu bewerten. Bemerkenswert ist auch der grundsätzliche Einfluss der Organisationseinheit auf die Häufigkeit von Präsentismus: 5% der Varianz im Präsentismus konnte auf die Zugehörigkeit zur Einheit zurückgeführt werden. Weitere Analysen zeigen ferner, dass der spezifische Präsentismus-Kontext einer Einheit auch die Zusammenhänge zwischen der Persönlichkeit und dem individuellen Präsentismus moderieren kann. Als Persönlichkeitsmerkmal höherer Ordnung wurden hierbei „Core-Self Evaluations“ (CSE) betrachtet, die durch Selbstwertzuschätzung, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung und Neurotizismus gekennzeichnet sind [23]. Im Allgemeinen wiesen die CSE einen puffernd wirkenden Einfluss auf Präsentismus auf. Dieser verringerte sich jedoch, wenn innerhalb einer Einheit besonders konsistenter (hoher oder niedriger) Präsentismus gezeigt wurde. Ein solcher „starker“ Präsentismus-Kontext unterdrückt offenbar die Rolle der CSE: Dieser Befund belegt, dass – wie in der Absentismusforschung [24] – auch in der Präsentismusforschung die Notwendigkeit besteht, den Kontext der Organisationseinheit zu berücksichtigen, um besser verstehen zu können, wann und warum Arbeitnehmer krank zur Arbeit kommen. Wie die unmittelbaren Kollegen und Kollegin-

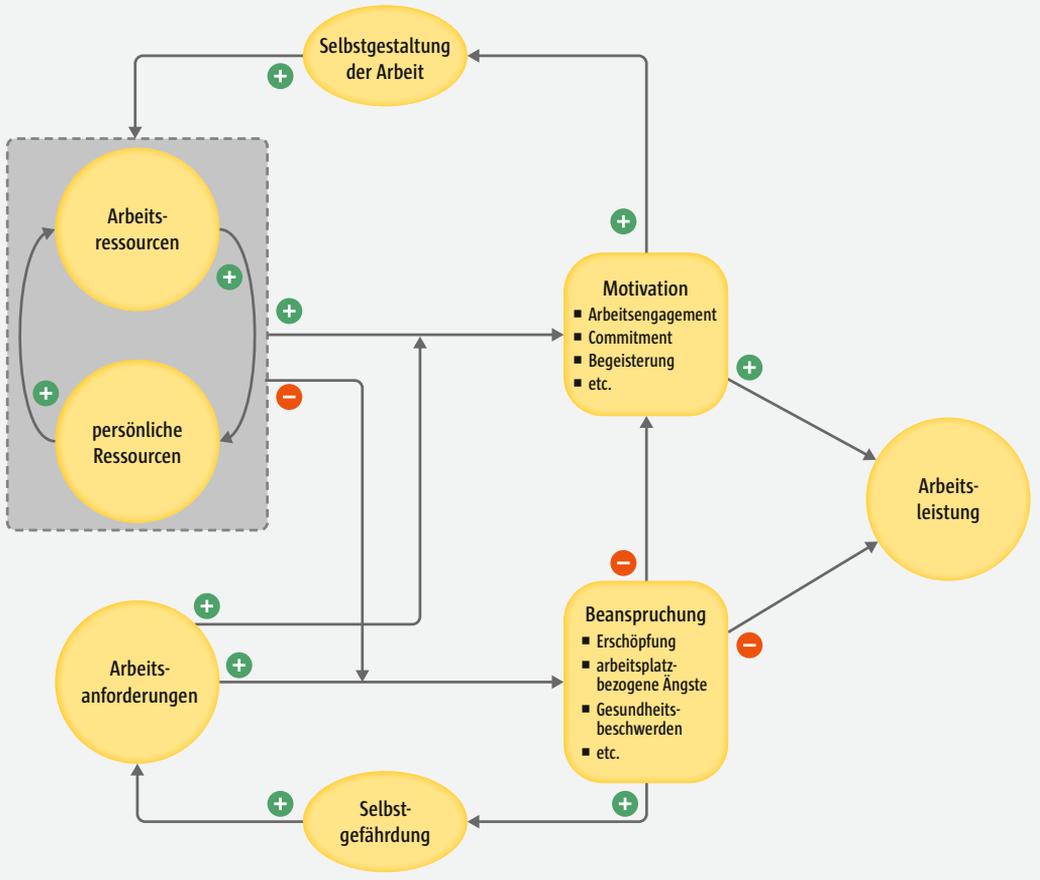
nen – mehr oder weniger konsistent – mit ihrer Erkrankung umgehen, spielt also sowohl für Absentismus auch für Präsentismus eine Rolle.

### Neue Erkenntnisse zur Arbeitsmotivation

Die motivationsförderliche Arbeitsgestaltung wird für gewöhnlich als eine Aufgabe verstanden, für deren Umsetzung vor allem der Arbeitgeber bzw. die unmittelbare Führungskraft verantwortlich ist. Dies greift aber deutlich zu kurz, da Arbeitnehmer auch *selbstinitiiert* Einfluss auf ihre Arbeitsbedingungen nehmen. Die neuere Forschung hierzu belegt, dass Arbeitnehmer durch sogenanntes *Job Crafting* (dt. Selbstgestaltung der Arbeit) gezielt (a) die Merkmale ihrer Arbeitsaufgaben, (b) ihre sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz oder (c) ihre innere Einstellung zur Arbeit so verändern, dass dadurch gesundheits- und motivationsförderliche Ressourcen generiert werden können [25, 26, 27]. Diese Erkenntnis haben Bakker und Demerouti [28] in der Formulierung ihrer neuen, erweiterten Job Demand-Resources Theorie (JD-R) berücksichtigt (III Abbildung 1). Neben den gesundheitsbeeinträchtigenden Arbeitsanforderungen und den gesundheitsförderlichen Ressourcen bei der Arbeit ist in dem Modell nun die Selbstgestaltung als positiver Faktor aufgenommen, der zu erhöhter Arbeitsmotivation führt.

Wir haben dieses Phänomen daher auch in der oben schon angeführten Mitarbeiterbefragung für ein deutsches DAX-Unternehmen empirisch untersucht [29] und aufgrund der ersten Metaanalyse zum Thema [30] erwartet, dass das Alter der Beschäftigten *negativ* mit Job Crafting korreliert ist. Hierbei haben wir entdeckt, dass die Entwicklung der verschiedenen Formen des Job Crafting über die Lebensspanne unterschiedlich ausfallen kann. Das Alter war wie erwartet *negativ* mit Verhalten zur Erhöhung struktureller Ressourcen ( $r = -.13, p < .001$ ) und Herausforderungen ( $r = -.14, p < .001$ ) am Arbeitsplatz korreliert (Beispielitem: „Ich versuche, bei der Arbeit neue Dinge zu lernen.“). Eine *positive* Korrelation ergab sich aber mit Verhalten zur Anpassung der eigenen arbeitsbezogenen Einstellung ( $r = .11, p < .05$ , Beispielitem: „Ich versuche, meine Aufgaben und Zuständigkeiten so zu sehen, dass die Arbeit einen Sinn ergibt.“). Im Einklang mit dem von Baltes entwickelten SOK-Modell (Selektion, Optimierung und Kompensation als Mechanismen der Aufrechterhaltung von Leistung beim Älterwerden [31]) deuten diese Ergebnisse auf Folgendes hin: Proaktives Mitarbeiterverhalten, das durch eine Stimulation der persönlichen Weiterentwicklung auf eine optimierte Passung zwischen Fähigkeiten und Arbeitsbedingungen

Abbildung 1 Das erweiterte Arbeitsanforderungs-Ressourcen Modell von Bakker und Demerouti [28] nach der Übersetzung von Bornewasser und Wegge [12] (mit freundlicher Genehmigung von Pabst Science Publishers)



abzielt, nimmt über die Lebensspanne tendenziell ab. Gleichzeitig nehmen aber solche Verhaltensweisen zu, die im Sinne einer Kompensationsstrategie die eigene Einstellung zur Arbeit in positiver Weise verändern. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten daher Einflüsse des Alters auf verschiedene Formen der positiven Selbstgestaltung von Arbeit (job crafting) genauer untersuchen. Auch die Betrachtung altersbedingter Unterschiede mit Blick auf die negative Selbstgestaltung von Arbeit (self undermining bzw. Selbstgefährdung wie z.B. Präsentismus zu zeigen, ►► Abbildung 1) ist eine wichtige Erweiterung bestehender Modelle zur Entstehung von Stress, Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit [12, 29].

### Führung altersgemischter Teams

Der demografische Wandel hat in den letzten Jahren zu einigen Veränderungen geführt. Ein früherer Einstieg ins Berufsleben durch verkürzte Ausbildungszeiten, die Abschaffung des Altersteilzeitgesetzes und eine verlängerte Lebensarbeitszeit durch das Heraufsetzen des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre sind politische Bestrebungen zur Bewältigung der schrumpfenden Erwerbsbevölkerung. Als Folge dieser Prozesse nehmen die Altersunterschiede innerhalb von Teams zu, weil – relativ betrachtet – immer mehr Ältere noch berufstätig sind bzw. sein müssen. Die neuere Forschung hat sich daher auch mit der Frage beschäftigt, welche Auswirkungen die zunehmende Altersdiversität in Teams und Organisationen

haben kann. Das Ergebnis ist klar: Altersgemischte Teams haben sowohl Vor- als auch Nachteile, wobei letztere im Arbeitsleben wahrscheinlicher sind [7]. Zudem wurden wichtige Faktoren identifiziert, die zu beachten sind, wenn man solche Teams effektiv(er) machen will. Wir fokussieren hier auf die Führung altersgemischter Teams.

#### *Stand des Wissens*

Die Zusammenarbeit von Jung und Alt im Team benötigt ein besonders Management. Die Führungskraft sollte viel Einfühlungsvermögen, Sensibilität und eine vorurteilsfreie Haltung gegenüber dem Älterwerden mitbringen. Sie muss individuell auf die Stärken und Schwächen der Teammitglieder eingehen und Altersdifferenzen so managen, dass es nicht zu Kompetenzspannungen zwischen Jung und Alt kommt. Oftmals neigen jedoch gerade Führungskräfte zu mehr Vorurteilen gegenüber älteren Mitarbeitern und zu Altersdiskriminierung. Dennoch sind die Führungskräfte hier gefordert, besonders weil zahlreiche Studien zeigen, dass von ihrem Verhalten sehr positive Einflüsse auf die Gesundheit ausgehen können [8]. Da dem Verhalten von Führungskräften im demografischen Wandel eine besondere Bedeutung zukommt, haben Wegge und Kollegen [32] das Konzept der alter(n)sgerechten Führung entwickelt, in dem die speziellen Anforderungen an Führungskräfte zusammengefasst sind. Im Modell der alter(n)sgerechten Führung werden drei Facetten unterschieden.

**Die erste Facette** umfasst allgemeine Prinzipien, die sich auf die Zusammenarbeit von Jung und Alt im Team beziehen sowie auf Bedürfnisse, die für *alle* Altersgruppen gleichermaßen wichtig sind, um die überwiegend negativen Effekte der altersgemischten Teamarbeit aufzulösen (» s.o.). Neben der Verringerung der Salienz (gedankliche Auffälligkeit) und der Wertschätzung von Altersunterschieden in der Teamarbeit beziehen sich diese auf einen fairen Umgang mit allen Teammitgliedern sowie die Beteiligung aller an Entscheidungen und an Weiterbildungsmöglichkeiten im Sinne des lebenslangen Lernens.

**Die zweite Facette** thematisiert die Besonderheiten im Umgang mit älteren Mitarbeitern. Ältere Mitarbeiter haben ein wachsendes Bestreben nach Stabilität und Sicherheit. Bei Veränderungen sollten diese frühzeitig kommuniziert und ältere Mitarbeiter nach Möglichkeit einbezogen werden. Zur Kompensation der altersbedingten Veränderungen in der Leistungsfähigkeit, vor allem der verringerten körperlichen Fähigkeiten, sollte eine größere Autono-

mie gewährt werden. Diese ermöglicht die Anwendung von Erfahrungswissen und Kompensationsstrategien (SOK) und stellt gleichzeitig eine Wertschätzung der Leistung und Erfahrung der älteren Mitarbeiter dar. Den wichtiger werdenden emotionalen Bedürfnissen, insbesondere dem wachsenden Generativitätsmotiv (Wunsch nach Weitergabe des eigenen Wissens), kann u.a. durch Mentoring oder Patenprogramme entsprochen werden.

**Die dritte Facette** beschreibt Verhaltensweisen, die ein spezifisches Eingehen auf die Bedürfnisse und Motive der jüngeren Mitarbeiter ermöglichen. Jüngere Mitarbeiter weisen meist ein aktuelles und fundiertes Fachwissen auf, allerdings fehlen häufig noch Kompetenzen und Erfahrungen in der Führung, sodass sie von Vorgesetzten oft weniger abwechslungsreiche bzw. anspruchsvolle Aufgaben übertragen bekommen. Diese Diskriminierung sollte vermieden werden. Jüngere wünschen sich zudem mehr kontinuierliche Unterstützung sowie regelmäßiges Feedback, da sie sehr an Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung interessiert sind. Mit Blick auf Feedback und Fragen der bestmöglichen Karriereentwicklung sollten Vorgesetzte daher jüngeren Mitarbeitern mehr Aufmerksamkeit schenken als älteren Mitarbeitern.

#### *Neue Erkenntnisse*

Zu den positiven Effekten der alternsgerechten Führung liegen inzwischen zahlreiche Studien vor, die belegen, dass dieses Führungsmodell für die Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels geeignet ist und auch trainiert werden kann [7]. Das ursprüngliche Modell der alter(n)sgerechten Führung nach Wegge und Kollegen [32] wurde inzwischen jedoch um eine **vierte Facette** erweitert: Die Besonderheiten im Umgang mit Mitarbeitern *mittleren Alters* [33, 34]. Das Fehlen dieser mittleren Generation im Ursprungsmodell wurde in Diskussionen mit Praktikern deutlich. Aber auch aus wissenschaftlicher Sicht stellen die Erwerbstätigen im Alter von 31 bis 49 Jahren eine besondere Altersgruppe dar. Diese Personen befinden sich in der „Rush-Hour“ des Lebens. Gleichzeitig müssen sie die Anforderungen des Berufs bzw. der Karriere und die der eigenen Familien bewältigen [35, 36]. Der hieraus resultierende besonders hohe Bedarf an zeitlicher und räumlicher Flexibilität sowie die besonderen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter mittleren Alters werden nun in der vierten Facette der alter(n)sgerechten Führung berücksichtigt. Der Fragebogen zur alter(n)sgerechten Führung (FAF; [32]) wurde um die Subskala der „Besonderheiten im

Tabelle 2 Eine neue Kurz-Skala zur Messung altersgerechter Führung

allgemeine Prinzipien alter(n)sgerechter Führung	Meine direkte Führungskraft fördert ein positives Miteinander jüngerer und älterer Mitarbeiter.
	Meine direkte Führungskraft sorgt dafür, dass Altersunterschiede in unserem Bereich kein Thema sind.
Besonderheiten im Umgang mit älteren Mitarbeitern	Meine direkte Führungskraft geht bei der Arbeitsplanung auf die Stärken und Schwächen älterer Mitarbeiter ein.
	Meine direkte Führungskraft schätzt die Leistung älterer Mitarbeiter wert.
Besonderheiten im Umgang mit jüngeren Mitarbeitern	Meine direkte Führungskraft gibt jüngeren Mitarbeitern die Unterstützung, die sie brauchen.
	Meine direkte Führungskraft bietet jüngeren Mitarbeitern Möglichkeiten, ihre berufliche Weiterentwicklung voranzutreiben.
Besonderheiten im Umgang mit Mitarbeitern mittleren Alters	Meine direkte Führungskraft gewährt Mitarbeitern mittleren Alters berufliche Freistellungen, wenn diese aufgrund familiärer Verpflichtungen erforderlich sind.
	Meine direkte Führungskraft unterstützt Mitarbeiter mittleren Alters beim beruflichen Wiedereinstieg, wenn aufgrund von Elternzeit, Sabbatjahr oder beruflichem Auslandsaufenthalt pausiert wurde.

Antwortskala: (1) = stimme nicht zu bis (5) = stimme völlig zu

Umgang mit Mitarbeitern mittleren Alters“ ergänzt und psychometrisch in zwei Studien untersucht und bestätigt. Ferner weist das ergänzte Konstrukt der alter(n)sgerechten Führung eine signifikante negative Korrelation mit Präsentismus auf ( $r = -.25$ ,  $p < .01$ ). Ein höheres Erleben der alter(n)sgerechten Führung mit Berücksichtigung aller drei Altersgruppen geht also mit einem geringer ausgeprägten Präsentismusverhalten einher. Um ein für die Praxis leicht einsetzbares Messinstrument zu haben, das die vier Facetten der altersgerechten Führung erfasst, wurde in der Arbeit von Kügler [34] eine Itemreduktion nach gängigen Kriterien vorgenommen. Das Ergebnis ist ein nunmehr 8 Fragen umfassendes Instrument (»» Tabelle 2).

### Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung

#### Stand des Wissens

Wer möglichst lange etwas von seinen Beschäftigten haben möchte und wer sie auch nach Jahren und Jahrzehnten noch flexibel einsetzen will, der sollte ihnen Tätigkeiten ersparen, bei denen sie auf Dauer physischen und/oder psychischen Fehlbeanspruchungen ausgesetzt sind. Die Arbeit sollte daher so gestaltet sein, dass sowohl vielfältig wechselnde Körperhaltungen und -bewegungen als auch vielfäl-

tig wechselnde kognitive Anforderungen zur Bewältigung der Arbeitsaufgabe notwendig sind. Während eine derart gestaltete Arbeit für Jüngere eher eine präventive Wirkung auf den Erhalt der Leistungsfähigkeit hat, wirkt sie bei Älteren als unmittelbare Intervention im Sinne einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit. Man spricht daher auch von einer *altersgerechten* Arbeitsgestaltung, die positive Wirkung für Beschäftigte jeden Alters entfaltet. Insofern sollte die menschengerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen und -tätigkeiten keine Frage des Alters, sondern vielmehr eine der ökonomischen Vernunft und Weitsicht sein [6]. Eine gesundheitsförderliche, altersgerechte Arbeitsgestaltung sollte auf mehreren Ebenen ansetzen. Die motivationalen und organisatorischen (inkl. Führung und Unternehmenskultur) wurden oben bereits erläutert. Daneben sind aber auch die konkreten Arbeitsaufgaben, die Arbeitsumgebung und die Arbeitsmittel ein Ansatzpunkt der klassischen ergonomischen Arbeitsgestaltung [37].

Die physische Leistungsfähigkeit nimmt mit zunehmendem Alter der Beschäftigten tendenziell ab. Gleichzeitig nimmt die interpersonelle Varianz in der Leistungsfähigkeit deutlich zu. Das heißt, ein Beschäftigter im Alter von 60 Jahren kann körperlich noch sehr fit sein, weil er z.B. gut trainiert ist, ein anderer gleichen Alters kann schon so stark einge-

schränkt sein, dass er nicht mehr voll arbeitsfähig ist. Die durchschnittliche Abnahme der physischen Leistungsfähigkeit zeigt sich vor allem in Bereichen der Biomechanik (Beweglichkeit, Kraft; [38]) sowie der Sensorik (Sehen, Hören, Fühlen; [39]). Daneben ist mit Veränderungen einiger kognitiver Funktionen zu rechnen, denen vor allem eine Abnahme der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung zugrunde liegt [40, 41]. Im Arbeitskontext bedeutet das, dass vor allem Tätigkeiten mit hohen körperlichen und sensorischen Anforderungen durch eine altersgerechte ergonomische Arbeitsgestaltung verbessert werden sollten, um die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten bis zum Renteneintritt zu erhalten [42].

**Trotz des Nachlassens einiger physischer und psychischer Leistungsvoraussetzungen im Alter zeigt sich, dass die Arbeitsleistung insgesamt nicht abnimmt.**

In einer umfassenden Metaanalyse wurde belegt, dass Alter und Leistung *nicht* korreliert sind [43]. Zudem hat diese Analyse frühere Ergebnisse bestätigt, die zeigen, dass einige positive, leistungsförderliche Verhaltensweisen wie die Hilfestellung für Kollegen, das Befolgen von Regeln, soziale Kompetenz und Gewissenhaftigkeit bei älteren Beschäftigten stärker ausgeprägt sind [44].

### Neue Erkenntnisse

In einer Studie mit 56 Teams (623 Mitarbeiter) in der Automobilmontage wurden die gerade beschriebenen Zusammenhänge gut beobachtbar [45, 46]. Die Ergebnisse zeigten, dass bei den Mitarbeitern mit steigendem Alter die Anzahl der Fehltage und besonders die durchschnittliche Abwesenheitsdauer pro Ausfall zunimmt. Dieser negative Alterseffekt wurde verstärkt, wenn das gesamte Team in dem von ihm bearbeiteten Fertigungsabschnitt hohen physischen Belastungen ausgesetzt war und abgeschwächt, wenn geringere physische Belastungen vorlagen. Dabei ist zu beachten, dass die Teammitglieder zwar regelmäßig über verschiedene Arbeitsplätze rotierten, aber aufgrund des standardisierten Fertigungsprozesses innerhalb eines Teambereichs zumeist sehr ähnliche Belastungen vorkommen und daher mittels Rotation nur wenig Entlastung möglich ist (z.B. mehrere Arbeitsplätze mit Überkopf-Tätigkeiten hintereinander). Die physische Belastung im Team war also ein entscheidender Faktor für die Anzahl der Fehltage besonders bei den älteren Teammitgliedern: Gute ergonomische Arbeitsbedingungen mit moderaten physischen Belastungen haben

eine puffernde Wirkung und tragen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit älterer Mitarbeiter bei.

Bezüglich der Teamleistung wurde ferner festgestellt, dass die Fehlerrate der Gruppe mit zunehmender physischer Belastung deutlich ansteigt (Teams mit niedriger Belastung machten ca. 44% weniger Fehler als Teams mit hoher Belastung). In der Studie zeigte sich wie erwartet kein genereller negativer Zusammenhang zwischen dem individuellen Alter und der Leistung. Allerdings gab es eine auffällige Abweichung: Für eine bestimmte Art von Fehlern war ein Leistungsabfall zu verzeichnen. Diese Fehler betrafen Schwierigkeiten in der Arbeitsvorbereitung und -planung, z.B. die Auswahl falscher Teile für die Montage. Die angemessene Auswahl und Planung erfordert Funktionen des prospektiven Gedächtnisses zur Handlungsplanung, welches in vielen Studien eine nachlassende Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter aufweist [47].

Ein weiteres Ergebnis der Studie war, dass die Heterogenität der Gruppe einen positiven Einfluss hatte, weil gemischte Teams (bzgl. Alter und Geschlecht) weniger Fehlzeiten aufwiesen und auch zum Teil weniger Fehler produzieren (v.a. im Vergleich der Teams mit Frauen vs. reine Männer-Teams).

Insgesamt war festzustellen, dass nicht allein das Alter, sondern in erster Linie ungünstige ergonomische Arbeitsbedingungen mit starken physischen Belastungen zu erhöhten Fehlzeiten und Fehlerraten führen. Es wurde ferner bestätigt, dass besonders bei körperlich anstrengenden Tätigkeiten auf eine präventive ergonomische Arbeitsgestaltung zu achten ist. Hierfür können in Zukunft verstärkt neue Methoden wie digitale Menschmodelle zum Einsatz kommen, um bereits bei der Planung neuer Arbeitsplätze körperliche Überlastung zu vermeiden [48]. Diese können inzwischen einige altersbedingte Leistungsveränderungen und körperliche Einschränkungen abbilden und für die Arbeitsgestaltung berücksichtigen [49].

### Fazit und Ausblick

Die Frage der Arbeitsfähigkeit, Arbeitsmotivation und Führung der Mitarbeiter spielt im betrieblichen Alltag eine bedeutende Rolle. Insbesondere die zunehmende Arbeitsverdichtung durch den internationalen Wettbewerb und die Digitalisierung und Technisierung der Arbeitsprozesse, stellen Führungskräfte und Mitarbeiter gleichermaßen vor große Herausforderungen. Während bis vor einigen Jahren noch großzügige Vorruhestandsregelungen eher die Regel

denn die Ausnahme waren, erzwingt der demografische Wandel aktuell wieder längere Lebensarbeitszeiten. Dies kann insbesondere für ältere Mitarbeiter zu einem ernstzunehmenden Problem werden, wenn in den betrieblichen Systemen der Personalentwicklung und im Führungsverhalten der Vorgesetzten die altersbedingten Veränderungen und Probleme der zunehmenden Altersdiversität nicht hinreichend berücksichtigt werden.

Gleichzeitig sind die Mitarbeiter und Führungskräfte in den Unternehmen immer mehr gezwungen, sich vollkommen neuen Herausforderungen zu stellen: „ältere“ traditionelle, i.d.R. hierarchisch geprägte Unternehmenskulturen sehen sich einer vehement vorwärtsdrängenden, agilen – und sehr erfolgreichen – „jungen“ Start Up-Mentalität und -Szene gegenüber. Die nachwachsenden jüngeren Generationen bringen in die Unternehmen ein verändertes Wertesystem in Bezug auf Arbeit ein, was innerbetrieblich fast zwangsweise zu großen Spannungen mit den traditionell hierarchisch geprägten Denk- und Verhaltensweisen der älteren Mitarbeiter und Führungskräfte führt.

Für die Bewältigung dieser beispielhaft genannten Entwicklungen ist es zwingend erforderlich, traditionell hierarchisch geprägte Unternehmenskulturen in Kulturen zu transformieren, die Eigenständigkeit, Flexibilität, selbstinitiiertes Lernen, Diversität und Kreativität begünstigen (was heute auch gern mit dem Begriff „Agilität“ beschrieben wird). Das wiederum gelingt nur, wenn die Führungskräfte dieser Unternehmen akzeptieren, dass es einer fundamentalen Veränderung der Führungskultur bedarf.



Hierarchien und/oder patriarchisch geprägte Unternehmenskulturen sind der Tod jeder „Agilität“ und der zwingend notwendigen Diversität. Die kreative Kraft von Arbeitsteams mit hoher Diversität bzgl. der Altersstruktur, der Geschlechter, der Nationalitäten und Kulturen usw. ist dringend erforderlich und durch gutes Management auch herstellbar.

Ironischerweise führt dies aktuell in den Unternehmen zu der Tatsache, dass sich – ganz im Gegensatz zu „früher“ – vor allem die älteren Führungskräfte und Mitarbeiter dem Mindset der jüngeren Generationen anpassen müssen – und nicht umgekehrt. Hilfreich dabei ist zu verstehen, was die Altersdiversität bzgl. Arbeitsfähigkeit und -motivation, Führung und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung ausmacht. Dazu leisten die hier erörterten Studien einen wichtigen Beitrag.

## Literatur

- Allmendinger, J. & Ebner, C. (2006). Arbeitsmarkt und demografischer Wandel. Die Zukunft der Beschäftigung in Deutschland. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 50, 227–239.
- Hertel, G. & Zacher, H. (2018). Managing the aging workforce. In: D.S. Ones, N. Anderson, C. Viswesvaran & H.K. Sinangil (Eds.), *The SAGE handbook of Industrial, Work & Organization Psychology* (pp. 396–428). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002). *Arbeitsfähigkeit 2010*. Hamburg: VSA-Verlag.
- Peter, R. & Hasselhorn, H.M. (2013). Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe – ein Modell. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56, 415–421.
- Humphrey, S.E., Nahrgang, J.D. & Morgeson, F.P. (2007). Integrating motivational, social and contextual work design features: A meta-analytic summary and theoretical extension of the work design literature. *Journal of Applied Psychology*, 92, 1332–1356.
- Schlick, C.M., Frieling, E. & Wegge, J. (2013). *Age-differentiated work systems*. Berlin: Springer.
- Wegge, J. & Schmidt, K.H. (2015). *Diversity Management. Generationsübergreifende Zusammenarbeit fördern*. Göttingen: Hogrefe.
- Wegge, J., Shemla, M. & Haslam, S.A. (2014). Leader behavior as a determinant of health at work: Specification and evidence of five key pathways. *German Journal of Research in Human Resource Management*, 28, 6–23.
- Wegge, J., Jungmann, F., Schmidt, K.-H., & Liebermann, S. (2011). *Das Miteinander der Generationen am Arbeitsplatz*. Iga Report, 21, 64–97.
- Bilinska, P., Wegge, J. & Kliegel, M. (2016). Caring for the elderly but not for the own old employees? Organizational age climate, age stereotypes and turnover intentions in young and old nurses. *Journal of Personnel Psychology*, 15, 95–105.
- Kliegel, M., Martin, M., McDaniel, M.A. & Phillips, L.H. (2007). Adult age differences in errand planning: The role of task familiarity and cognitive resources. *Experimental Aging Research*, 33, 145–161.
- Bornwasser, M. & Wegge, J. (2018). *Moderne Stressdiagnostik am Arbeitsplatz – theoretische und methodische Fortschritte*. *Wirtschaftspsychologie*, 20, 3–11.
- Martin, M. & Kliegel, M. (2008). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie* (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grube, A. & Hertel, G. (2008). Altersbedingte Unterschiede in Arbeitsmotivation, Arbeitszufriedenheit und emotionalem Erleben während der Arbeit. *Wirtschaftspsychologie*, 10, 18–29.
- Doerwald, F., Scheibe, S., Zacher, H. & Van Yperen, N.W. (2016). Emotional competencies across adulthood: State of knowledge and implications for the work context, *Work, Ageing and Retirement*, 2, 159–216.
- Inceoglu, I., Seger, J., & Bartram, D. (2012). Age-related differences in work motivation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 85, 300–329.
- Ng, T.W.H., & Feldman, D.C. (2012). Evaluating six common stereotypes about older workers with meta-analytical data. *Personnel Psychology*, 65, 821–858.

18. Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31(4), 519–542.
19. Gerich, J. (2015). Krankenstand und Präsentismus als betriebliche Gesundheitsindikatoren. *German Journal of Human Resource Management*, 29(1), 31–48.
20. Hemp, P. (2004). Presenteeism: At work – but out of it. *Harvard Business Review*, 82(10), 49–58.
21. Emmermacher, A. (2008). Gesundheitsmanagement und Weiterbildung: Eine praxisorientierte Methodik zur Steuerung, Qualitätssicherung und Nutzenbestimmung. Wiesbaden: Gabler.
22. Nowak, J. (2018). Presenteeism and absenteeism in manufacturing: A multilevel approach identifying underlying factors and relations to health [Präsentismus und Absentismus im Fertigungssektor: Ein Multilevel-Ansatz zur Identifikation von zugrunde liegenden Faktoren und Zusammenhängen mit Gesundheit] (Masterarbeit). TU Dresden.
23. Judge, T.A., Erez, A., Bono, J.E., & Thoresen, C.J. (2003). The core self-evaluations scale: Development of a measure. *Personnel Psychology*, 56(2), 303–331.
24. Diestel, S., Wegge, J., & Schmidt, K.-H. (2014). The impact of social context on the relationship between individual job satisfaction and absenteeism: The roles of different foci of job satisfaction and work-unit absenteeism. *Academy of Management Journal*, 57, 353–382.
25. Nielsen, K., & Abildgaard, J.S. (2012). The development and validation of a job crafting measure for use with blue-collar workers. *Work & Stress*, 26(4), 365–384.
26. Plomp, J., Tims, M., Akkermans, J., Khapova, S.N., & Jansen, P.G.W. (2016). Career competencies and job crafting: How proactive employees influence their well-being. *Career Development International*, 12(6), 587–602.
27. Tims, M., Bakker, A.B., & Derks, D. (2013). The impact of job crafting on job demands, job resources, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18, 230–240.
28. Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2017). The Job Demands-Resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22, 273–285.
29. Doebler, A.-S. (2018). New insights into self-initiated work design: The role of job crafting, self-undermining and five forms of job satisfaction for employee's health and work ability. Masterarbeit. TU Dresden.
30. Rudolph, C.W., Katz, I.M., Lavigne, K.N. & Zacher, H. (2017). Job crafting: A meta-analysis of relationships with individual differences, job characteristics, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 102, 112–138.
31. Baltes, P.B. (1996). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 25(4), 366–380.
32. Wegge, J., Schmidt, K.-H., Piecha, A., Ellwart, T. Jungmann, F. & Liebermann, S. (2012). Führung im demografischen Wandel. *Report Psychologie*, 37, 344–354.
33. Dabbagh, A. (2017). Alter(n)sgerechte Führung von Mitarbeitern mittleren Alters (unveröffentlichte Bachelorarbeit). Technische Universität Chemnitz.
34. Kügler, J. (2017). Zu viel des Guten: Fördert alter(n)sgerechte Führung Präsentismus? (unveröffentlichte Masterarbeit). Technische Universität Dresden.
35. Bertram, H., Bujard, M. & Rösler, W. (2011). Rush-hour des Lebens: Geburtenaufschub, Einkommensverläufe und familienpolitische Perspektiven. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 8, 91–99.
36. Lothaller, H. (2009). Die „rush hour“ des Lebens und die Bedeutung der Familienarbeit und ihrer Aufteilung. *Journal für Generationengerechtigkeit*, 9, 52–56.
37. Strasser, H. (2009). Die Kunst des Alterns aus ergonomischer Sicht. *Sichere Arbeit*, 30–37.
38. Bassey, E.J. (1998). Longitudinal changes in selected physical capabilities: muscle strength, flexibility and body size. *Age and Ageing*, 27, 12–16.
39. Corso, J.F. (1971). Sensory processes and age effects in normal adults. *Journal of Gerontology*, 26, 90–105.
40. Salthouse, T.A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103, 403–428.
41. Schaie, K.W. (2005). Developmental influences on adult intelligence: The Seattle longitudinal study. Oxford, UK: Oxford University Press.
42. Ilmarinen, J.E. (2006). The ageing workforce – Challenges for occupational health. *Occupational Medicine*, 56, 362–364.
43. Ng, T.W.H., & Feldman, D.C. (2008). The relationship of age to ten dimensions of job performance. *Journal of Applied Psychology*, 93, 392–423.
44. Warr, P., Miles, A., & Platts, C. (2001). Age and personality in the British population between 16 and 64 years. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 165–199.
45. Fritzsche, L. (2010). Work Group Diversity and Digital Ergonomic Assessment as New Approaches for Compensating the Aging Workforce in Automotive Production. Dissertation, Technische Universität Dresden.
46. Fritzsche, L., Wegge, J., Schmauder, M., Kliegel, M. & Schmidt, K.-H. (2014a). Good ergonomics and team diversity reduce absenteeism and errors in car manufacturing. *Ergonomics*, 57 (2), 148–161.
47. Kliegel, M., Jäger, T. & Phillips, L. (2008). Adult age differences in event-based prospective memory: A metaanalysis on the role of focal versus nonfocal cues. *Psychology and Aging*, 23, 203–208.
48. Fritzsche, L., Schönherr, R. & Illmann, B. (2014b). Interactive Simulation and Ergonomics Assessment of Manual Work With EMA – Applications in Product Development and Production Planning. In: T. Ahram, W. Karwowski and T. Marek (Eds.), *Proceedings of the 5th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics AHFE 2014, Kraków, Poland* (pp. 3884–3893).
49. Ullmann, S. & Fritzsche, L. (2017). Ergonomic work design for older and performance-restricted workers using digital human models. In: S. Wischniewski & D. Bonin (Eds.), *Proceedings of the 5th International Digital Human Modeling Symposium* (pp. 100–109). Dortmund/Berlin/Dresden: Federal Institute for Occupational Safety and Health. doi:10.21934/baua:bericht20170816 (online)



Prof. Dr. Jürgen Wegge

Prof. Dr. Jürgen Wegge ist Professor für Arbeits- und Organisationspsychologie an der TU Dresden. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Führung, demografischer Wandel, Arbeit und Gesundheit sowie Diversity. Zu diesen Themen hat er fünf Bücher, sieben Sonderhefte, 89 Zeitschriftenartikel und 108 Buchkapitel publiziert. Wegge ist Mitglied im editorial board mehrerer psychologischer Fachzeitschriften und seit Juni 2014 Mit-Herausgeber des German Journal of Human Resource Management. Seit Juni 2016 ist er zudem Vorsitzender des Centrums für Demografie und Diversität (CDD) an der TU Dresden (<https://tu-dresden.de/cdd>).



Dr. André Emmermacher

Dr. André Emmermacher studierte Psychologie (Schwerpunkte Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie) und Weiterbildungsmanagement an der TU Berlin. Nach seiner Diplomarbeit bei der Siemens AG zur Evaluation eines Gesundheitsprogramms arbeitete er als freiberuflicher Berater für verschiedene Unternehmen im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung. Er promovierte zum Thema „Weiterbildung und Gesundheitsmanagement – Entwicklung einer Methodik angewandten betrieblichen Gesundheitsmanagements“ an der TU Berlin und arbeitete von 2005 bis 2010 als Gesundheitsmanager und später Leiter Personalberatung bei der Siemens AG/Standort Berlin. Seit 2010 ist er Personalleiter der Siemens AG an verschiedenen Standorten und seit 2015 voll verantwortlich für die gesamte operative Personalarbeit der Siemens Niederlassungen in den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen sowie der Berliner Werke. Er ist Mitglied der Betriebsleitungen mehrerer Standorte der Siemens AG, ehrenamtlicher Richter am Arbeitsgericht und seit einigen Jahren Dozent an der TU Dresden im Bereich Occupational Health Promotion.



Antonia-Sophie Döbler, M.Sc. Psych.

Studium der Psychologie in Dresden. Seit 2018 Referentin für Personalentwicklung am Dezernat für Strategie und Kommunikation der Technischen Universität Dresden.



Prof. Dr. Lars Fritzsche

Prof. Dr. Lars Fritzsche studierte Arbeits- und Organisationspsychologie sowie Arbeitswissenschaft an der TU Dresden. Nach seiner Diplomarbeit bei der damaligen DaimlerChrysler AG absolvierte er bei selbiger eine Industriepromotion und widmete sich dabei dem Thema „Ergonomie und Teamarbeit in der industriellen Produktion“. Er zeigte dabei auf, dass schlechte ergonomische Arbeitsbedingungen zu mehr Fehlzeiten und Montagefehlern führen.

Seit 2010 ist er bei der imk automotive GmbH aus Chemnitz beschäftigt, und leitet seit 2012 den Fachbereich Ergonomie. Dort realisiert er mit einem Team von 15 Mitarbeitern zahlreiche Beratungsprojekte und Schulungen für Kunden aus der Automobilindustrie und anderen Branchen.

Seit 2017 ist Lars Fritzsche Honorarprofessor an der TU Dresden für „Ergonomie und betriebliches Gesundheitsmanagement“ am Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie.



Julia Kügler, M.Sc. Psych.

Studium der Psychologie in Dresden. Seit 2018 Job Coach im Bewerbercenter bei der Schulungszentrum Bösen GmbH.



Joshua Nowak, B.Sc. Psych.

Studium der Psychologie in Osnabrück, Victoria (Kanada) und Dresden. Studienschwerpunkte in der Arbeits- und Organisationspsychologie, unter anderem im Betrieblichen Gesundheitsmanagement.

# Laienvorstellungen von Gesundheit und Krankheit über den Lebenslauf: Der Einfluss des Alterns auf das Gesundheitsverhalten

Toni Faltermaier  
Europa-Universität Flensburg

## Einleitung

Gesundheit ist untrennbar mit dem Lebenslauf und dem Altern verbunden. In jeder Lebensphase sind altersspezifische Risiken und Erkrankungen erkennbar, aber auch Chancen für die Gesundheit. Wie wir wissen, ist die gesundheitliche Lage wesentlich bestimmt durch die Lebensstile von Menschen, und diese sind natürlich auch aktiv gestaltbar. Gesundheit stellt damit in gewisser Weise auch eine subjektive Konstruktion dar, es gibt ein im Alltag verdecktes „Laiengesundheitssystem“, das neben und teilweise unabhängig vom professionellen Gesundheitssystem Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung hat [1]. Erwachsene Menschen können sich bewusst zu ihrer Gesundheit verhalten, sie haben als Laien auch ein alltägliches Wissen über ihre Gesundheit und über verbreitete Krankheiten erworben, das ihren eigenen Umgang mit Gesundheit beeinflusst. Diese Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sind Teil eines Forschungsfeldes, das in ihren Variationen mit dem Alter und anderen sozialen Parametern im Mittelpunkt dieses Beitrags stehen wird. Es ist eng mit dem gesundheitsbezogenen Lebensstil und Gesundheitsverhalten verbunden und hat daher Implikationen für die alters- und altersgerechte Gesundheitsförderung.

## Laienvorstellungen von Gesundheit und Krankheit

Was sind Laienvorstellungen von Gesundheit und Krankheit und welche Erkenntnisse liegen dazu vor? Die Forschung hat sich etwa seit den 1970er-Jahren mit den Gesundheitsvorstellungen von (medizinischen) Laien beschäftigt [2]. Neben sehr spezifischen Kognitionen zur Vorhersage von Formen eines Gesundheitsverhaltens (wie z. B. Risikowahrnehmung, Kontrollüberzeugung oder Selbstwirksamkeitsüberzeugung) wurden auch breitere Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit unter-

sucht, um das alltägliche Handeln für seine Gesundheit und den Umgang mit einer Krankheit zu erklären.



**Begrifflich müssen zunächst zwei Arten von Gesundheitsvorstellungen unterschieden werden:**

- Subjektive Konzepte von Gesundheit („was bedeutet für mich persönlich Gesundheit?“) und
- subjektive Theorien von Gesundheit („welche positiven oder negativen Einflüsse nehme ich auf meine Gesundheit wahr?“).

Große und teilweise repräsentative Untersuchungen kommen ebenso wie intensive qualitative Studien zu ähnlichen Ergebnissen, was Laien als *subjektive Konzepte von Gesundheit* vertreten [2]:

- Laien bestimmen ihre eigene Gesundheit oft positiv, sie verbinden Gesundheit mit ihrem psychischen und körperlichen Wohlbefinden sowie mit ihrer alltäglichen Handlungs- und Leistungsfähigkeit. Vielfach wird Gesundheit sowohl auf der körperlichen als auch auf der psychischen Dimension gesehen, teilweise auch als soziales Phänomen (soziale Harmonie).
- Die negativen Definitionen von Gesundheit werden als Abwesenheit einer Krankheit oder als geringes Ausmaß an Beschwerden oder Schmerzen verstanden und sind in der allgemeinen Bevölkerung deutlich in der Minderheit [2].
- Subjektive Gesundheitskonzepte variieren in geringem Maße auch nach sozialen Parametern: In den oberen und mittleren sozialen Schichten finden sich häufiger positive Konzepte von Gesundheit, in den unteren eher negative und instrumentelle [2]. Frauen weisen tendenziell stärker differenzierte Gesundheitskonzepte auf und betonen häufiger das psychische Wohlbefinden, während Männer Gesundheit häufiger negativ und mehr als Leistungsfähigkeit bestimmen [2, 3].

Dieser überwiegend positive, mehrdimensionale und differenzierte Gesundheitsbegriff von Laien mag erstaunen, steht er doch in deutlichem Gegensatz zum traditionellen medizinischen Verständnis von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit.

Auch die *subjektiven Theorien von Gesundheit* weisen – obwohl weniger empirisch untersucht – eine beträchtliche Komplexität auf:

- Laien nehmen positive und negative Einflüsse auf ihre Gesundheit vor allem in der Arbeit und Familie, in ihrem eigenen Lebensstil und Verhalten sowie in der eigenen Persönlichkeit und körperlichen Konstitution wahr.
- Es gibt dabei Menschen, die stärker die Risiken ihrer Gesundheit betonen, als externe Risiken und Belastungen aus der Umwelt oder als interne Risiken im eigenen Verhalten; andere betonen mehr die positiven Einflüsse auf ihre Gesundheit, sie nehmen also vor allem interne Ressourcen z.B. in der eigenen stabilen Persönlichkeit oder Konstitution wahr sowie externe Ressourcen z.B. in unterstützenden Bezugspersonen oder in befriedigender Arbeit.
- Schließlich lassen sich auch komplexe subjektive Theorien erkennen, die gerade das Verhältnis von gesundheitlichen Risiken und Ressourcen betonen und dabei annehmen, dass Gesundheit vor allem dann erhalten werden kann, wenn Belastungen und Risiken durch entsprechende kompensierende Ressourcen oder Lebensweisen ausgeglichen werden.

Auch hier fällt auf, dass subjektive Gesundheitstheorien häufig psychosozial geprägt sind. Psychische Belastungen, ein schlechtes Arbeitsklima und negative Stimmungen spielen dabei als negative Einflüsse eine große Rolle, während psychische Ausgeglichenheit, positive soziale Beziehungen und gesunde Lebensweisen (Ernährung, körperliche Bewegung und Zeit für Ruhe und Entspannung) als positive Einflüsse dominieren [2].

In Bezug auf Krankheit werden insbesondere *subjektive Krankheitstheorien* von gesunden, vor allem aber von erkrankten Menschen empirisch untersucht [4]. Dabei werden fünf Vorstellungen konzeptionell unterschieden und methodisch erfasst [5]:

- Vorstellungen vom Krankheitsbild,
- Annahmen über die Krankheitsursachen,
- Erwartungen über die zeitliche Dauer und den Verlauf einer Krankheit,
- Erwartungen über die unmittelbaren und langfristigen Folgen einer Erkrankung sowie
- Annahmen über die Behandlungsmöglichkeiten.

#### *Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitstheorien und dem Umgang mit Krankheit*

Inzwischen wird in diesem Forschungsfeld eine Vielzahl von Krankheiten in Hinblick auf die subjektiven Krankheitstheorien der betroffenen Menschen untersucht. Sie reichen von schweren körperlichen Erkrankungen, wie z.B. Krebs oder Herzinfarkt, über chronische Erkrankungen, wie z.B. Rheuma, Rückenbeschwerden und Diabetes, bis hin zu psychischen Krankheiten, wie z.B. Depression oder Essstörungen [6]. Krankheitsvorstellungen sind natürlich spezifisch für die jeweilige Krankheit und können daher hier in ihren Ergebnissen nur angedeutet werden (zum Überblick, vgl. [4]). Es fällt auf, dass bei vielen Krankheiten als Ursachen eher psychosoziale Faktoren genannt werden. Bei Herzinfarkt dominieren als kausale Attributionen beispielsweise Stress oder berufliche Belastung sowie ungesunde Lebensweisen (Rauchen). Bei Krebserkrankungen werden vor allem Faktoren wie Umweltverschmutzung, organische Ursachen (Vererbung) und Risikoverhalten (Rauchen) genannt [6]. Auch diese Vorstellungen von Laien über eine Krankheit erweisen sich als komplex, was sich vor allem in qualitativen Studien erkennen lässt. Bereits erkrankte Menschen schreiben ihre Erkrankung häufiger externen Faktoren zu, was auch so interpretiert werden kann, dass damit Schuldzuweisungen vermieden und der Selbstwert stabilisiert werden soll. Subjektive Krankheitstheorien leiten und unterstützen den Umgang mit einer Krankheit sowie die Bewältigung der damit verbundenen Belastungen. Sie haben die Funktion, den Verlauf einer Erkrankung besser einschätzen zu können und organisieren so das eigene Handeln, auch in den sozialen Interaktionen mit den Professionellen, die Patienten behandeln und unterstützen. Der Umgang mit einer Krankheit, auch die Therapietreue (Compliance) mit medizinischen Behandlungen, basieren wesentlich auf den subjektiven Krankheitstheorien der Patienten. Diskrepanzen zwischen den professionellen Konzepten einer Krankheit und den subjektiven Theorien von Patienten könnten ein Grund für eine unzureichende Compliance sein. Subjektive Theorien vermitteln den Betroffenen aber auch den persönlichen Sinn einer Krankheit bzw. zeigen Bemühungen, ihn zu finden. In neuerer Zeit werden auch die Krankheitstheorien der Angehörigen untersucht, auch unter der Annahme, dass Krankheiten in der Regel nicht alleine, sondern in einem familiären System bewältigt werden.

### Zusammenhänge zwischen Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln

Die subjektiven Überzeugungen über Gesundheit und Krankheit haben eine zentrale Bedeutung für das Handeln der Menschen. Wie Laien ihre Gesundheit verstehen und welche Einflüsse sie im Lebenslauf auf ihre Gesundheit annehmen, haben Auswirkungen auf ihr *Gesundheitshandeln*, also ihre Aktivitäten zum Erhalt von Gesundheit. Wie Laien eine entstandene Krankheit wahrnehmen, welche Ursachen sie zuschreiben und welche Kontrollmöglichkeiten sie für sich sehen, das hat Auswirkungen auf den *Umgang mit einer Krankheit* und auf die Zusammenarbeit mit Professionellen. Es ist aber auch offensichtlich, dass Menschen nicht einfach ihre Überzeugungen im Alltag umsetzen, in der Regel besteht eine deutliche Lücke zwischen Denken und Handeln, auch weil Gesundheit in Konkurrenz zu anderen Lebenszielen und Anforderungen steht. Es ist empirisch gut belegt, dass die Etablierung eines spezifischen *Gesundheitsverhaltens* im Bereich von Ernährung, Bewegung, Entspannung oder Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen mit spezifischen Kognitionen verbunden ist [7] – aber eben nicht nur. Denn wichtige Determinanten des Gesundheitsverhaltens sind auch soziodemografische Variablen wie Alter, Geschlecht oder der sozioökonomische Status. Ältere Menschen, Frauen und Menschen mit höherem Bildungsstatus zeigen in der Regel ein positiveres Gesundheitsverhalten [5]. Auch die soziale Einbindung in Familie und Freundesnetzwerke sowie die dort geteilten Normen tragen dazu bei, ob ein spezifisches gesundheitsbezogenes Verhalten gezeigt wird oder nicht. Gesundheitsvorstellungen stellen die gedanklichen Grundlagen für das eigene Gesundheitshandeln und ihre Ausrichtung dar [5]; aber es hängt auch von konkreten Lebensumständen und der subjektiven Priorität von Lebenszielen ab, ob gesundheitsliche Überzeugungen im Alltag nachhaltig umgesetzt werden, ob beispielsweise erkannte berufliche Belastungen und Risiken abgebaut werden (oder die berufliche Karriere das Leben dominiert) oder ob etwa körperliche Bewegung oder Sport in die zeitlichen und lebensweltlichen Strukturen von Menschen eingepasst und zu einer dauerhaften Gewohnheit gemacht werden.

### Erwachsenenalter, Altern und Gesundheitsvorstellungen

Der Lebenslauf von Erwachsenen umfasst aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung fast sechs Jahr-

zehnte, in dieser Spanne zeigen sich körperliche und psychische Auf-, Umbau- und Abbauprozesse, die in vielfältiger Beziehung zur Gesundheit stehen. Wir altern in manchen körperlichen Funktionen bereits in den 30er-Jahren, andere können bis in die Lebensmitte und ins hohe Alter expandieren oder stabil bleiben [8]. *Altern* ist also normal, aber die interindividuellen Unterschiede in den Alternsprozessen sind gewaltig. Wann das *Alter als Lebensphase* beginnt, ist weitgehend eine gesellschaftliche Festlegung und in der Regel an den Eintritt in den beruflichen Ruhestand gebunden. Dieser Zeitpunkt muss aber in keiner Weise mit anderen Kriterien des Alters wie z. B. der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit verbunden sein und schon gar nicht mit dem subjektiven Alter, d. h. wie wir unser Alter erleben [8, 9]. Dennoch nimmt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Einschränkungen zu; und die Prävalenz von schweren Erkrankungen wie z. B. koronaren Herzerkrankungen oder Krebserkrankungen steigt ab dem 50. Lebensjahr deutlich an, wobei sich große Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Statusgruppen zeigen [10, 11]. Mit zunehmendem Alter nehmen auch chronische Erkrankungen zu sowie die Wahrscheinlichkeit, an mehreren Erkrankungen gleichzeitig zu leiden (Multimorbidität). Und es gibt typische Krankheiten des hohen Alters wie z. B. die Demenz. Dennoch ist der überwiegende Teil der Bevölkerung auch in der zweiten Lebenshälfte gesund, eine Investition in die Prävention und die Gesundheitsförderung ist daher auch im Alter eine absolut lohnende und gesellschaftlich dringliche Aufgabe.

Wann und wo aber soll man ansetzen? Und wie sieht die Motivation von Menschen aus, mit zunehmendem Alter selbst gesundheitlich aktiv zu werden? Zu altern erhöht *erstens* auch die Chance, seine eigene Gesundheit besser wahrzunehmen und damit gesundheitlich sensibilisierter zu werden. Ab der Lebensmitte (um das 40. Lebensjahr) zeigen sich körperliche *Zeichen des Alterns*, welche die Aufmerksamkeit stärker auf die Gesundheit und den Körper lenken, beispielsweise leichte Einbußen der körperlichen Leistungsfähigkeit, verringerte Sehkraft, grau werdende Haare und Falten im Gesicht [5]. Im Vergleich zur guten Gesundheit, dem hohen Aktivitätsniveau und der selbstverständlichen Leistungsfähigkeit im frühen Erwachsenenleben geben diese Zeichen erste Hinweise auf die Grenzen einer optimalen Gesundheit, die bisher keine Aufmerksamkeit verlangte. Diese Sensibilisierung für den Körper und für die Grenzen der Jugendlichkeit kann zu Selbstrefle-

Tabelle 1 Zwei dynamische Typen subjektiver Gesundheitstheorien im Lebenslauf (nach [2])

Batterie-Typus	Akku-Typus
Menschen konzipieren ihre Gesundheit oft als biographischen <i>Abbauprozesse</i> , danach reduziert sich ähnlich wie bei einer Batterie die Gesundheit im Laufe des Lebens; sie ist zunächst voll und fast im Übermaß vorhanden und verringert sich mit dem Älterwerden durch negative Einflüsse mehr oder weniger schnell.	Laien verstehen Gesundheit als <i>Regenerationsprozess</i> , d.h. sie nehmen an, dass sich Gesundheit nach Abbauprozessen durch positive Einflüsse immer wieder aufladen kann, diese Vorstellungen werden daher als ein Akku-Typus bezeichnet.

xion beitragen, welche eine größere Aufmerksamkeit für die eigene Gesundheit und die Setzung anderer Prioritäten und Werte im Leben mit sich bringt.

Zweitens ergeben sich Entwicklungsanstöße im Erwachsenenalter durch soziale *Übergänge* oder *kritische Lebensereignisse* [8], die sich auf die subjektive Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit auswirken können. Damit sind insbesondere gesundheitsrelevante Ereignisse wie Krankheiten gemeint, die eindringlich die Grenzen von Gesundheit markieren und damit vielleicht auch die Notwendigkeit, jetzt mehr eigene Verantwortung für den Erhalt seiner Gesundheit zu übernehmen. Auch körperliche Ereignisse in dieser Lebensphase wie die Menopause von Frauen können die Grenzen der Jugendlichkeit signalisieren und für gesundheitliche Prozesse sensibilisieren. Im beruflichen Bereich können in dieser zweiten Lebenshälfte Gewinnereignisse auftreten, die z.B. bei einer Beförderung zunehmende Verantwortung, aber auch hohe Belastungen mit sich bringen, damit auch die Gefahr gesundheitlicher Überbelastung. Aber auch enttäuschte berufliche Erwartungen und andere Verlustereignisse (z.B. Arbeitslosigkeit) können bei den Versuchen ihrer Bewältigung auch Sinnfragen auslösen, die in der subjektiven Reflexion auch Folgen für die Einstellung zur eigenen Gesundheit haben können. Die Zeitperspektive für neue berufliche Ziele ist nun begrenzt; der baldige Eintritt in den beruflichen Ruhestand und damit auch das Alter löst möglicherweise subjektiv Auseinandersetzungen aus, die auch gesundheitliche Fragen aufwerfen. Der Übergang in den beruflichen Ruhestand selbst wird unterschiedlich erlebt und gestaltet; er kann als Befreiung oder als Belastung erlebt werden, und er hat sowohl Auswirkungen auf das subjektive Altern als auch auf die Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit [9]. Im privaten Bereich können in dieser Lebensphase vergleichbare normative Ereignisse (wie z.B. die Kinder gehen aus dem Haus und werden selbstständig)

oder non-normative Ereignisse (wie z.B. Trennung einer Partnerbeziehung oder Beginn einer neuen Beziehung) auftreten und sowohl zu Belastungen bzw. Krisen führen, die bewältigt werden müssen, als auch Impulse für die eigene Weiterentwicklung mit sich bringen.

Mit diesen Reflexionsprozessen über das eigene Altern und der Auseinandersetzung mit Übergängen und Lebensereignissen können sich auch gesundheitliche Überzeugungen verändern. Wie qualitative Studien zeigen, enthalten auch subjektive Gesundheitsvorstellungen bereits eine eigene *Dynamik*, die auf den Lebenslauf bezogen ist [2]. Dabei sind vor allem zwei Typen von subjektiven Konzepten von Gesundheit interessant, die typische Veränderungen im biographischen Verlauf annehmen (►► Tabelle 1).

Es gibt kaum Studien, die den Verlauf von Gesundheitsvorstellungen im Lebenslauf und im Alter nachzeichnen. Repräsentative Untersuchungen [3] deuten darauf hin, dass es tendenzielle Altersunterschiede vor allem bei Männern gibt, denn ältere Männer verbinden ihre Gesundheit mehr mit der körperlichen Leistungsfähigkeit als jüngere, während bei Frauen das psychische Wohlbefinden über alle Altersgruppen hinweg im Vordergrund steht. Bei diesen Vergleichen ist aber immer zu berücksichtigen, dass es sich dabei auch um Unterschiede zwischen unterschiedlichen Kohorten handeln kann und sie daher nicht dem Altersverlauf entsprechen müssen.

Wenn man sich nun Befunde über die *Veränderung des Gesundheitsverhaltens im Lebenslauf* näher ansieht, dann ergibt sich auf der Basis der Studien des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland [10, 12] folgendes Bild:

- Der Anteil an körperlicher Aktivität im Alltag ist bei jüngeren Menschen (18–24 Jahren) am höchsten, aber es gibt dabei einen deutlichen Geschlechtsunterschied, denn Männer achten in allen Altersgruppen mehr auf ausreichende

Bewegung als Frauen (durchschnittlich 51,7% gegenüber 48,2%). Bei Männern ist der Anteil im mittleren Alter (35–44 Jahre) am niedrigsten und steigt dann mit dem Alter kontinuierlich an und ist dann bei Männern über 65 Jahren fast auf dem Niveau der jüngeren Männer (56,6%) [10].

- Im Ernährungsverhalten zeigt sich in Bezug auf das Geschlecht in den meisten Indikatoren ein umgekehrtes Muster: Frauen zeigen durchgehend ein gesünderes Ernährungsverhalten als Männer, z.B. im häufigeren Konsum von Obst und Gemüse und im geringeren Konsum von Fleischprodukten. Bei Männern und Frauen ergibt sich in der Ernährung aber ab dem 50. Lebensjahr bis ins höhere Alter ein positiver Trend im gesünderen Essen, insbesondere dann, wenn sie höheres Bildungsniveau haben [10, 12].
- Im gesundheitlichen Risikoverhalten, insbesondere im Rauchen und Alkoholkonsum, zeigen erwachsene Männer in allen Altersgruppen ein riskanteres Konsummuster als Frauen. Aber auch hier zeigt sich ab der Lebensmitte (45+) eine abnehmende Tendenz: Der Anteil der rauchenden Männer nimmt stark ab (von 40% bis auf 2,4% bei den über 65-Jährigen) und die Aufhörquoten beim Rauchen nehmen deutlich zu; die Anteile der Männer mit riskantem Alkoholkonsum und mit Rauschtrinken („binge drinking“) nehmen ab der Lebensmitte ebenfalls deutlich ab [10]. Bei Frauen zeigen sich ähnliche Muster auf niedrigerem Niveau. Sie werden jedoch bei beiden Geschlechtern von starken Effekten des sozioökonomischen Status überlagert; die Quoten des Rauchens sind in der niedrigeren Statusgruppen jeweils höher als in den mittleren und höheren [10, 12].

Diese Befunde zum Gesundheitsverhalten lassen sich mit den obigen Ausführungen zu veränderten Einstellungen zur Gesundheit im mittleren und höheren Alter verbinden. Obwohl es keine soliden Daten zur Veränderung des Gesundheitshandelns mit zunehmenden Alter gibt, deutet doch vieles darauf hin, dass die Sensibilität für gesundheitlichen Fragen und das Gesundheitsbewusstsein ab der Lebensmitte und mit zunehmendem Alter ansteigt. Die subjektiven Konzepte und Theorien von Gesundheit sind vermutlich schon früher als Grundlage gelegt, aber im Prozess des Alterns werden gesundheitliche Handlungsziele tendenziell entschiedener umgesetzt. Das kann an der Sensibilisierung durch die Erfahrungen des Alterns und durch zunehmende gesundheitliche Einschränkungen

(Krankheiten) liegen, das kann an der mit zunehmendem Alter veränderten Gewichtung von Prioritäten im Leben liegen und das kann aber auch daran liegen, dass im Alter nach dem beruflichen Ruhestand eine günstigere Lebensstruktur für gesundheitliche Prioritäten (mehr Zeit, weniger Belastungen) entsteht. Wie erwähnt spielen jedoch bei der Umsetzung eines gesunden Lebensstils nicht nur das Alter, sondern auch deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Statusgruppen eine sehr wichtige Rolle. Das Bild muss also sozial differenziert werden; und zur Erklärung müssen auch Prozesse der Sozialisation in die Geschlechtsrollen und die verschiedenen Lebenswelten herangezogen werden.

### Implikationen für eine alters- und altersngerechte Gesundheitsförderung

Was bedeutet das nun für die Prävention und Gesundheitsförderung? Allgemein muss zunächst betont werden, dass die Prävention in allen Lebensphasen sinnvoll ist und bei altersspezifischen Zielgruppen jeweils angemessen nach Bedarf und Bedürfnissen ansetzen sollte. Angesichts der epidemiologischen Lage lohnen sich gerade auch im Alter die Investitionen in die Prävention, weil viele Erkrankungen noch verhindert oder in einer frühen Phase positiv beeinflusst werden können. Angesichts der obigen Ausführungen könnten Menschen ab der Lebensmitte für gesundheitliche Aktivitäten gut und vielleicht sogar besser als in früheren Phasen motiviert werden. Dabei sollte aber auch bedacht werden, dass die Gesundheitsvorstellungen von Laien nahelegen, vor allem positive Gesundheitsziele zu verfolgen, auch weil die Motivation für bessere Gesundheit und Lebensqualität deutliche Vorteile gegenüber einer Orientierung an Risiken und der Vermeidung von Krankheiten hat. Wir haben inzwischen in den Gesundheitswissenschaften sehr gute konzeptionelle Voraussetzungen für eine Förderung von Gesundheit, die sich auf salutogenetischen Grundlagen und der Förderung von Ressourcen stützen und die auf der Basis der Ottawa-Charta der WHO bereits eine längere Tradition in der Praxis vorweisen können [5, 13].

Eine *alters- und altersngerechte Gesundheitsförderung* sollte sich an *folgenden Prinzipien* orientieren, die abschließend kurz skizziert werden sollen:

- Altern beginnt früher als die Lebensphase Alter. Insofern wäre es sinnvoll, bereits in Lebensphasen anzusetzen, die Prozesse des Alterns erkenn-

bar machen, also ab der Lebensmitte und bei *Zielgruppen von Menschen ab 50 Jahren*. Aber natürlich ist es auch naheliegend, Menschen nach dem beruflichen Ruhestand und im höheren Alter als wichtige Zielgruppen einer altersgerechten Gesundheitsförderung zu verstehen. Aufgrund der großen Differenzierung zwischen Altersgruppen in der gesundheitlichen und sozialen Lage wären aber unterschiedliche Ansätze bei jüngeren und noch weitgehend gesunden Senioren sowie bei älteren, kranken und multimorbiden Gruppen notwendig.

- Die Orientierung an Lebenswelten ist aufgrund der starken sozialen Differenzierung von Gesundheit notwendig; der *Ansatz an Settings* entspricht den Anforderungen der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung. In welchen Settings sind Menschen im Alter erreichbar? Das Setting Betrieb ist natürlich für noch erwerbstätige Menschen zentral, er ermöglicht es, ganz unterschiedliche Bevölkerungsgruppen zu erreichen, auch diejenigen (z.B. Männer, niedrigere Statusgruppen), die bisher noch wenig gesundheitsbewusst und schwer erreichbar sind. Die Fokussierung der Gesundheitsförderung auf ältere Mitarbeiter/-innen ist zudem für viele Betriebe interessant, die aufgrund des demografischen Wandels eine zunehmend ältere Belegschaft haben und deren berufliche Qualifikationen möglichst lange erhalten wollen. In späteren Lebensphasen bieten sich je nach gesundheitlicher Lage vor allem die Kommune sowie Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe an.
- Als *Ansatzpunkte* für Maßnahmen der Gesundheitsförderung bieten sich wie beschrieben die Phase des Alterns sowie die Übergangsphasen und Lebensereignisse im mittleren und späten Erwachsenenalter an. Sie sind vor allem deshalb bedeutsam, weil sich Veränderungsprozesse in gesundheitlichen Einstellungen und Verhaltensweisen in Phasen besser etablieren lassen, in denen die bisherige Identität von Menschen verunsichert und umgestaltet wird. Die Selbstreflexion über das eigene Altern, die subjektive Auseinandersetzung mit dem Übergang in eine neue Lebenssituation (neue Stelle, neue berufliche Position, beruflicher Ruhestand, Kinder aus dem Haus, neue Partnerschaft) oder mit psychosozialen Krisen (bei Arbeitslosigkeit, Trennung) – sie alle implizieren neue persönliche Anforderungen und eine *Neujustierung der Identität*, die auch die Haltung zur eigenen Gesund-

heit betreffen können. Damit könnten professionelle Impulse in diesen Phasen auf eine innere Bereitschaft treffen und daher eher wirksam werden.

- Eine altersgerechte Gesundheitsförderung sollte *subjektorientiert* sein und sie sollte die *lebensweltlichen Voraussetzungen und subjektiven Vorstellungen* der Zielgruppe berücksichtigen. Viele Ansätze der Gesundheitsförderung erweisen sich als standardisierte professionelle Maßnahmen, die ohne vorherige Analyse einer Zielgruppe nahegebracht werden sollen und in ihr Leben eingreifen. Damit wird in Kauf genommen, dass sie nicht nur nicht akzeptiert und nicht wirksam sind, sondern auch vielleicht bereits sinnvolle Aktivitäten im Alltag der Menschen entwertet werden. Und damit wird auch ein Grundprinzip der guten Praxis in der Gesundheitsförderung verletzt, nämlich die *Partizipation* der Beteiligten. Eine gute professionelle Passung der Gesundheitsförderung erfordert die Berücksichtigung des gesundheitlichen Bedarfs der Zielgruppe (ist eine Intervention überhaupt notwendig?) und ihrer lebensweltlichen Situation (wie leben und arbeiten diese Menschen, welches soziales Umfeld haben sie und welche Werte vertreten sie?). Eine Analyse der Gesundheitsvorstellungen und der gesundheitlichen Lebensweisen der Menschen würde es ermöglichen einzuschätzen, wo eine Zielgruppe und ihr soziales Umfeld in ihren subjektiven Voraussetzungen stehen und welchen Unterstützungsbedarf sie konkret haben.

#### Ein Beispiel

Eine Intervention mit Hilfe eines Bewegungsprogramms für ältere Menschen wäre nur dann angemessen, wenn der objektive gesundheitliche Bedarf für diese Zielgruppe gegeben wäre, wenn die Professionellen die lebensweltliche Situation dieser Gruppe kennen würden und wenn sie ihre subjektiven Voraussetzungen (subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit, körperliche Fitness, vorliegende gesundheitliche Aktivitäten einschließlich des Bewegungsverhalten) exploriert hätten.

Auf Basis dieser *subjektiven Bedürfnisanalyse* und natürlich mit Hilfe wissenschaftlicher Theorien und Erkenntnisse könnten dann Praxiskonzepte für eine passgenaue professionelle Intervention für diese Zielgruppe entwickelt, durchgeführt und evaluiert werden [5].

### Prinzipien alter(n)sgerechter Gesundheitsförderung (kurzgefasst):

- Nicht erst mit dem Ruhestand damit beginnen, Gesundheit und deren Erhaltung/Förderung schon aber der Lebensmitte (ca. ab 50 Jahren) in den Fokus nehmen.
- Orientierung an den Lebenswelten, in denen die Betroffenen erreichbar sind. Bei Beschäftigten ist besonders das betriebliche Umfeld wichtig, von betrieblicher Gesundheitsförderung profitieren schließlich beide Seiten!
- Übergangsphasen und Lebensereignisse ab dem mittleren Erwachsenenalter können auch Sichtweisen und Einstellungen verändern. Dies bietet auch wirksame Ansatzpunkte dafür, Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen.
- Eine gute professionelle Passung der Gesundheitsförderung erfordert die Berücksichtigung des gesundheitlichen Bedarfs der Zielgruppe (ist eine Intervention überhaupt notwendig?) und ihrer lebensweltlichen Situation (wie leben und arbeiten diese Menschen, welches soziale Umfeld haben sie und welche Werte vertreten sie?) sowie ihrer Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsbezogenen Lebensweisen.

### Literatur

1. Faltermaier, T. (2016). Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. (S. 229–241). Berlin: Springer-Verlag.
2. Faltermaier, T. (2005). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Enzyklopädie der Psychologie C/X/1 (S. 31–53). Göttingen: Hogrefe.
3. Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Routledge.
4. Hoefert, H.-W. & Brähler, E. (Hrsg.) (2013). *Krankheitsvorstellungen von Patienten – Herausforderung für Medizin und Psychotherapie*. Lengerich (Pabst Science Publ.).
5. Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie* (2., überarb. und erw. Auflage). *Grundriss der Psychologie*, Band 21. Stuttgart: Kohlhammer.
6. Faltermaier, T. & Brütt, A.L. (2009). Subjektive Krankheitstheorien. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf* (S. 207–221). Bern: Huber.
7. Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (3. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
8. Faltermaier, T., Mayring, P., Saup, W., Strehmel, P. (2014). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters* (3., überarb. und erw. Aufl.). *Grundriss der Psychologie*, Band 14. Stuttgart: Kohlhammer.
9. Hübner, I.-M. (2017). Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden im Übergang in den Ruhestand. Eine Studie über den Einfluss und die Bedeutsamkeit des subjektiven Alterns und der sozialen Beziehungen. Wiesbaden: Springer.
10. Robert Koch-Institut (RKI) (2014). *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
11. Lampert, T. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 121–138). Wiesbaden: Springer VS.
12. Robert Koch-Institut (RKI) (2010). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
13. Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T. & Stock, S. (Hrsg.) (2018). *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung* (5. Aufl.). Bern: Hogrefe.



Prof. Dr. Toni Faltermaier

Gesundheitspsychologie und Gesundheitswissenschaftler, Professor i.R. an der Abteilung für Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung der Europa-Universität Flensburg. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitspsychologie, Public Health, Stress- und Salutogeneseforschung; Laienvorstellungen von Gesundheit und Krankheit, Männergesundheit, subjektorientierte und betriebliche Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung; Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters; Entwicklung und Leitung von gesundheitswissenschaftlichen Masterstudiengängen.

# Verlängerte Lebensarbeitszeit als Herausforderung für die Rehabilitation

Matthias Bethge<sup>1</sup>, Michael Schuler<sup>2</sup> und Marco Streibelt<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universität zu Lübeck

<sup>2</sup> Universität Würzburg

<sup>3</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

**Länger arbeiten: Was machen, wenn es nicht mehr geht?**

Viele europäische Staaten haben das gesetzliche Renteneintrittsalter angehoben und die Möglichkeiten eines vorzeitigen Erwerbsausstiegs reduziert, um die Herausforderungen des demografischen Wandels zu bewältigen [1]. Ohne diese Reformen würden die Rentenausgaben in den Staaten der Europäischen Union von durchschnittlich 8,9% des Bruttoinlandsprodukts in 2007 auf 19% in 2060 steigen. Dieser Anstieg kann voraussichtlich deutlich abgemindert werden. Die Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer nimmt zu, in Deutschland vergleichsweise stark.

Aus gesundheitlichen Gründen nimmt die Fähigkeit zur Bewältigung der sich stellenden Arbeitsanforderungen mit dem Alter jedoch ab. Ab 50 Jahren ist diese Reduktion besonders deutlich [2]. Der bedarfsgerechte Zugang zu rehabilitativen Leistungen gilt daher neben der Möglichkeit der Weiterqualifizierung als ein zentraler Baustein, um längere Erwerbsbiografien auch für ältere Arbeitnehmer zu ermöglichen [1, 3, 4]. Rehabilitation kann unterschiedliche Strategien und Programme umfassen und unterstützt Individuen, die Behinderungen erfahren oder wahrscheinlich erfahren werden, um eine optimale Funktionsfähigkeit in der für sie relevanten Umwelt zu erreichen und zu erhalten [4, 5]. Ist berufliche Wiedereingliederung das Ziel solcher rehabilitativen Bemühungen, ist in der Regel ein multiprofessioneller Ansatz erforderlich [6].

**Kann Rehabilitation wirklich helfen?**

Die Wirksamkeit rehabilitativer Leistungen lässt sich, wie die anderer Interventionen auch (z. B. Medikamente), am besten in randomisierten kontrollierten Studien prüfen. In diesen Studien werden Teilnehmer zufällig entweder der untersuchten

Intervention oder einer Kontrollgruppe zugewiesen (z.B. keine Rehabilitation oder monoprofessionelle Behandlung). Liegen mehrere randomisierte kontrollierte Studien vor, kann der Effekt über viele Studien gemittelt werden. Derartige Meta-Analysen der international verfügbaren Studien zeigen, dass multiprofessionelle Rehabilitationsprogramme sowohl bei chronischem Rückenschmerz als auch Depression Fehlzeiten reduzieren und die Rate beruflicher Rückkehr erhöhen [7, 8]. Kamper et al. [7] haben multidisziplinäre biopsychosoziale Rehabilitationsprogramme für Personen mit chronischem Rückenschmerz (Interventionsgruppe) mit rein physiotherapeutischen Interventionen (Kontrollgruppe) hinsichtlich des Anteils arbeitsfähiger Rehabilitanden nach einem Jahr verglichen. Die eingeschlossenen Rehabilitationsprogramme umfassten z.B. eine arbeitsplatzbezogene Testung funktioneller Fähigkeiten und ein arbeitsplatzbezogenes Training mit simulierten Arbeitsabläufen. Die Autoren berücksichtigten 8 Studien mit 1.006 Teilnehmern und konnten einen deutlichen Effekt zugunsten der multidisziplinären Programme zeigen. Ein Jahr nach der Programmteilnahme arbeiteten 78% der Teilnehmer wieder, in der Kontrollgruppe waren es nur 66%. Nieuwenhuijsen et al. [8] wiederum haben bei depressiven Patienten geprüft, ob arbeitsplatzbezogene Interventionen, die neben der üblichen klinischen Behandlung durchgeführt werden, einen zusätzlichen Effekt auf die berufliche Wiedereingliederung haben. Dafür wurden Daten aus drei randomisierten kontrollierten Studien mit 251 Personen ausgewertet. Ziel der zusätzlichen Angebote in diesen Studien war es, konkrete Handlungspläne für Arbeitsprobleme zu entwickeln. In zwei der drei Studien wurde auch Kontakt zum Arbeitgeber bzw. zum Betriebsarzt aufgenommen. Zusammengefasst reduzierte sich die Arbeitsunfähigkeitsdauer während des Nacherhebungszeitraumes im Vergleich zur Kontrollgruppe zugunsten der zusätzlichen arbeitsplatzbezogenen Interventionen. Der größte in einer

Studie beobachtete Effekt entsprach rund 30 Tagen pro Jahr [9].

In Deutschland können bei eingeschränkter Erwerbsfähigkeit medizinische Rehabilitationsleistungen beantragt werden. Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation nimmt mit dem Alter deutlich zu.



Mehr als 70% der stationär behandelten Rehabilitanden mit Muskel-Skelett-Erkrankungen, die mit über 40% der Rehabilitanden die wichtigste Krankheitsgruppe in der rehabilitativen Versorgung von Personen im erwerbsfähigen Alter bilden, sind 50 Jahre und älter [10].

Die Erwerbsprognose behandelter Personen im Anschluss an eine Rehabilitation ist überwiegend gut: Knapp 80% der Rehabilitanden mit Muskel-Skelett-Erkrankungen und rund 70% der Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen sind in den zwei Jahren im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation lückenlos sozialversicherungspflichtig beschäftigt [11]. Allerdings sind die Wiedereingliederungsraten im Anschluss an die übliche medizinische Rehabilitation gerade bei stärkeren Einschränkungen deutlich geringer [12–14]. Dies gilt auch im internationalen Vergleich [15, 16]. In den vergangenen Jahrzehnten wurde vor diesem Hintergrund das Konzept der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation entwickelt [17–20].

### Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation: Wer und Was?

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation ist ein multimodales interdisziplinär durchgeführtes Programm, das gesundheitsbedingte Diskrepanzen von arbeitsplatzbezogenen Fähigkeiten und Anforderungen zu verringern sucht, um berufliche Teilhabe zu ermöglichen.

#### *Um wen geht es?*

Die Zielgruppe der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation ist charakterisiert durch gesundheitsbedingt nicht nur vorübergehend deutlich eingeschränkte berufliche Leistung und Leistungsfähigkeit [17, 18]. Dies können Personen sein, die aufgrund ihrer Einschränkungen nicht daran glauben, dass sie ihre Tätigkeit bis zum regulären Renteneintritt ausüben können oder die eine Rückkehr in Arbeit im Anschluss an die Rehabilitation über längere Zeit als nicht realistisch sehen. Angezeigt ist die

medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation auch bei langer und/oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit oder wenn Personen gesundheitsbedingt arbeitslos geworden sind. In einigen Fällen ist arbeitsmedizinisch klar, dass eine Veränderung der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist. 30 bis 40% der Rehabilitanden, die aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen an einer Rehabilitation teilnehmen und deutlich mehr als die Hälfte der Rehabilitanden, die aufgrund psychischer Erkrankungen eine Rehabilitation erhalten, sind von solchen Risiken betroffen [17, 18]. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass das Risiko nicht gelingender beruflicher Wiedereingliederung und dauerhafter Erwerbsminderung für diese Personen deutlich erhöht ist [17, 18, 21–23]. Das Risiko eines erwerbsminderungsbedingten Rentenzugangs verdoppelt sich, wenn Personen mindestens drei Monate arbeitsunfähig sind, arbeitslos die Rehabilitation beginnen oder die letzte Tätigkeit nur noch eingeschränkt ausgeübt werden kann. Es vervielfacht sich, wenn mehrere dieser Indikatoren vorliegen [17].

Um die Zielgruppe für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation sicher und genau zu identifizieren, wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Screening-Instrumente entwickelt. Diese Screening-Instrumente sind kurze einseitige Fragebögen mit vier bis elf Fragen und können von den Rehabilitationsträgern im Antragsverfahren oder in den Rehabilitationseinrichtungen am Beginn der Rehabilitation eingesetzt werden [21–26]. Sie erfassen das Risiko, dass die berufliche Wiedereingliederung bei Teilnahme an einer normalen Rehabilitation scheitert. Das am häufigsten eingesetzte Instrument ist das „Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen in der Rehabilitation“, kurz SIMBO genannt. Es kann Werte zwischen 0 bis 100 Punkten annehmen [21–23]. Hohe Werte zeigen ein höheres Risiko an. Eine aktuelle Studie, die Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen einschloss, hat gezeigt, dass bei Werten ab 27 von 100 Punkten bei acht von zehn Rehabilitanden die berufliche Wiedereingliederung innerhalb der ersten drei Monate nach der herkömmlichen Rehabilitation nicht gelingt [22]. Diese Rehabilitanden benötigen zusätzliche Unterstützung, damit die Rehabilitation ihr Ziel erreicht.

#### *Was passiert während der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation?*

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation ergänzt die herkömmliche medizinische Reha-

bilitation im Wesentlichen um vier zusätzliche Elemente:

- eine anforderungsorientierte Diagnostik
- eine intensivierete Sozial- und Berufsberatung
- berufsbezogene psychosoziale Gruppen
- ein Arbeitsplatztraining [19, 20]

**Anforderungsorientierte Diagnostik:** Die diagnostische Phase soll klären, inwiefern bestimmte Arbeitsaktivitäten durchgeführt werden können und ermöglicht Aussagen zu Therapieanforderungen, zur Rückkehr an den Arbeitsplatz oder zur Gestaltung eines neuen und dem erhobenen Fähigkeitsprofil entsprechenden Arbeitsplatzes. Ziel ist es, die Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden vor dem Hintergrund der Arbeitsanforderungen zu bewerten. Bei Muskel-Skelett-Erkrankungen sind Systeme zur Functional Capacity Evaluation [27, 28], ggf. als arbeitsplatzspezifisch angepasste Kurztests, ein wichtiger Baustein. Üblicherweise werden u.a. Lastenhandhabung und Kraft, Haltung und Beweglichkeit, Fortbewegung, Gleichgewicht sowie Handkoordination getestet [27, 28]. Vor dem Hintergrund multipler Belastungen der Zielgruppe und dem Ziel eines möglichst umfassenden Verständnisses der individuellen Leistungsfähigkeit und Ressourcen ist auch eine Bewertung psychosozialer und kognitiver Fähigkeiten wichtig (z.B. Aufmerksamkeit und Konzentration, Zeitmanagement, arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben). Eine wesentliche Herausforderung für die Praxis ist, die Testergebnisse mit den Arbeitsplatzanforderungen in Beziehung zu setzen. Dies setzt eine gute Beschreibung des Arbeitsplatzes voraus.

**Intensivierte Sozial- und Berufsberatung:** Die Sozial- und Berufsberatung zielt auf frühzeitige Einbindung des Arbeitgebers, des sozialen Umfeldes und anderer Akteure und Institutionen, die den Wiedereingliederungsprozess unterstützen können. Bei arbeitsunfähigen Rehabilitanden wird die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung geprüft, um eine möglichst schnelle und dem Gesundheitszustand angepasste Arbeitswiederaufnahme zu ermöglichen. Zudem werden andere Handlungsmöglichkeiten vorgestellt und die Beantragung möglicher Leistungen vorbereitet (z.B. Eingliederungszuschüsse oder Qualifizierungsleistungen).

**Berufsbezogene psychosoziale Gruppen:** Ziel dieser Angebote ist eine möglichst konkrete Handlungsplanung für den beruflichen Wiedereinstieg. Dies verlangt eine Konkretisierung des Zeitpunkts der Rückkehr, der Personen, mit denen diese zu besprechen ist und was dabei zu klären ist. Es geht um

die Identifizierung von Barrieren und Ressourcen und darum, wie Ressourcen genutzt werden können, um vorhandene Barrieren zu überwinden. Weitere inhaltliche Schwerpunkte bestehender berufsbezogener Gruppenangebote sind vor allem die Themen Arbeitslosigkeit/Bewerbung, Stress/Entspannung sowie soziale Kompetenz und Konflikte [29].

**Arbeitsplatztraining:** Im Arbeitsplatztraining werden arbeitsplatzrelevante, komplexe Aktivitäten trainiert (z. B. Heben/Tragen von Lasten, Arbeiten unter Zeitdruck). Das Training bildet tatsächliche Arbeitsaufgaben in Ausführung und Beanspruchung möglichst gut nach. Charakteristisch ist eine möglichst realitätsnahe Simulation der Arbeitsumgebung (z.B. durch Modellarbeitsplätze). Anpassungen und Hilfsmittel können erprobt werden. Verhaltenstherapeutischen Prinzipien folgend, werden die Anforderungen im Therapieverlauf stufenweise erhöht [30, 31]. Teilweise hat sich auch die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern bewährt, um das Arbeitsplatztraining in realen Arbeitszusammenhängen umzusetzen. Diese externen Erprobungen werden in den Rehabilitationseinrichtungen in therapeutischen Gruppen vor- und nachbereitet [32, 33].

#### *Wirksamkeit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation*

Die stärksten Nachweise für den Nutzen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation liegen derzeit für Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen vor. Eine meta-analytische Zusammenfassung der vier verfügbaren randomisierten kontrollierten Studien, die die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation gegen die herkömmliche medizinische Rehabilitation testeten, zeigte nach einem Jahr geringere Fehlzeiten und höhere Wiedereingliederungsraten zugunsten der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation [17, 18]. Der absolute Effekt auf stabile Beschäftigung nach einem Jahr beträgt rund 20 Prozentpunkte [34, 35], oder anders ausgedrückt: Werden 100 Personen in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation statt der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation behandelt, sind 20 zusätzliche Personen in stabiler Beschäftigung zu erwarten. Vergleichbare Studien liegen auch für Patienten mit kardiovaskulären (eine randomisierte kontrollierte Studie [36]) und psychischen Erkrankungen (zwei randomisierte kontrollierte Studien [32, 33]) vor. Auch hier betrug der Vorteil zugunsten der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation rund 20 Prozentpunkte.

Tabelle 1 Diagnostische und therapeutische Kernmodule des Anforderungsprofils

	Ziele	Inhalte	Durchführung
berufsbezogene Diagnostik	individuelle und anforderungsorientierte Planung der Therapie, Schlussfolgerungen für mögliche Veränderungen der beruflichen Situation	Anforderungsanalyse, Erfassung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit, Profilvergleich von Anforderungen und Fähigkeiten	Einzelleistung am Beginn der Rehabilitation, mindestens 90 Min., multiprofessionell
psychosoziale Arbeit	Erarbeitung konkreter individueller Lösungen für die berufliche Wiedereingliederung	arbeits- und sozialrechtliche Beratung, Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Vorbereitung und Anbahnung weiterführender Leistungen (z.B. stufenweise Wiedereingliederung)	zwei bis fünf Beratungstermine (ggf. auch in Kleingruppen), mindestens 30 Min., v. a. Sozialarbeiter und Sozialpädagogen
berufsbezogene Gruppen	Befähigung zur realistischen Einschätzung der eigenen Ressourcen, Verhaltens- und Einstellungsänderung, Entwicklung von Strategien zur Bewältigung belastender Situationen	u.a. soziale Konflikte am Arbeitsplatz, Stressbewältigung, Probleme bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz	mindestens vier Termine in Gruppen, mindestens 180 Min., v. a. Psychologen und Psychotherapeuten
Arbeitsplatztraining	Neubewertung der eigenen Leistungsfähigkeit, Aufbau von Selbstwirksamkeit	Training typischer Arbeitsanforderungen und Aufgaben	mindestens sechs Termine, mindestens 360 min, v. a. Physiotherapeuten und Ergotherapeuten

### Transfer in die Versorgungsrealität

Um den Transfer der in den randomisierten kontrollierten Studien untersuchten Programme in die Versorgungspraxis zu unterstützen, wurde durch die Deutsche Rentenversicherung ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation entwickelt [20]. Das Anforderungsprofil beschreibt generisch, also für alle Krankheitsgruppen, einerseits die Zielgruppe und andererseits Inhalte und Dosis der im Vergleich zur normalen medizinischen Rehabilitation zusätzlich zu erbringenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen (»»» Tabelle 1).

Um die auf Grundlage des Anforderungsprofils in der realen Versorgung tatsächlich erreichten Effekte zu beschreiben, hat die Deutsche Rentenversicherung Bund eine Studie in Auftrag gegeben. Für diese Studie wurden im ersten Halbjahr 2016 mehrere tausend Personen rekrutiert, denen eine Rehabilitation aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen bewilligt worden war [37]. Etwa ein Sechstel dieser Personen erhielt eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, die anderen eine herkömmliche medizinische Rehabilitation. Nach 10 Monaten wurden

die Rehabilitationsergebnisse der in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation behandelten Personen mit denen ähnlicher Personen verglichen, die trotz vergleichbarer Einschränkungen eine herkömmliche medizinische Rehabilitation erhalten hatten. Auch die unter realen Bedingungen angebotenen Programme waren mit besseren Wiedereingliederungsergebnissen assoziiert. Die Effekte zugunsten der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation waren allerdings deutlich geringer als die, die in den randomisierten kontrollierten Studien beschrieben wurden. Der Anteil stabil beschäftigter Personen zehn Monate nach der Rehabilitation war für in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation behandelte Personen sechs Prozentpunkte höher als für in der herkömmlichen Rehabilitation behandelten Personen. Die Teilnehmer der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation kehrten zudem schneller in Arbeit zurück (11 vs. 20 Tage). Konsistente Effekte zugunsten der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation zeigten sich auch für weitere sekundäre Zielkriterien (z.B. subjektive Arbeitsfähigkeit). Die im Vergleich zu den randomisierten kontrollierten Studien in der Ge-

samtstichprobe reduzierten Effekte konnten auf Ungenauigkeiten in der Identifikation und korrekten Zuweisung der Zielgruppe und Ungenauigkeiten in der Umsetzung zurückgeführt werden. Dort, wo – wie im Anforderungsprofil beschrieben – Personen mit hohen Wiedereingliederungsrisiken behandelt wurden und die Patienten eine in sich konsistente und intensive Umsetzung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation erlebten, konnten die Effekte der randomisierten kontrollierten Studien also rund 20 Prozentpunkte zugunsten der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation repliziert werden. Für Personen mit geringen Wiedereingliederungsrisiken und/oder einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation, die in der Durchführung der Maßnahme aus Patientensicht nicht als solche erkennbar war, konnte kein Vorteil der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation gezeigt werden.

## Schlussfolgerung

Längere Erwerbsbiografien trotz chronischer Erkrankungen brauchen wirksame Strategien, um Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation kann hier ein wichtiger Baustein sein. Die vorliegenden randomisierten kontrollierten Studien und auch die aktuelle Studie unter realen Versorgungsbedingungen legen dies eindrucksvoll nahe. Erfolgreiche Rehabilitation braucht allerdings mehrere Akteure und weitere Settings [38–40]. Eine sinnvoll individuell angepasste Ausgestaltung der Rehabilitation benötigt gute Kenntnisse der konkreten Arbeitsforderungen. Auch müssen nachfolgende Leistungen wie die stufenweise Wiedereingliederung, deren beschäftigungssichernde Effekte in einigen aktuellen Arbeiten klar gezeigt wurde [41, 42], mit dem Arbeitgeber frühzeitig abgeklärt werden. Arbeitgeber wiederum benötigen Angebote, auf die sie im betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement zurückgreifen können. Eine direkte Kopplung rehabilitativer und betrieblicher Akteure ist deshalb ein wichtiger Erfolgsfaktor für eine gelingende Rückkehr in Arbeit. Erste Ansätze dazu existieren bereits, sollten jedoch weiter ausgebaut werden [43].

» Grundsätzlich gilt: Die rehabilitativen Möglichkeiten zur Sicherung beruflicher Teilhabe haben sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Nun müssen diese genutzt werden.

## Literatur

1. D'Addio AC, Keese M, Whitehouse E. Population ageing and labour markets. *Oxf Rev Econ Policy* 2010; 26: 613–635
2. Ilmarinen J, Tuomi K, Klockars M. Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 Suppl 1: 49–57
3. Ilmarinen J. Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2006
4. World Health Organization. *World Report on Disability*. Geneva: World Health Organization; 2011
5. Bethge M, von Groote P, Giustini A et al. The World Report on Disability: a challenge for rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil* 2014; 93: 54–11
6. Escorpizo R, Reneman MF, Ekholm J et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *J Occup Rehabil* 2011; 21: 126–133
7. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 9: Cd000963
8. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 12: Cd006237
9. Lerner D, Adler D, Hermann RC et al. Impact of a work-focused intervention on the productivity and symptoms of employees with depression. *J Occup Environ Med* 2012; 54: 128–135
10. Deutsche Rentenversicherung Bund. *Rehabilitation 2016*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2017
11. Deutsche Rentenversicherung Bund. *Reha-Bericht 2018*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2018
12. Muche R, Rosch M, Flierl S et al. Entwicklung und Validierung eines Prognosemodells zur Vorhersage der Arbeitsfähigkeit nach Rehabilitation anhand routinemäßig erhobener Parameter. *Rehabilitation* 2000; 39: 262–267
13. Bürger W, Dietsche S, Morfeld M et al. Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation – Ergebnisse und prognostische Relevanz. *Rehabilitation* 2001; 40: 217–225
14. Mau M, Merkesdal S, Busche T et al. Prognose der sozialmedizinischen Entwicklung ein Jahr nach teilstationärer oder stationärer Rehabilitation wegen Dorsopathie. *Rehabilitation* 2002; 41: 160–166
15. Hüppe A, Raspe H. Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht 1980–2001. *Rehabilitation* 2003; 42: 143–154
16. Hüppe A, Raspe H. Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Rehabilitation* 2005; 44: 24–33
17. Bethge M. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Rehabilitation* 2017; 56: 14–21
18. Bethge M. Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben. *Bundesgesundheitsblatt* 2017; 60: 427–435
19. Bethge M. Erfolgsfaktoren medizinisch-beruflich orientierter orthopädischer Rehabilitation. *Rehabilitation* 2011; 50: 145–151

20. Streibelt M, Buschmann-Steinhage R. Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2011; 50: 160–167
21. Streibelt M, Bethge M. Prospective cohort analysis of the predictive validity of a screening instrument for severe restrictions of work ability in patients with musculoskeletal disorders. *Am J Phys Med Rehabil* 2015; 94: 617–626
22. Streibelt M, Bethge M. Prognostic accuracy of the SIMBO regarding future return-to-work problems in patients with mental and musculoskeletal disorders. *Disabil Rehabil* 2018; doi: 10.1080/09638288.2018.1432703
23. Streibelt M, Bethge M, Gross T et al. Predictive validity of a screening instrument for the risk of non-return to work in patients with internal diseases. *Arch Phys Med Rehabil* 2017; 98: 989–996.e981
24. Bürger W, Deck R. SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2009; 48: 211–221
25. Löffler S, Wolf HD, Neudert S et al. Screening-Verfahren in der medizinischen Rehabilitation. In: Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM, Hrsg. *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2009: 133–140
26. Lukaszczik M, Wolf HD, Gerlich C et al. Current state of vocationally oriented medical rehabilitation – a German perspective. *Disabil Rehabil* 2011; 33: 2646–2655
27. Isernhagen SJ. Functional capacity evaluation: rationale, procedure, utility of the kinesiophysical approach. *J Occup Rehabil* 1992; 2: 157–168
28. Bieniek S, Bethge M. The reliability of WorkWell Systems Functional Capacity Evaluation: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord* 2014; 15: 106
29. Bethge M, Neudert S. Medizinisch-berufliche Maßnahmen. In: Bengel J, Mittag O, Hrsg. *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. Ein Lehr- und Praxishandbuch*. Heidelberg: Springer; 2016: 149–159
30. Bethge M, Trowitzsch L. Berufsbezogenes funktionelles Training in der Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen. In: Hillert A, Müller-Fahrnow W, Radoschewski FM, Hrsg. *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2009: 163–168
31. Seeger D, Lüder S. Teil V – Work-Hardening. In: Hildebrandt J, Pflingsten U, Lüder S, Lucan S, Pauls J, Seeger D, Strube J, Hrsg. *Göttinger Rücken-Intensiv-Programm (GRIP). Das Manual*. Berlin: congress compact verlag; 2003: 131–168
32. Beutel ME, Zwerenz R, Bleichner F et al. Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation – short and long-term results from a controlled study. *Disabil Rehabil* 2005; 27: 891–900
33. Hillert A, Staedtke D, Heldwein C et al. Randomisierte Evaluation der beruflichen Belastungserprobung (BE) bei psychosomatischen Patienten im Rahmen eines stationären verhaltenstherapeutischen Settings: 12-Monatskatamnese. *DRV-Schriften* 2003; 40: 287–290
34. Streibelt M, Bethge M. Effects of intensified work-related multidisciplinary rehabilitation on occupational participation: a randomized-controlled trial in patients with chronic musculoskeletal disorders. *Int J Rehabil Res* 2014; 37: 61–66
35. Bethge M, Herbold D, Trowitzsch L et al. Work status and health-related quality of life following multimodal work hardening: a cluster randomised trial. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2011; 24: 161–172
36. Kittel J, Karoff M. Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie. *Rehabilitation* 2008; 47: 14–22
37. Neudert S, Schwarz B, Gerlich C et al. Work-related medical rehabilitation in patients with musculoskeletal disorders: the protocol of a propensity score matched effectiveness study (EVA-WMR, DRKS00009780). *BMC Public Health* 2016; 16: 804
38. Loisel P, Abenhaim L, Durand P et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997; 22: 2911–2918
39. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil* 2005; 15: 507–524
40. Loisel P, Côté P. The Work Disability Paradigm and its public health implications. In: Loisel P, Anema JR, Hrsg. *Handbook of Work Disability. Prevention and Management*. New York: Springer; 2014: 59–67
41. Bethge M. Effects of graded return-to-work: a propensity score-matched analysis. *Scand J Work Environ Health* 2016; 42: 273–279
42. Streibelt M, Bürger W, Nieuwenhuijsen K et al. Effectiveness of graded return to work after multimodal rehabilitation in patients with mental disorders: a propensity score analysis. *J Occup Rehabil* 2018; 28: 180–189
43. Peters E, Schwarz B, Glomm D et al. Betriebsärzte und Rehabilitation – Eine Querschnittsstudie zum betriebsärztlichen Handeln in Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg. *Rehabilitation* 2017; 56: 321–327



Prof. Dr. Matthias Bethge

Matthias Bethge wurde 2014 auf die in Lübeck neu eingerichtete Professur Rehabilitation in der Arbeitswelt berufen und leitet am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck die Sektion Rehabilitation und Arbeit. Er ist im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) und ist Sprecher der Arbeitsgruppe Rehabilitation und Arbeit der DGRW. Seine Arbeitsschwerpunkte sind berufliche Wiedereingliederungsstrategien, die Erfassung von Rehabilitationsbedarf und die Wirksamkeit rehabilitativer Strategien.



Dr. phil. Michael Schuler

Michael Schuler studierte Psychologie in Heidelberg (Diplom). Seit 2006 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Versorgungs- und Rehabilitationsforschung, u.a. in der Weiterentwicklung und Wirksamkeitsprüfung von Rehabilitationsmaßnahmen, der Fehlversorgung bei Krebserkrankungen sowie patientenorientierten Outcomes bei chronischen Erkrankungen.



Dr. Marco Streibelt

Marco Streibelt ist seit 2009 Mitarbeiter in der Abteilung Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund. Er ist dort zuständig für die Weiterentwicklung der Rehabilitation sowie die Initiierung und Betreuung von Entwicklungs- und Umsetzungsprojekten.

Er hat Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Universität Lüneburg studiert und 2007 an der Humboldt-Universität zu Berlin zur Wirksamkeit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bei Muskel-Skelett-Erkrankungen promoviert. Er war von 2002 bis 2009 an der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Bereich der Rehabilitationsforschung tätig.

Marco Streibelt hat sich aus wissenschaftlicher Sicht intensiv mit den Themen Reha-Zugangssteuerung, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit einer arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation beschäftigt. In diesem Zusammenhang sind mittlerweile mehrere Monografien und etwa 30 Artikel in nationalen und internationalen Fachzeitschriften erschienen.

# Fortgeschrittenes Erwerbsalter und Übergang in den Ruhestand

Hans Martin Hasselhorn und Bernd Hans Müller  
Bergische Universität Wuppertal

## Der Altersübergang

Die Anzahl älterer Beschäftigter in Deutschland nimmt seit Jahren zu. Laut Mikrozensus waren 2015 gut 14 Millionen Erwerbstätige der Altersgruppe ab 50 Jahren zuzuordnen. Sie machten damit 35% aller Erwerbstätigen aus. Zehn Jahre zuvor waren es mit etwa neun Millionen Personen noch zehn Prozentpunkte weniger [2]. Dieser Trend wird vermutlich weiter anhalten, denn in den kommenden Jahren werden hierzulande – demografisch bedingt – immer weniger Personen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen [7] und die zusätzliche Mobilisierung Älterer wird sowohl in Wissenschaft [7] als auch Politik [3, 15] als eine wirksame Gegenmaßnahme angesehen. Doch können und wollen die heute älteren Beschäftigten dies auch?

Die lidA-Studie untersucht die letzten Arbeitsjahre älterer Beschäftigter und den Übergang in den Ruhestand (nachfolgend als „Altersübergang“ bezeichnet). Konzeptionelle Basis der Studie ist das „lidA-Denkmodell zu Arbeit, Alter und Erwerbsteilhabe“ (»»» Abbildung 1). In diesem Beitrag soll – dem lidA-Denkmodell folgend – ein Blick auf den Altersübergang aus Perspektive der Baby-Boomer-Generation in Deutschland geworfen werden. Nach einer Darstellung des Denkmodells werden für zentrale „Domänen“ dieses Modells beispielhafte Ergebnisse dargestellt, die in der Diskussion zusammengeführt werden. Ein Ziel ist dabei, die Rolle der Gesundheit zu relativieren und die der Arbeitsfähigkeit und nicht zuletzt der Motivation zur Erwerbsteilhabe hervorzuheben.

### Die lidA-Studie – „leben in der Arbeit“

Die deutsche lidA-Studie ([www.lida-studie.de](http://www.lida-studie.de)) untersucht Langzeiteffekte der Arbeit auf Gesundheit und Erwerbsteilhabe einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung in Deutschland aus interdisziplinärer Sicht. Sozialversiche-

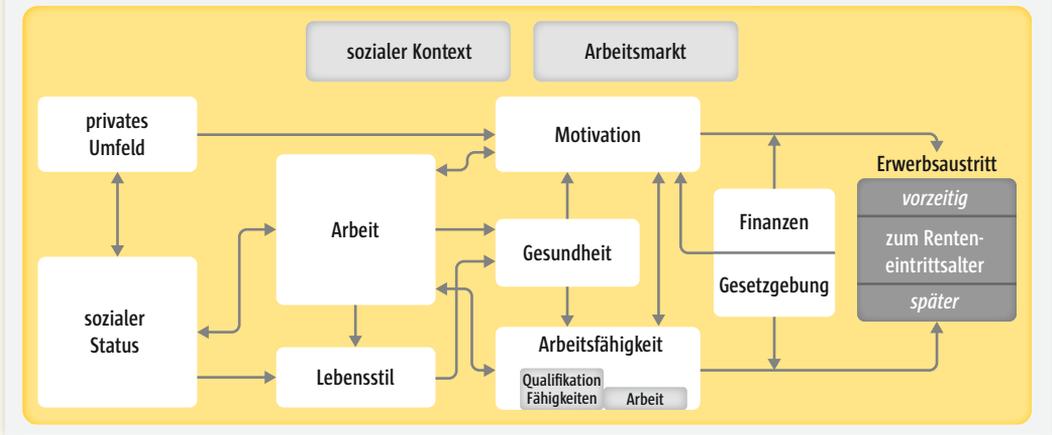
rungspflichtige Beschäftigte der Geburtsjahre 1959 bzw. 1965 werden alle drei Jahre zu Hause mittels Computer Assisted Personal Interviews (CAPI) befragt. Zu Beginn der Studie im Jahr 2011 nahmen 6.585 Personen teil, bei der zweiten Erhebungswelle 2014 waren dies 4.244 Personen. Beide Wellen sind repräsentativ für die sozialversicherungspflichtige Erwerbsbevölkerung der jeweiligen Jahrgänge. Im Sommer 2018 fand die dritte Erhebung statt. Die Studie wird bei Ebener et al. [6] genauer beschrieben.

## Das lidA-Denkmodell zu Arbeit, Alter und Erwerbsteilhabe

Ob und wie lange Personen im höheren Erwerbsalter erwerbstätig sind, wird nicht durch einen einzelnen Umstand bestimmt, sondern ist das Resultat des Zusammenwirkens verschiedener Einflussgrößen. Die Betrachtung nur einzelner Faktoren reduziert schnell die Komplexität des Sachverhalts auf ein Niveau, auf dem nur noch Schlussfolgerungen mit geringer betrieblicher und sozialpolitischer Relevanz zu ziehen sind. So wird im Folgenden gezeigt, dass – möchte man ältere Beschäftigte länger im Erwerbsleben halten – es nicht reichen wird, in Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit zu investieren, sondern ebenso in ihre Arbeitsfähigkeit und Motivation zur Erwerbsteilhabe.

Ziele des lidA-Denkmodells sind daher, den Altersübergang älterer Beschäftigter in dessen Komplexität genauer zu verstehen und dabei zur breiten Herangehensweise an die Thematik anzuregen [8]. Das Denkmodell stellt Determinanten der Erwerbsteilhabe Älterer in elf „Domänen“ zusammen und zeigt jeweilige Abhängigkeiten zwischen diesen auf (»»» Abbildung 1). Unter „Erwerbsteilhabe“ wird hier Ausmaß, Dauer und Qualität von Erwerbstätigkeit in jener Lebensphase, in der sowohl Erwerbstätigkeit als auch deren Beendigung realistische Alternativen sind, verstanden.

Abbildung 1 Das lidA-Denkmodell zu Arbeit, Alter und Erwerbsteilhabe (siehe [8])



Die Domäne „Privates Umfeld“ z.B. umfasst Aspekte wie Familienstand, Erwerbsstatus des Partners, Pflegeverpflichtungen, informelle Aufgaben- und Rollenaufteilungen und das Haushaltseinkommen, die sich alle auf die Erwerbsteilhabe Älterer auswirken können. Diese Domäne ist mit der Domäne „Sozialer Status“ verknüpft (siehe Pfeil), da anzunehmen ist, dass sich Familien mit unterschiedlichem sozialen Status in Bezug auf ihr Haushaltseinkommen, Einstellungen und informelle Aufgaben- und Rollenverteilung wesentlich unterscheiden. Dies wiederum könnte Entscheidungen über eine Erwerbsteilhabe im fortgeschrittenen Erwerbsalter beeinflussen. Gemäß lidA-Denkmodell hat das private Umfeld unmittelbare Auswirkungen auf die Domäne „Motivation (erwerbstätig zu sein)“, beispielsweise durch wechselseitige partnerschaftliche Erwartungen. Die „Motivation“ ist wiederum abhängig von der „Arbeit“, „Gesundheit“, „Arbeitsfähigkeit“ und den finanziellen Verhältnissen („Finanzen“) eines Einzelnen sowie ferner der „Gesetzgebung“, wobei all diese Domänen Entscheidungsdeterminanten innerhalb des lidA-Modells darstellen (» Abbildung 1). Die „Arbeit“ umfasst im Modell Aspekte der Arbeitsorganisation (wie Maßnahmen des Personalmanagements) sowie des Arbeitsinhalts. Schließlich üben die Domänen „Arbeitsmarkt“ und „Sozialer Kontext“ einen globalen Einfluss auf fast alle Domänen aus, weshalb im Denkmodell auf Pfeile verzichtet wurde.

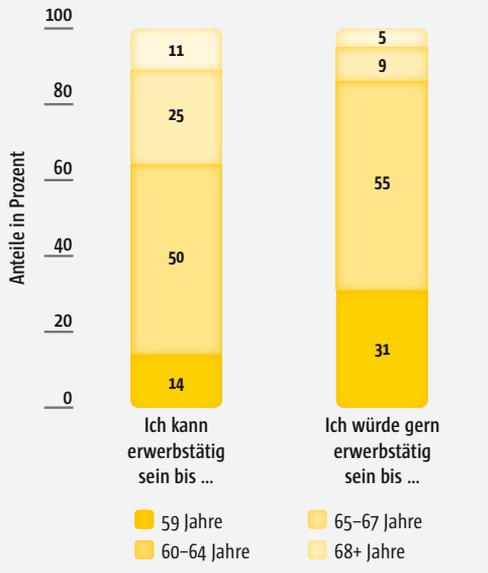
Während die Domäne „Gesundheit“ dem Inhalt nach recht eindeutig ist, ist ihre Auswirkung auf die Erwerbsteilhabe älterer Beschäftigter keineswegs so klar, wie man denken könnte. Dies wird im folgen-

den Abschnitt herausgearbeitet. Die Domäne „Arbeitsfähigkeit“ bezieht sich darauf, ob jemand in der Lage ist, eine bestimmte Arbeit zu verrichten, also im Sinne einer Balance zwischen Ressourcen (z.B. Qualifikation, Fähigkeiten) und den Arbeitsanforderungen [10]. Die Pfeile im Denkmodell zeigen, dass die „Arbeitsfähigkeit“ eng mit der „Gesundheit“ und auch der „Motivation zur Erwerbsteilhabe“ verknüpft ist.

### Wie lange können bzw. möchten ältere Erwerbstätige arbeiten?

In der 2. lidA-Erhebungswelle [6] meinten 14% aller erwerbstätigen Teilnehmenden bis maximal zum Alter von 59 Jahren erwerbstätig sein zu können, weitere 50% gaben an, dies bis zum 64. Lebensjahr sein zu können (» Abbildung 2). Ein Viertel aller Befragten meinte, bis zum Altersbereich von 65 bis 67 Jahren erwerbstätig sein zu können, innerhalb dessen die gegenwärtige Regelaltersgrenze für die Altersrente der befragten Jahrgänge liegt. Weitere 11% aller Befragten gaben an, über diese Grenze hinaus erwerbstätig sein zu können. Das Können soll hier für die eingeschätzte Arbeitsfähigkeit der Befragten stehen. Die Ergebnisse für die „Motivation, erwerbstätig zu sein“ (» s. o.) sind noch deutlicher: Allein 31% wollten bis maximal zum 59. Lebensjahr erwerbstätig sein, weitere 55% bis maximal 64 Jahre. Lediglich 14% (9 + 5%) äußerten den Wunsch, bis zum regulären Regelrenteneintrittsalter bzw. darüber hinaus erwerbstätig zu sein, Männer in höherem Ausmaß (16,2%) als Frauen (12,6% nicht dargestellt).

**Abbildung 2** Wie lange kann bzw. will die Baby-Boomer-Generation in Deutschland erwerbstätig sein?<sup>1</sup>



Es verwundert nicht, dass es bezüglich der Antworten auf die Frage, wie lange man erwerbstätig sein möchte, große Unterschiede zwischen Beschäftigtengruppen gibt. In **»»** Abbildung 3 sind die Anteile derer dargestellt, die bis mindestens 65 Jahre erwerbstätig sein möchten, getrennt nach Tätigkeitsgruppen: Demnach sind Angehörige der Professionen (hierzu zählen u. a. Wissenschaftler, Juris-

ten, Ärzte, Gymnasiallehrer), der qualifizierten Dienste sowie Ingenieure eher motiviert, länger erwerbstätig zu sein. Im Gegensatz dazu geben die manuellen Berufe sowie Techniker und Semiprofessionen (hierzu gehören insbesondere die Pflegeprofessionen) nur selten an, mindestens bis zum Alter von 65 Jahren erwerbstätig bleiben zu wollen. In aller Regel liegen die Werte der Frauen deutlich unter denen der Männer.

**Welche Rolle spielt die Gesundheit in Bezug auf die Erwerbsteilhabe?**

Der Gesundheit der älteren Erwerbstätigen wird gemeinhin eine entscheidende Rolle bei der Frage des Altersübergangs eingeräumt. In der Tat finden sich zahlreiche querschnittliche [15] und längsschnittliche Studien [14], die nahezu durchgängig belegen, dass Erwerbstätige mit schlechter Gesundheit früher aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Folgte man der Erkenntnis „schlechte Gesundheit führt zum frühen Erwerbsausstieg“, so würde dies für die betriebliche Präventionsarbeit bedeuten, dass man vorwiegend auf die Gesundheitsförderung zu setzen hätte, um die älteren Beschäftigten möglichst lange im Erwerbsleben zu halten. Diese Sicht lässt allerdings wichtige weitere Gesichtspunkte außer Betracht: Auf Basis der repräsentativen Gesundheitsbefragung des Robert Koch-Instituts aus den Jahren 2014/15 [13] ist zu errechnen, dass in Deutschland in der Altersgruppe der 51- bis 65-Jährigen von zwölf Millionen Erwerbstätigen fast vier Millionen trotz schlechter Gesundheit erwerbstätig sind (**»»** Tabelle 1), vermutlich

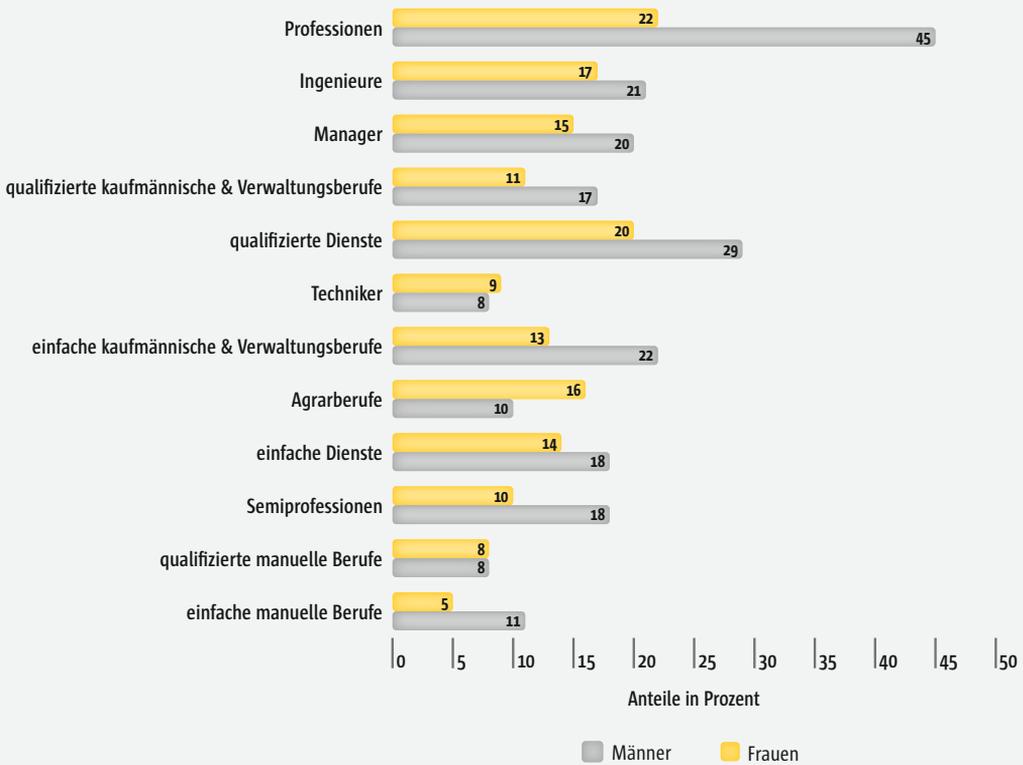
**Tabelle 1** Ältere Erwerbstätige in Deutschland: ein Drittel arbeitet trotz schlechter Gesundheit\*

	gute Gesundheit	schlechte Gesundheit	gesamt
erwerbstätig	8,3	3,9	12,2
nicht erwerbstätig	2,4	2,5	4,9

\* Verteilung guter und schlechter Gesundheit bei Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen in der Altersgruppe von 51 bis 65 Jahren in Deutschland (in Mio.). Eigene Berechnung und Hochrechnung mit Daten des RKI, GEDA 2014/15 [13]. Die Gesundheits-Einteilung erfolgte aufgrund der Einzelfrage: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“, Antwortkategorien gute Gesundheit: „sehr gut“/„gut“; schlechte Gesundheit: „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“.

1 Angaben der Befragten der lidA-Studie im Jahr 2014. Die Gruppe der Befragten ist repräsentativ für die sozialversicherungspflichtige Erwerbsbevölkerung der Jahrgänge 1959 bzw. 1965 (Anzahl „Können“ = 4.044, „Wollen“ = 4.176).

Abbildung 3 Welche Berufsgruppen wollen eher – oder eher nicht – bis mindestens 65 Jahre erwerbstätig sein?<sup>2</sup>



deshalb, weil sie erwerbstätig sein *wollen, müssen* und/oder auch *können*. Andererseits berichtet die Hälfte der knapp 5 Millionen gleichaltrigen Personen, die nicht (mehr) erwerbstätig sind, eine *gute* Gesundheit. Die Gründe hierfür dürften sein, dass sie nicht (mehr) erwerbstätig sein *wollen* oder *dürfen* (z.B. Arbeitsmarkt).

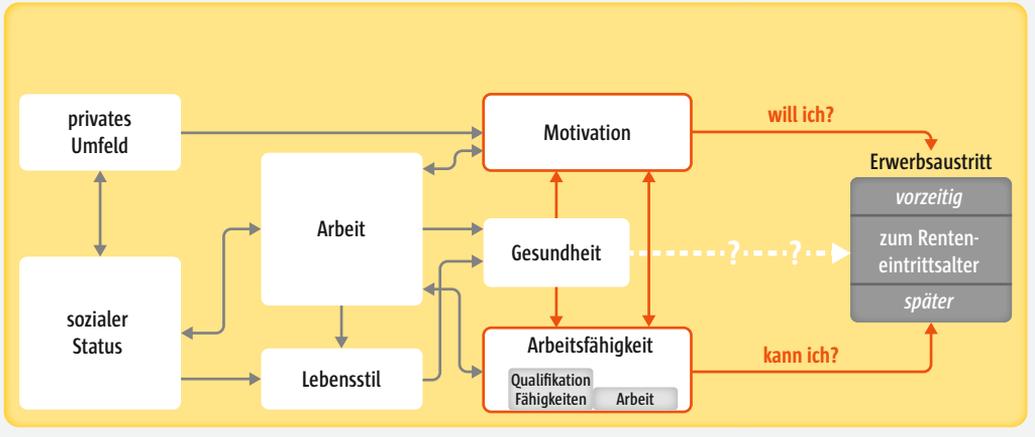
Wenn, wie zuvor gezeigt, ein Drittel aller älteren Erwerbstätigen eine schlechte Gesundheit berichtet und die Hälfte aller nicht erwerbstätigen Gleichaltrigen eine gute, dann kann es nicht die Gesundheit allein sein, die im Altersübergang über die Erwerbstätigkeit entscheidet. Für ein tieferes Verständnis

dieser Frage haben Forscher qualitative Studien durchgeführt (z.B. [1, 5, 12]). Demnach können vier gesundheitsbezogene Ausstiegspfade identifiziert werden:

- a) **Beim Verschlechterungspfad** („impairment pathway“, [12]) führt eine akute oder chronische Verschlechterung des Gesundheitszustands zu einem vorzeitigen Erwerbsaustritt. Allerdings erfolgt dies nicht direkt wegen der schlechten Gesundheit der Betroffenen, sondern eher deshalb, weil sie glauben, sie könnten ihre Erwerbsarbeit nicht mehr zufriedenstellend ausführen. Dieser Weg wird oft widerstrebend gewählt.
- b) **Beim Schutz-Pfad** („protective pathway“, [12]) findet der Ausstieg aus dem Arbeitsleben zum Schutz der Gesundheit statt. Zwei Wege werden unterschieden: Für manche Beschäftigte stellt die Arbeit ein konkretes Gesundheitsrisiko dar – nicht selten wird hier „Arbeitsstress“ genannt. Andere erleben die Fortsetzung ihrer Erwerbsarbeit als ein Hindernis dafür, ausreichend für ihre Gesundheit sorgen zu können.

2 Gezeigt wird der Anteil der Personen in verschiedenen Berufsgruppen, die bis mindestens bis 65 Jahre erwerbstätig sein möchten (siehe Text). Angaben der Befragten der lidA-Studie im Jahr 2014. Die Gruppe der Befragten ist repräsentativ für die sozialversicherungspflichtige Erwerbsbevölkerung der Jahrgänge 1959 bzw. 1965. Klassifizierung nach Blossfeld [4], Zellenbesetzung zwischen n = 24 und 592, Chi2-Test für Männer und Frauen jeweils p < .01

Abbildung 4 lidA-Denkmodell: Effekt der Gesundheit auf den Erwerbsaustritt<sup>3</sup>



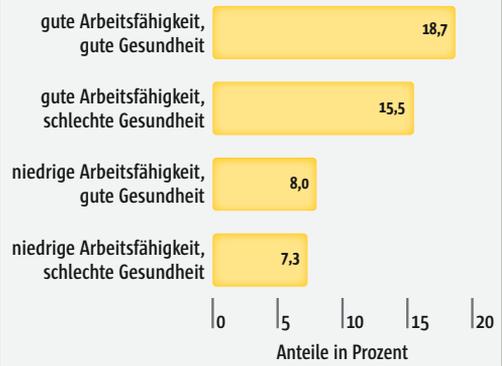
- c) Beim Maximierung des Lebens-Pfad („maximisation of life pathway“, [12]) verlassen ältere Erwerbstätige das Erwerbsleben, damit sie – solange sie noch bei guter Gesundheit sind – andere Lebensziele verfolgen können.
- d) Ferner wurde ein Herausdrängungs-Pfad [5] identifiziert, bei dem sich Beschäftigte mit einer Gesundheitsbeeinträchtigung durch Arbeitgeber oder Kollegen aus dem Erwerbsleben gedrängt fühlen, obwohl sie sich selbst in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt fühlen. Schließlich scheiden sie „freiwillig“ aus.

Letztendlich kann man die oben zusammengestellten Befunde so zusammenfassen, dass sowohl gute wie auch schlechte Gesundheit dazu führen können, dass man das Erwerbsleben frühzeitig verlässt und dass dies nur dann erfolgt, wenn man nicht mehr erwerbstätig sein kann oder will. Hier steht Können für die Arbeitsfähigkeit und Wollen für die Motivation, erwerbstätig zu sein. Im lidA-Denkmodell (» Abbildung 4) findet sich daher nicht der (augenscheinlich naheliegende) direkte Pfeil zwischen Gesundheit und Erwerbsaustritt. Stattdessen wird nach unserer Vorstellung der Effekt der Gesundheit vermittelt, über die Arbeitsfähigkeit und/oder über die Motivation erwerbstätig zu sein (rote Pfeile).

Die relative Bedeutung von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und der Motivation zur Erwerbsteilhabe

Zur Verdeutlichung des Zusammenhangs der drei Einflussfaktoren Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation, erwerbstätig zu sein, zeigen wir in » Abbildung 5 vier Gruppen Erwerbstätiger der

Abbildung 5 Anteile derer, die mindestens bis zum 65. Lebensjahr erwerbstätig sein wollen, in Abhängigkeit von deren Arbeitsfähigkeit und Gesundheit<sup>4</sup>



3 Der Effekt der Gesundheit auf den (ggf. vorzeitigen) Erwerbsaustritt wird vermittelt über die Arbeitsfähigkeit und/oder über die Motivation, erwerbstätig zu sein (rote Pfeile). Einen direkten, unvermittelten Effekt (angedeuteter weißer Pfeil) gibt es nach Ansicht der Autoren nicht.

4 Antworten von 3.996 erwerbstätigen Teilnehmenden der lidA-Studie aus dem Jahr 2014. Die Gruppe der Befragten ist repräsentativ für die sozialversicherungspflichtige Erwerbsbevölkerung der Jahrgänge 1959 bzw. 1965.

lidA-Studie ([6], Alter 49 bzw. 55 Jahre). Die Gruppen unterscheiden sich in Bezug auf ihre Arbeitsfähigkeit und ihre Gesundheit. Die Grafik zeigt, dass in Gruppen mit niedriger Arbeitsfähigkeit nur etwa 7 bis 8% der Befragten bis mindestens zum 65. Lebensjahr erwerbstätig sein möchten – und zwar unabhängig von ihrer Gesundheit. Bei guter Arbeitsfähigkeit steigt der Anteil an, allerdings geringer als man erwarten könnte: selbst wenn gute Arbeitsfähigkeit und gute Gesundheit aufeinandertreffen, möchten nur knapp 19% der Befragten bis mindestens zum 65. Lebensjahr erwerbstätig sein. Umgekehrt bedeutet dies, dass 81% aller Personen mit einer guten Arbeitsfähigkeit und guten Gesundheit nicht bis zum 65. Lebensjahr erwerbstätig sein möchten.

Diese Ergebnisse lassen sich so deuten, dass in Deutschland zumindest im Alter von 49 bzw. 55 Jahren die Motivation, erwerbstätig zu sein, ein dominanter Einflussfaktor darauf ist, wie sich der Altersübergang für diese Generation darstellt. Ferner spielt die Arbeitsfähigkeit eine Rolle, während der Effekt der Gesundheit gering zu sein scheint. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass sich das Verhältnis dieser drei Einflussfaktoren mit zunehmendem Alter werden der Befragten und mit zunehmender Annäherung an das Regelrenteneintrittsalter noch verschieben wird: die Bedeutung der Gesundheit sowie der Motivation, erwerbstätig zu sein, könnten zunehmen.

### Der Übergang in den Ruhestand ist nicht nur komplex ...

Die Frage des Altersübergangs wird unsere Gesellschaft noch lange beschäftigen. Mit der lidA-Studie und dem lidA-Denkmodell möchten wir zu einem differenzierten Verständnis dieser Lebensphase beitragen. In diesem Beitrag haben wir mithilfe von lidA-Ergebnissen gezeigt, dass sich die hiesige Baby-Boomer-Generation noch nicht innerlich auf das Novum eines verlängerten Erwerbslebens eingestellt hat, wobei hier durchaus Unterschiede zwischen Erwerbsgruppen bestehen, die den bekannten sozialen Gradienten widerspiegeln. Die Kürze dieses Beitrags hat es nicht zugelassen, auf sämtliche Domänen des Denkmodells einzugehen, dies erfolgt ausführlich in [8]. Stattdessen liegt der Fokus auf dem Zusammenspiel von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation zur Erwerbsteilhabe in Hinblick auf den Erwerbsausstieg. Hierzu haben wir nicht nur unsere theoretischen Überlegungen vorgetragen, sondern erstmals auch empirische Befunde. Diese betonen

überraschend deutlich die Motivation und stellen die Gesundheit etwas in den Hintergrund.

Doch der Übergang in den Ruhestand ist nicht nur komplex. Das lidA-Denkmodell macht vier unterschiedliche Grundcharakteristika der Erwerbsteilhabe deutlich, von denen die Komplexität nur eines ist:

#### a) Komplexität

Wie oben ausführlich dargestellt, verdeutlicht das Denkmodell, dass Erwerbsteilhabe Älterer ein komplexes Geschehen ist: Faktoren aus verschiedenen Domänen sind beteiligt, deren Einflüsse (oft kausal) miteinander verknüpft sind.

#### b) Prozessuales Geschehen

Erwerbsausstieg gilt heutzutage als das Ergebnis eines „Prozesses“. Nach dem lidA-Denkmodell werden schon früh im Leben Weichen und Entscheidungen gefällt: bereits der soziale Status einer Person bestimmt über Berufswahl, die daraus resultierende Arbeitsexposition, langfristig die Gesundheit und letztendlich die Arbeitsfähigkeit einer Person. Die Prozesshaftigkeit wird auch durch die Feststellung von Naegele und Sporket [8] deutlich. Die „typischen Beschäftigungsrisiken“ älterer Arbeitnehmer, die Krankheits-, Qualifikations- und Motivationsrisiken, werden schon in frühen Jahren angelegt.

#### c) Individuelle Komponente

Die Wege des (meist vorzeitigen) Erwerbsausstiegs werden auch maßgeblich durch den Einzelnen bestimmt. So hängen Entstehung und Umsetzung der Entscheidung, das Erwerbsleben früher oder später zu verlassen, von den Ressourcen des Einzelnen ab (z.B. Gesundheit, Arbeitsfähigkeit), von seinen Absichten (z.B. mit berentetem Partner Freizeit zu genießen), seiner Lebenssituation (z.B. Lebensstandard sichern, Pflegeverpflichtungen) oder auch von seinem Arbeits- und sozialen Umfeld und dessen Einstellungen (z.B. Erwartungen in Bezug auf Frühberentung).

#### d) Strukturelle Komponente

Schließlich ist der Erwerbsausstieg ebenfalls geprägt durch strukturelle Rahmenbedingungen, die zu meist vom Staat vorgegeben sind. Regelungen zur Alterssicherung bestimmen im Einzelfall die Kosten und den Nutzen eines vorzeitigen oder verzögerten Ausstiegs und haben damit eine entscheidende Funktion bei der individuellen Erwägung, Planung und Umsetzung des Altersübergangs. Im lidA-Modell moderieren die strukturbedingten Domänen

„Finanzen“ und „Gesetzgebung“ den Einfluss von Arbeitsfähigkeit und Motivation, d. h. sie beeinflussen, ob ein Wunsch aus dem Erwerbsleben auszuscheiden, auch wirklich umgesetzt wird. So ist anzunehmen, dass die heute restriktiveren Rentenregelungen zunehmend bei älteren Personen, die nicht mehr erwerbstätig sein können (geringe Arbeitsfähigkeit) oder wollen (geringe Motivation), den Schritt zum vorzeitigen Erwerbsausstieg verhindern.

### Schlussfolgerungen für Betriebe

Für Betriebe lässt sich aus dem Denkmodell und den in diesem Beitrag gezeigten Befunden schlussfolgern, dass sie, sollten sie an der Bindung ihrer älteren Beschäftigten interessiert sein, ihre Interventionen nicht nur auf einen der Einflussfaktoren richten, sondern deren Vielfalt und Komplexität beachten sollten. Gerade die oben gezeigten Ergebnisse legen nahe, dass es zu kurz gegriffen wäre, ausschließlich auf die Förderung der Gesundheit zu setzen. Nicht minder muss auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit geachtet und die Motivation der Beschäftigten, länger im Erwerbsleben verbleiben zu wollen, gefördert werden. Zudem legt die Prozesshaftigkeit der Erwerbsteilhabe nahe, dass Personalpolitik und Personalmanagement hier langfristig ausgerichtet sein müssen und nicht erst dann wirksam werden können, wenn die Beschäftigten ihren Wunsch auf frühen Erwerbsaustritt erstmals äußern. Die Individualität der Erwerbsteilhabe im höheren Erwerbsalter bedeutet für Betriebe, dass „one size fits all“-Lösungen zum Erhalt der Belegschaft und Bindung der älteren Beschäftigten kaum wirksam sein werden. Stattdessen werden Personalmanager und nicht zuletzt die direkten Vorgesetzten die Situation für jeden einzelnen Beschäftigten individuell betrachten müssen – und auch dies immer vor dem Hintergrund der Komplexität und der Prozesshaftigkeit der Thematik.

### Literatur

1. Brown P, Vickerstaff S (2011) Health subjectivities and labor market participation: Pessimism and older workers' attitudes and narratives around retirement. *Research on Aging* 33(5):529–550
2. Bundesagentur für Arbeit, 2016, [http://statistik.arbeitsagentur.de/nn\\_31966/SiteGlobals/Forms/Rubriksuche/Rubriksuche\\_Suchergebnis\\_Form.html?view=processForm&resourceId=210358&input\\_=&pageLocale=de&topicId=746702&region=&year\\_month=201509&year\\_month.GROUP=1&search=Suchen](http://statistik.arbeitsagentur.de/nn_31966/SiteGlobals/Forms/Rubriksuche/Rubriksuche_Suchergebnis_Form.html?view=processForm&resourceId=210358&input_=&pageLocale=de&topicId=746702&region=&year_month=201509&year_month.GROUP=1&search=Suchen) [letzter Zugriff am 12.06.2018]
3. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2015. Jahreswirtschaftsbericht 2015. <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/jahreswirtschaftsbericht-2015.html> [letzter Zugriff am 12.06.2018]
4. Blossfeld HP (1985) Berufseintritt und Berufsverlauf: Eine Kohortenanalyse über die Bedeutung des ersten Berufs in der Erwerbsbiographie“ *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 18:177–97
5. de Wind A, Geuskens GA, Reeuwijk KG, Westerman MJ, Ybema JF, Burdorf A, Bongers PM, van der Beek AJ (2013) Pathways through which health influences early retirement: a qualitative study. *BMC Public Health* 2013;13:292
6. Ebener M, Hasselhorn HM (2015) Untersuchung von Arbeit, Gesundheit und Erwerbsteilhabe in Zeiten älter werdender Belegschaften in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 2015; 77: e51–56 [https://www.arbwiss.uni-wuppertal.de/fileadmin/site/arbwiss/Publikationen/Hasselhorn/Ebener\\_2015\\_Untersuchung\\_von\\_Arbeit\\_Gesundheit\\_und\\_Erwerbsteilhabe.pdf](https://www.arbwiss.uni-wuppertal.de/fileadmin/site/arbwiss/Publikationen/Hasselhorn/Ebener_2015_Untersuchung_von_Arbeit_Gesundheit_und_Erwerbsteilhabe.pdf) [letzter Zugriff am 12.06.2018]
7. Fuchs J, Weber B. Fachkräftemangel: Inländische Personalreserven als Alternative zur Zuwanderung. IAB Discussion Paper 7/2018, IAB, Nürnberg <http://doku.iab.de/discussionpapers/2018/dp0718.pdf> [letzter Zugriff am 22.06.2018]
8. Hasselhorn HM, Ebener M, Müller BH (2015) Determinanten der Erwerbsteilhabe im höheren Erwerbsalter – das „lidA-Denkmodell zu Arbeit, Alter und Erwerbsteilhabe“. *ZSR* 61;4:403–432
9. Hasselhorn HM, Peter R, Rauch A et al. (2014) Cohort profile: The lidA Cohort Study – a German Cohort Study on Work, Age, Health and Work Participation. *International Journal of Epidemiology*, 2014, 1736–1749
10. Ilmarinen J (2009) Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scand J Work Environ Health* 35(1):1–5
11. Naegele, Gerhard; Sporket, Mirko (2010) „Perspektiven einer lebenslauforientierten Ältere-Arbeitnehmer-Politik.“, in: Gerhard Nägele (Hg.) *Soziale Lebenslaufpolitik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (GWV Fachverlage GmbH)
12. Pond R, Stephen C, Alpass F (2010) How health affects retirement decisions: three pathways taken by middle-older aged New Zealanders. *Ageing and Society*;30:527–545
13. Robert Koch-Institut. GEDA 2014/2015-EHIS. [www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda\\_2014\\_inhalt.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_2014_inhalt.html) [letzter Zugriff am 22.06.2018]
14. Van den Berg TJJ, Elders LAM, Burdorf A (2010) Influence of Health on Early Retirement. *JOEM* 2010;52:576–83
15. Wurm S, Engstler H, Tesch-Römer C (2009) Ruhestand und Gesundheit. In: Kochsiek K (Hrsg) *Altern und Gesundheit (Altern in Deutschland, Bd 7)*. Nova Acta Leopoldina, Stuttgart, S 81–192



Prof. Dr. med. Hans Martin Hasselhorn

Hans Martin Hasselhorn ist Facharzt für Arbeitsmedizin und seit 2015 Inhaber des Lehrstuhls für Arbeitswissenschaft an der Bergischen Universität Wuppertal. Zuvor war er bis 1997 Betriebsarzt am Uniklinikum in Freiburg i.Br., anschließend 2 Jahre am Karolinska Institute in Stockholm (Arbeitsstressforschung). Von 2009 bis 2015 leitete er den Fachbereich 3 „Arbeit und Gesundheit“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Berlin. Sein heutiger wissenschaftlicher Schwerpunkt ist der Themenkomplex „Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe“, hier insbesondere die Frage, inwieweit Aspekte der Arbeit dazu beitragen, ob und wie Menschen im höheren Erwerbsalter erwerbstätig sind. Er leitet die lidA Studie („Leben in der Arbeit“, [www.lidA-studie.de](http://www.lidA-studie.de)), in der Langzeiteffekte der Arbeit auf Gesundheit und Erwerbsteilhabe in einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung in Deutschland untersucht werden.



Prof. i.R., Dr.-Ing., Dipl.-Wirtsch. Ing. Bernd H. Müller

Bernd H. Müller ist der langjährige Inhaber des Lehrstuhls für Arbeitssicherheit und Ergonomie an der Bergischen Universität Wuppertal und Vorstandsvorsitzender des Instituts für Arbeitsmedizin, Sicherheitstechnik und Ergonomie e.V. (ASER), Wuppertal. Er koordinierte die Europäische NEXT-Studie und die 3Q-Studie. Daneben leitete er das deutsche Work Ability Index-Netzwerk von 2003 bis 2015.

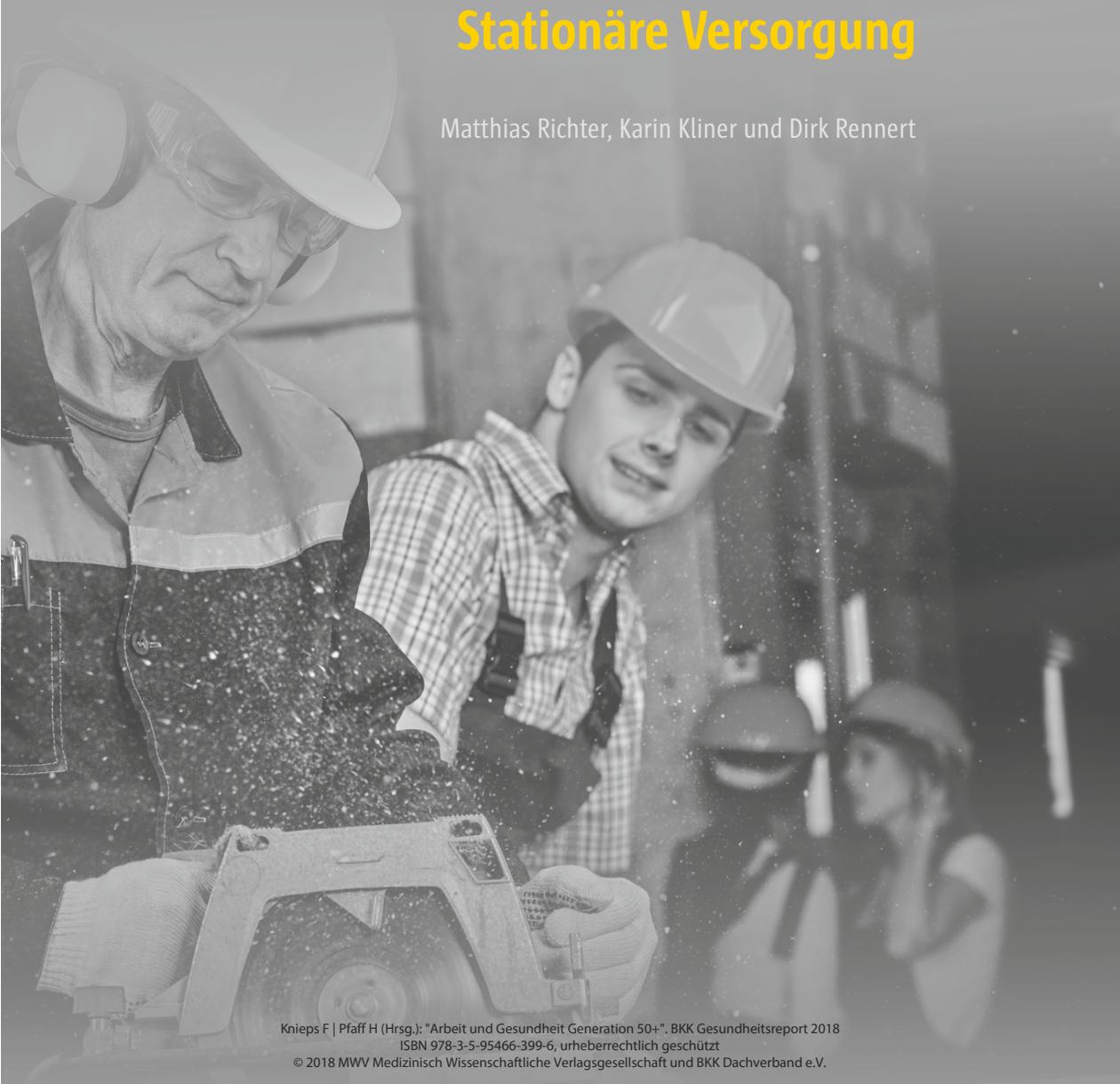
Seit Beginn der lidA-Studie zu „Arbeit, Alter und Erwerbsteilhabe“ im Jahr 2009 war er deren wissenschaftlicher und administrativer Koordinator. In dieser Zeit war er zudem Abteilungsleiter der Abteilung Sicherheitstechnik an der Bergischen Universität Wuppertal. Seit seiner Emeritierung im Jahr 2016 ist er als Projektberater weiterhin im Leitungsteam der lidA-Studie tätig.

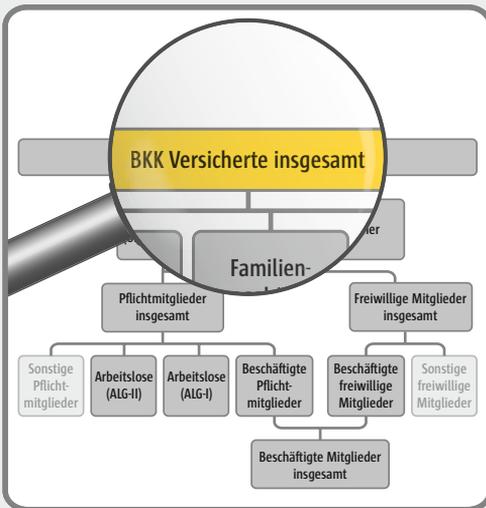


# 3

## Stationäre Versorgung

Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert





Äquivalent zu den Analysen für die ambulante Versorgung werden auch bei der Betrachtung des stationären Sektors hauptsächlich Daten aller BKK Versicherten zugrunde gelegt. Für das Berichtsjahr 2017 sind dabei 8,4 Mio. BKK Versicherte einbezogen worden.

## 3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

### 3.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2017

- In 2017 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 193 stationäre Behandlungen erfolgt, dabei waren die Versicherten im Mittel pro Behandlungsfall 8,9 Tage im Krankenhaus.
- Von allen Versicherten hat mit 12,6% tatsächlich nur ein relativ kleiner Teil eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen.
- Die meisten Fälle sind relativ kurz, rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3% dauern hingegen länger als 6 Wochen.

Die im Weiteren dargestellten Ergebnisse basieren auf insgesamt 1,6 Mio. voll- oder teilstationären Krankenhausfällen (KH-Fälle ohne Entbindungsfälle und ohne ambulante Operationen) im Jahr 2017. Dies entspricht, bezogen auf alle BKK Versicherten, einem Durchschnitt von rund 193 Fällen je 1.000 Versicherte. In dieser Statistik werden – anders als z.B. bei den Analysen des Statistischen Bundesamtes – auch der Aufnahme- und Entlassungstag bei der Ermittlung der Behandlungsdauer einbezogen (III Methodische Hinweise). Diesen Vorgaben entsprechend wurden im Berichtsjahr 2017 für die BKK Versicherten insgesamt 14,4 Mio. Krankenhaustage (KH-Tage) dokumentiert, was einem Durchschnitt von 1.718 Behandlungstagen je 1.000 BKK Versicherte entspricht. Die Durchschnittswerte für KH-Fälle und -Tage sind damit im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken, die daraus zu berechnende mittlere Behandlungsdauer ist mit durchschnittlich 8,9 Tagen im Vergleich zum Vorjahr hingegen kaum verändert (2016: 9,0 Tage je Fall).

Allgemein ist für die stationäre Versorgung zu konstatieren, dass diese aufgrund ihrer zentralen Ausrichtung auf eine schwerwiegende, meist akute Erkrankungssymptomatik entsprechend nur von einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung in An-

Tabelle 3.1.1 Stationäre Versorgung – Versichertenanteile nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte (Berichtsjahr 2017)

Anzahl der KH-Aufenthalte	Anteile der BKK Versicherten in Prozent
Kein Aufenthalt	87,4
1 Aufenthalt	9,0
2 Aufenthalte	2,2
3 und mehr Aufenthalte	1,4

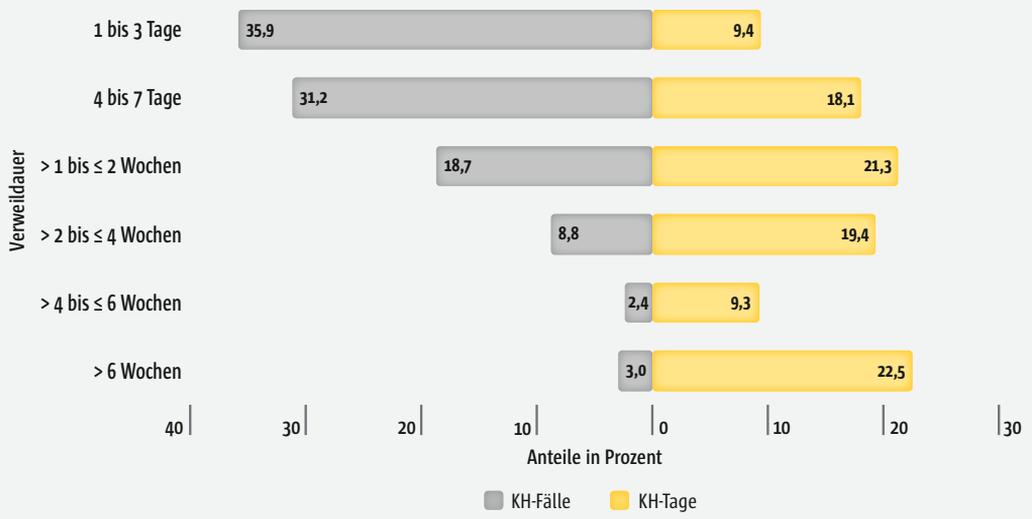
spruch genommen wird bzw. werden muss. Betrachtet man die Krankenhausfälle des Jahres 2017 bezogen auf alle BKK Versicherten, so zeigt sich, dass von diesen mit 87,4% die weitaus meisten ohne Kontakt zur stationären Versorgung geblieben sind (III Tabelle 3.1.1). Für weitere 9,0% der Versicherten wurden ein Aufenthalt, für 2,2% zwei Aufenthalte, sowie für 1,4% drei und mehr Aufenthalte dokumentiert.

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts ist die durchschnittliche Falldauer wiederum in der Regel mehrheitlich kurz, im Berichtsjahr 2017 wurden mit 67,1% die meisten der Krankenhausfälle innerhalb einer Woche abgeschlossen, 35,9% sogar innerhalb von 3 Tagen (III Diagramm 3.1.1). Auf der anderen Seite machen Fälle mit mehr als sechs Wochen Liegezeit nur 3,0% aller Fälle aus, allerdings ist mehr als jeder fünfte Krankenhaustag (22,5%) auf einen solchen Langzeitfall zurückzuführen.

Hinsichtlich der Aufnahme- und Entlassungstage bei Krankenhausaufenthalten sind im Vergleich zum Vorjahr kaum Veränderungen festzustellen:

- Im aktuellen Berichtsjahr erfolgten Krankenhausaufnahmen am häufigsten an einem Montag, 20,5% aller Aufenthalte haben an diesem Tag begonnen. Am Wochenende werden in der Regel nur Notfälle aufgenommen, entsprechend sind hier die wenigsten Aufnahmen zu verzeichnen

Diagramm 3.1.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2017)



(6,1% der Aufnahmen erfolgten samstags und 7,5% der Aufnahmen sonntags).

- Die Entlassung aus stationärer Behandlung erfolgt wiederum am häufigsten vor dem Wochenende, so endeten 21,8% der Krankenhausaufenthalte freitags. Wiederum nur wenige Aufenthalte wurden an Wochenendtagen beendet: Den geringsten Anteil machen hier die Sonntage mit 5,5% aus, immerhin 10,9% wurden an einem Samstag entlassen.

### 3.1.2 Langzeittrends

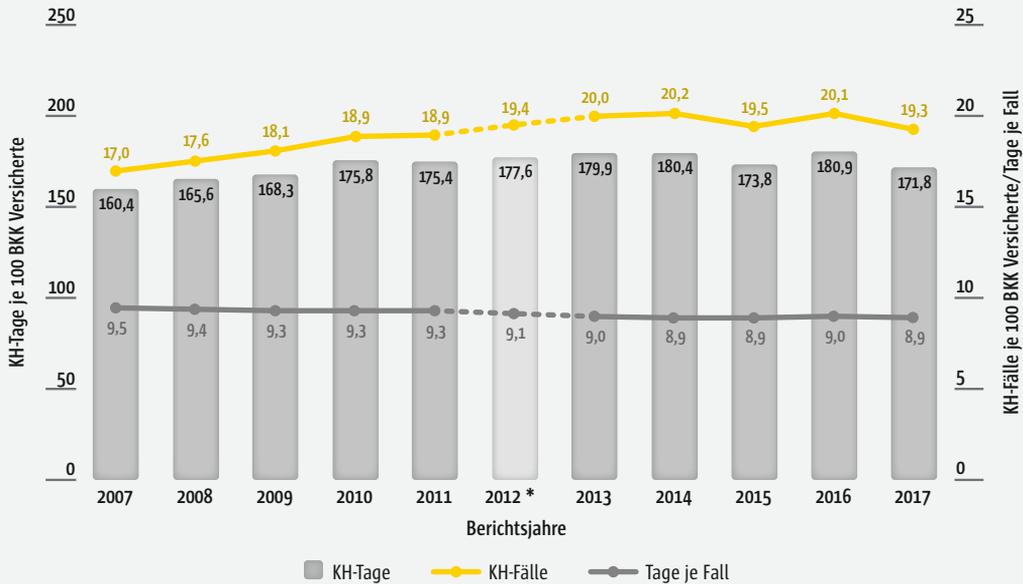
- Nach einem Anstieg der Kennwerte im Vorjahr ist im aktuellen Berichtsjahr die Anzahl der Behandlungsfälle und -tage wieder auf das Niveau von 2015 gesunken.

Nach einem Anstieg der Kennwerte im vorherigen Jahr sind diese im aktuellen Berichtsjahr 2017 wieder gesunken (» Diagramm 3.1.2), und zwar bei den stationären Behandlungsfällen um 4,1%, bei den Behandlungstagen sind es 5,0%. Im Langzeittrend über die zehn vorhergehenden Datenjahre wird hingegen eine größere Steigerung der Kennwerte deutlich. So betrug im Jahr 2007 die durchschnittliche Fallhäufigkeit nur 17,0 stationäre Behandlungsfälle je 100 Versicherte, entsprechend war das Gesamtaufkommen der

stationären Behandlungstage mit 160,4 Krankenhaustagen je 100 Versicherte ebenfalls niedriger. Demgegenüber sind im aktuellen Berichtsjahr die Fallmengen immerhin um 13,9% und die daraus resultierende Summe der Behandlungstage um 7,1% größer.

Dank der noch weiter zurückreichenden BKK Versicherten-Statistiken sind auch Vergleiche zu noch deutlich älteren Berichtsjahren möglich. So kamen im Jahr 1997 223,0 Krankenhaustage auf 100 Versicherte, im Jahr 1987 waren es sogar 258,2 stationäre Behandlungstage! Die Unterschiede zwischen den Kennzahlen über 3 Jahrzehnte sind allerdings nur sehr begrenzt interpretierbar, dies ist allein schon beschränkt durch differierende zugrundeliegende Versichertenpopulationen (nur westdeutsche Versicherte in den Statistiken bis zur Schaffung eines gegliederten GKV-Systems in den Ost-Bundesländern nach 1990) sowie die unterschiedliche Klassifikation der Krankheitsarten (Kodierung nach ICD-10-WHO erst ab 1998, nach schrittweiser Anpassung an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens ab 2004 ambulant wie stationär nach ICD-10-GM). Es werden hingegen aber die enormen Veränderungen in der stationären Versorgung über diesen Zeitraum erkennbar. So spiegeln sich auch Verbesserungen in den Behandlungsmöglichkeiten (z.B. durch Etablierung minimalinvasiver Operationsmethoden in den 1990er-Jahren) genauso wie tiefgreifende Veränderungen aufgrund unterschiedlicher Abrechnungsprinzipien wider (» Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems).

Diagramm 3.1.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2007–2017)



\* Geschätzt, da keine valide Datengrundlage in diesem Berichtsjahr.

### Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems

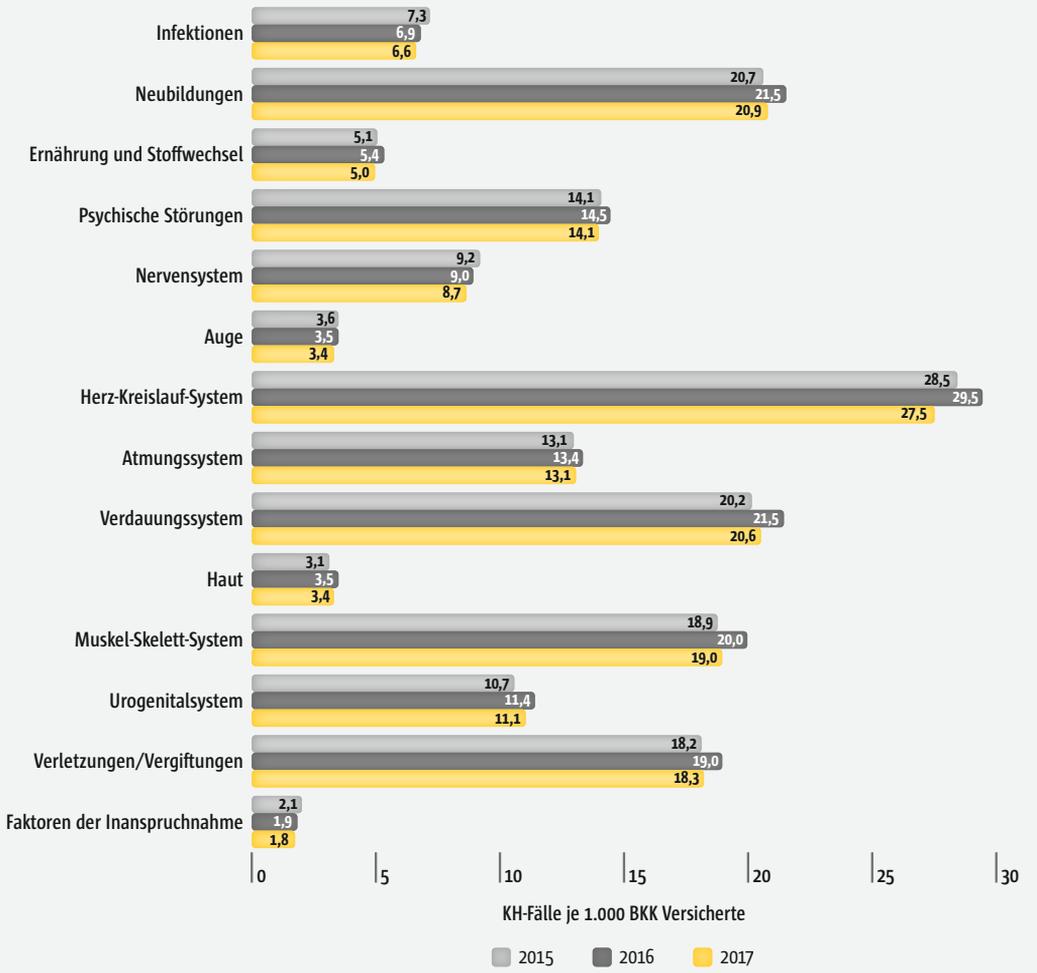
Bemühungen um kürzere Liegezeiten haben lange vor Einführung des Klassifikationssystems der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) in den Jahren 2003/2004 eingesetzt. Das DRG-System erzeugte hierbei aber eine zusätzliche Dynamik, da die Vergütung – vereinfacht ausgedrückt – pauschalisiert und unabhängig von der eigentlichen Liegezeit erfolgt. Lag die durchschnittliche Krankenhausverweildauer 1987 noch bei 16,8 Tagen, so wurde diese in den nachfolgenden Jahren kontinuierlich abgesenkt: 1994 betrug die durchschnittliche Liegedauer nur noch 13,9 Tage, im „Optionsjahr“ der DRG-Einführung 2003 (Beteiligung auf freiwilliger Grundlage und budgetneutral, d.h. die DRG-Anwendung führte noch nicht zu Gewinnen oder Verlusten) waren es dann 9,6 Tage.

Anders als im somatischen Bereich sind in der psychiatrischen/psychosomatischen stationären Versorgung in den letzten Jahren die durchschnittlichen Falldauern eher noch gestiegen. In diesem Bereich findet das DRG-System bislang keine Anwendung. Eine ähnliche Systematik (das sogenannte Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik – kurz PEPP) befindet sich aber seit Beginn 2018 verpflichtend in Anwendung, jedoch bis Ende 2019 noch unter budgetneutralen Bedingungen.

### 3.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

- Die meisten Fälle in der stationären Versorgung werden durch Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems verursacht, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems. Die weitest ausmeisten Behandlungstage sind aufgrund psychischer Störungen erfolgt: Mehr als jeder fünfte Behandlungstag geht darauf zurück.
- Dabei sind psychische Störungen besonders langwierig: Ein Fall dauerte in 2017 im Durchschnitt fast vier Wochen. Dieser Wert steigt damit wie in den letzten Jahren weiter an.
- Als Einzeldiagnosen stechen Depressionen (F32, F33) besonders heraus: Allein auf diese gehen 10% aller KH-Tage zurück, von den KH-Tagen aufgrund psychischer Störungen sind es sogar fast die Hälfte (44%). Zudem sind für die rezidivierende Form dieser Krankheit (F33) auch in diesem Jahr die Fallzahlen (+4%) weiter gestiegen.
- Eine starke Reduktion gegenüber dem Vorjahr zeigt sich hingegen bei Schizophrenie (F20): -10% weniger Fälle und -11% weniger Behandlungstage.

Diagramm 3.1.3 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Dreijahresvergleich (2015–2017)

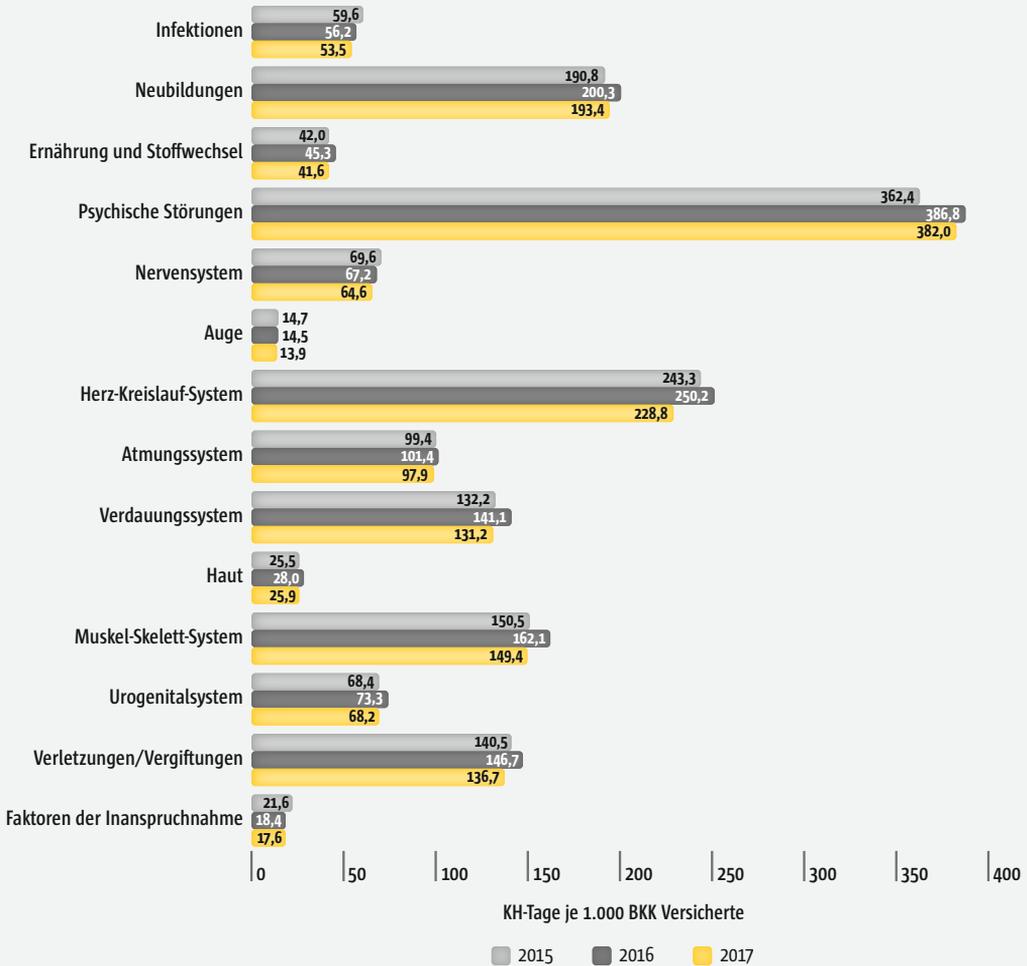


Wie schon in den letzten Jahren haben auch im aktuellen Berichtsjahr 2017 Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt geführt: Je 1.000 Versicherte sind für diese Diagnosegruppe 27,5 KH-Fälle zu verzeichnen (»» Diagramm 3.1.3). Nach Häufigkeit der Fälle folgen danach die Neubildungen sowie die Krankheiten des Verdauungssystems, Diagnosen bezüglich des Muskel- und Skelettsystems und Verletzungen. Beim Vergleich der Kennwerte zu den beiden Vorjahren zeigt sich der schon angesprochene Rückgang gegenüber 2016 auch bei den einzelnen Erkrankungsarten. Die größte Reduktion der Fälle ist dabei für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verzeichnen, hier

sank die Fallzahl um 2 KH-Fälle je 1.000 Versicherte bzw. um -6,6%. Relativ betrachtet ähnlich stark mit einem Minus von -6,7% ist auch die Zahl der Behandlungsfälle aufgrund von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten zurückgegangen. Diese sind allerdings relativ selten Grund für einen Krankenhausaufenthalt, aktuell sind für diese Erkrankungsart 5,0 Fälle je 1.000 Versicherte zu verzeichnen.

Bei der Betrachtung nach Anzahl der Krankentage sticht wiederum die Diagnosehauptgruppe der psychischen und Verhaltensstörungen besonders hervor (»» Diagramm 3.1.4). Hierbei hat diese Krankheitsart seit geraumer Zeit den Spitzenplatz inne, 2017 sind hierfür 382,0 Behandlungstage je

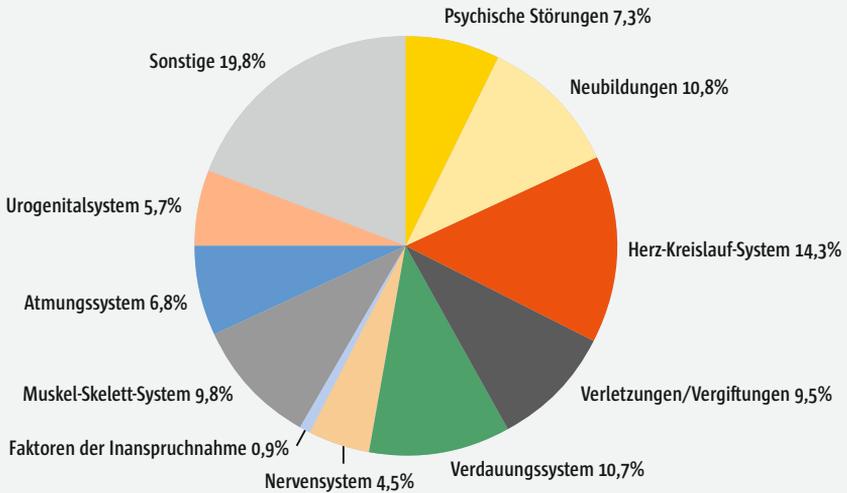
Diagramm 3.1.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Dreijahresvergleich (2015–2017)



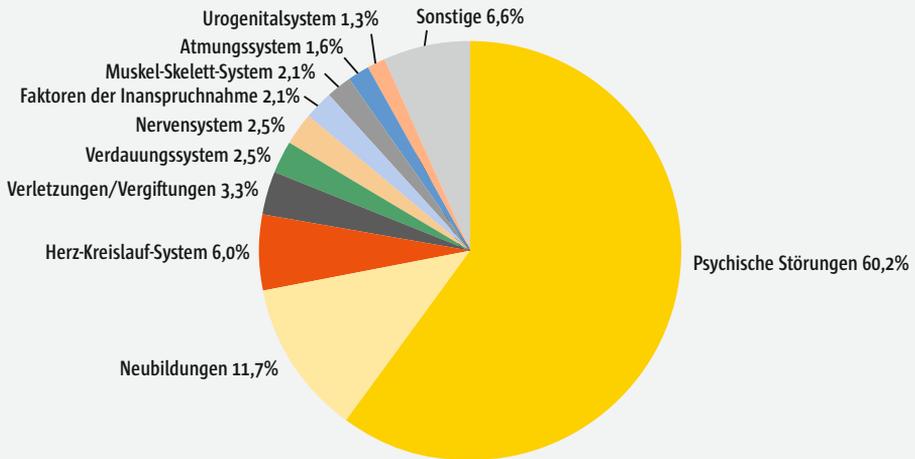
1.000 Versicherte erfolgt. Gegenüber dem Vorjahr ist dies nur eine geringe Reduktion von  $-1,2\%$ , mithin gehen insgesamt  $22,2\%$  aller stationären Behandlungstage auf psychische Störungen zurück. Im aktuellen Berichtsjahr 2017 ist nach den psychischen Störungen als zweithäufigste begründende Diagnose für Behandlungstage eine Erkrankung des Herz- und Kreislaufsystems angegeben, gefolgt von Neubildungen. Entsprechend der Entwicklung bei den Fällen sind die größten Abnahmen im Vergleich zum Vorjahr hinsichtlich der Krankenhaustage bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ( $-8,6\%$ ) sowie bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ( $-8,2\%$ ) zu verzeichnen.

Wie bereits dargelegt, erfolgen die meisten Krankenhausbehandlungen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Allein auf diese Diagnosegruppe entfallen  $14,3\%$  aller stationären Fälle (»» Diagramm 3.1.5). Zweithäufigster Behandlungsgrund sind Neubildungen ( $10,8\%$ ), dicht gefolgt von Erkrankungen des Verdauungssystems ( $10,7\%$ ). Psychische Störungen machen hingegen nur  $7,3\%$  aller Fälle aus. Die besondere Stellung solcher Erkrankungen im Sektor der stationären Versorgung wird hingegen deutlich, wenn man der Gesamtheit der Krankenhausfälle die Anteile an den Langzeitbehandlungen gegenüberstellt: Langzeitbehandlungen erfolgen bei weitem am häufigsten aufgrund von psychi-

Diagramm 3.1.5 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen für alle Krankenhausfälle vs. Langzeitfälle (Berichtsjahr 2017)



Alle KH-Fälle



KH-Fälle > 6 Wochen

schen Störungen, so sind 60,2% aller Fälle mit mehr als sechs Wochen Dauer darauf zurückzuführen. Die weiteren Diagnosehauptgruppen haben deutlich geringere Anteile, den zweitgrößten Teil machen Neubildungen mit 11,7% der Langzeitfälle aus, gefolgt von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems mit 6,0%. Die im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sowie in der ambulanten Versorgung sehr häufig vorkommenden Erkrankungen des Atmungssystems spielen

in der stationären Versorgung hingegen nur eine untergeordnete Rolle.

Auch bei der Betrachtung von Einzeldiagnosen sind es psychische Störungen, aufgrund derer viele Behandlungstage anfallen (» Tabelle 3.1.2). Die mit Abstand meisten Krankenhaustage sind aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) erfolgt (98,0 KH-Tage je 1.000 Versicherte), diese Einzeldiagnose weist zudem eine merkliche Steigerung

**Tabelle 3.1.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2017)**

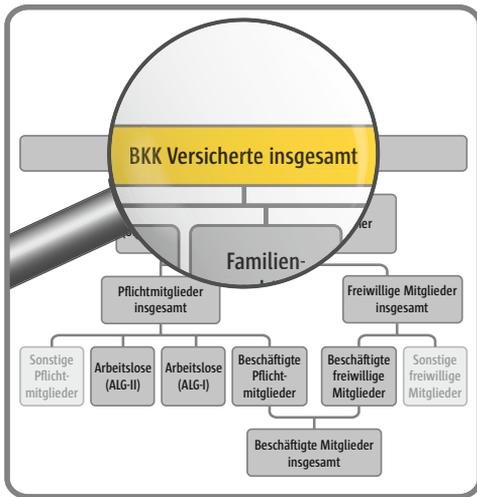
Rang	ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Tage	KH-Fälle	Tage je Fall
			je 1.000 BKK Versicherte		
1.	F33	Rezidivierende depressive Störung	98,0	2,4	41,4
2.	F32	Depressive Episode	68,5	1,8	37,6
3.	I50	Herzinsuffizienz	43,1	3,8	11,4
4.	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	29,8	2,9	10,1
5.	I63	Hirnfarkt	29,4	2,3	12,6
6.	F20	Schizophrenie	26,6	0,7	38,1
7.	S72	Fraktur des Femurs	22,1	1,4	15,7
8.	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	20,8	2,2	9,6
9.	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	20,7	2,0	10,5
10.	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	20,3	2,1	9,7

im Vergleich zum Vorjahr auf: 4,7% mehr Behandlungstage bei 3,5% mehr Fällen sind aufgrund dieser Diagnose zu verzeichnen. Die zweitmeisten Behandlungstage sind wiederum für depressive Episoden (F32) dokumentiert, zusammen mit den psychischen Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) und Schizophrenie (F20) sind vier Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen in dieser Liste der zehn wichtigsten Diagnosen nach KH-Tagen zu finden. Bei letzterer Diagnose ist hingegen der größte Rückgang an Behandlungstagen gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen: -11,2% weniger KH-Tage (sowie -10,3% weniger KH-Fälle) sind aufgrund von Schizophrenie im aktuellen Berichtsjahr

erfolgt. An nach Behandlungstagen dritter Stelle ist die Herzinsuffizienz (I50) zu finden, außerdem folgt an fünfter Stelle mit dem Hirnfarkt (I63) eine weitere Herz-Kreislauf-Erkrankung. Insgesamt geht mehr als jeder fünfte stationäre Behandlungstag auf eine der zehn hier aufgeführten Einzeldiagnosen zurück.

Die zwei Depressionsdiagnosen stechen dabei auch deshalb besonders heraus, da diese oft Ursachen von Langzeiterkrankungen sind: 39,2% aller stationär behandelten depressiven Episoden (F32) und sogar 46,7% aller dort behandelten rezidivierenden depressiven Störungen (F33) dauern länger als 6 Wochen.

## 3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen



Krankenhausbehandlungen umfassen im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die sich in der Regel nur auf erwerbsfähige Personen bezieht, alle Altersgruppen – von Kindern bis hin zu Rentnern. Dies gilt auch für das im vorherigen **III** Kapitel 2 dargestellte Geschehen in der ambulanten Versorgung, hingegen ist das Krankheitsspektrum in der stationären Versorgung ein anderes: Viele Erkrankungen – selbst schwerwiegende und chronische – führen nicht zwingend zu einem Krankenhausaufenthalt.

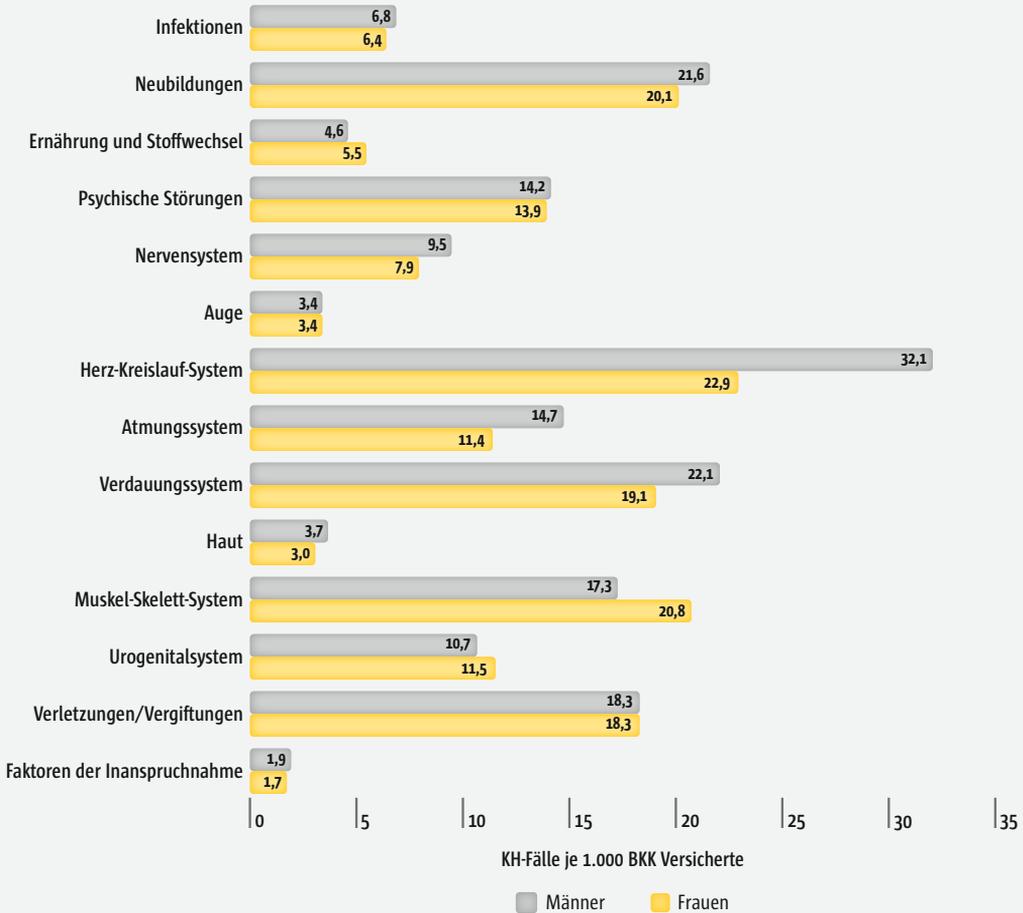
### 3.2.1 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht

- Männer und Frauen sind insgesamt in etwa gleich häufig und gleich viele Tage in stationärer Behandlung.
- Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 60. Lebensjahr ist dies der häufigste Grund einer stationären Behandlung. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

- Umgekehrt bei den psychischen Störungen: Die meisten stationären Fälle und daraus resultierenden Behandlungstage bei den unter 60-jährigen gehen auf psychische Störungen zurück. Dabei weisen Frauen deutlich mehr KH-Tage auf als Männer.

Männer und Frauen sind fast gleich häufig in stationärer Behandlung. Auf 1.000 BKK Versicherte kommen bei den Männern 197,0 Krankenhausfälle, bei den Frauen sind es 189,2 KH-Fälle. Hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl von Krankenhaustagen je Versicherten unterscheiden sich die Geschlechter nur minimal (Männer: 1.725 KH-Tage je 1.000 Versicherte; Frauen: 1.711 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Teils deutliche Geschlechtsunterschiede finden sich hingegen bei einzelnen Diagnosehauptgruppen, wie sich aus **III** Diagramm 3.2.1 und **III** Diagramm 3.2.2 erkennen lässt. So sind Männer mit 32,1 KH-Fällen je 1.000 Versicherte etwa um 40% häufiger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen als Frauen (22,9 KH-Fälle je 1.000 Versicherte), pro 1.000 männliche Versicherte fallen dabei 267,2 Behandlungstage an (bei den Frauen nur 189,9 Behandlungstage). Auch wegen Erkrankungen des Atmungssystems sind Männer öfter in stationärer Behandlung, dementsprechend fallen auch hier mehr Krankenhaustage pro Versicherte bei den Männern an. Frauen werden dagegen häufiger aufgrund von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen stationär behandelt. Während bei letzteren auch die Menge der Krankenhaustage bei den Frauen im Vergleich zu den Männern höher ist, ist hingegen bei den Stoffwechselkrankheiten nur ein geringfügiger Unterschied bei den Behandlungstagen pro Versicherten zu finden, woraus für die Männer eine höhere durchschnittliche Falldauer resultiert. Bei den psychischen Erkrankungen sind es hingegen die Frauen, die im Schnitt länger in Behandlung sind (30,1 vs. 24,4 Tage je Fall). Gleiches gilt auch für Verletzungen und Vergiftungen (8,0 vs. 7,0 Tage je Fall).

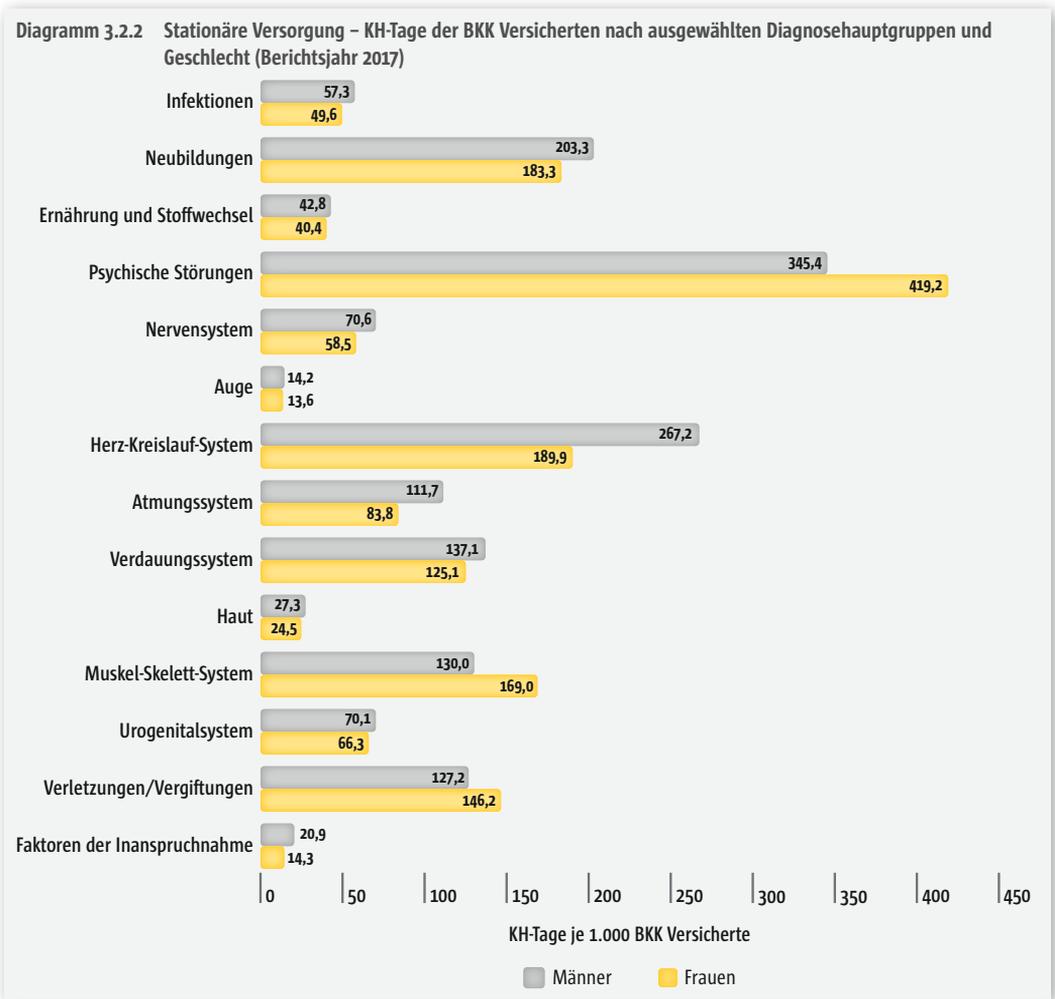
Diagramm 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



Erwartungsgemäß sind Krankenhausbehandlungen bei jungen Menschen eher selten. Erst etwa in der zweiten Lebenshälfte werden die Behandlungen häufiger, es nimmt dann mit steigendem Alter sowohl die Anzahl der Krankenhausfälle als auch die der -tage zu. Bei den unter 35-jährigen beträgt die Fallzahl zwischen 99 und 107 Fällen je 1.000 Versicherte. Im Renteneintrittsalter (Altersgruppe 65 bis 69 Jahre) ist die Fallzahl mit 313 Fällen je 1.000 Versicherte demgegenüber mehr als dreimal, bei den über 80-jährigen mit 684 Fällen je 1.000 Versicherte fast siebenmal so groß. Äquivalent nehmen auch die Krankenhaustage mit dem Alter zu: 65- bis 69-jährige waren im aktuellen Berichtsjahr 2017 durchschnittlich einen ganzen Tag mehr in stationärer Behandlung als der Gesamtdurchschnitt aller Versi-

cherten (2,7 vs. 1,7 KH-Tage je Versicherten). Im Mittel war jeder Versicherte im Alter von 80 Jahren oder älter sogar 7 Tage in stationärer Behandlung.

Betrachtet man zudem die stationären Behandlungsfälle und -tage der Altersgruppen getrennt nach Geschlecht, werden weitere Auffälligkeiten in bestimmten Lebensabschnitten ersichtlich (III Diagramm 3.2.3). So sind hierbei die Jungen bis zur Pubertät das „anfälliger“ Geschlecht, sie sind in der Altersgruppe bis 15 Jahre mit 109 KH-Fällen je 1.000 Versicherte deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Mädchen (92 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Danach sind bei den Altersgruppen zwischen dem 15. und 39. Lebensjahr die Fallzahlen und die damit einhergehenden Mengen an Behandlungstagen bei den Frauen höher als bei den Männern. Ab



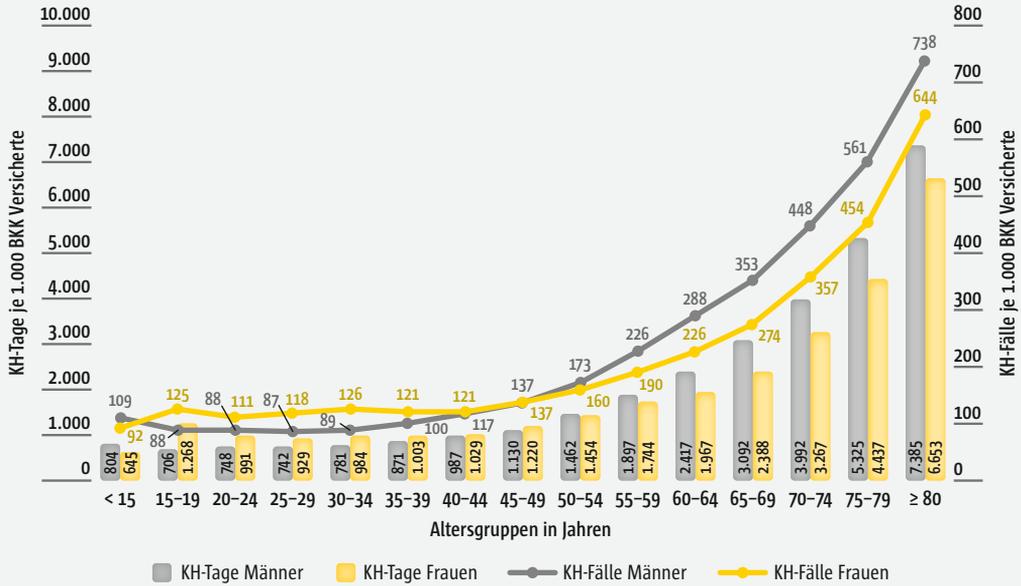
etwa 55 Jahren wiederum weisen die Männer höhere Kennzahlen auf.

Das **III** Diagramm 3.2.4 und das **III** Diagramm 3.2.5 zeigen für ausgewählte Krankheitsarten die jeweiligen Häufigkeiten der Krankenhausfälle bzw. -tage. Dabei ist zu erkennen, dass stationäre Behandlungen von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren aufgrund psychischer Störungen relativ selten sind: Durchschnittlich 5,5 KH-Fälle je 1.000 Versicherte und 200 Behandlungstage je 1.000 Versicherte waren im Jahr 2017 hierbei zu verzeichnen. Dabei sei ergänzend erwähnt, dass Jungen häufiger aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen stationär in Behandlung sind (6,0 KH-Fälle je 1.000 Jungen und 5,0 KH-Fälle je 1.000 Mädchen), und außerdem eine längere Falldauer aufweisen (39 vs. 33 KH-Tage je

Fall). Die relativ hohen Fallzahlen in dieser Altersgruppe aufgrund von Atemwegserkrankungen, Infektionen sowie Verletzungen/Vergiftungen wiederum entsprechen auch den hohen Anteilen in der ambulanten Versorgung, die von solchen Erkrankungen betroffen waren (**III** Kapitel 2). Die Erkrankungen des Atmungssystems machen dabei rund ein Sechstel der stationären Behandlungsfälle in dieser Altersgruppe aus (16,6 KH-Fälle je 1.000 Versicherte).

In der Altersgruppe von 15 bis 19 Jahren kehrt sich das Verhältnis der Kennwerte von männlichen und weiblichen Versicherten um: Weibliche Jugendliche dieses Alters sind deutlich häufiger in stationärer Behandlung als männliche (125,2 vs. 88,4 KH-Fällen je 1.000 Versicherte). Wie in den beiden Diagrammen zu erkennen ist, steigen für die Altersgruppe vor al-

Diagramm 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



lem die Fallzahlen (und damit auch die Krankenhaustage pro Versicherte) aufgrund von psychischen Erkrankungen stark an. Mit im Schnitt 21,6 Fällen je 1.000 Versicherte hat diese Diagnosehauptgruppe den größten Anteil am Geschehen in der stationären Versorgung der 15- bis 19-Jährigen: Etwa jeder fünfte Krankenhausfall dieser Altersgruppe erfolgt aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung, rund 60% der Krankenhaustage gehen auf diese Diagnosehauptgruppe zurück. Bei zusätzlicher Differenzierung nach Geschlecht fällt hierbei außerdem auf, dass es wiederum die jungen Frauen sind, die länger pro Fall in stationärer Behandlung sind – in dieser Altersgruppe insgesamt 8 Tage mehr im Schnitt (22 vs. 30 KH-Tage je Fall). Bei Verletzungen und Vergiftungen sind hingegen männliche Jugendliche mit 18,1 Fällen je 1.000 Versicherte häufiger betroffen als weibliche (12,7 KH-Fälle je 1.000 Versicherte).

In den jüngeren Erwachsenengruppen bis etwa 39 Jahre werden Frauen durchweg deutlich häufiger als Männer stationär behandelt. Die Unterschiede erklären sich vorwiegend aus Schwangerschaft und Geburt (so führen zwischen 25 und 39 Jahren Schwangerschaft und Entbindung am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt) sowie frauenspezifischen Urogenitalerkrankungen und Neubildungen. Das Morbiditätsspektrum der Männer zwischen 20 und 39 Jahren ist hingegen anders geprägt: Bis Mitte

zwanzig sind Verletzungen und Vergiftungen Hauptgrund für Krankenhausaufenthalte, etwa jeder fünfte Fall geht darauf zurück. Danach sind Männer am häufigsten aufgrund psychischer Krankheiten in stationärer Behandlung. Deren durchschnittliche Falldauer ist dabei aber deutlich kürzer als die der Frauen, diese sind im Durchschnitt etwa 7–8 Tage länger in Behandlung als Männer.

Insgesamt dominieren in den Altersgruppen bis zum 60. Lebensjahr die psychischen Störungen bei den Mengen der Aufenthaltstage. Erst danach sind es die Neubildungen sowie die Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, aufgrund derer sich mehr Krankenhaustage summieren – wobei die Behandlungsfälle und -tage aufgrund psychischer Erkrankungen bei den Altersgruppen über 60 Jahre gleichzeitig geringer sind. Die Neubildungen nehmen ab 40 Jahre vor allem bei den Frauen zu, zwischen 40 und 49 Jahren sind Neubildungen die häufigste Krankheitsart der weiblichen Versicherten. Der größere Teil der Herz-Kreislauf-Behandlungsfälle sowie der daraus entstandenen Krankenhaustage sind hingegen den Männern zuzuschreiben, ab 50 Jahren ist dies bei ihnen der häufigste Grund für eine stationäre Behandlung.

Im Rentenalter ab 65 Jahren schließlich sind Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems auch bei den Frauen die häufigste stationäre Diagnose, wobei dennoch auch in den höheren Altersgruppen hierbei

Diagramm 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)

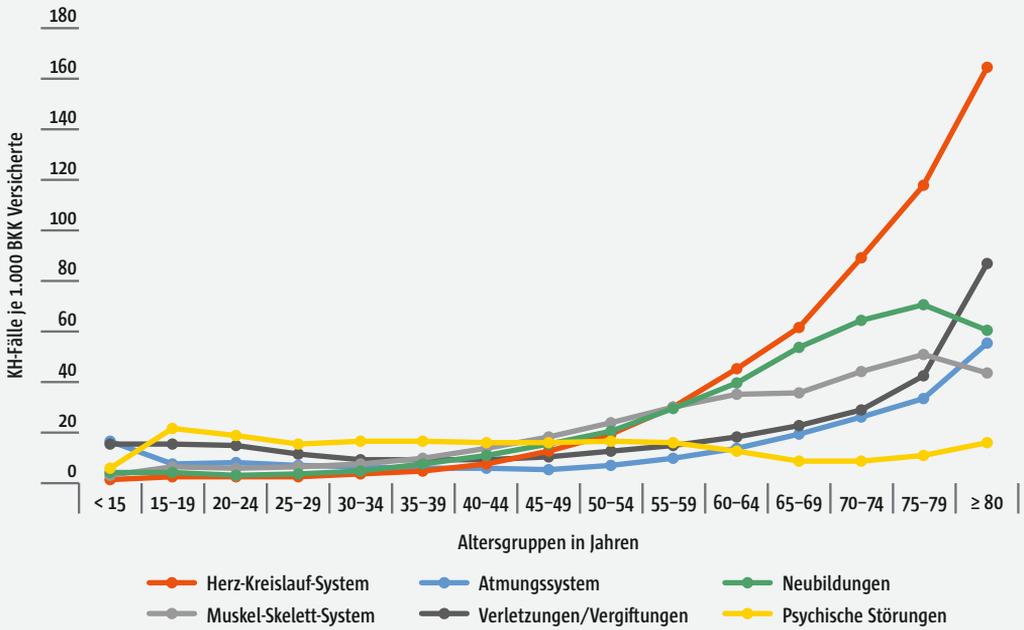
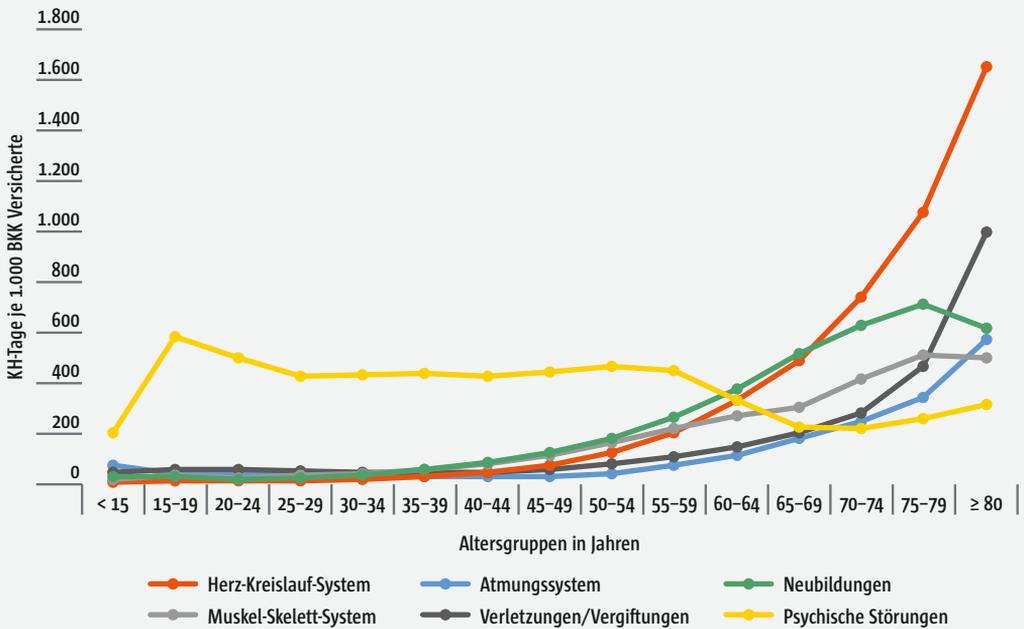


Diagramm 3.2.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



Frauen durchweg deutlich geringere Fallhäufigkeiten und entsprechend weniger Behandlungstage aufweisen. Selbst bei den über 80-Jährigen weisen sie noch rund ein Sechstel weniger Krankenhausfälle und -tage als die gleichaltrigen Männer auf. In dieser Altersgruppe machen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen insgesamt fast ein Viertel aller Krankenhausfälle und -tage aus. Zweithäufigster Behandlungsgrund sind in der höchsten Altersgruppe die Verletzungen und Vergiftungen. Dabei sind Frauen häufiger aus diesem Grund in stationärer Behandlung als Männer (101 vs. 69 KH-Fälle je 1.000 Versicherte), die daraus resultierenden Behandlungstage sind bei den Frauen um 50% größer als bei den gleichaltrigen Männern. Hierbei dürften häufigere Sturzunfälle im Alter eine wichtige Rolle spielen, gerade auch im Zusammenhang mit bestehenden altersbedingten Schädigungen im Muskel- und Skelettsystem (u. a. Osteoporose).

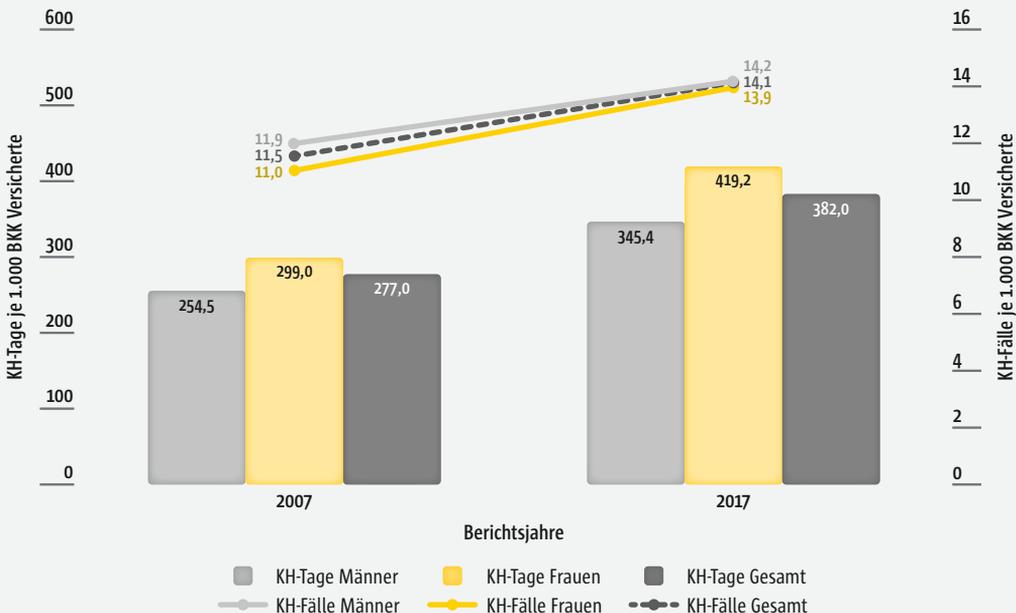
Die bisherigen Auswertungen zeigen die besondere Bedeutung der psychischen und Verhaltensstörungen, der Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie der Neubildungen in der stationären Versorgung. Im Folgenden werden daher diese drei Diagnosehauptgruppen hinsichtlich ausgewählter Einzeldiagnosen detaillierter betrachtet.

### Psychische und Verhaltensstörungen

- Seit 2007 sind insgesamt rund 38% mehr Krankenhausfälle und 22% mehr Krankenhaustage aufgrund psychischer Störungen zu verzeichnen.
- Depressionen (F32 bzw. F33) sind dabei die bei weitem häufigste Diagnose: Bei Frauen sind diese der Behandlungsgrund bei fast der Hälfte, bei Männern immerhin bei einem Drittel der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen.

Wie schon in den Vorjahresvergleichen (»»» Diagramm 3.1.3 bzw. »»» Diagramm 3.1.4) aufgezeigt, sind die Kennzahlen aktuell etwas rückläufig. Die Schwankungen, die von Jahr zu Jahr zu beobachten sind, sind allerdings recht gering. Über einen größeren Zeitraum betrachtet, wird aber insbesondere für die psychischen Störungen eine deutliche Veränderung des Behandlungsgeschehens im stationären Sektor erkennbar. So zeigt das »»» Diagramm 3.2.6 einen Zehnjahresvergleich der Kennzahlen, an dem sich vor allem eine Steigerung der durchschnittlichen Anzahl an Krankenhaustagen ablesen lässt: Gegenüber 2007 sind rund +38% mehr Behandlungstage zu verzeichnen. Geringer fällt die Steigerung bei

Diagramm 3.2.6 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für Psychische Störungen nach Geschlecht im Zehnjahresvergleich (2007 und 2017)



**Tabelle 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)**

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
<b>Männer</b>				
F33	Rezidivierende depressive Störung	1,8	74	40,8
F32	Depressive Episode	1,5	57	37,2
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4,1	42	10,3
F20	Schizophrenie	0,9	32	36,9
F45	Somatoforme Störungen	0,6	11	19,5
F90	Hyperkinetische Störungen	0,2	10	51,2
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,6	10	16,8
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	10	38,8
F25	Schizoaffektive Störungen	0,2	9	40,0
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,4	8	18,8
<b>Frauen</b>				
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,9	123	41,8
F32	Depressive Episode	2,1	80	37,9
F20	Schizophrenie	0,5	21	40,0
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,9	21	23,3
F45	Somatoforme Störungen	1,1	21	19,1
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,6	19	33,2
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,8	17	9,7
F50	Essstörungen	0,3	17	49,8
F25	Schizoaffektive Störungen	0,3	14	40,6
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	13	40,9

den zugrunde liegenden Fallzahlen aus, immerhin sind dies aber im aktuellen Berichtsjahr +22,4% gegenüber 2007. Bei der Bewertung dieser Kennzahlenentwicklungen ist aber auch zu berücksichtigen, dass, anders als im akut somatischen Bereich, in der Psychiatrie/Psychosomatik bis zum aktuellen Berichtsjahr kein verbindliches pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt war (» Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems). Entsprechend ist bislang für die psychischen Störungen keine Verweildauer-

reduzierung zu beobachten wie im somatischen Bereich – im Gegenteil: Entsprechend der genannten Kennzahlen ergibt sich eine Steigerung der durchschnittlichen Falldauer seit 2007 um 3 Tage bzw. rund +13% auf aktuell 27,2 Tage je Fall.

Die Differenzen bei Krankenhaustagen und Falldauer zwischen den Geschlechtern sind vornehmlich durch unterschiedliche Prävalenzen bei Männern und Frauen, die sich auch in entsprechendem stationärem Behandlungsbedarf niederschlagen, zu erklären. So

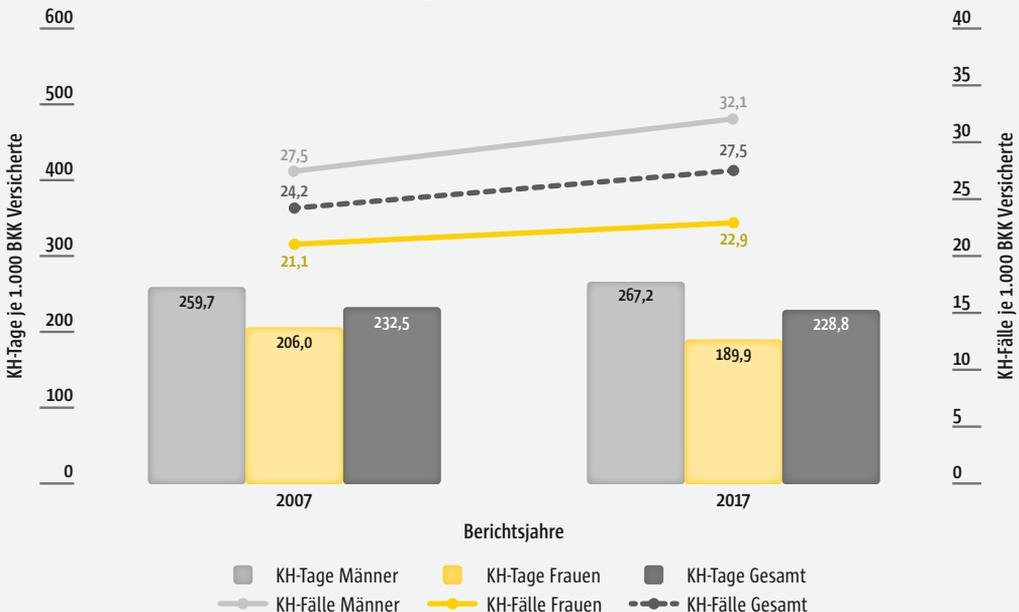
sind Frauen häufiger als Männer von Depressionen betroffen, in der Betrachtung der häufigsten Einzeldiagnosen zeigt sich dies durch eine deutlich höhere Fallzahl und eine damit einhergehend höhere Anzahl von Krankenhaustagen (»»» Tabelle 3.2.1). Allein die rezidivierende depressive Störung (F33) und die depressive Episode (F32) zusammengenommen verursachen fast die Hälfte aller psychisch bedingten Krankenhaustage bei den Frauen. Auch bei den Männern sind dies die häufigsten Einzeldiagnosen, zusammen verursachen diese aber „nur“ etwas mehr als ein Drittel aller psychisch bedingten Krankenhaustage. Andererseits ist bei den Männern aber eine höhere Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bekannt, was sich auch in den deutlich höheren Fallzahlen zur ICD-Diagnose F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) widerspiegelt. Hierbei ist hingegen die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer mit 10,3 Tagen (Männer) bzw. 9,7 Tagen (Frauen) je Fall relativ kurz. Weiterhin zeigt sich in den dargestellten Zahlen auch ein Geschlechtsunterschied in der stationären Behandlungsdauer bei gleicher Diagnose: Dabei stechen besonders die Anpassungsstörungen (F43) heraus, bei denen Frauen mehr als sechs Tage länger stationär behandelt werden als Männer (23,3 vs. 16,8 Tage je Fall).

### Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

- Häufigste Einzeldiagnosen des Herz-Kreislauf-Systems sind Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63): Mehr als jeder fünfte Herz-Kreislauf-Krankenhausfall (und fast jeder dritte Behandlungstag zu dieser Erkrankungsart) geht auf diese beiden Diagnosen zurück.
- Deutlicher Geschlechtsunterschied der stationären Behandlungen aufgrund der chronisch ischämischen Herzkrankheit (I25): Bei Männern dreimal so viele Behandlungsfälle im Vergleich zu Frauen.
- Frauen sind hingegen doppelt so häufig wie Männer wegen Bluthochdruck (I10) im Krankenhaus.

Die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sind insgesamt der häufigste Anlass für stationäre Behandlungen. Im aktuellen Berichtsjahr sind die Fallzahlen mit im Schnitt 27,5 Fällen je 1.000 Versicherte gegenüber 2007 um +13,7% höher, dabei ist aber die Anzahl der Krankenhaustage pro Versicherte hingegen leicht rückläufig (-1,6%) (»»» Diagramm 3.2.7). Wie schon zuvor erwähnt, sind Männer insgesamt häufiger als Frauen aufgrund von

Diagramm 3.2.7 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht im Zehnjahresvergleich (2007 und 2017)



**Tabelle 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)**

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
<b>Männer</b>				
I50	Herzinsuffizienz	4,1	47	11,5
I63	Hirninfarkt	2,7	33	12,4
I21	Akuter Myokardinfarkt	3,0	26	8,5
I70	Atherosklerose	2,4	25	10,3
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	3,6	18	5,1
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	3,0	16	5,6
I20	Angina pectoris	3,2	16	5,0
I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	0,7	10	13,0
I61	Intrazerebrale Blutung	0,4	7	19,1
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1,5	7	4,6
<b>Frauen</b>				
I50	Herzinsuffizienz	3,5	39	11,2
I63	Hirninfarkt	2,0	26	12,8
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2,6	15	5,9
I70	Atherosklerose	1,2	13	10,7
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	2,5	13	5,2
I21	Akuter Myokardinfarkt	1,2	11	8,9
I20	Angina pectoris	1,5	7	4,9
I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten	0,5	6	13,0
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	1,0	5	5,5
I26	Lungenembolie	0,5	5	9,3

Herz- und Kreislauf-Erkrankungen in stationärer Behandlung, der Unterschied zwischen den Fallhäufigkeiten ist dabei im Jahr 2017 sogar noch größer als zehn Jahre zuvor. Auch die Menge an stationären Behandlungstagen ist bei den Männern größer als bei den Frauen.

Wie anhand von **»»** Tabelle 3.2.2 zu erkennen ist, gehen die meisten stationären Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen auf die Einzeldiagnosen Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63) zurück. Größere Geschlechtsunterschiede zeigen sich in dieser Auflistung der wichtigsten Einzel-

diagnosen hingegen bei anderen Erkrankungen, so ist der Unterschied bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) mit mehr als dreimal so vielen KH-Fällen und KH-Tagen bei Männern im Vergleich zu den Frauen am stärksten ausgeprägt. Aber auch beim akuten Myokardinfarkt (I21) sowie bei Angina Pectoris (I20) und Atherosklerose (I70) sind die Fall- und Behandlungstage bei den Männern rund doppelt so hoch wie bei Frauen. Wiederum sind Frauen im Vergleich zu Männern fast doppelt so häufig wegen Hypertonie (I10) in stationärer Behandlung, auch die Anzahl der Krankenhaustage ist entsprechend doppelt so hoch.

Schaut man in andere Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung, so sind ähnliche Geschlechtsunterschiede auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Kapitel 1.2) vorzufinden. Eine ambulante Behandlung wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen nehmen hingegen eher mehr Frauen in Anspruch (» Kapitel 2.2), diese bekommen auch wesentlich häufiger Medikamente für Herz- und Kreislauf-Erkrankungen als die Männer verordnet (» Kapitel 4.2). Möglicher Grund für diese Differenzen könnte ein unterschiedliches Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten sein (siehe dazu auch den Gastbeitrag von » Faltermaier im Schwerpunkt Wissenschaft):

- Frauen begeben sich allgemein öfter ambulant in Behandlung (möglicherweise aufgrund eines größeren Gesundheitsbewusstseins, aber auch eine generell größere Nähe zur medizinischen Versorgung im Zusammenhang mit Routineuntersuchungen, Verhütung und Schwangerschaft könnte dies bewirken). Frauen werden entsprechend früher im Krankheitsverlauf behandelt, wobei dann auch häufiger konservativ (z.B. mit Medikamenten) behandelt werden kann, bevor überhaupt eine stationäre Behandlung nötig wird.

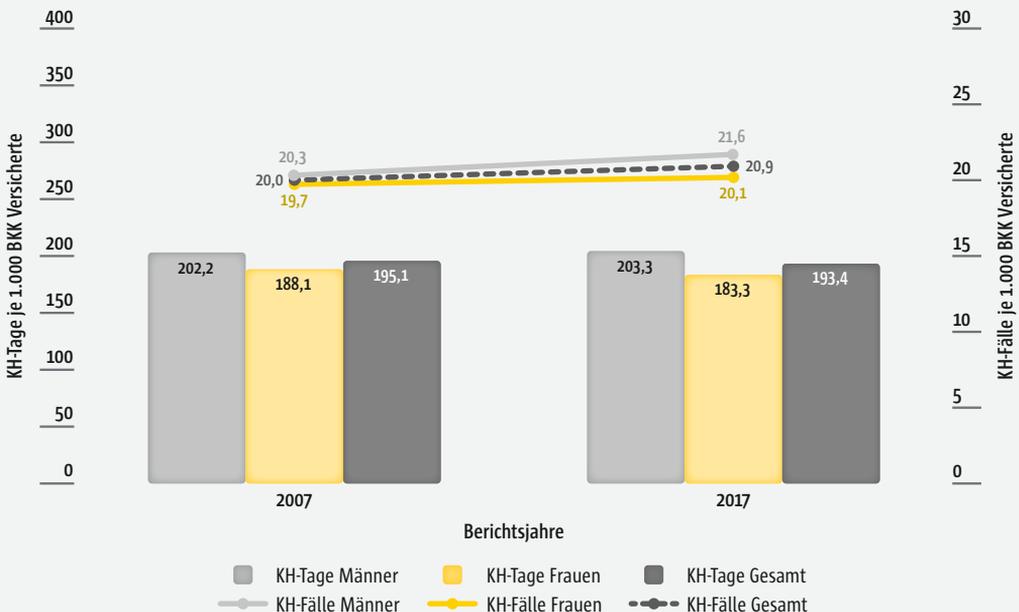
- Dagegen suchen Männer medizinische Versorgung tendenziell später und häufig erst mit schwerwiegenderen Symptomen auf, was wiederum mit längeren AU-Zeiten verbunden ist. Häufiger ist dann auch eine stationäre Behandlung notwendig, die Behandlung dauert dann möglicherweise aufgrund der Schwere länger.

### Neubildungen

- Bösartige Neubildungen der Bronchien und Lunge (C34) ist die häufigste Krebs-Diagnose, wegen der BKK Versicherte in stationärer Behandlung sind. Dies ist die häufigste Einzeldiagnose bei Männern sowie bei Frauen nach Brustkrebs (C50) die zweithäufigste.

Unter den Neubildungen werden verschiedene sowohl gut- als auch bösartige Gewebewucherungen zusammengefasst. Aufgrund der Notwendigkeit einer schnellen und umfassenden Behandlung insbesondere bei bösartigen Neubildungen sind diese vorrangig in der stationären Versorgung (in der hier aufgeführten Akutversorgung, außerdem genauso

Diagramm 3.2.8 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für Neubildungen nach Geschlecht im Zehnjahresvergleich (2007 und 2017)



**Tabelle 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)**

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
<b>Männer</b>				
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2,5	24	9,7
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	1,8	15	8,4
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	1,0	12	13,1
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	1,6	11	6,9
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,8	10	12,2
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,6	8	12,5
C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,7	7	11,4
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,5	7	12,7
C83	Nicht follikuläres Lymphom	0,6	6	10,1
C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	0,4	6	16,5
<b>Frauen</b>				
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	3,2	34	10,4
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1,6	14	9,2
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,7	10	14,0
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	0,6	8	13,7
D25	Leiomyom des Uterus	1,4	7	5,0
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,5	7	12,9
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,5	6	11,9
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,4	5	11,1
C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	0,5	4	9,5
C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,3	4	11,9

in der Rehabilitation) vorzufinden. In der Akutversorgung haben Neubildungen entsprechend den drittgrößten Anteil an den Krankenhaustagen im aktuellen Berichtsjahr inne, etwa jeder zehnte Krankenhaustag erfolgte aufgrund einer solchen Erkrankung.

In dem im  Diagramm 3.2.8 abgebildeten Zehnjahresvergleich zeigen sich nur relativ geringe Veränderungen: Die durchschnittliche Anzahl der sta-

tionären Behandlungsfälle ist immerhin um +6,6% höher als im Jahr 2007, während die Zahl der KH-Fälle bei den Frauen nur um +2,1% höher liegt. Die durchschnittlichen Liegezeiten sind allerdings niedriger (2007: 9,8 KH-Tage je Fall; 2017: 9,3 KH-Tage je Fall), entsprechend sind die stationären Behandlungstage kaum verändert, wobei die größte Differenz hierbei noch bei den Frauen zu verzeichnen ist (-2,6% gegenüber 2007).

Die meisten Behandlungsfälle und die meisten daraus resultierenden Krankenhaustage sind bei den Frauen auf eine Brustkreberkrankung (C50) zurückzuführen (»» Tabelle 3.2.3). Bei den Frauen erfolgt mehr als jeder sechste Behandlungstag innerhalb der Gruppe der Neubildungen aufgrund dieser Diagnose. Betrachtet man nur die KH-Tage, folgen bei den Frauen an zweiter Stelle mit deutlichem Abstand die Neubildungen in Bronchien und Lunge (C34). Bei den Männern sind hingegen mit dieser Diagnose die meisten Krankenhaustage verbunden, was auch in etwa das Rauchverhalten – Männer rauchen deutlich häufiger als Frauen<sup>1</sup> – in der Bevölkerung widerspiegelt. Größer noch ist der Geschlechtsunterschied bei Neubildungen des Magens (C16) sowie des Rektums (C20): Bei beiden Einzeldiagnosen weisen Männer im Vergleich zu den Frauen etwa doppelt so viele Krankenhaustage und -tage auf.

### 3.2.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus

- Neben den Rentnern sind auch Arbeitslose öfter und länger in stationärer Behandlung als andere Versichertengruppen.
- Bei Arbeitslosen sind psychische Störungen der häufigste Grund für Krankenhausaufenthalte, es gehen mehr als die Hälfte aller Behandlungstage auf diese Krankheitsart zurück.
- Bei Rentnern sind hingegen rund 20% der Behandlungstage allein auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen.

Anders als beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen lassen sich für die Inanspruchnahme stationärer Versorgung auch Kennzahlen für Familienangehörige, Rentner sowie ALG-II-Empfänger auswerten. Da zu den Familienangehörigen vor allem Kinder und Jugendliche zählen, sind hier die entsprechenden Kennzahlen am niedrigsten (»» Tabelle 3.2.4): Im aktuellen Berichtsjahr 2017 sind 114,0 KH-Fälle und 924 KH-Tage je 1.000 Familienangehörige aufgetreten. Wie bei vornehmlich sehr jungen Versicherten zu erwarten ist (»» Diagramm 3.2.3), weisen die weiblichen Familienangehörigen dabei mehr Fälle und entsprechend mehr Tage auf als die männlichen. Ähnlich viele Behandlungstage (931 KH-Tage je 1.000 Versicherte) waren die beschäftigten Mit-

glieder – die weitaus größte Versichertengruppe in diesem Vergleich – durchschnittlich in stationärer Behandlung gewesen. Demgegenüber sind die Kennwerte der weiteren Versichertengruppen deutlich höher: Die Gruppe der Rentner vereinigt dabei die meisten Krankenhaustage und -tage auf sich – so war jeder Rentner im Durchschnitt rund 4,6 Tage im stationärer Behandlung – und auch für Arbeitslose schlugen mehr Fälle und durchschnittlich über zwei Tage mehr als bei den Familienangehörigen und beschäftigten Mitgliedern zu Buche. Dabei stechen besonders die ALG-I-Empfänger durch eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr heraus: +1,7% mehr KH-Fälle und +2,5% KH-Tage sind hier in 2017 zu verzeichnen.

Differenziert man für die Versichertengruppen wiederum nach Diagnosehauptgruppen, so wird ersichtlich, welche Erkrankungsarten sich hinter den Gesamtmengen an Behandlungstagen verbergen (»» Diagramm 3.2.9). Bei den Rentnern fallen bei fast jeder hier aufgeführten Diagnosehauptgruppe – Ausnahme sind die psychischen Störungen – in absoluten Zahlen mehr Behandlungstage an als bei den anderen Versichertengruppen. Wie schon die Erkenntnisse zu Erkrankungsarten in Abhängigkeit vom Alter antizipieren lassen, sind es die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, die hier wiederum auch relativ betrachtet bei den Rentnern mit rund 20% aller Behandlungstage den größten Anteil ausmachen. Daneben stechen besonders die sehr hohen Mengen an Behandlungstagen aufgrund psychischer Störungen bei den Arbeitslosen hervor: Sowohl bei den ALG-I- als auch den ALG-II-Empfängern geht mindestens jeder zweite Behandlungstag auf Erkrankungen aus diesem Diagnosespektrum zurück. Der schon beschriebene Zuwachs an Behandlungstagen bei den ALG-I-Empfängern gegenüber dem Vorjahr geht vor allem auf eine Steigerung sowohl bei dieser Diagnosegruppe als auch bei den Neubildungen zurück.

Wie zu Anfang dieses Abschnittes beschrieben, nehmen Männer und Frauen insgesamt etwa gleich häufig eine stationäre Behandlung in Anspruch. Betrachtet man hingegen nur die Langzeitfälle, so fallen bei den Frauen mehr Krankenhaustage und -tage an als bei den Männern: Von der Gesamtmenge der stationären Fälle und Tage sind bei Männern 2,8% Langzeitbehandlungsfälle mit mehr als 6 Wochen Dauer. Mit einem Anteil von 21,4% an allen Krankenhaustagen geht dabei etwas mehr als jeder fünfte Krankenhaustag auf einem Langzeitfall zurück. Bei den Frauen sind die Anteile mit 3,2% der Fälle und 23,7% der Tage etwas höher.

1 Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

Tabelle 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

Versichertengruppen	Geschlecht	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
BKK Versicherte insgesamt	Männer	197,0	1.725	8,8
	Frauen	189,2	1.711	9,0
	<b>Gesamt</b>	<b>193,1</b>	<b>1.718</b>	<b>8,9</b>
<b>davon</b>				
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	122,6	904	7,4
	Frauen	124,7	964	7,7
	<b>Gesamt</b>	<b>123,5</b>	<b>931</b>	<b>7,5</b>
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	282,7	3.106	11,0
	Frauen	259,0	2.965	11,5
	<b>Gesamt</b>	<b>271,4</b>	<b>3.039</b>	<b>11,2</b>
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	301,6	3.390	11,2
	Frauen	265,6	2.832	10,7
	<b>Gesamt</b>	<b>283,3</b>	<b>3.106</b>	<b>11,0</b>
Familienangehörige	Männer	106,5	840	7,9
	Frauen	119,2	982	8,2
	<b>Gesamt</b>	<b>114,0</b>	<b>924</b>	<b>8,1</b>
Rentner	Männer	515,7	4.955	9,6
	Frauen	438,0	4.359	10,0
	<b>Gesamt</b>	<b>475,4</b>	<b>4.646</b>	<b>9,8</b>

Für die einzelnen Versichertengruppen zeigen sich in der Gegenüberstellung der Krankenhausfälle und -tage (»»» Tabelle 3.2.4) mit den darauf bezogenen Anteilen von Langzeiterkrankungen (»»» Diagramm 3.2.10) einige Besonderheiten: Bei der Rentnern sind trotz der Tatsache, dass diese insgesamt die meisten Fälle und Behandlungstage pro Versicherte aufweisen, nur relativ wenige der Fälle (2,3% aller Fälle sind Langzeitbehandlungen) sowie der Krankenhaustage (15,5%) auf eine Langzeitbehandlung zurückzuführen. Bei den beiden Arbeitslosen-Gruppen sind hingegen deutlich mehr Fälle Langzeitbehandlungen, hier sind mit 6,5% (ALG-I) bzw. 5,6% (ALG-II) die höchsten Anteile von allen Versichertengruppen zu verzeichnen. Dabei besteht bei beiden Arbeitslosen-Gruppen auch ein relativ großer Geschlechtsunterschied, wobei bei den Frauen je-

weils größere Anteile der KH-Fälle und -Tage auf Langzeitbehandlungen zurückgehen als bei den Männern. Wesentlich bedingt ist dies durch den besonders hohen Anteil der Behandlung psychischer Störungen bei dieser Versichertengruppe. Die größte Differenz zwischen den Geschlechtern tritt hingegen bei den beschäftigten Mitgliedern auf: 3,5% der KH-Fälle und 29,5% der KH-Tage sind bei den Frauen auf Langzeitfälle zurückzuführen, bei den Männern sind es hingegen nur 2,5% der Fälle und 22,0% der Tage. Bei den Familienangehörigen – wovon viele Kinder und Jugendliche fallen, die absolut gesehen relativ selten stationär versorgt werden müssen – gehen insgesamt rund ein Drittel der Behandlungstage auf Langzeiterkrankungen zurück. Der Anteil der Langzeitfälle an allen Krankenhausfällen ist aber mit 3,7% nur mäßig hoch, woraus er-

3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

sichtlich wird, dass die dort aufgetretenen Langzeitfälle gegenüber anderen Versichertengruppen bei den Familienangehörigen deutlich langwieriger sind: Während Langzeitfälle bei den anderen Versicherten etwa zwischen 65 (ALG-I-Empfänger) und 67 Tagen (ALG-II-Empfänger) dauern, so werden

für diese bei den Familienangehörigen im Schnitt rund 76 Tage benötigt. Auch hier kann dies zu einem großen Teil auch auf den hohen Anteil an psychischen Erkrankungen in den jungen Altersgruppen zurückgeführt werden, bei denen die durchschnittliche Falldauer lang ist.

Diagramm 3.2.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)

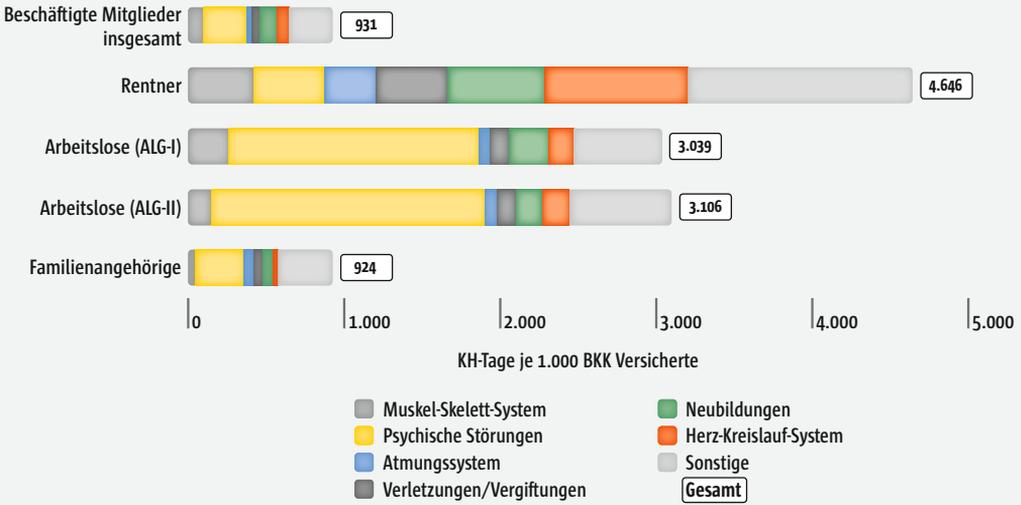
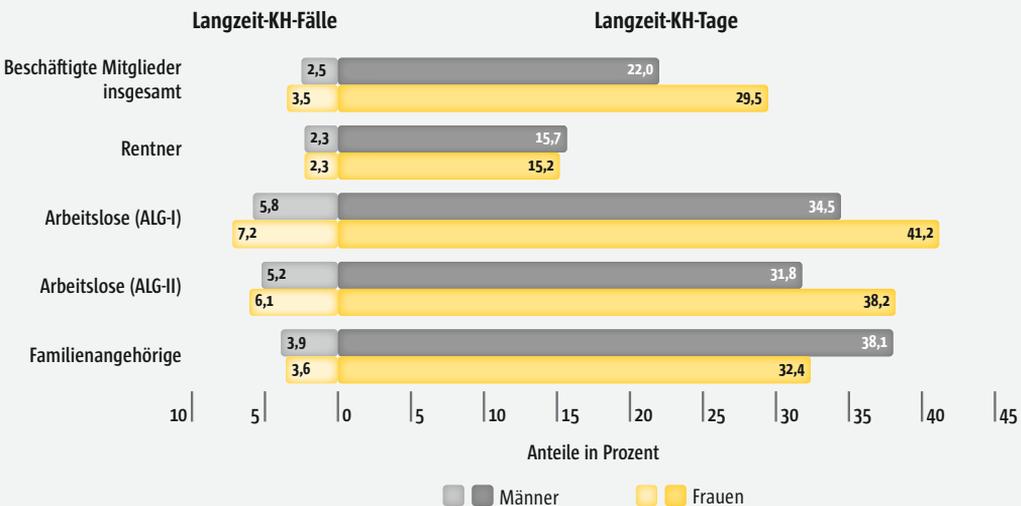
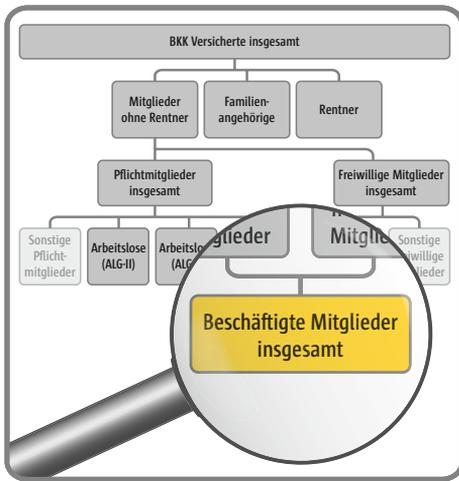


Diagramm 3.2.10 Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (Falldauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



### 3.2.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Für die weitere Analyse stationärer Versorgungsdaten hinsichtlich der Unterschiede nach höchstem erreichten Schul- und Ausbildungsabschluss wird die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt betrachtet, da nur bei dieser Versichertengruppe die Zuordnung entsprechend der Klassifikation der Berufufe 2010 (KldB 2010) vorliegt.

- Je höher der Schulabschluss der Beschäftigten, desto seltener waren diese in stationärer medizinischer Behandlung.
- Besonders deutlich wird dies bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bei Beschäftigten mit Volks-/Hauptschulabschluss erfolgten 2,5-mal mehr Behandlungsfälle und -tage aufgrund dieser Krankheitsart als bei Beschäftigten mit (Fach-)Abitur.
- Auch bei höheren Ausbildungsabschlüssen sind die Kennwerte geringer. So haben Beschäftigte mit einfachem Abschluss im Schnitt über 60% mehr Krankentage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Hochschulabsolventen.

#### Höchster Schulabschluss

Im Vergleich zwischen den verschiedenen Schulabschlüssen ist die Gruppe ohne Schulabschluss diejenige, die insgesamt im Schnitt am häufigsten stationär behandelt wurde (152,1 KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder), wobei die Männer mit 154,8 KH-Fällen je 1.000 beschäftigte Mitglieder den geschlechtsspezifisch höchsten Wert aufweisen (» Diagramm 3.2.11). Auch bei der Anzahl der Behandlungstage weist die Gruppe derjenigen ohne Schulabschluss insgesamt den höchsten

Diagramm 3.2.11 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

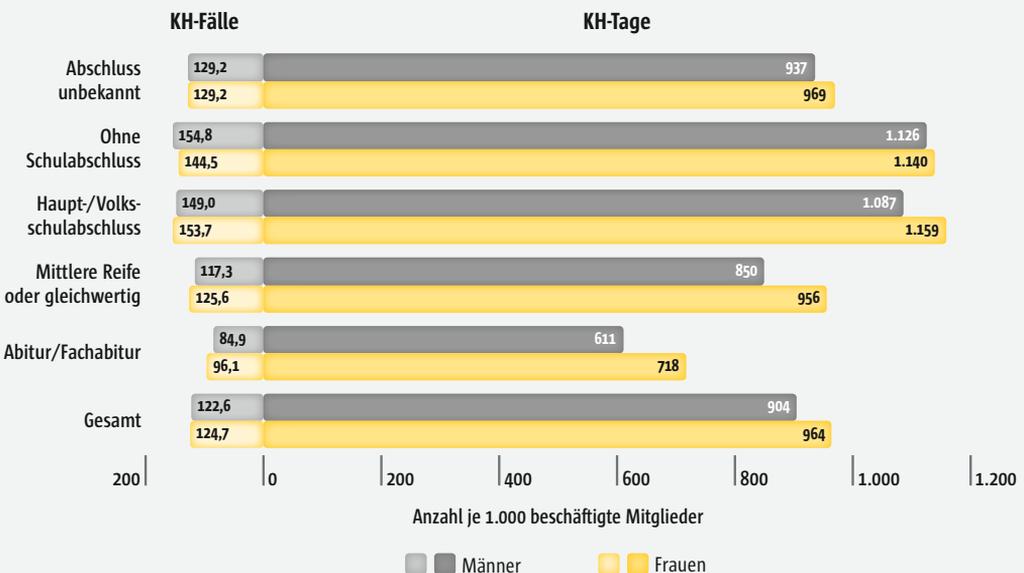
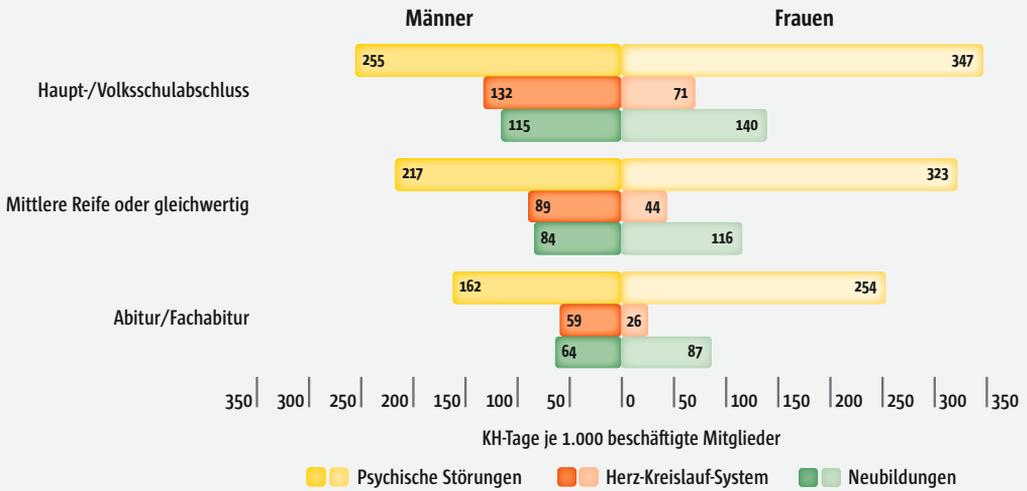


Diagramm 3.2.12 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



Durchschnittswert auf, allerdings nur knapp vor denjenigen mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss (1.130 KH-Tage vs. 1.111 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder), wobei die Frauen mit einem solchen Schulabschluss den höchsten Wert bei Differenzierung nach Geschlecht haben (1.159 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Mit rund 40% weniger Behandlungsfällen und -tagen gegenüber diesen beiden Schulabschlussgruppen sind für die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur die niedrigsten Kennwerte festzustellen. Für diese Gruppe besteht wiederum die größte relative Differenz zwischen den Geschlechtern: Für Frauen mit (Fach-)Abitur sind rund 13% mehr Krankenhaufälle und 18% mehr Behandlungstage dokumentiert. Ein insgesamt nahezu identisches Bild zeigt sich ebenfalls in der Betrachtung des AU-Geschehens (»» Diagramm 1.2.14).

In »» Diagramm 3.2.12 sind für die drei Schulabschlussgruppen die Fallzahlen und Krankenhaustage in ausgewählten Diagnosehauptgruppen gegenübergestellt. Sehr augenfällig ist dabei, dass durchweg bei Männern wie bei Frauen die Kennwerte in höheren Schulabschlussgruppen geringer ausfallen. Dabei stechen die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems besonders heraus: Für Beschäftigte mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss sind im Vergleich zu (Fach-)Abiturienten mehr als doppelt so viele Fälle und fast dreimal so viele Behandlungstage im aktuellen Berichtsjahr dokumentiert. Hingegen deutlich geringe Differenzen sind bei den psychischen Störungen zwischen den Abschlussarten zu erken-

nen. Bei dieser Diagnosehauptgruppe zeigt sich außerdem, dass mit steigendem Schulabschluss die durchschnittliche Falldauer zunimmt: Die stationäre Behandlung psychischer Leiden dauert bei Beschäftigten mit Haupt-/Volksschulabschluss im Schnitt rund 26 Tage, bei denjenigen mit (Fach-)Abitur hingegen fast 32 Tage. Dabei spielt sicher auch eine Rolle, dass Einzeldiagnosen in den Bildungsgruppen unterschiedlich oft auftreten, so sind insbesondere die Kennwerte bei den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) bei den Beschäftigten mit Mittlerer Reife doppelt und bei den Haupt-/Volksschulabsolventen dreimal so hoch im Vergleich zu (Fach-)Abiturienten.

#### Höchster Berufsabschluss

Im Vergleich der Beschäftigtengruppen (»» Diagramm 3.2.13) nach höchstem beruflichem Ausbildungsabschluss sind es bei den Männern diejenigen mit einem Abschluss einer anerkannten Ausbildung, welche die meisten Behandlungsfälle und -tage aufweisen (130,9 KH-Fälle und 960 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Bei den Frauen sind es hingegen diejenigen ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss, für die die höchsten Kennwerte zu verzeichnen sind (134,4 KH-Fälle und 1.018 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in dieser Gruppe das Durchschnittsalter rund 8 Jahre unter dem Durchschnitt aller Beschäf-

Diagramm 3.2.13 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

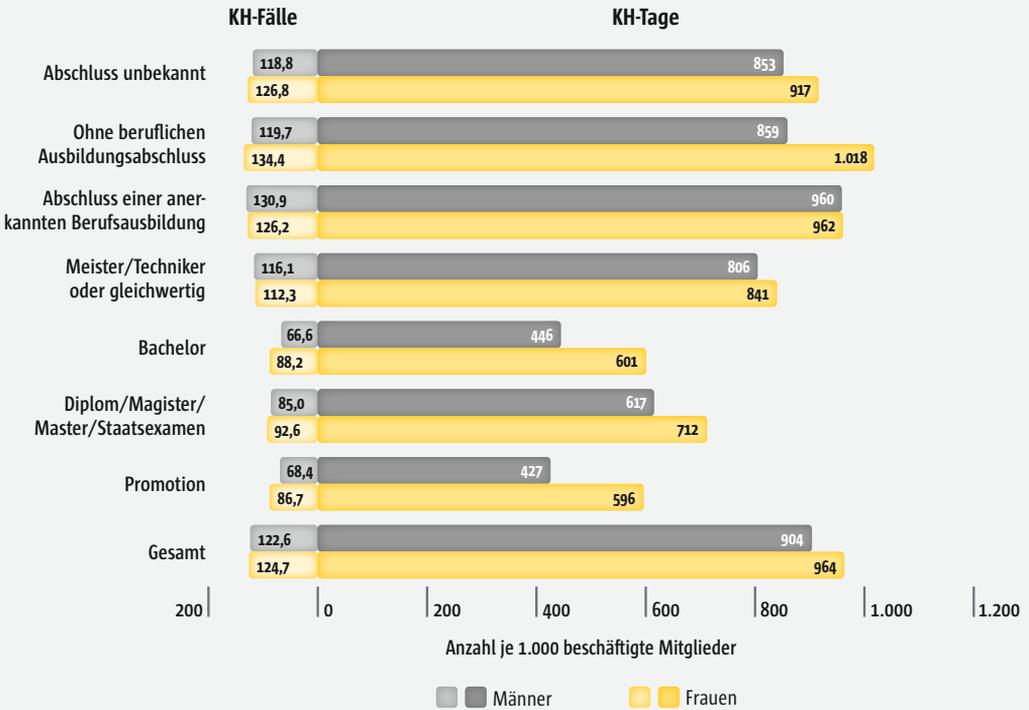
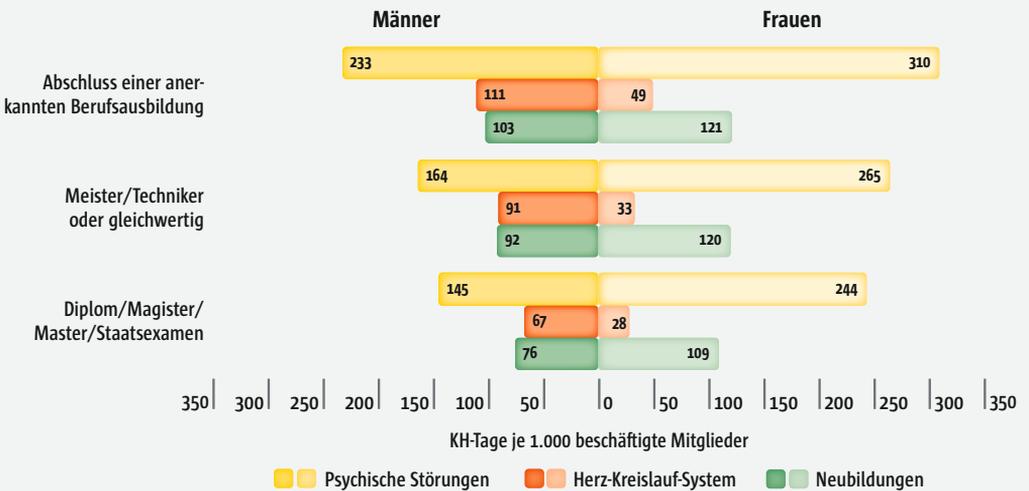


Diagramm 3.2.14 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

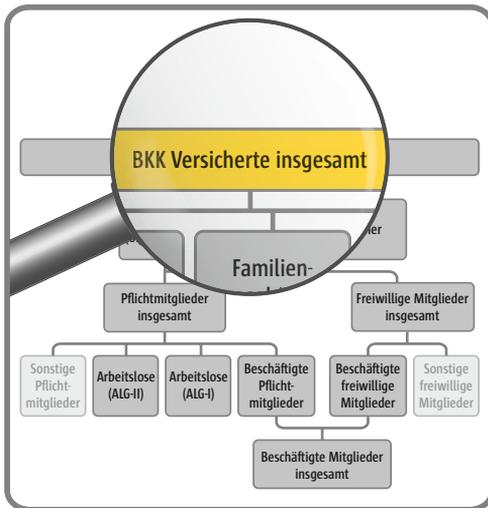


tigten liegt, da viele Auszubildende zu dieser Gruppe zu zählen sind – es aber auch ältere Personen, die aus anderen Gründen keinen Abschluss erlangt haben, darunter gibt. Mit einer Altersdifferenz von rund 9 Jahren zum Beschäftigtendurchschnitt sind die Bachelor-Absolventen sogar noch jünger, für diese sind entsprechend für beide Geschlechter deutlich weniger Behandlungsfälle und -tage zu verzeichnen: Bei den Frauen rund ein Drittel, bei den Männern rund die Hälfte der Behandlungsfälle und -tage verglichen mit allen Beschäftigten. Ausgenommen dieser beiden besonderen Berufsabschlussgruppen ist bei den weiteren Ausbildungsabschlüssen eine ähnliche Tendenz wie bei den Schulabschlüssen zu niedrigeren Kennwerten mit höherem Abschluss-

niveau feststellen. Am geringsten sind die Kennwerte bei den Promovierten, wobei Männer mehr als 20% weniger Fälle und Behandlungstage aufweisen als Frauen.

Wie **»»** Diagramm 3.2.14 verdeutlicht, zeigt sich auch bei einzelnen Diagnosehauptgruppen die Abnahme der Kennwerte mit höherem beruflichem Abschluss. Auch hier – wie bereits beim Schulabschluss – sind es die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, für die die Anzahl an Behandlungstagen am stärksten zurückgeht: Für berufliche Ausbildungsabsolventen sind gegenüber Hochschulabsolventen (mit Diplom, Master, Magister oder Staatsexamen) über 60% mehr Tage in stationärer Behandlung zu verzeichnen.

## 3.3 Stationäre Versorgung in Regionen



Die Gesundheit der Versicherten wird auch durch die Lebensbedingungen an ihren Wohnorten, die dortigen konkreten Arbeitsbedingungen genauso wie durch die allgemeine Wirtschaftskraft vor Ort, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote und die soziokulturellen Bedingungen beeinflusst. Darüber hinaus spielen auch die regionalen Strukturen der medizinischen Versorgung, wie z.B. die Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte eine Rolle. Nachfolgend werden die Kennwerte der stationären Versorgung auf Ebene der Bundesländer sowie der Kreise zugeordnet nach Wohnort der Versicherten ausgewertet und analysiert (für die Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesländern sei auf die [Tabelle 2.3.1](#) im [Kapitel 2](#) verwiesen).

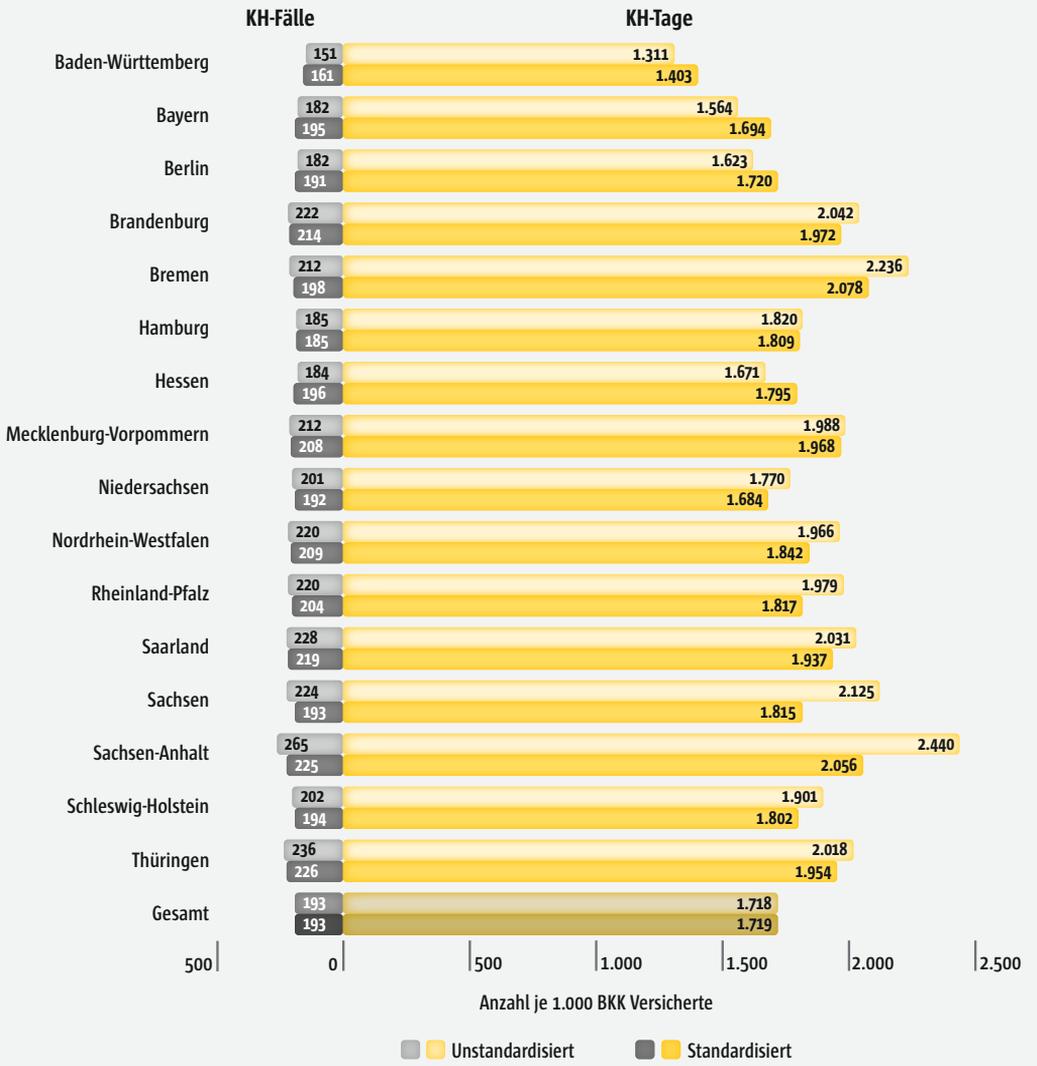
### 3.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- Baden-Württemberg weist pro Kopf die wenigsten, Sachsen-Anhalt die meisten Krankenhausfälle und -tage aller Bundesländer auf.
- Rechnet man Alters- und Geschlechtsunterschiede, die zwischen den Bundesländern bestehen, aus den Kennwerten heraus, ist hingegen Bremen bei den Krankentagen je Versicherte auf dem Spitzenplatz.
- Bei den durchschnittlichen Behandlungstagen der Arbeitslosen, insbesondere bei den ALG-II-Empfängern, sind Bayern und Baden-Württemberg auch in diesem Jahr Spitzenreiter. Dort sind selbst die Rentner kaum länger im Krankenhaus gewesen.

Die Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten sowie die dafür als ursächlich diagnostizierten Erkrankungen unterscheiden sich zwischen den Bundesländern zum Teil erheblich. Um unverzerrte Vergleiche zwischen den Bundesländern zu ermöglichen, werden die Kennzahlen per Standardisierung um Effekte bereinigt, die einzig auf der spezifischen Bevölkerungsstruktur eines Bundeslandes hinsichtlich Alter und Geschlecht beruhen ([Methodische Hinweise](#)).

In [Diagramm 3.3.1](#) sind Krankenhausfälle und -tage der Bundesländer sowohl in unstandardisierter als auch in nach Alter und Geschlecht standardisierter Form gegenübergestellt. Nach unstandardisierten Werten – also der reell erfolgten Versorgung – weist Baden-Württemberg die wenigsten, Sachsen-Anhalt die meisten Krankenhausfälle und -tage pro Versicherten aller Bundesländer auf. Wie das Diagramm aber auch zeigt, sind in Sachsen-Anhalt, aber auch in Sachsen die standardisierten Fall- und Tages-Werte bedeutend niedriger als die unstandardisierten Werte. In diesen beiden Bundesländern sind die BKK Versicherten im Vergleich zu den anderen

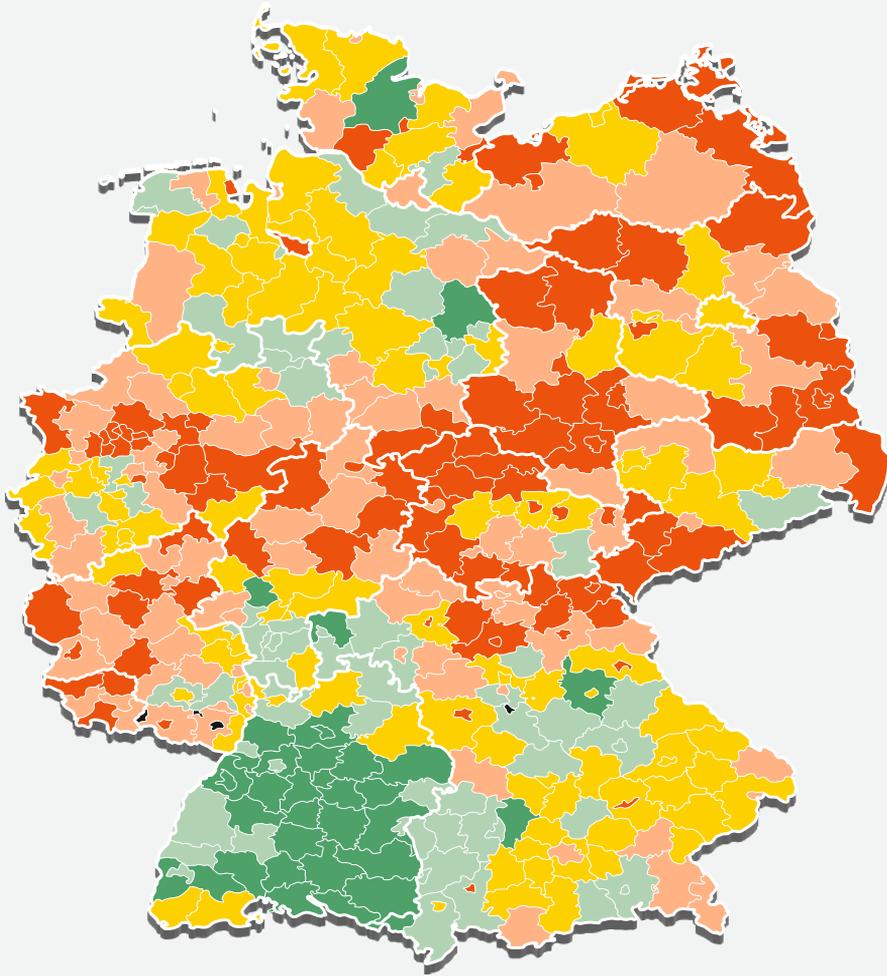
Diagramm 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2017)



Bundesländern am ältesten (etwa 5 Jahre älter als der Bundesdurchschnitt). Folglich fallen die Kennwerte hier nach Bereinigung der Alters- und Geschlechtseffekte deutlich niedriger aus: Für Sachsen sind die standardisierten durchschnittlichen Behandlungsfälle und -tage nur noch unwesentlich abweichend vom Bundesdurchschnitt, Sachsen-Anhalt wiederum bleibt aber auch nach der Standardisierung sowohl bei Krankenhausfällen als auch -tagen deutlich über dem Bundesdurchschnitt, allerdings ist nun Thürin-

gen bei den Krankenhausfällen und Bremen bei den Krankenhaustagen jeweils knapp auf dem Spitzenplatz. Für das Bundesland Baden-Württemberg hingegen werden durch die Standardisierung die Fall- und Tageswerte zwar deutlich nach oben korrigiert, dennoch sind die Versicherten in diesem Bundesland auch dann noch am seltensten sowie am kürzesten im Krankenhaus gewesen: Auch unter Berücksichtigung der Einflüsse von Alter und Geschlecht sind es im Schnitt lediglich 1,4 Tage je Versicherten.

Diagramm 3.3.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2017)



Abweichungen der KH-Tage der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (1.719 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte)

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - ± 5% um den Bundesdurchschnitt
- 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

\* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Das **III** Diagramm 3.3.2 stellt die Krankenhaustage pro Versicherten auf Kreisebene als standardisierte Werte dar. Auch innerhalb der Bundesländer sind teils deutliche Unterschiede vorhanden – selbst wenn man den Einfluss von Alter und Geschlecht

aus den kreisbezogenen Werten herausrechnet. So sind im Jahr 2017 die Versicherten im thüringischen Kyffhäuserkreis am längsten im Krankenhaus gewesen (rund 2,6 Behandlungstage je Versicherten) noch vor Bayreuth und Weiden in der Oberpfalz (beides

**Tabelle 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2017)**

Bundesländer	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
Baden-Württemberg	782	3.117	3.967	764	3.768
Bayern	937	3.449	4.392	869	4.584
Berlin	814	2.240	2.070	770	4.705
Brandenburg	1.055	3.189	3.424	1.061	5.076
Bremen	1.099	2.855	2.742	1.141	5.689
Hamburg	865	2.599	3.278	981	5.103
Hessen	955	3.153	3.205	1.064	4.608
Mecklenburg-Vorpommern	1.062	3.240	3.209	1.201	4.564
Niedersachsen	957	2.864	3.077	962	4.422
Nordrhein-Westfalen	973	2.778	2.943	981	5.218
Rheinland-Pfalz	1.056	3.191	3.366	1.095	4.867
Saarland	1.070	3.066	3.041	1.099	5.010
Sachsen	978	3.228	3.439	924	4.620
Sachsen-Anhalt	1.108	3.431	2.994	1.358	5.024
Schleswig-Holstein	934	3.205	3.026	968	4.896
Thüringen	1.090	2.951	3.504	1.104	4.679
<b>Gesamt</b>	<b>931</b>	<b>3.039</b>	<b>3.106</b>	<b>924</b>	<b>4.646</b>

Bayern; jeweils rund 2,5 Behandlungstage je Versicherten). In Bayern sind die Differenzen aber auch besonders ausgeprägt, so weisen die Kreise Aichach-Friedberg, Aschaffenburg und Lindau am Bodensee mit 1,4 KH-Tagen je Versicherten deutlich unterdurchschnittliche Kennwerte auf. Die wenigsten Behandlungstage sind hingegen im baden-württembergischen Böblingen mit 1,1 KH-Tagen angefallen, gefolgt vom nahegelegenen Tübingen mit 1,2 KH-Tage je Versicherten.

In der Betrachtung der verschiedenen Versichertengruppen je Bundesland werden weitere Unterschiede deutlich (»»» Tabelle 3.3.1). Wie auf Bundesebene sind auch in allen Bundesländern die Rentner diejenigen, die pro Kopf durchschnittlich die meisten Krankenhaustage aufweisen. Allerdings schwanken dabei die Werte je Bundesland zwischen 3.768 Behandlungstagen je 1.000 Versicherte in Baden-Würt-

temberg und 5.689 Behandlungstagen je 1.000 Versicherte in Bremen. Da Baden-Württemberg im Bundesländervergleich ohnehin für alle Versicherten die wenigsten Behandlungstage aufweist, ist es wenig überraschend, dass bei den Rentnern genauso wie bei den beschäftigten Mitgliedern und den Familienangehörigen in diesem Bundesland auch jeweils der geringste Wert zu verzeichnen ist. Allerdings sind in Baden-Württemberg die Arbeitslosen mehr Tage in stationärer Behandlung gewesen als im Bundesdurchschnitt; Liegen die ALG-I-Empfänger im Bundesländervergleich noch im Mittelfeld, so weisen die ALG-II-Empfänger hier die zweitmeisten Behandlungstage auf (3.967 KH-Tagen je 1.000 Versicherte). Nur in Bayern – ebenfalls ein Bundesland mit einem niedrigen Gesamtwert für alle Versicherte – ist die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen für die ALG-II-Empfänger mit 4.392 KH-Tage noch höher.

Damit gilt für Bayern und Baden-Württemberg: Die ALG-II-Empfänger sind im Schnitt in etwa so viele Tage in stationärer Behandlung gewesen wie die Rentner. Somit unterschieden sie sich von den anderen Bundesländern, beträgt doch dort der Unterschied zwischen den beiden Versichertengruppen pro Kopf jeweils mindestens einen Tag. Berlin ist bei diesem Vergleich hingegen das andere Extrem, hier sind für die Rentner fast zweieinhalbmal so viele Behandlungstage zu verzeichnen wie für die ALG-II-Empfänger. Dies liegt auch daran, dass in Berlin beide Arbeitslosen-Gruppen die geringsten Werte aufweisen.

#### 3.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

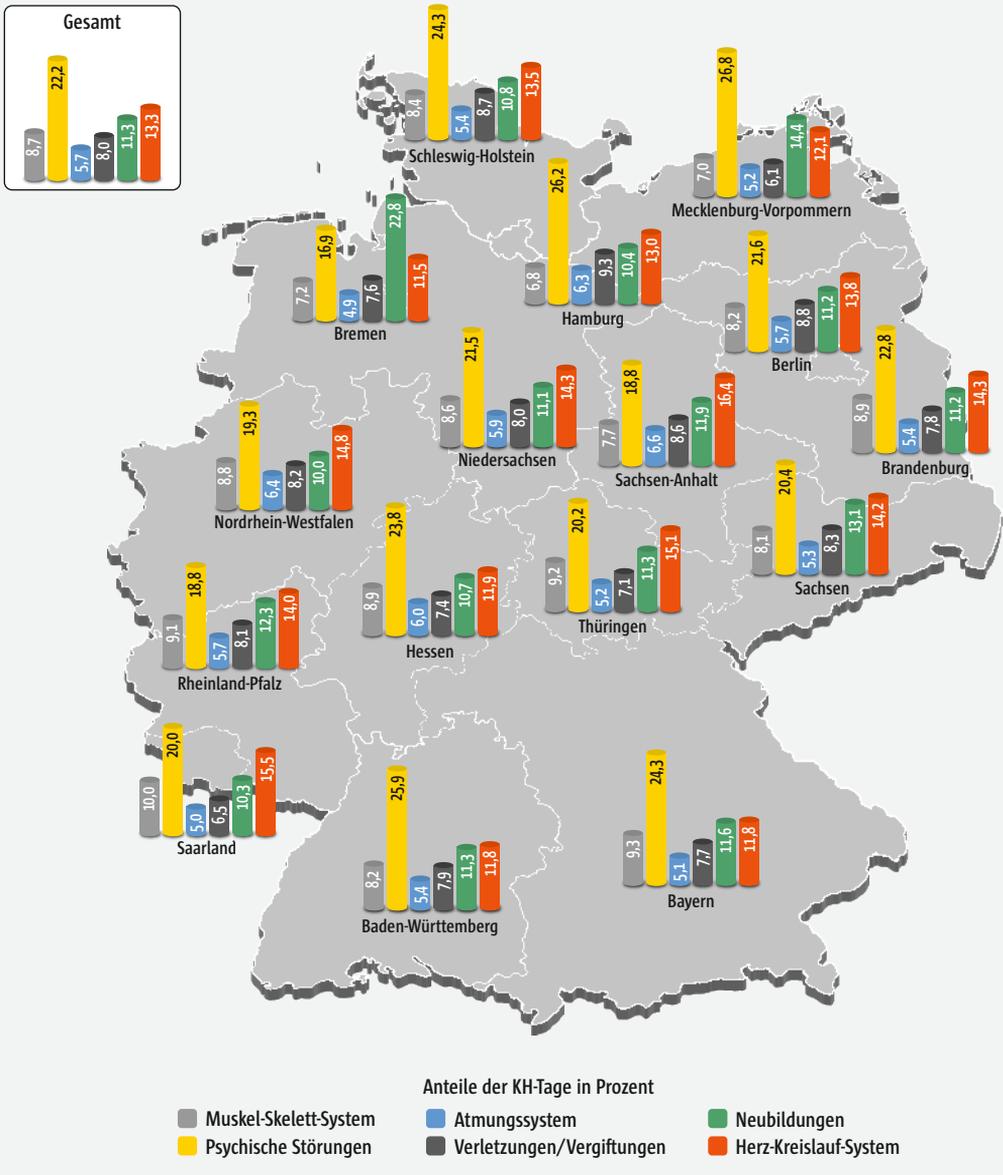
- Deutlich überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von Herz- und Kreislauf-Erkrankungen sind in Sachsen-Anhalt zu verzeichnen, in Mecklenburg-Vorpommern sind wiederum die psychischen Störungen für überdurchschnittlich viele Behandlungstage ursächlich.
- In Bremen wird fast jeder 4. KH-Tag durch Neubildungen verursacht – so viele, wie in keinem anderen Bundesland. Dies ist wesentlich auf besondere Versorgungsstrukturen in Bremen zurückzuführen, eine tatsächliche Erkrankungshäufung liegt nicht vor.

Auch die Verteilung der Krankenhausdiagnosen stellt sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich dar. Das **»»** Diagramm 3.3.3 stellt die Anteile der Krankenhaustage bezogen auf ausgewählte Diagnosehauptgruppen dar. Dies erlaubt eine relative Einordnung in das Gesamtkrankheitsgeschehen in den Bundesländern.

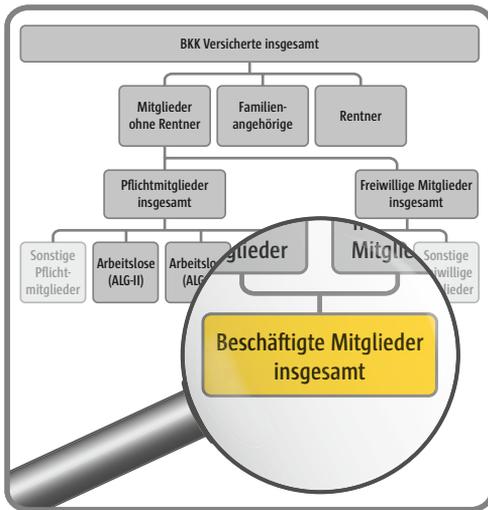
Für die Erkrankungen des Atmungssystems ist in 2017 – vermutlich auch dank der nur schwachen Grippe- und Erkältungswelle – bei den Anteilen an der Gesamtmenge der Behandlungstage eine relativ geringe Variationsbreite im Bundesländervergleich zu fin-

den. So gehen auf diese Erkrankungsart in Sachsen-Anhalt 6,6% und in Nordrhein-Westfalen rund 6,4% aller KH-Tage zurück (beide Bundesländer liegen auch bei den absoluten Tagesmengen vorn), in Bremen sind es hingegen nur 4,9%. In Bremen dominieren dafür auffällig die Neubildungen das Krankheitsgeschehen in der dortigen stationären Versorgung: Der Anteil an allen dort erbrachten Krankenhaustagen aufgrund derartiger Erkrankungen ist mit 22,8% doppelt so hoch wie der Anteil auf Bundesebene (11,3%). In diesem Bundesland ist auch der Anteil an Langzeitbehandlungen (und darauf zurückzuführende Behandlungstage), die aufgrund von Neubildungserkrankungen anfallen, relativ hoch: Auf diese Diagnosehauptgruppe gehen in Bremen jeweils rund 40% der Langzeitbehandlungsfälle und -tage zurück. Zum Vergleich: Im Bundesdurchschnitt machen Neubildungen hingegen nur etwa 11% der Langzeitfälle und deren Behandlungstage aus. Es sei aber an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass in der ambulanten Versorgung (**»»** Kapitel 2.3) für Bremen keine besonders hohen Diagnoseraten weder allgemein noch speziell bei Neubildungen zu verzeichnen sind. Es liegt in Bremen also keine besondere Häufung von Neubildungserkrankungen vor, vielmehr geht die Besonderheit in der hier aufgeführten Statistik auf regionale Besonderheiten in der Versorgung zurück, insbesondere auf die stärker eingebundene teilstationäre Versorgung von Krebspatienten. Bei der stationären Versorgung von psychischen Erkrankungen ist wiederum in Mecklenburg-Vorpommern sowohl absolut (532 KH-Tage je 1.000 Versicherte) als auch relativ (mit 26,8% geht mehr als jeder vierte Krankenhaustag auf eine solche Erkrankung zurück) der Höchstwert auch im aktuellen Berichtsjahr zu finden. Ebenfalls eine relativ große Spannbreite zwischen größtem und kleinstem Anteil an der Gesamtanzahl der Krankenhaustage eines Bundeslandes ist bezüglich der Herz- und Kreislauf-Erkrankungen vorzufinden. Hierbei ist Sachsen-Anhalt wie schon im vergangenen Jahr Spitzenreiter, mit 16,4% geht dort jeder sechste Krankenhaustag auf eine solche Erkrankung zurück (gleichzeitig auch der absolut höchste Wert mit 401 KH-Tagen je 1.000 Versicherte).

Diagramm 3.3.3 Stationäre Versorgung – Anteile der KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



## 3.4 Stationäre Versorgung und Arbeitswelt



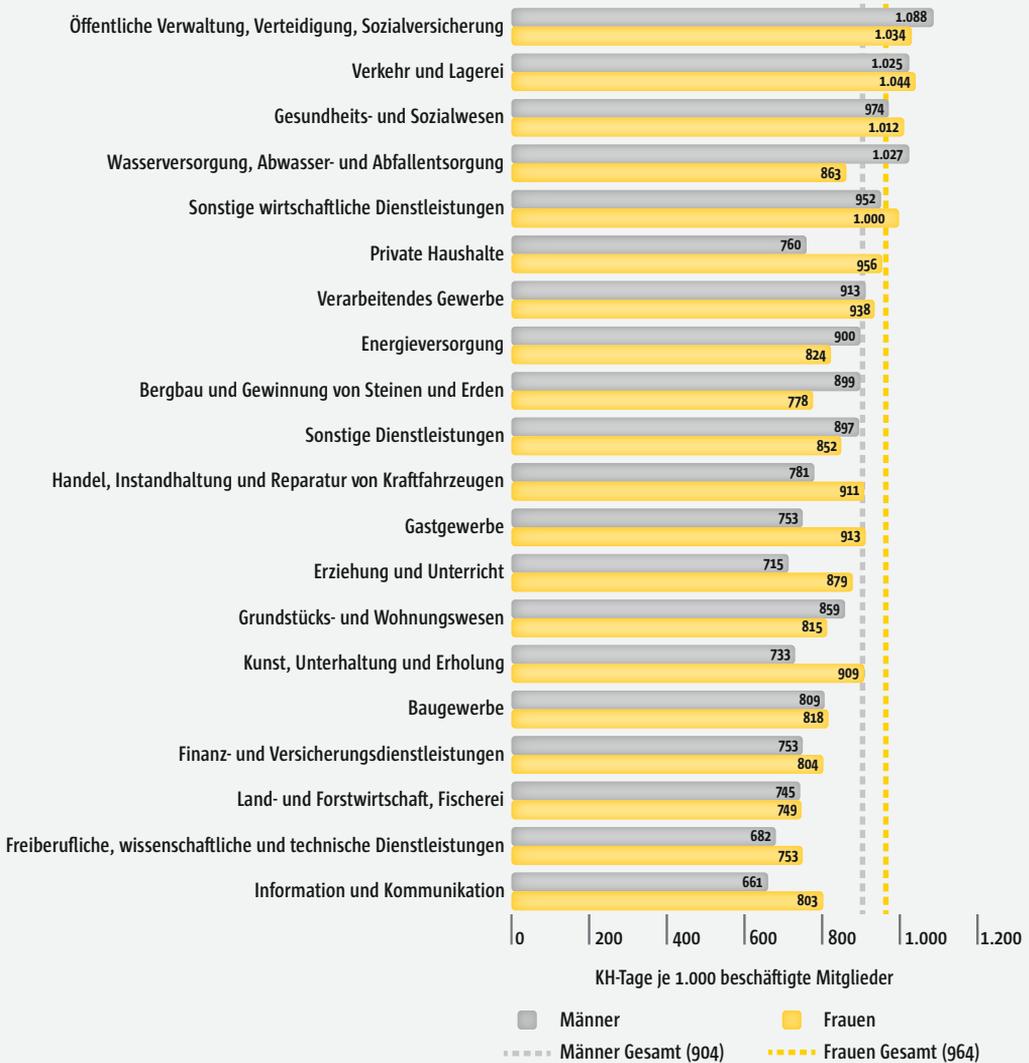
Die nachfolgenden arbeitsweltlichen Analysen beziehen sich auf die Versichertengruppe der beschäftigten Mitglieder. Von diesen waren 8,8% im aktuellen Berichtsjahr 2017 in stationärer Behandlung gewesen (allgemeine Kennzahlen zu dieser Versichertengruppe sind auch in [III](#) Kapitel 3.2.2 beschrieben). Es werden in die Analysen zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren einbezogen, so etwa die Betriebsgröße, die Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe, die Berufsgruppe, die Vertragsform sowie die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit. Eine Beschreibung insbesondere derjenigen zu analysierenden Gruppen aus der Gesamtheit der beschäftigten BKK Mitglieder, die aus dem Tätigkeitsschlüssel entsprechend der Klassifikation der Berufe der Bundesagentur für Arbeit (KldB 2010) ableitbar sind, ist im [III](#) Kapitel 1.4.1 zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zu finden.

### 3.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Beschäftigte der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung weisen die meisten stationären Behandlungstage von allen Wirtschaftsabschnitten auf. Mehr als die Hälfte davon gehen auf psychische Störungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Neubildungen zurück.
- Die wenigsten Tage verbrachten Beschäftigte aus dem Wirtschaftssegment Information und Kommunikation in stationärer Versorgung. Ähnlich gering war der Behandlungsbedarf bei den Beschäftigten, die freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen erbringen.
- Anders als im Gesamttrend sind männliche Beschäftigte in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie im Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden im Schnitt mehr Tage stationär behandelt worden als die dort tätigen Frauen. Hier wirkt sich allerdings besonders stark aus, dass Männer und Frauen in dieser Branche sehr unterschiedliche Tätigkeiten ausüben.

Branchenspezifische Auswertungen fördern teils deutliche Unterschiede zu Tage, welche zum einen auf Spezifika der Beschäftigten und zum anderen auch auf besondere Arbeitsbelastungen zurückzuführen sind. So zeigten sich auch bei der Betrachtung der Behandlungstage in der stationären Versorgung zwischen den Wirtschaftsabschnitten große Unterschiede: Die Beschäftigten im Bereich Information und Kommunikation waren insgesamt nur 713 Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder in Behandlung. In öffentlicher Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung Tätige wiesen demgegenüber mit insgesamt 1.052 Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder fast 50% mehr Behandlungstage in stationärer Behandlung auf.

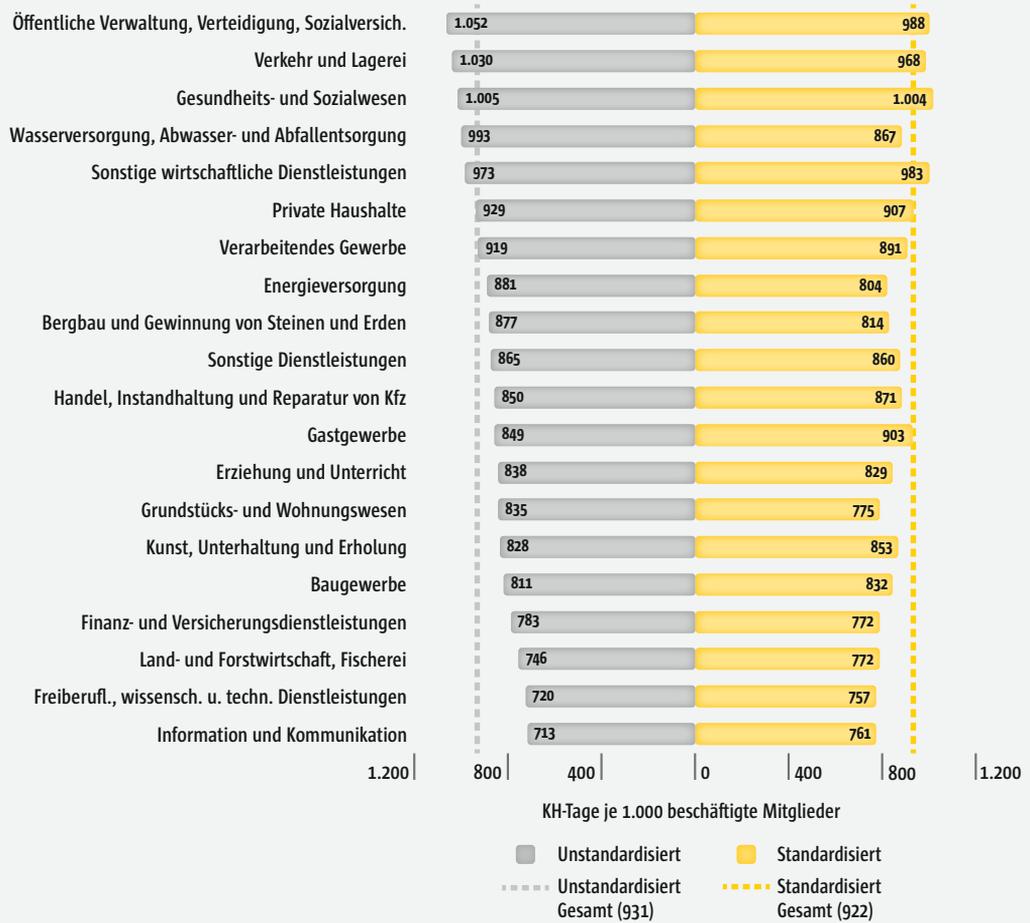
Diagramm 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



Vergleicht man darüber hinaus innerhalb der Wirtschaftsabschnitte die Unterschiede nach Geschlecht der Beschäftigten (»»» Diagramm 3.4.1), so zeigt sich gerade auch beim Wirtschaftsabschnitt Information und Kommunikation eine große Differenz zwischen Männern und Frauen: Männer waren gegenüber den Frauen noch einmal fast 20% weniger Tage in stationärer Behandlung und weisen damit den niedrigsten geschlechtsspezifischen Wert in diesem Vergleich auf (661 KH-Tage je 1.000 beschäftigte

Mitglieder). Größer ist die Differenz nur noch in den Wirtschaftsabschnitten Kunst, Unterhaltung und Erholung sowie den privaten Haushalten wo rund ein Viertel mehr Behandlungstage bei den Frauen gegenüber den Männern zu verzeichnen sind. Umgekehrt ist hingegen das Verhältnis in den Wirtschaftsabschnitten Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden: Hier ist die Anzahl an stationären Behandlungstagen bei den Männern

Diagramm 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2017)



jeweils mehr als 15% größer als bei den Frauen. Dabei lässt sich aber vermuten, dass eine wesentliche Ursache für die Differenzen in unterschiedlichen Tätigkeiten von Männern und Frauen innerhalb der Wirtschaftsabschnitte liegt (Schwerpunkt der Männer bei körperlich beanspruchenden Tätigkeiten, während Frauen vornehmlich Büroarbeiten verrichten), sodass die beiden Geschlechter jeweils wesentlich differierenden gesundheitlichen Belastungen und entsprechend unterschiedlichen Erkrankungs-/Verletzungsgefahren ausgesetzt sind, wie nachfolgende Analysen zu den Berufen und weiteren Tätigkeitsmerkmalen zeigen.

Wie schon erwähnt sind aber auch personenspezifische Merkmale zu berücksichtigen, dementspre-

chend sind im Folgenden für die Wirtschaftsabschnitte der realen Anzahl durchschnittlich erfolgreicher Behandlungstage auch ein um den Einfluss von Alter und Geschlecht bereinigter Wert gegenübergestellt (»» Diagramm 3.4.2).

So ist gerade bei den Beschäftigten im Wirtschaftsabschnitt Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung das Durchschnittsalter relativ hoch und der Frauenanteil recht gering. Bei dieser Gruppe der Beschäftigten ist in diesem Vergleich die größte Veränderung im Sinne einer Reduzierung der durchschnittlichen Anzahl an Behandlungstagen zu verzeichnen (-12,6%). Auch bei den beiden Spitzenplätzen nach unstandardisierten Werten (öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialver-

Diagramm 3.4.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



sicherung sowie Verkehr und Lagerei) reduzieren sich durch die Bereinigung des Alters- und Geschlechtseffekts die Kennwerte, sodass nach standardisierten Werten nun die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen die meisten Krankenhaustage aufweisen (1.004 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder).

Die wenigsten Behandlungstage sind demnach hingegen für den Wirtschaftsabschnitt der freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen zu verzeichnen (720 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder).

Welche Diagnosen in den unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen große Anteile an der Gesamtmenge an stationären Aufenthaltstagen pro Beschäftigte ausmachen, ist im »»» Diagramm 3.4.3 zu sehen. Darin sind für sechs ausgewählte Diagnosehauptgruppen (diese sind bei den beschäftigten BKK Mitgliedern für insgesamt mehr als zwei Drittel der Krankenhaustage ursächlich, das weitere Drittel ist als „Sonstige“ dargestellt) die Anteile an allen KH-Tagen in jeder Wirtschaftsgruppe dargestellt.

Bei den Beschäftigten der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung, also dem

Wirtschaftsabschnitt mit den meisten stationären Behandlungstagen im Jahr 2017, sind allein 31,6% dieser KH-Tage auf die Behandlung von psychischen Störungen zurückzuführen. Mit 333 KH-Tagen je 1.000 beschäftigten Mitgliedern liegt die Kennzahl deutlich über dem Bundesdurchschnitt (276 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Zudem sind für diese Beschäftigtengruppe deutlich überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verzeichnen (jeweils der Spitzenwert unter allen Wirtschaftsabschnitten). Zusammengenommen gehen mehr als die Hälfte aller Behandlungstage bei den Beschäftigten in der Öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung auf eine dieser drei Erkrankungsarten zurück. Bei den Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen – für diese sind im aktuellen Berichtsjahr die drittmeisten Krankenhaustage festzustellen – ist das Ursachenspektrum nicht ganz so breit, hingegen stechen die psychischen und Verhaltensstörungen besonders heraus: Hier sind 347 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder angefallen, diese machen allein 34,5% aller KH-Tage der im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen aus. Hierbei wirkt sich sicher auch aus, dass in dieser Wirtschaftsgruppe der Frauenanteil sehr hoch ist. Darin ist weiterhin auch begründet, dass für diese Wirtschaftsgruppe hingegen die Anzahl an Behandlungstagen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich unterdurchschnittlich ist – rund ein Viertel weniger als der Bundesdurchschnitt aller Beschäftigten. Fast das umgekehrte Bild zeigt sich bei den Beschäftigten in Verkehr und Lagerei sowie den in Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung Tätigen: Für die dort Beschäftigten sind die meisten bzw. zweitmeisten Krankenhaustage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen dokumentiert, unterdurchschnittlich sind hingegen die Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen.

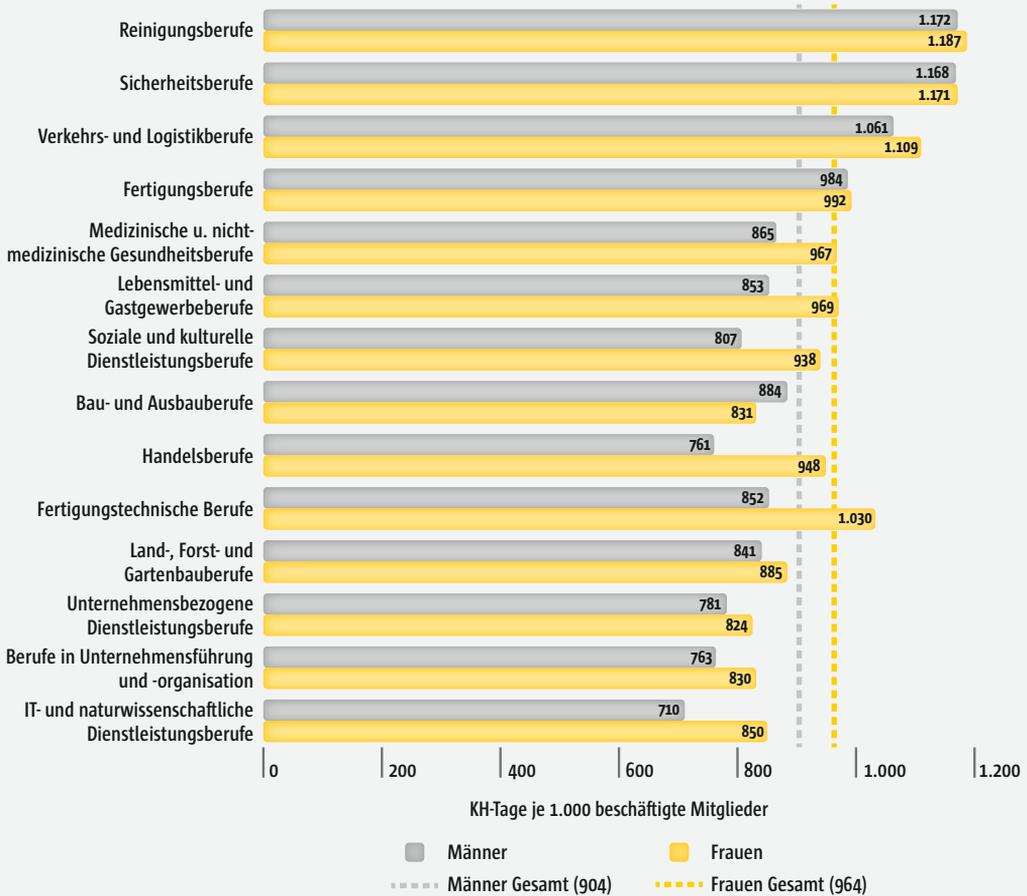
#### 3.4.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Mit rund 1,2 Behandlungstagen je Beschäftigten weisen die Reinigungsberufe die meisten Krankenhaustage auf, gefolgt von den Sicherheitsberufen sowie den Verkehrs- und Logistikberufen.
- Die wenigsten Behandlungstage erfolgten für Beschäftigte in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen. Im Vergleich zu den Reinigungsberufen sind dort fast 40% weniger Behandlungstage zu verzeichnen.

Wie anhand **»** Diagramm 3.4.4 abzulesen ist, weisen auch bei Differenzierung nach Berufssegmenten in der Regel die Frauen mehr Behandlungstage auf als die Männer. Noch recht gering ist der geschlechtsspezifische Unterschied auf den „Spitzenplätzen“ dieses Vergleichs: Die größte Anzahl an Krankenhaustagen im aktuellen Berichtsjahr weisen die Reinigungsberufe auf (1.172 KH-Tage je 1.000 männliche Beschäftigte, 1.187 je 1.000 weibliche Beschäftigte), gefolgt von den Sicherheitsberufen sowie den Verkehrs- und Logistikberufen. Im Kontrast dazu stehen die IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufe: Bei den dort Beschäftigten sind insgesamt rund 37% weniger Krankenhaustage gegenüber den Sicherheitsberufen und 20% weniger Krankenhaustage im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zu verzeichnen. Hingegen ist bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen der geschlechtsspezifische Unterschied stark ausgeprägt: Frauen weisen rund 20% mehr stationäre Behandlungstage auf als Männer in diesem Berufssegment. Größer ist diese Differenz nur noch bei den fertigungstechnischen Berufen (21% mehr KH-Tage bei den Frauen) sowie den Handelsberufen (25% mehr KH-Tage bei den Frauen). Bei den großen Differenzen zwischen den geschlechtsspezifischen Werten spielt sicher zudem eine Rolle, dass sich auch innerhalb der Berufsgruppen das Anforderungsniveau der Tätigkeit sowie das Alter der Beschäftigten unterschiedlich verteilen (Beispiel Handelsberufe: Frauen sind hier am häufigsten in fachlich ausgerichteten Tätigkeiten beschäftigt, diese sind auch im Durchschnittsalter rund drei Jahre älter als die männlichen Kollegen. Männer verrichten hingegen häufiger komplexe bzw. hoch komplexe Tätigkeiten, vermutlich geht dies auch mit höherem schulischem bzw. beruflichem Bildungsgrad sowie einer Position in Führung oder Aufsicht einher (**»** Kapitel 3.4.3). Einzig bei den Bau- und Ausbauberufen sind für die Männer geringfügig mehr Krankenhaustage als bei den Frauen in diesem Berufssegment zu verbuchen.

Im Vergleich der realen (unstandardisierten) Zahlen mit den um Geschlechts- und Alterseinflüsse bereinigten Werten der Behandlungstage (**»** Diagramm 3.4.5) zeigen sich nur geringe Veränderungen in der Reihenfolge der Berufssegmente nach ihren Kennwerten. Die Behandlungstage für die Reinigungsberufe sowie die Sicherheitsberufe werden durch die Standardisierung noch am stärksten reduziert (-8,2%), dennoch weisen beide Berufssegmente auch bei Kontrolle des Alters- und Geschlechtseinflusses die höchsten Werte in diesem

Diagramm 3.4.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

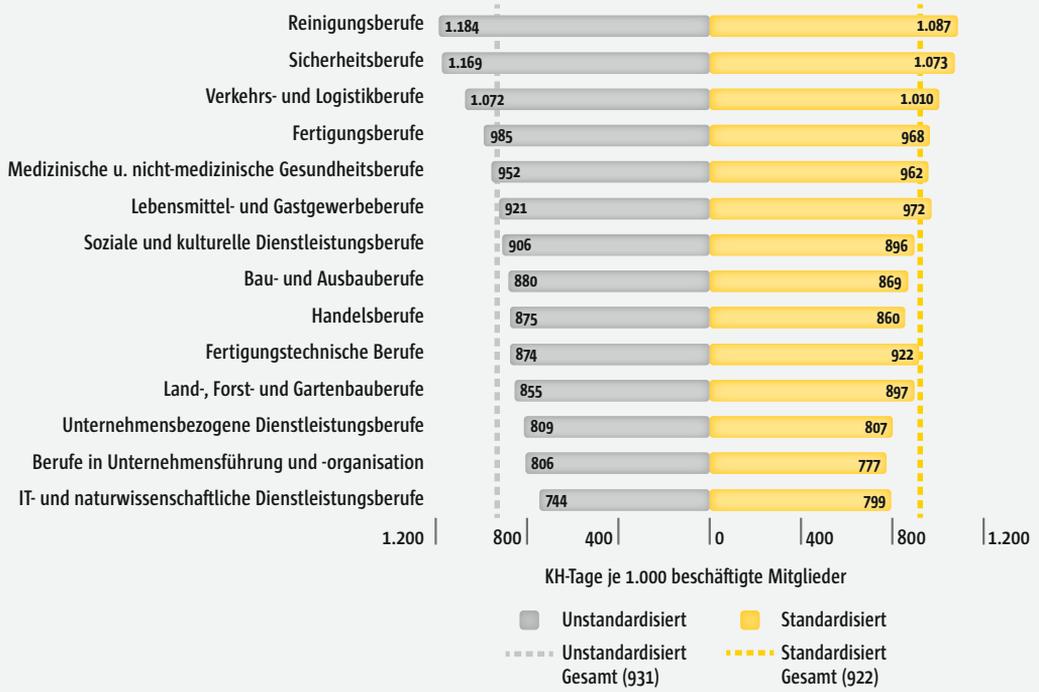


Vergleich auf. Die wenigsten Behandlungstage nach Bereinigung der Geschlechts- und Alterseffekte erfolgten bei Berufen in Unternehmensführung und -organisation (777 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Für die IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufe ist hingegen die größte Erhöhung der Kennwerte (+7,5%) durch die Standardisierung zu verzeichnen, sodass diese „nur“ noch die zweitwenigsten Behandlungstage im Vergleich aufweisen.

Auch bei der Analyse nach Berufssegmenten lassen sich anhand der Differenzierung nach Diagnosehauptgruppen Erkrankungsschwerpunkte ausmachen (»» Diagramm 3.4.6). So weisen die Reinigungsberufe sowohl nach absoluter Anzahl der Behandlungstage als auch nach dem relativen Anteil

an allen Behandlungstagen der jeweiligen Berufssegmente die höchsten Werte in diesem Vergleich für Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Neubildungen auf. Jeder vierte Behandlungstag erfolgt bei den Reinigungskräften aufgrund einer dieser beiden Erkrankungsarten. Bei den Sicherheitsberufen stehen insbesondere die Herz- und Kreislauf-Erkrankungen heraus: Diese machen allein rund 12,9% an der Gesamtmenge aller Krankenhaustage der Beschäftigten in diesem Berufssegment (Durchschnitt Gesamt: 8,2%) aus. Zudem sind in dieser Berufsgruppe auch überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen erfolgt. Von psychischen Störungen sind hingegen andere Berufsgruppen stärker betroffen, besonders stehen hierbei die sozialen und

Diagramm 3.4.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2017)



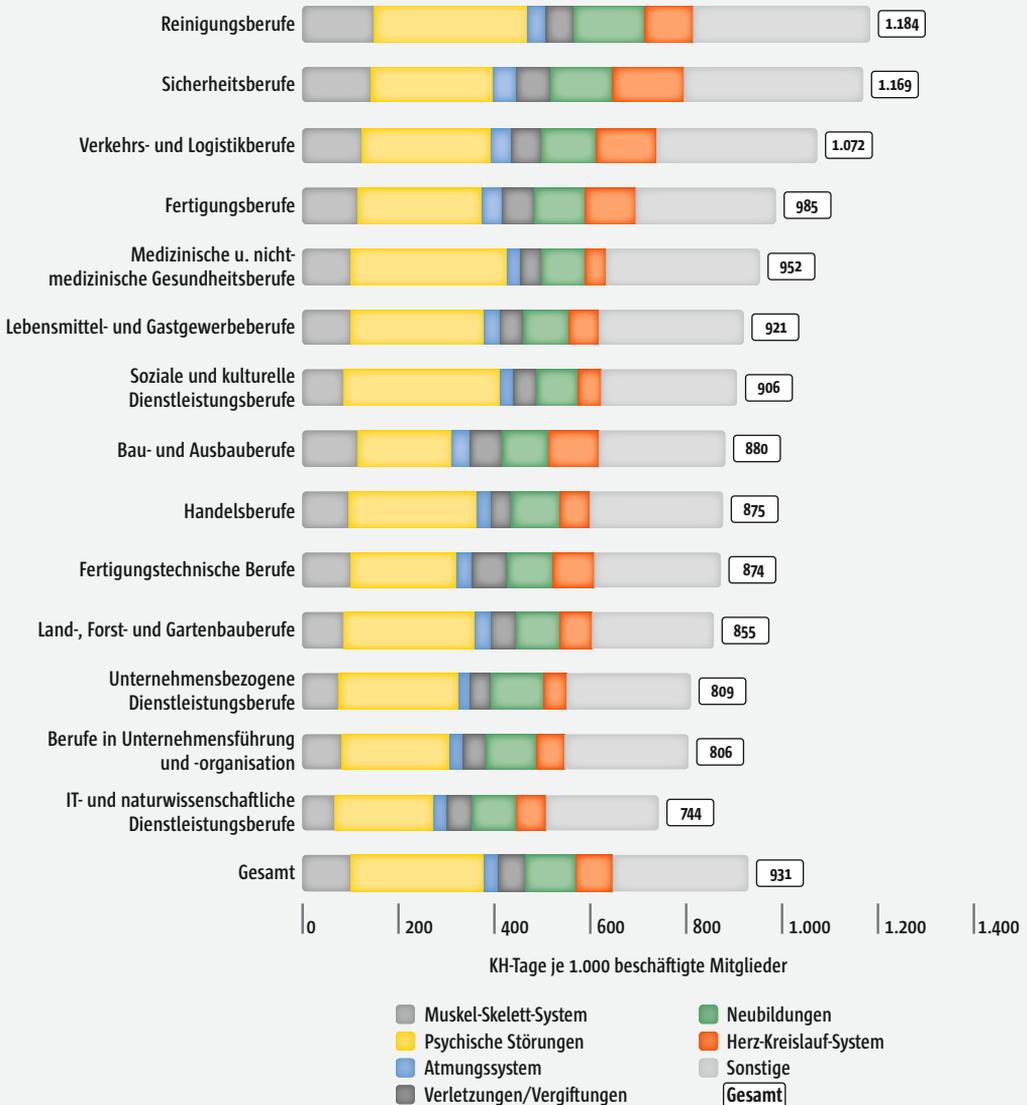
kulturellen Dienstleistungsberufe (z.B. Erzieher und Lehrer) hervor: Für diese sind mit 324 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder die meisten Behandlungstage in diesem Vergleich angefallen – 35,8% der Behandlungstage der Beschäftigten in diesem Berufssegment gehen auf Diagnosen aus diesem Spektrum zurück. Nur wenig geringer sind hierbei die Kennwerte für die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe (u.a. Pflegeberufe), auch hier erfolgt mehr als jeder dritte Krankenhausaufenthalt aufgrund psychischer Störungen.

In Anbetracht der geringeren Fallhäufigkeit und damit einhergehender Zahl an Behandlungstagen wird im Folgenden, anders als in den vorhergehenden Kapiteln, die detailliertere Betrachtung der Berufsgruppen nur auf Ebene der Gesamt-Kennwerte durchgeführt. Wie [Tabelle 3.4.1](#) zeigt, sind es die Beschäftigten in der Fahrzeugführung im Schiffsverkehr, die im aktuellen Berichtsjahr am häufigsten in stationärer Versorgung die meisten Behandlungstage aufweisen (1.582 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) – fast 70% mehr als

der Gesamtdurchschnitt. In der Reihung nach Behandlungstagen folgen danach die Berufe in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung, des Bestattungswesens, der Tierpflege sowie der Altenpflege mit jeweils immerhin noch mehr als 1.300 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder. Hierbei ist anzumerken, dass die Altenpflege eine sehr große Berufsgruppe ist – die in dieser Liste mit Abstand mit den meisten Beschäftigten besetzte Berufsgruppe. Wie auch in den Detailanalysen des [BKK Gesundheitsatlas 2017](#) aufgezeigt werden konnte, sind gerade die Altenpflegeberufe sowohl aufgrund von psychischen Störungen als auch aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich häufiger in stationärer Behandlung als andere Berufsgruppen.

Die mit einigem Abstand wenigsten Krankenhausaufenthalte und -tage sind hingegen für die Fahrzeugführer im Flugverkehr (Piloten) dokumentiert: Die 167 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte entsprechen annähernd einem Zehntel des schon erwähnten Höchstwerts bei den Schiffsführern.

Diagramm 3.4.6 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



**Tabelle 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2017)**

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
524	Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	166	1.582	9,6
934	Kunsthawerkliche Keramik- und Glasgestaltung	164	1.339	8,2
824	Bestattungswesen	148	1.317	8,9
115	Tierpflege	136	1.313	9,7
821	Altenpflege	168	1.305	7,8
515	Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs	157	1.269	8,1
533	Gewerbe- und Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	166	1.264	7,6
947	Museumstechnik und -management	143	1.249	8,7
243	Metalloberflächenbehandlung	172	1.237	7,2
211	Berg-, Tagebau und Sprengtechnik	153	1.213	7,9
<b>Gesamt</b>		<b>124</b>	<b>931</b>	<b>7,5</b>
434	Softwareentwicklung und Programmierung	78	558	7,2
271	Technische Forschung und Entwicklung	82	549	6,7
933	Kunsthawerk und bildende Kunst	85	499	5,9
935	Kunsthawerkliche Metallgestaltung	80	462	5,8
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	91	444	4,9
411	Mathematik und Statistik	78	416	5,3
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	62	411	6,7
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	73	408	5,6
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	67	293	4,4
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	34	167	4,9

### 3.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

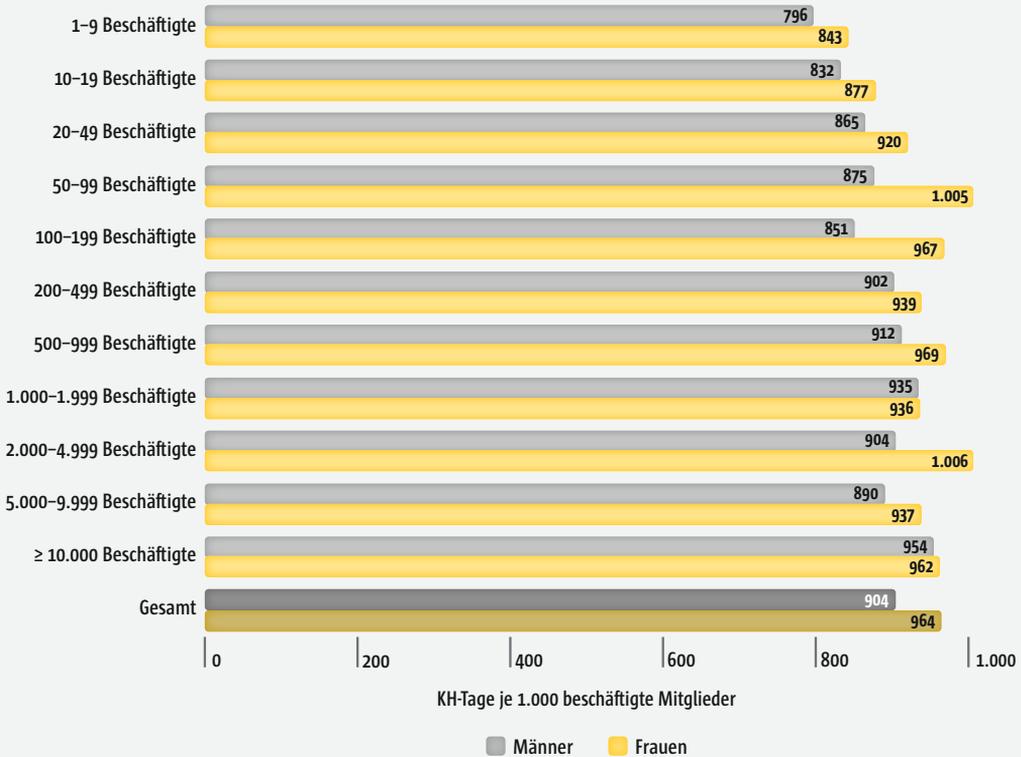
#### Betriebsgröße

- Beschäftigte in Kleinstbetrieben mit weniger als 9 Mitarbeitern sind am seltensten im Krankenhaus. Für diese fallen entsprechend auch die wenigsten Behandlungstage an.

Unterteilt man die Gruppe der Beschäftigten wiederum hinsichtlich der Größe des Unternehmens, in

dem sie arbeiten, so zeigt sich auch hier – ähnlich wie beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (III Kapitel 1.4.4) – die geringste Zahl an Behandlungsfällen und -tagen sowohl für Frauen wie auch für Männer für die Kleinstbetriebe bis neun Mitarbeiter (III Diagramm 3.4.7). Mit steigender Betriebsgröße nehmen die Behandlungstage ebenfalls zu, dabei steigen die Werte insbesondere bei den Frauen stärker an. Der Spitzenwert der Frauen liegt bei den Betrieben mit 2.000–4.999 Beschäftigten mit 1.006 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder, fast genauso viele Behandlungstage für Frauen sind aber auch bei Betrieben mit 50–99 Beschäftigten zu verzeichnen. Hin-

Diagramm 3.4.7 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



gegen ist die Schwankungsbreite bei den Männern etwas geringer, der höchste Wert liegt bei den Betrieben mit mehr als 10.000 Mitarbeitern bei 954 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder. Hierbei wirkt sich sicher auch aus, dass – anders als bei den Frauen, bei denen das Durchschnittsalter in geringerem Umfang variiert – die Männer im Schnitt in größeren Betriebseinheiten älter sind (44,3 Jahre bei den Betrieben mit mehr als 10.000 Mitarbeitern).

#### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

- Mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit nimmt die durchschnittliche Zahl der Behandlungstage in stationärer Versorgung bei den Beschäftigten ab.
- Beschäftigte mit komplexen Tätigkeiten weisen nur rund die Hälfte der Behandlungstage und -fälle der Beschäftigten in Helfer-/Anlernertätigkeiten auf.

Als weiteres relevantes, aus dem Tätigkeitsschlüssel ableitbares Merkmal wird im Folgenden das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ausgewertet. Es sei auch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit in der Regel mit bestimmten schulischen bzw. beruflichen Bildungsabschlüssen zusammenhängt (Beispiel: Hochschulabschluss auf Diplom-/Master-niveau als Voraussetzung für Berufe mit hoch komplexen Tätigkeiten). Entsprechend gibt es Überschneidungen zu den Kennwerten der stationären Versorgung nach dem höchsten beruflichen Bildungsabschluss (»» Kapitel 3.2.3).

Wie »» Tabelle 3.4.2 zeigt, nehmen sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behandlungstage mit steigendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ab. Das gilt sowohl für Männer als auch für Frauen, wobei Frauen insbesondere bei Helfer-/Anlernertätigkeiten sowie hoch komplexen Tätigkeiten höhere Kennwerte aufweisen (jeweils über 10% mehr KH-Tage als bei den Männern).

**Tabelle 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)**

Anforderungsniveau	Geschlecht	KH-Fälle		KH-Tage	
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder			
Helfer-/Anlerntätigkeiten	Männer	139,6	1.049		
	Frauen	152,3	1.171		
	<b>Gesamt</b>	<b>146,0</b>	<b>1.110</b>		
Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Männer	126,7	925		
	Frauen	123,4	929		
	<b>Gesamt</b>	<b>125,2</b>	<b>927</b>		
Komplexe Spezialistentätigkeiten	Männer	109,6	777		
	Frauen	106,8	799		
	<b>Gesamt</b>	<b>108,5</b>	<b>785</b>		
Hoch komplexe Tätigkeiten	Männer	94,4	659		
	Frauen	100,2	747		
	<b>Gesamt</b>	<b>96,5</b>	<b>691</b>		

Entsprechend sind die höchsten Kennwerte bei den Frauen in Helfer- und Anlerntätigkeiten dokumentiert (152,3 KH-Fälle sowie 1.171 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Die niedrigsten Werte weisen hingegen die Männer in hoch komplexen Tätigkeiten auf (94,4 KH-Fälle sowie 659 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). In der Differenz weisen die Berufstätigen mit dem niedrigsten Anforderungsniveau gegenüber denen auf höchstem Anforderungsniveau über die Hälfte mehr Behandlungsfälle und -tage im Durchschnitt je Beschäftigten auf.

Das **»»»** Diagramm 3.4.8 differenziert wiederum für Männer und Frauen auf den unterschiedlichen Anforderungsniveaustufen hinsichtlich der drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen im stationären Bereich (psychische Störungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen). Auch hier zeigt sich ein recht ähnliches Bild: Mit steigendem Anforderungsniveau nehmen die Behandlungstage pro beschäftigtes Mitglied ab, wobei die größte Differenz bei den Kennzahlen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzufinden ist: Bei Frauen in hoch komplexen Tätigkeiten sind weniger als halb so viele Behandlungstage dokumentiert als bei Frauen in Helfer- und Anlerntätigkeiten (32 vs. 76 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Bei Männern, die aufgrund psychischer Störungen stationär behandelt wurden,

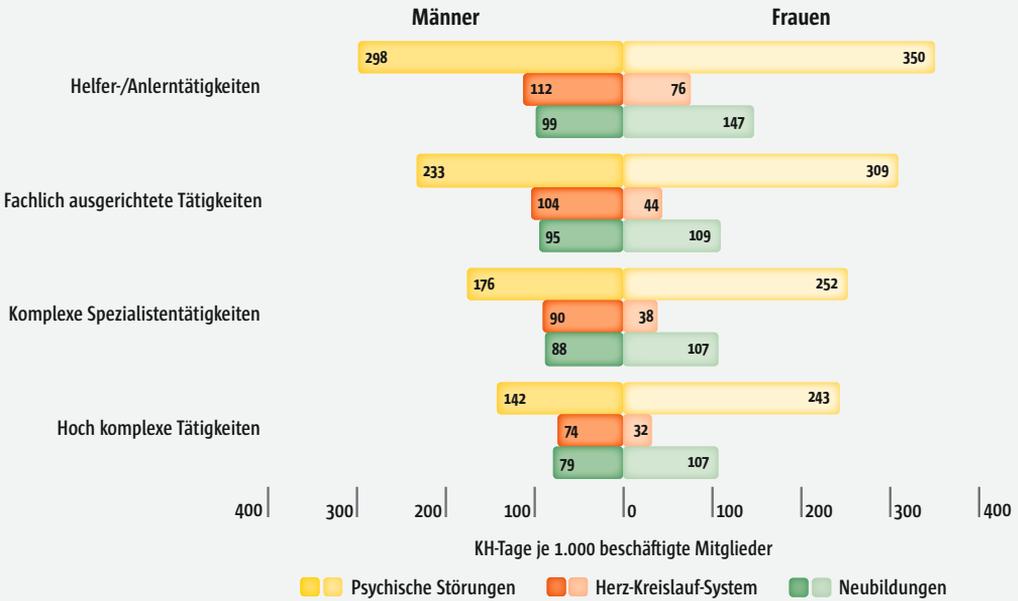
ist ein ähnlich großer Unterschied nach Anforderungsniveau vorhanden: Auch hier sind diejenigen in hoch komplexen Tätigkeiten weniger als halb so viele Behandlungstage im Krankenhaus gewesen als diejenigen, die Helfer- und Anlerntätigkeiten ausführen (142 vs. 298 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Weniger stark variieren die Kennwerte hingegen bei den Neubildungen. Insbesondere bei den Frauen sind die durchschnittlichen Behandlungstage – mit Ausnahme der höheren Werte bei den Helferinnen – auf fast gleichem Niveau.

### Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind seltener und kürzer in stationärer Behandlung als Beschäftigte ohne eine solche Funktion.
- Dies zeigt sich besonders bei den psychischen Störungen: Frauen weisen mehr als ein Drittel, Männer sogar mehr als die Hälfte mehr Behandlungstage auf, wenn sie nicht in einer Aufsichts- oder Führungsposition arbeiten.

In der Gegenüberstellung von berufstätigen Personen mit bzw. ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion

Diagramm 3.4.8 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



tion (III Tabelle 3.4.3) sind zwar nicht so stark ausgeprägte Unterschiede der KH-Kennzahlen wie etwa bei den zuvor dargestellten Tätigkeitsanforderungen festzustellen, diese sind aber dennoch berichtenswert: Bei Beschäftigten, die keine Aufsichts- bzw. Führungsfunktion innehaben, liegen die Kennwerte rund 7% (KH-Fälle) bzw. 16% (KH-Tage) über denen der Gruppe mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion. Diese Differenz zeigt sich ebenso durchweg bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung. Wie zu er-

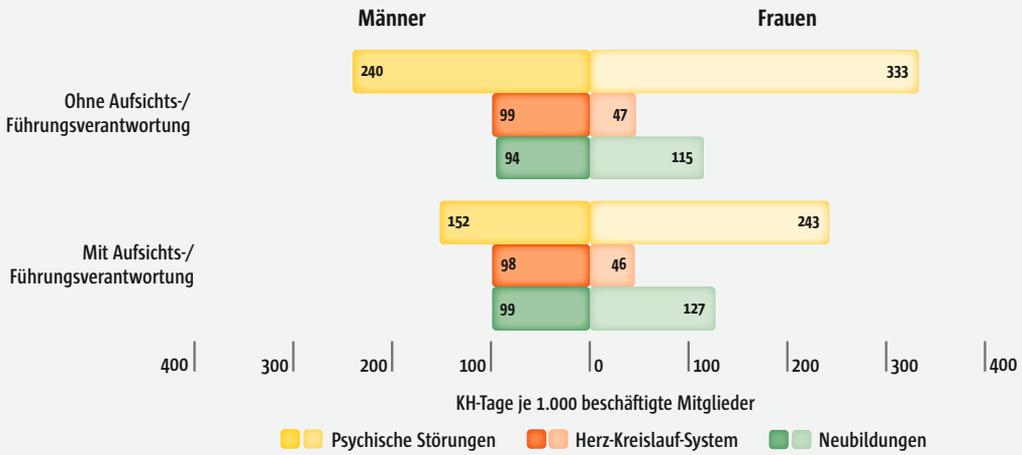
warten, sind bei den Frauen durchschnittlich jeweils mehr Behandlungstage pro Beschäftigte zu verzeichnen, entsprechend sind die höchsten Kennwerte im Vergleich bei den Frauen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung vorzufinden (125,0 KH-Fälle bzw. 968 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder).

Betrachtet man wiederum für die drei in der stationären Versorgung wichtigsten Diagnosehauptgruppen die darauf zurückzuführenden Behand-

Tabelle 3.4.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

Aufsichts-/Führungsverantwortung	Geschlecht	KH-Kennzahlen	
		KH-Fälle	KH-Tage
je 1.000 beschäftigte Mitglieder			
Ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	123,1	912
	Frauen	125,0	968
	<b>Gesamt</b>	<b>124,0</b>	<b>938</b>
Mit Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	115,7	796
	Frauen	114,8	841
	<b>Gesamt</b>	<b>115,5</b>	<b>807</b>

Diagramm 3.4.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



lungstage differenziert nach Tätigkeit mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion (» Diagramm 3.4.9), so sind hier die Differenzen deutlich ausgeprägter. Insbesondere unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen: Hier weisen die männlichen Beschäftigten ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion gegenüber denen mit einer solchen Funktion um über die Hälfte mehr (240 vs. 152 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) Behandlungstage auf, bei den Frauen sind es immerhin über ein Drittel mehr Tage (333 vs. 243 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Außerdem fällt auf, dass die Aufsichts- bzw. Führungskräfte entgegen des allgemeinen Trends bei den Neubildungen tendenziell mehr Behandlungstage aufweisen, dies gilt besonders für die weiblichen Beschäftigten (127 vs. 115 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind keine nennenswerten Differenzen zwischen den beiden betrachteten Gruppen zu erkennen.

Vertragsform

- Befristet in Vollzeit Beschäftigte – und von diesen insbesondere die Männer – sind deutlich seltener in stationärer Behandlung als Beschäftigte aller anderen Vertragsformen, was aber auch damit zusammenhängt, dass erstgenannte im Durchschnitt deutlich jünger sind.

- Entsprechend sind bei dieser Vertragsform z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen im stationären Versorgungsgeschehen seltener. Hingegen sind psychische Störungen – insbesondere bei den befristet in Vollzeit beschäftigten Frauen – umso häufiger Grund für eine stationäre Behandlung.

Die » Tabelle 3.4.4 stellt die Kennzahlen stationärer Versorgung für unterschiedliche Vertragsformen in Voll- und Teilzeit sowie jeweils mit und ohne Befristung dar. Von demnach vier darzustellenden Beschäftigtengruppen sind es diejenigen mit einem unbefristeten Teilzeitvertrag, die im Durchschnitt am häufigsten in stationärer Behandlung waren und die meisten Behandlungstage aufweisen (126,3 KH-Fälle bzw. 966 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder), wobei die Männer in einem solchen Arbeitsverhältnis noch etwas mehr Behandlungstage als die Frauen aufweisen. Zu berücksichtigen ist dabei aber auch, dass die Teilzeitkräfte in diesem Vergleich die älteste Gruppe sind. Für die Beschäftigten mit einem befristeten Vollzeitvertrag sind hingegen die wenigsten Behandlungsfälle und -tage dokumentiert (99,2 KH-Fälle bzw. 703 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) – Beschäftigte mit einer solchen Vertragsform sind allerdings deutlich jünger (mehr als 9 Jahre Altersdifferenz) als die anderen hier dargestellten Gruppen. Auffällig bei befristet Beschäftigten ist ein deutlicher Geschlechtsunterschied: Während die Kennwerte sich bei den

**Tabelle 3.4.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)**

Vertragsformen	Geschlecht	KH-Fälle		KH-Tage	
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder			
Unbefristet/Vollzeit	Männer	124,8		905	
	Frauen	123,5		931	
	<b>Gesamt</b>	<b>124,4</b>		<b>913</b>	
Unbefristet/Teilzeit	Männer	130,2		1.039	
	Frauen	125,7		954	
	<b>Gesamt</b>	<b>126,3</b>		<b>966</b>	
Befristet/Vollzeit	Männer	91,7		626	
	Frauen	109,7		809	
	<b>Gesamt</b>	<b>99,2</b>		<b>703</b>	
Befristet/Teilzeit	Männer	97,8		757	
	Frauen	119,9		900	
	<b>Gesamt</b>	<b>115,0</b>		<b>868</b>	

Frauen nur moderat zwischen den Vertragsformen unterscheiden, sind es die Männer mit befristetem Vollzeitvertrag, die deutlich geringere Werte aufweisen. Für Männer mit anderen Vertragsformen sind zwischen 21% (befristet/Teilzeit) und 66% (unbefristet/Teilzeit) mehr Krankenhaustage zu verzeichnen.

In der Detailbetrachtung der verschiedenen Vertragsformen durch die Unterteilung nach den drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen der stationären Versorgung wird deutlich, dass bei den befristet in Vollzeit Tätigen, korrespondierend mit deren geringem Durchschnittsalter, ein relativ hoher Anteil an Behandlungstagen auf psychische und Verhaltensstörungen zurückzuführen ist (»» Diagramm 3.4.10). Während bei dieser Gruppe sowohl die absoluten Zahlen als auch deren relativer Anteil an allen Krankenhaustagen für die Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen geringer als bei den anderen Vertragsformen ausfallen, ist die Menge der Behandlungstage aufgrund der psychischen Störungen insbesondere bei den weiblichen Beschäftigten groß: Die Frauen in befristeten Vollzeitverträgen haben mit 340 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder die meisten stationären Behandlungstage. Insgesamt gehen damit rund 42% der Behandlungstage in dieser Gruppe auf psychische Erkrankungen zurück.

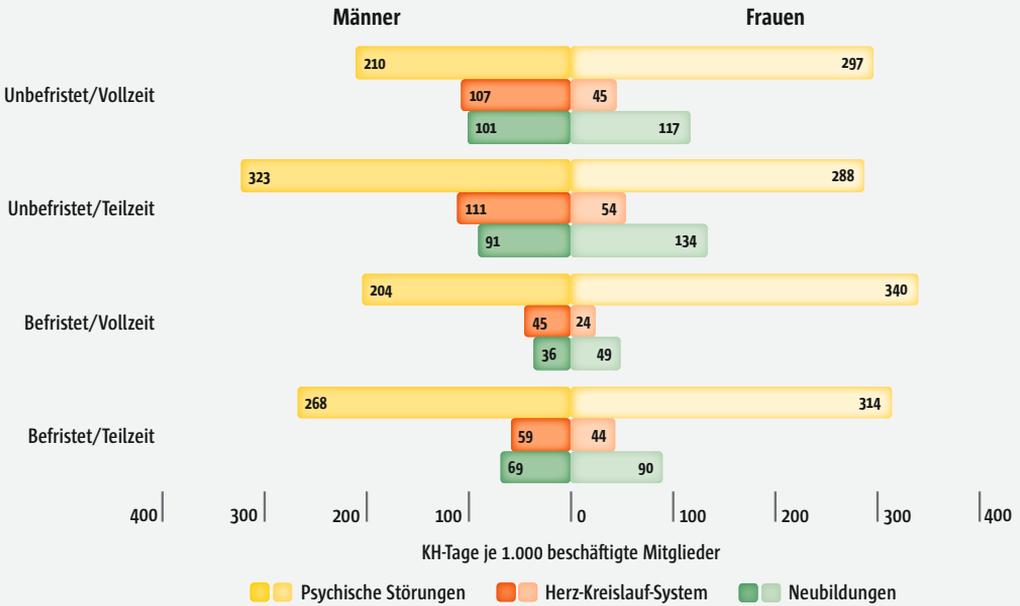
Auch die männlichen Beschäftigten in unbefristeter Teilzeitarbeit waren viele Tage aufgrund dieser Krankheitsart in stationärer Behandlung (323 Behandlungstagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder), diese weisen aber, wie schon zuvor erwähnt, auch insgesamt sehr viele Behandlungstage auf.

### Arbeitnehmerüberlassung

- Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Schnitt jünger, entsprechend werden diese weniger aufgrund von Neubildungen stationär behandelt.
- Im aktuellen Berichtsjahr stechen außerdem die Männer in Arbeitnehmerüberlassung mit der höchsten Anzahl an Krankenhaustagen aufgrund psychischer Störungen heraus, rund 43% mehr als die Männer, die in einer regulären Anstellung tätig sind.

Vergleicht man bei den Berufstätigen zudem separat diejenigen, die in Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) tätig sind, mit den Beschäftigten, die direkt bei einem Arbeitgeber angestellt sind (»» Tabelle 3.4.5), so zeigen sich nur relativ geringe Unterschiede. Am größten ist die Differenz bei

Diagramm 3.4.10 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



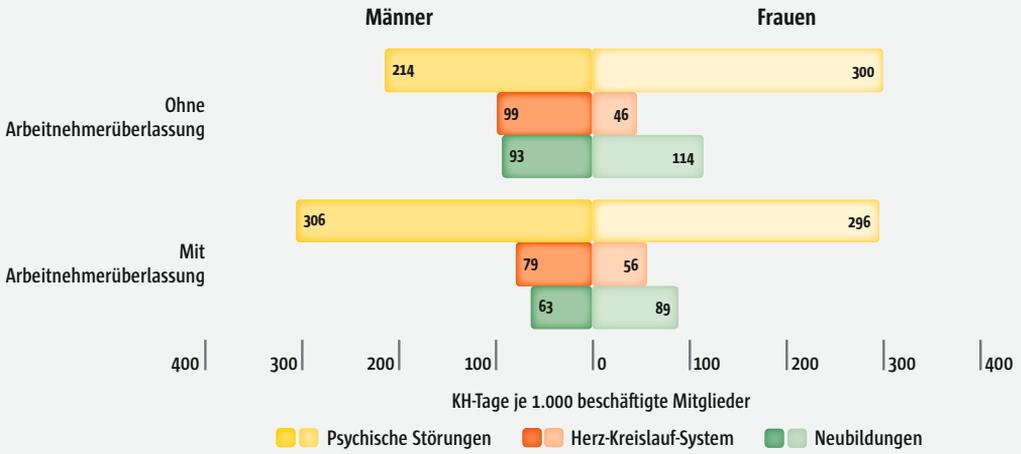
den Behandlungsfällen im Vergleich der Frauen mit und ohne Arbeitnehmerüberlassung (133,1 vs. 122,3 KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Entsprechend des Umstandes, dass auch hierbei Frauen höhere Kennwerte als Männer aufweisen, sind es entsprechend auch die Frauen mit Arbeitnehmerüberlassung, für die die meisten Behandlungstage in diesem Vergleich dokumentiert sind (950 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder).

In »» Diagramm 3.4.11 werden wiederum die Unterschiede bezogen auf die KH-Tage zwischen den in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen für ausgewählte Diagnosehauptgruppen aufgeführt. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass die Gruppe der in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen ein niedrigeres Durchschnittsalter als die über ein reguläres Vertragsverhältnis Beschäftigten aufweist. Entsprechend weisen die Leiharbeiterinnen

Tabelle 3.4.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

Arbeitnehmerüberlassung	Geschlecht	KH-Kennzahlen	
		KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder	KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder
Ohne Arbeitnehmerüberlassung	Männer	120,4	873
	Frauen	122,3	923
	Gesamt	121,3	896
Mit Arbeitnehmerüberlassung	Männer	119,8	892
	Frauen	133,1	950
	Gesamt	123,9	910

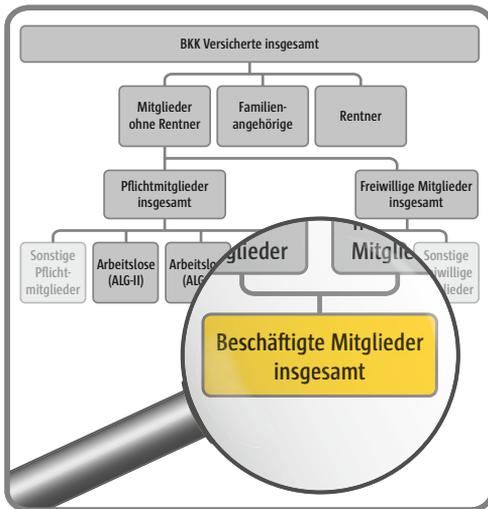
Diagramm 3.4.11 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



im Durchschnitt rund ein Viertel weniger KH-Tage aufgrund von Neubildungen in stationärer Behandlung auf, bei den Leiharbeitern sind es sogar etwa ein Drittel weniger KH-Tage. Im aktuellen Berichtsjahr stechen dagegen die Männer in Arbeitnehmerüberlassung mit der höchsten Anzahl an Krankenhaustagen aufgrund psychischer Störungen he-

raus (306 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Bei diesen besteht auch die größte Differenz zu den männlichen Kollegen ohne Arbeitnehmerüberlassung (+43%), während Frauen mit und ohne Arbeitnehmerüberlassung fast gleich viele Behandlungstage aufgrund dieser Erkrankungsgruppe aufweisen.

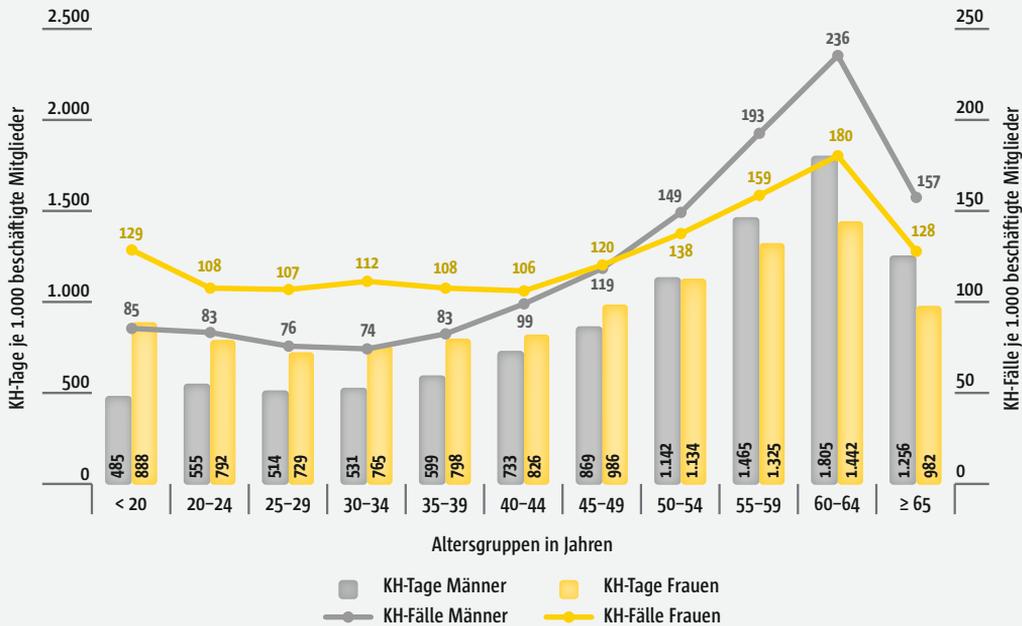
## 3.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+



In den bisherigen Analysen wurde mehrfach der Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Gesundheitszustand der Versicherten dargelegt. Wie seit Jahren bekannt ist, vollzieht sich aktuell ein demografischer Wandel in vielen Industrienationen, insbesondere in Deutschland und dabei nicht zuletzt in der Arbeitswelt. So sind im aktuellen Berichtsjahr 2017 und ein Drittel der bei Betriebskrankenkassen versicherten beschäftigten Mitglieder 50 Jahre oder älter und damit der „Generation 50+“ zuzuordnen. Zum Vergleich: Im Jahr 2007 war nur etwa jeder fünfte BKK versicherte Beschäftigte in dieser Altersgruppe. Voraussichtlich wird dieser Anteil der Generation 50+ in den Belegschaften noch weiter zunehmen. Dabei sind einige Branchen und Berufe stärker betroffen als andere, wie schon die Analysen im [Kapitel 1.5](#) darlegen (weitere Details zur Altersstruktur der Beschäftigten sind ebenda zu finden).

In den nachfolgenden Analysen werden daher nun speziell die Beschäftigten im Alter von 50 Jahren und älter in den Fokus genommen und deren Inanspruchnahme von stationärer Versorgung in Abhängigkeit von verschiedenen arbeitsweltlichen Merkmalen dargestellt. Da bei bisherigen altersspezifischen Analysen in diesem Kapitel die Gruppe der Versicherten insgesamt betrachtet wurde, sei an dieser Stelle zunächst ein allgemeiner Blick auf die Kennwerte geworfen ([Diagramm 3.5.1](#)). Hier fallen die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte und -tage in allen Geschlechts- und Altersgruppen niedriger aus als bei den Versicherten insgesamt ([Diagramm 3.2.3](#)). Allgemein lässt sich außerdem konstatieren, dass in den Altersgruppen ab 50 Jahren jeweils die Männer öfter in stationärer Behandlung sind als die Frauen und dabei auch im Schnitt mehr Behandlungstage erfolgt sind. Besonders sticht zudem die deutliche Reduktion der Kennwerte in der Altersgruppe über 64 Jahren im Vergleich zur vorherigen Altersgruppe heraus. Erreichen sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behandlungstage Höchststände in der vorherigen Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen, so fallen bei den Älteren die Kennwerte bei beiden Geschlechtern um rund 30%. Hierbei handelt es sich um den sogenannten *healthy worker effect*. Dieser beschreibt den Umstand, dass Erwerbstätige, die kurz vor dem Renteneintrittsalter stehen (bzw. eigentlich schon im Rentenalter sind), meist gesünder als jüngere Beschäftigte erscheinen, was aber wesentlich auf einen vorherigen Selektionseffekt zurückzuführen ist: Personen mit chronischen bzw. schweren Erkrankungen sind häufig schon vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, sodass diese in der Gruppe der Beschäftigten ab 65 Jahren nicht mehr enthalten sind, was auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ([Kapitel 1.2](#)) zu beobachten ist.

Diagramm 3.5.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



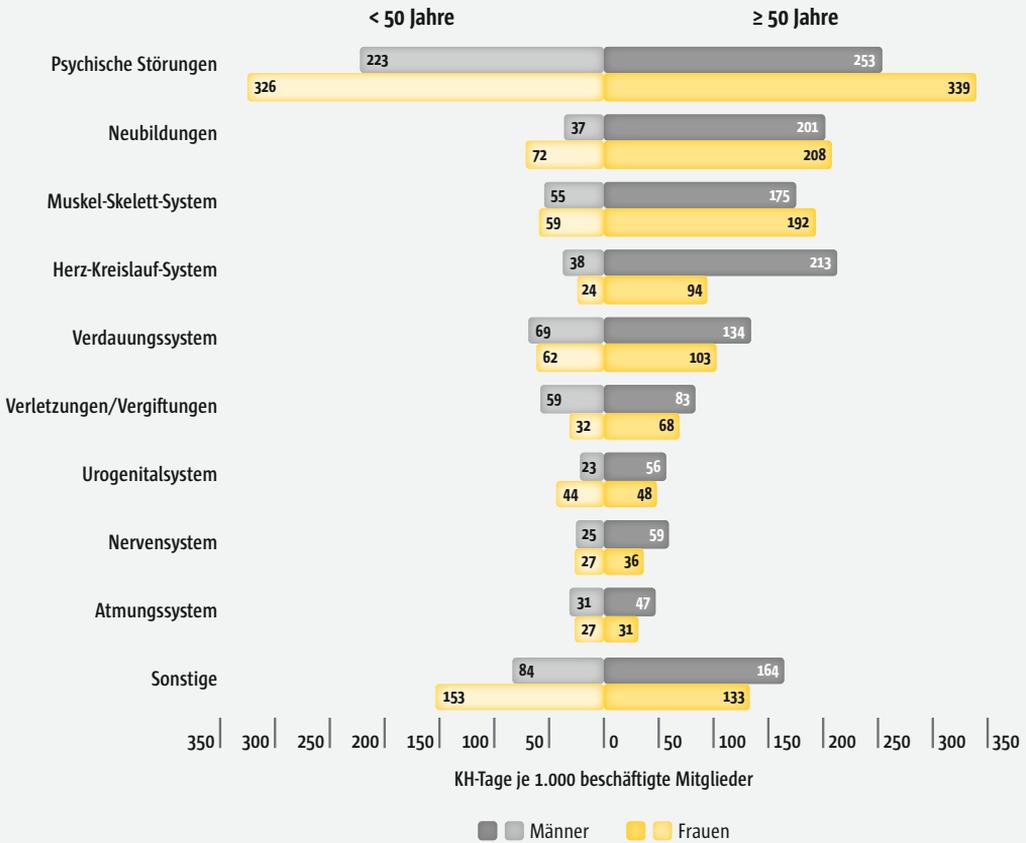
### 3.5.1 Auswertungen nach Diagnosehauptgruppen

- Mehr als jeder fünfte Behandlungstag erfolgt bei den Beschäftigten 50+ aufgrund psychischer Störungen. Damit gehen die weitaus meisten Behandlungstage auf diese Erkrankungsart zurück, gefolgt von Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen.
- Die Zahl der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen geht schon ab 60 Jahren zurück: Ein Hinweis darauf, dass aufgrund dieser Erkrankungsart viele frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.
- Bei den männlichen Beschäftigten ab 50 Jahren stehen außerdem mit den zweitmeisten KH-Tagen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen hervor. Bei den Frauen dieser Altersgruppe gehen weniger als halb so viele Behandlungstage auf diese Diagnosegruppe zurück.

Weisen die beschäftigten Männer im Alter ab 50 Jahren insgesamt etwas mehr stationäre Behandlungstage auf als die Frauen, so zeigt sich differenziert nach Erkrankungsarten ein heterogeneres Bild (» Diagramm 3.5.2). Gerade bei den drei Erkrankungsarten

mit den meisten Krankenhaustagen in dieser Altersgruppe sind es die Frauen, die höhere Kennwerte aufweisen. Die meisten Behandlungstage in dieser Altersgruppe sind bei beiden Geschlechtern aufgrund von psychischen Störungen erfolgt, wobei Frauen wiederum ein Drittel mehr Behandlungstage aufweisen als die Männer. Wie schon die Ergebnisse für die Versicherten insgesamt vermuten ließen, sind Krankenhausaufenthalte aufgrund psychischer Störungen auch bei jüngeren Beschäftigten relativ verbreitet und daher ist die Differenz zwischen den beiden hier aufgeführten Altersgruppen nicht sehr groß. Die zweitmeisten Behandlungstage gehen bei den Beschäftigten 50+ auf Neubildungen, gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen, zurück. Auch hier sind jeweils die Kennwerte für Frauen – allerdings in deutlich geringerem Ausmaß – höher als für Männer. Hingegen ist der Unterschied zu den jüngeren Beschäftigten sehr groß, die Kennwerte der ab 50-Jährigen sind rund drei- bis viermal so hoch. Besonders sticht außerdem die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Männern heraus: Diese sind mehr als doppelt so hoch wie bei den gleichaltrigen Frauen, gegenüber den Männern jünger als 50 Jahre ist die Anzahl sogar mehr als fünfmal so hoch.

Diagramm 3.5.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



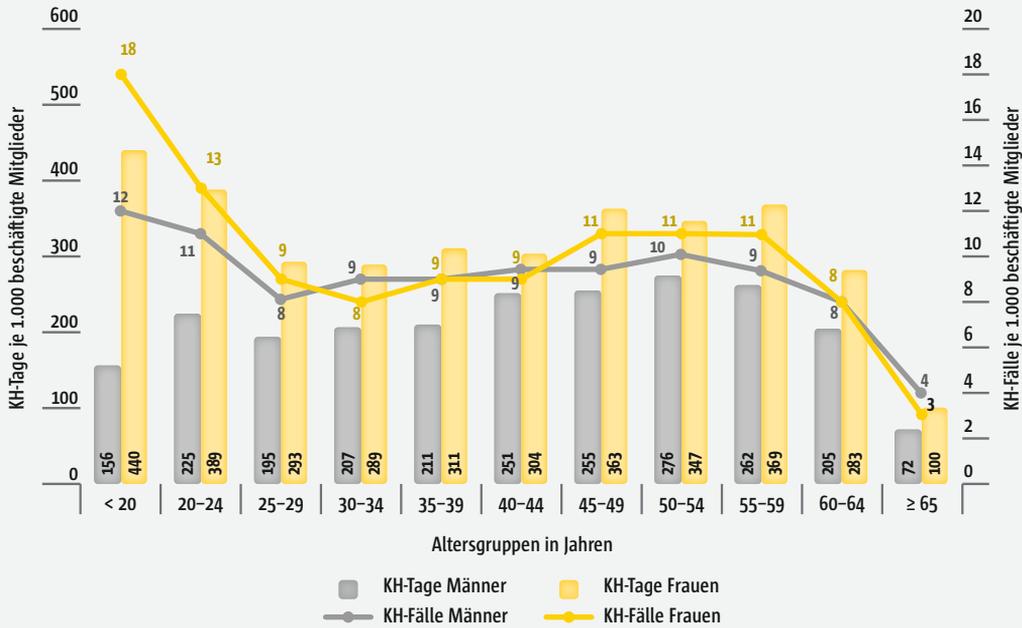
Wie schon in vorherigen Kapiteln dargelegt werden konnte, ist der Zusammenhang zwischen Alter und Krankheitsgeschehen bei feinerer Altersgruppeneinteilung facettenreicher. Entsprechend sollen im Folgenden die drei für das Krankheitsgeschehen im stationären Sektor wichtigsten Diagnosehauptgruppen – die psychischen Störungen, Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen – genauer analysiert werden.

### Psychische und Verhaltensstörungen

In der feineren Altersdifferenzierung zeigt sich vor allem eine besondere Häufung von stationären Behandlungsfällen und -tagen bei den weiblichen Beschäftigten im Alter von 15 bis 19 Jahren. Männer weisen in dieser Altersgruppe zwar auch durchschnittlich re-

lativ viele Fälle auf, die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen beträgt dabei aber nur knapp mehr als ein Drittel als bei den Frauen. Im Vergleich zum Arbeitsfähigkeitsgeschehen (»»» Diagramm 1.5.6) zeigt sich hier ein deutlicher Unterschied, sind doch in dieser Altersgruppe insbesondere die AU-Tage aufgrund psychischer Störungen am geringsten. Aber auch in den höheren Altersgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede, so fallen die Geschlechtsunterschiede bei den Kennzahlen im stationären Sektor deutlich geringer aus als im AU-Geschehen. Zudem ist dabei nur ein vergleichsweise geringer Anstieg der Kennwerte zu beobachten. So sind für die 55- bis 59-Jährigen rund 28% mehr KH-Tage zu verzeichnen als bei den 25- bis 29-Jährigen, während der Unterschied bei den AU-Tagen zwischen diesen Altersgruppen mehr als 114% beträgt. Im AU-Geschehen sind hingegen die höchsten Kennwerte bei den 60- bis

Diagramm 3.5.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



64-Jährigen zu verzeichnen, während im stationären Sektor die Kennzahlen gegenüber der vorherigen Altersgruppe um rund 20% sinken. Ursächlich ist hier wahrscheinlich der schon erwähnte *healthy worker effect*: Berentungen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit sind zum einen am häufigsten mit psychischen Störungen begründet, zum anderen liegt dabei das Renteneintrittsalter unter dem Durchschnitt. In der nachfolgenden Gruppe der Beschäftigten ab 65 Jahren sind dann allerdings die mit Abstand wenigsten Behandlungsfälle und -tage zu verzeichnen. Zusammengekommen für die Beschäftigten der Generation 50+ zeigt sich demnach, was die stationäre Behandlung psychischer Störungen anbelangt, kein wesentlicher Unterschied zu jüngeren Beschäftigten.

## Neubildungen

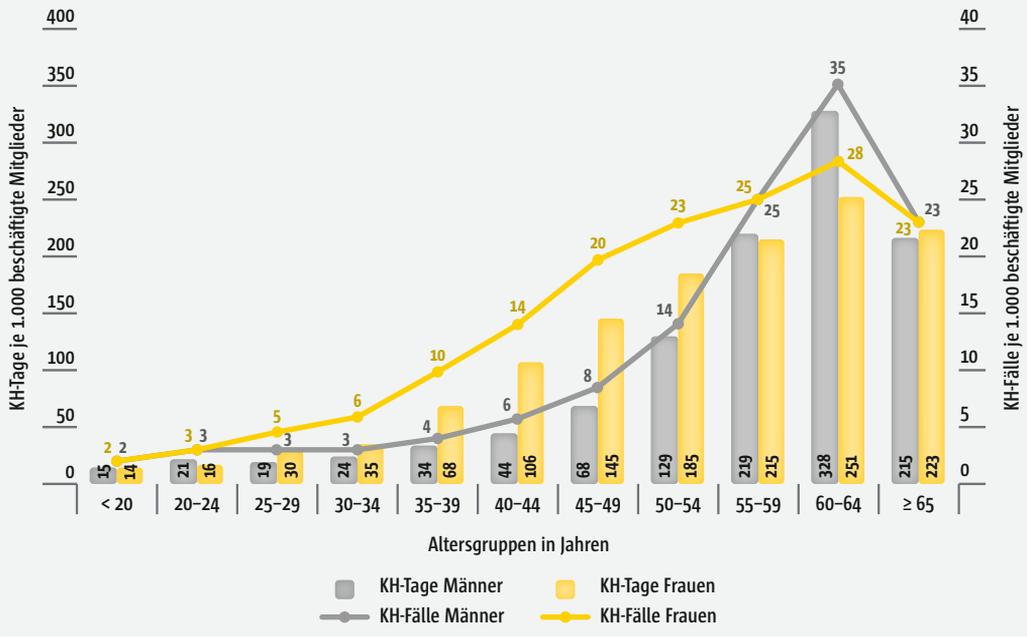
Bei den Krankenhausbehandlungen aufgrund von Neubildungen zeigt sich bei der alters- und geschlechtsdifferenzierten Darstellung (» Diagramm 3.5.4) die hohe Bedeutung von Brustkrebs-erkrankungen (C50) bei den Krankenhaus Kennzahlen

jüngerer beschäftigter Frauen. Wie schon zuvor erwähnt, ist das Mammakarzinom die häufigste Krebsart bei Frauen (» Tabelle 3.2.3). Zudem ist zu bedenken, dass Brustkrebs schon früher als andere Krebsarten auftritt: Das mittlere Erkrankungsalter für Brustkrebs liegt einige Jahre unter dem Durchschnitt aller Krebserkrankungen, etwa 3 von 10 betroffenen Frauen sind bei Diagnosestellung jünger als 55 Jahre alt, die Erkrankungsraten steigen dabei schon ab dem 25. Lebensjahr deutlich an<sup>3</sup>. Dementsprechend zeigt sich auch bei den Kennzahlen stationärer Versorgung allgemein aufgrund von Neubildungen schon ab der Altersgruppe der 25-bis 29-Jährigen ein klarer Geschlechtsunterschied, der mit höherem Alter noch deutlich größer wird. Die größte Differenz ist bei den 40- bis 44-jährigen zu finden, bei denen die beschäftigten Frauen rund zweieinhalbmal so viele Behandlungsfälle und -tage aufweisen wie die beschäftigten Männer. Auch danach steigen die Kennzahlen mit höherer Altersgruppe, dabei allerdings bei den Männern deutlicher als bei den Frauen. So weisen dann beide Geschlechter bei den 55- bis 59-jähri-

3 Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (Hrsg.) (2017). Krebs in Deutschland für 2013/2014. RKI, Berlin.

2 Deutsche Rentenversicherung Bund (2017). Rente 2016. DRV, Berlin.

Diagramm 3.5.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Neubildungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



gen etwa gleich viele KH-Fälle und -Tage auf, und bei den 60- bis 64-Jährigen sind es die Männer, die mit 35 KH-Fällen und 328 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigten Mitgliedern die höchsten Werte aller Altersklassen markieren. Bei den Beschäftigten ab 65 Jahren wiederum liegt es auch wieder nahe, dass durch die Berentung von schwer erkrankten Personen hier die Kennzahlen für die verbliebene Beschäftigten dieses Alters deutlich niedriger erscheinen.

### Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

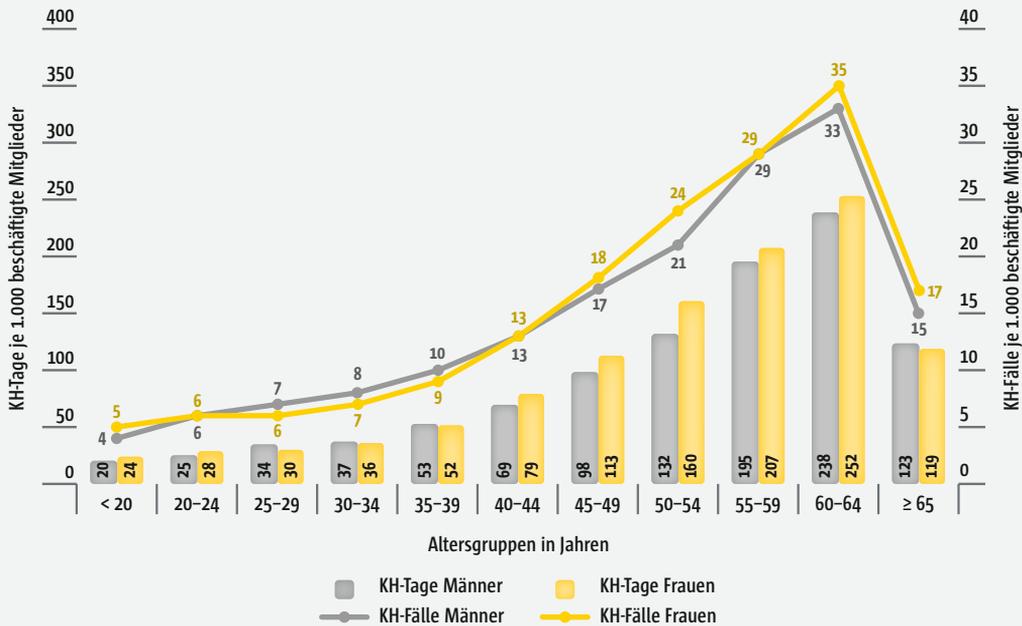
Auch bei den Krankenhausbehandlungen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen (»» Diagramm 3.5.5) zeigen sich Unterschiede zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»» Diagramm 1.5.6). Auffällig ist dabei vor allem, dass zwar die beschäftigten Männer bezüglich AU-Meldungen höhere Kennwerte aufweisen, in der stationären Versorgung die Geschlechtsunterschiede hingegen relativ gering sind. In den Altersgruppen zwischen 45 und 64 Jahren sind jeweils sogar tendenziell mehr KH-Fälle und -Tage bei den Frauen gegenüber den Männern zu verzeichnen. Für beide Geschlechter gilt, dass in jun-

gen Jahren nur relativ selten Krankenhausbehandlungen notwendig sind, aber etwa ab dem 35. Lebensjahr die Kennzahlen stärker zunehmen. Liegen die Fallzahlen bis zur Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen unter 8 Fällen je 1.000 Beschäftigte, die daraus resultierenden Behandlungstage bei unter 40 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte, steigen die Kennzahlen nachfolgend stetig bis zur Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen an: In letztgenannter Altersgruppe sind gegenüber den 30- bis 34-Jährigen fast fünfmal so viele Behandlungsfälle zu verzeichnen, die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage hat sich dabei fast versiebenfacht. Frauen weisen dabei mit 35 KH-Fällen und 252 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder die höchsten Kennwerte im Vergleich aller Altersgruppen auf.

### 3.5.2 Auswertungen nach Regionen

- Sowohl die über als auch die unter 50-jährigen Beschäftigten mit Wohnsitz in Baden-Württemberg weisen die wenigsten stationären Behandlungstage auf.

Diagramm 3.5.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

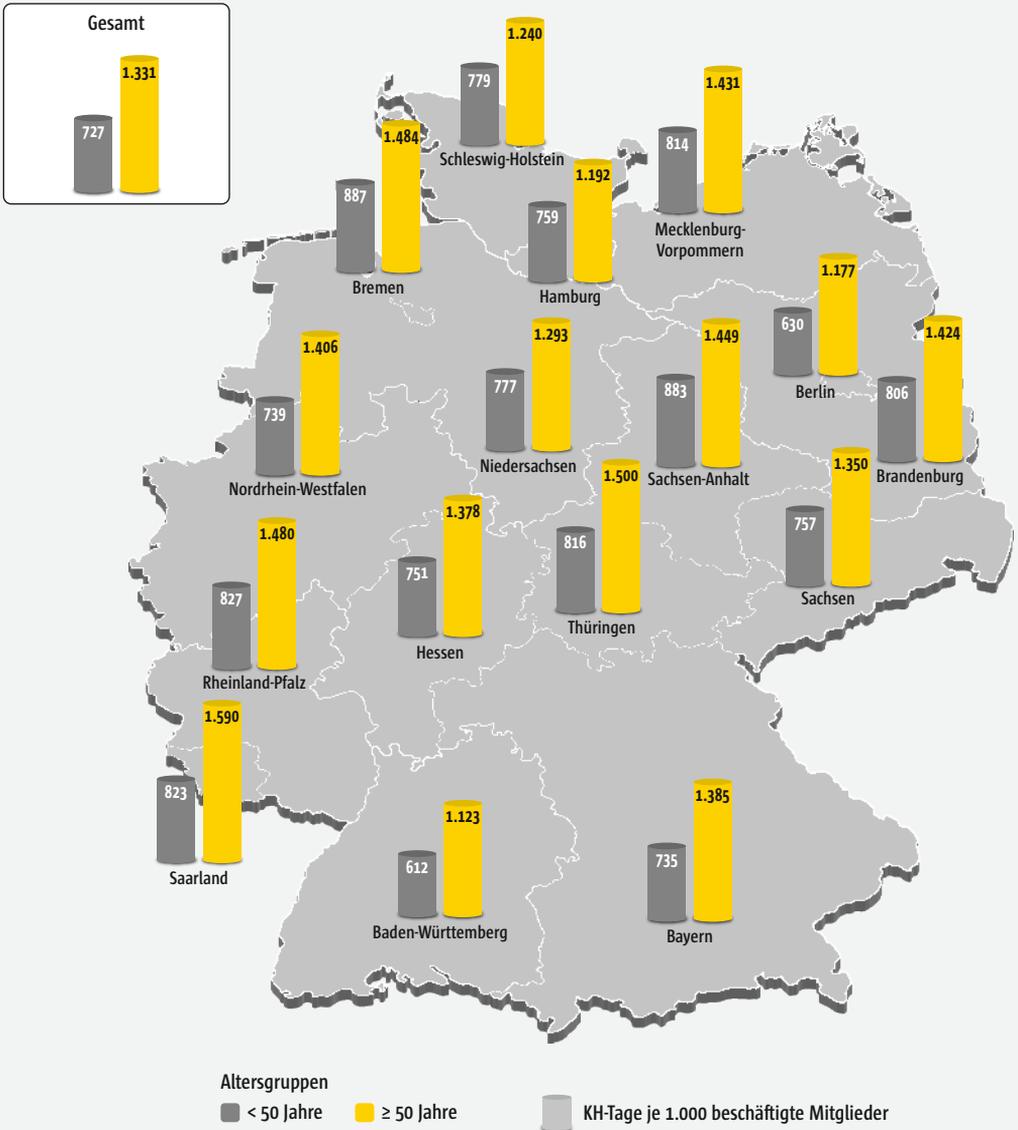


- Besonders groß ist die Differenz zwischen den Altersgruppen im Saarland: Gegenüber den jüngeren Beschäftigten sind diejenigen ab 50 Jahren fast doppelt so viele Tage in stationärer Behandlung. Das Saarland ist gleichzeitig das Bundesland mit den durchschnittlich meisten Behandlungstagen bei den Beschäftigten 50+.

Wie die Regionalanalysen im **III** Kapitel 3.3 gezeigt haben, gibt es auch auf Bundeslandebene deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme stationärer Versorgungsleistungen. Wie dort schon angeführt, lässt sich ein Teil dieser Varianz insbesondere auf Altersunterschiede zwischen den Bundesländern zurückführen. Entsprechend sind bei einer Differenzierung nach Altersgruppen und Bundesländern bezüglich der durchschnittlichen Krankenhaustage der beschäftigten Mitglieder (**III** Diagramm 3.5.6) recht moderate Unterschiede zwischen den Bundesländern zu verzeichnen. Sowohl bei den Beschäftigten jünger als 50 Jahre, als auch bei denjenigen im Alter von 50 Jahren und älter schwanken die Kennwerte um den Mittelwert

mit jeweils 20% Abweichung. Für beide Altersgruppen sind die niedrigsten Werte in Baden-Württemberg vorzufinden, bei den Jüngeren sind die meisten KH-Tage in Bremen zu verzeichnen, bei den Älteren ist hingegen das Saarland dasjenige Bundesland mit den durchschnittlich meisten Behandlungstagen. Gerade letzteres ist bemerkenswert, weist doch das Saarland für die Gruppe aller Versicherten zwar überdurchschnittliche, aber nicht die höchsten Kennwerte auf (**III** Diagramm 3.3.1). In diesem Bundesland weisen die Beschäftigten 50+ fast doppelt so viele KH-Tage auf wie die jüngeren Beschäftigten dort. Ein ähnliches Bild, aber auf anderem Niveau, zeigt sich auch in Bayern: Für die Versicherten insgesamt ist die Anzahl an stationären Behandlungstagen sehr niedrig, für die Beschäftigten 50+ ist hingegen der Kennwert überdurchschnittlich. Relativ geringe Unterschiede zwischen Jüngeren und Älteren existieren hingegen in Hamburg und Schleswig-Holstein: Bei den Beschäftigten jünger als 50 Jahre ist die Anzahl an Behandlungstagen dabei überdurchschnittlich, die Beschäftigten 50+ weisen hingegen deutlich unterdurchschnittliche Werte auf.

Diagramm 3.5.6 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)



### 3.5.3 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Die Beschäftigten 50+ im Bereich Verkehr und Lagerei weisen insgesamt die meisten Krankenhaustage auf, gefolgt von der Wirtschaftsgruppe Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung.
- Die meisten Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen sind bei den Beschäftigten 50+ in der Wirtschaftsgruppe Gesundheits- und Sozialwesen zu finden.

Wie in diesem Kapitel schon vielfach deutlich wurde, haben auch die arbeitsweltlichen Bedingungen auf die Inanspruchnahme der stationären Versorgung einen besonderen Einfluss. Dies zeigt sich auch in **»** Tabelle 3.5.1. Für die Beschäftigten jünger als 50 Jahre sind die im Durchschnitt wenigsten Krankenhaustage im Bereich Informatik und Kommunikation zu verzeichnen, demgegenüber weisen die gleichaltrigen Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen über 50% mehr Behandlungstage auf, der Spitzenwert in diesem Vergleich (572 KH-Tage vs. 876 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Die zweitmeisten Behandlungstage sind wiederum für die Beschäftigten in privaten Haushalten zu ver-

**Tabelle 3.5.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)**

Wirtschaftsabschnitte	< 50 Jahre	≥ 50 Jahre
	KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
Verkehr und Lagerei	744	1.456
Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung	648	1.444
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	811	1.398
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	780	1.386
Verarbeitendes Gewerbe	665	1.337
<b>Gesamt</b>	<b>727</b>	<b>1.331</b>
Gastgewerbe	699	1.298
Gesundheits- und Sozialwesen	876	1.285
Kunst, Unterhaltung und Erholung	640	1.267
Baugewerbe	622	1.261
Energieversorgung	582	1.255
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	697	1.210
Erziehung und Unterricht	691	1.171
Sonstige Dienstleistungen	709	1.157
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	619	1.136
Grundstücks- und Wohnungswesen	648	1.128
Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	577	1.118
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	596	1.109
Information und Kommunikation	572	1.099
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	759	1.071
Private Haushalte	818	1.015

zeichnen. An dieser Gruppe sieht man auch die deutliche Wandlung der Kennzahlen, wenn man die Beschäftigten ab einem Alter von 50 Jahren betrachtet: Für die in privaten Haushalten Beschäftigten 50+ sind die wenigsten Behandlungstage aller Wirtschaftsabschnitte zu verzeichnen, die durchschnittliche Anzahl liegt nur rund ein Viertel über den KH-Tagen der jüngeren Altersgruppe. Ähnlich auch bei den Beschäftigten im Bergbau und in der Gewinnung von Steinen und Erden: Bei den unter 50-jährigen ist die Anzahl an Behandlungstagen überdurchschnittlich, bei den älteren Beschäftigten hingegen die zweitniedrigste. Die im Schnitt meisten Behandlungstage in der Altersgruppe 50 Jahre und älter weisen wiederum die Beschäftigten in Verkehr und Lagerei auf, die zweitmeisten sind für den Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung zu verzeichnen. Gerade hier ist auch die größte Differenz zwischen den verglichenen Altersgruppen zu finden, so liegt die Anzahl bei den Beschäftigten ab 50 Jahren 123% über dem Wert der jüngeren. Bei den Beschäftigten in der Energieversorgung beträgt dieser Unterschied rund 116%, auch immerhin mehr als verdoppelt haben sich die Behandlungstage beim Bau- sowie beim verarbeitenden Gewerbe, diese Steigerung findet aber auf niedrigerem Niveau statt. Insgesamt sind in der stationären Versorgung im Vergleich zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (III Kapitel 1.5.3) zumindest bei den Beschäftigten 50+ in etwa diejenigen Wirtschaftsgruppen mit hohen/niedrigen Kennwerten vorzufinden, die auch hohe bzw. niedrige Fehlzeiten aufweisen, allerdings ist dabei die Varianz der Kennwerte nicht so groß wie im AU-Geschehen. Außerdem sind die Fehlzeiten in den Wirtschaftsgruppen in beiden Altersgruppen in den meisten Fällen jeweils über- oder unterschiedlich. In der stationären Versorgung hingegen sind die Kennwerte teils deutlich gegenläufig, was darauf hinweist, dass sich darin nicht allein die alltäglichen tätigkeitsbedingten Belastungen widerspiegeln.

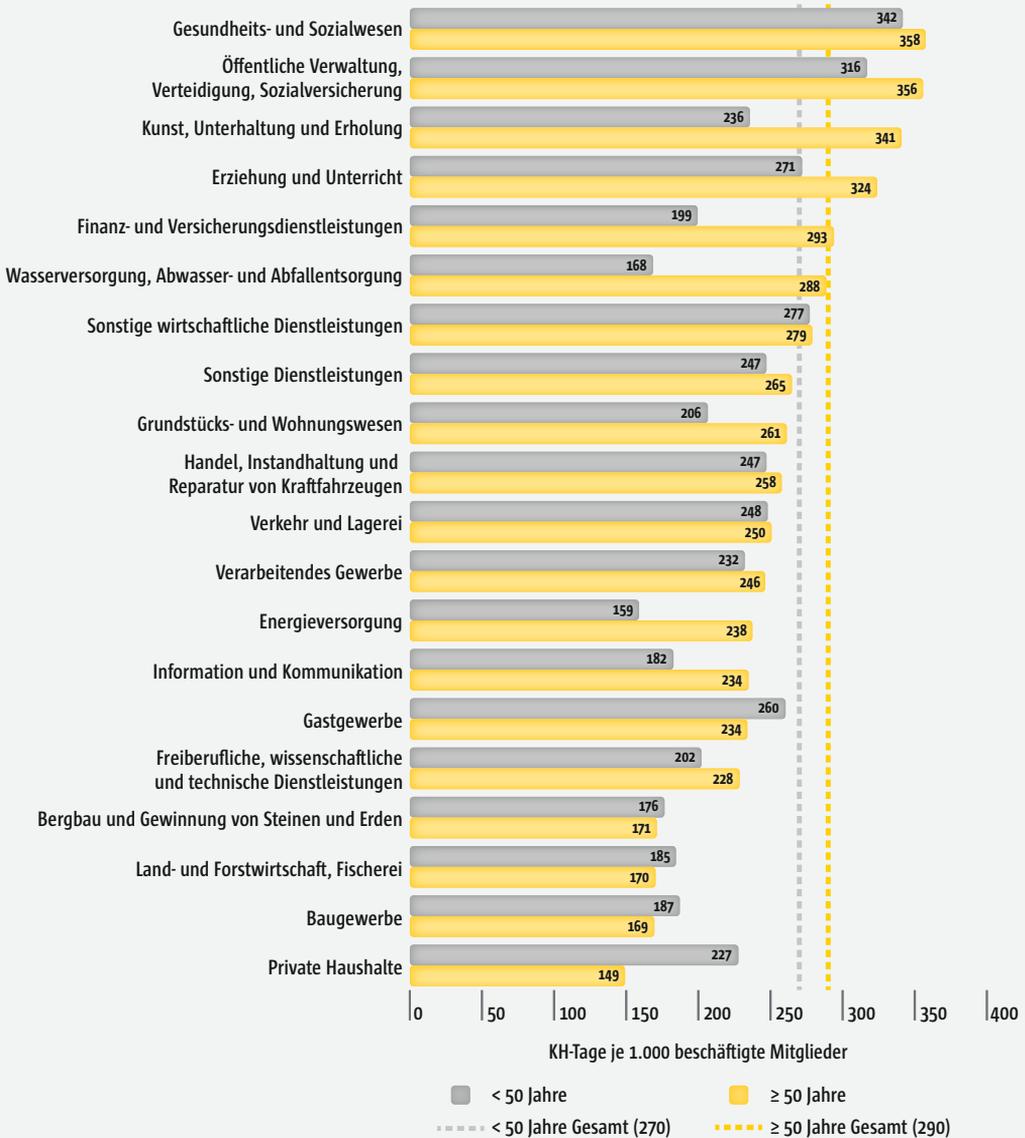
Um mögliche arbeitsspezifische Belastungen erkennen zu können, sind nachfolgend für die Wirtschaftsgruppen die Anzahl an Behandlungstagen für die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen – psychische Störungen, Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen – dargestellt.

Wie das III Diagramm 3.5.7 erkennen lässt, schwanken die KH-Tage aufgrund psychischer Störungen innerhalb der Altersgruppen deutlich. Die wenigsten Krankenhaustage aufgrund von psychischen Störungen bei den Beschäftigten unter 50 Jahren sind dabei in den Wirtschaftsgruppen Energie-

versorgung zu verzeichnen, gefolgt von der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie dem Bergbau und der Gewinnung von Steinen und Erden. Hier sei allerdings angemerkt, dass dies Wirtschaftsgruppen sind, bei denen ein sehr geringer Frauenanteil (weniger als ein Drittel) vorhanden ist. Für Wirtschaftsgruppen mit hohem Frauenanteil sind entsprechend der Erkenntnis, dass Frauen insgesamt häufiger von psychischen Störungen betroffen sind und stationär behandelt werden, höhere Kennwerte zu erwarten. So ist es auch das Gesundheits- und Sozialwesen mit einem Frauenanteil über 80%, für die die meisten Behandlungstage dokumentiert sind, gefolgt von der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung. Diese beiden Wirtschaftsgruppen weisen auch bei den Beschäftigten 50+ die meisten Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen auf, wobei dabei jeweils die Steigerungsraten der Älteren gegenüber den Jüngeren gering sind. Wie schon bezüglich III Diagramm 3.5.3 dargelegt, ist die Varianz mit dem Alter ohnehin gering. Das zeigt sich auch bei der Differenzierung nach Wirtschaftsgruppen, wobei mit einem Plus von +72% die größte altersabhängige Steigerungsraten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung zu finden ist. Besonders sind in diesem Vergleich auch wieder die in privaten Haushalten Beschäftigten: Hier ist von allen Wirtschaftsgruppen der Frauenanteil am höchsten, allerdings ist hier in beiden Altersgruppen die Anzahl der Behandlungstage unterdurchschnittlich, wobei der Wert bei den Beschäftigten ab 50 Jahren sogar nur etwa zwei Drittel der KH-Tage bei den Jüngeren beträgt und damit den insgesamt niedrigsten Wert darstellt.

Wie zu erwarten war, variiert die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage aufgrund von Neubildungen sowohl zwischen den Wirtschaftsgruppen als auch zwischen den Altersgruppen (III Diagramm 3.5.8). Bei den Beschäftigten, die jünger als 50 Jahre sind, fallen nur relativ wenige Behandlungstage an, die meisten noch in den privaten Haushalten, gefolgt von der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung. Deutlich am geringsten ist die Anzahl der KH-Tage bei beiden Altersgruppen in Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden. Die höchsten Werte bei den Beschäftigten 50+ sind hingegen in der Wirtschaftsgruppe Verkehr und Lagerei gefolgt vom Baugewerbe zu finden. Gerade bei letztgenannter Wirtschaftsgruppe ist der Unterschied zwischen den Altersgruppen besonders groß: Die

Diagramm 3.5.7 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)

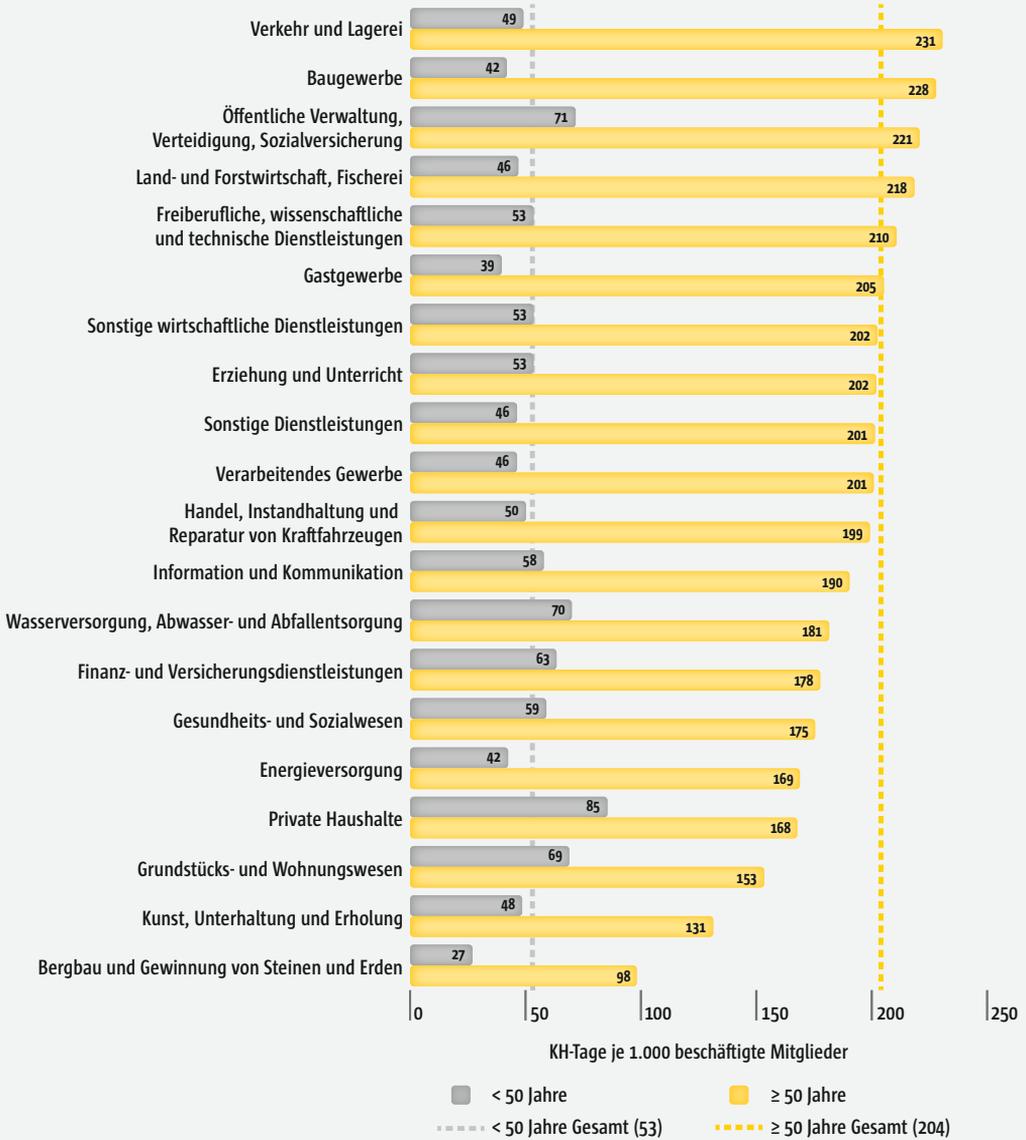


Beschäftigten ab 50 Jahren waren mehr als fünfmal so viele Behandlungstage aufgrund von Neubildungen im Krankenhaus als ihre jüngeren Kollegen. Ähnlich hoch ist die Steigerungsrate auch im Gastgewerbe.

Abschließend sind die stationären Behandlungstage differenziert nach Wirtschaftsgruppen für die

Muskel-Skelett-Erkrankungen dargestellt (III Diagramm 3.5.9). Auch hier sind, wie zu erwarten war, die Behandlungstage bei den unter 50-jährigen relativ gering, am höchsten noch in der Wirtschaftsgruppe Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden mit Abstand gefolgt von der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung.

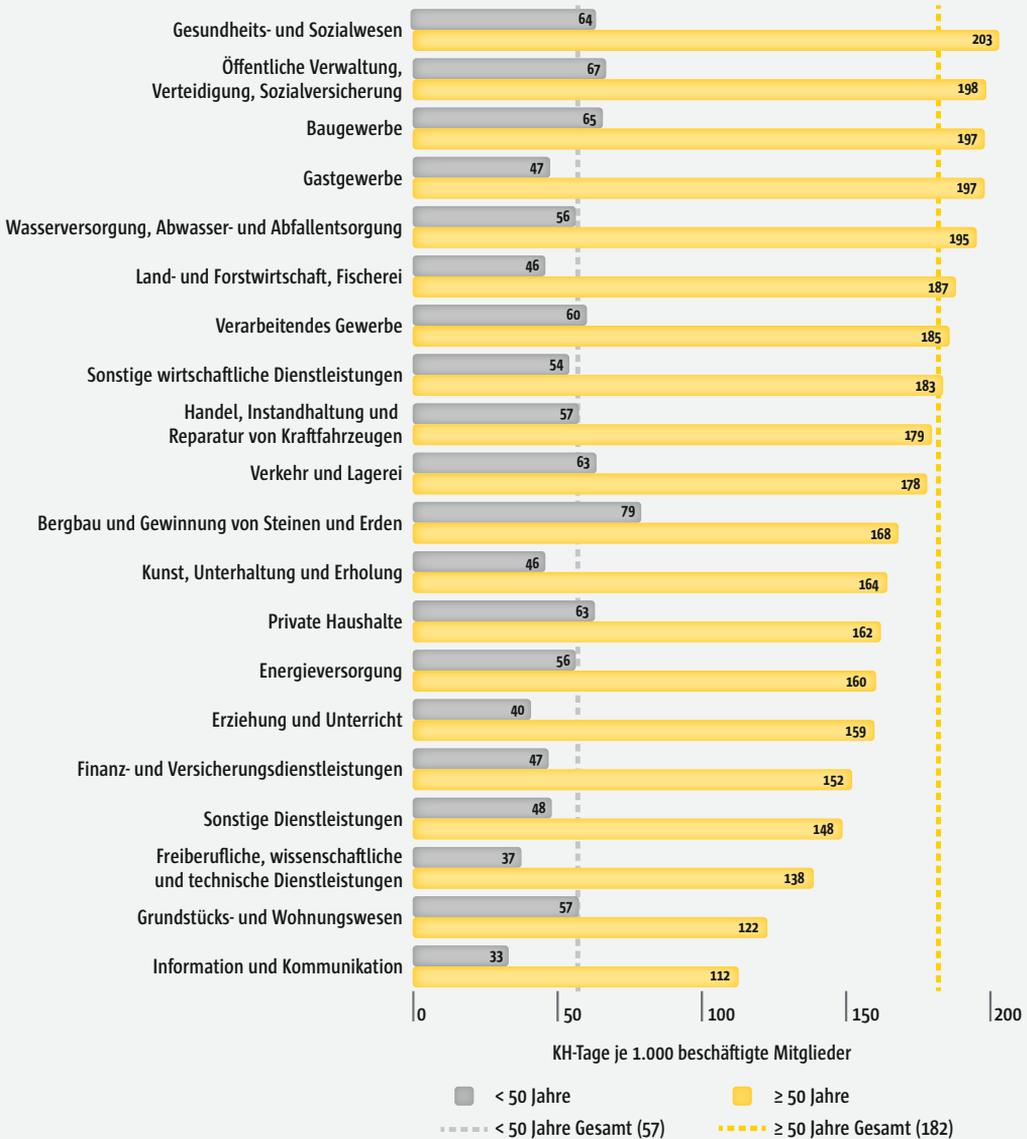
**Diagramm 3.5.8 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Neubildungen nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)**



Demgegenüber weniger als die Hälfte an Behandlungstagen weisen die jüngeren Beschäftigten im Bereich Information und Kommunikation auf. Letztgenannte Wirtschaftsgruppe hat auch den letzten Platz im Vergleich der Wirtschaftsgruppen bei den Beschäftigten 50+ inne, gefolgt vom Grundstücks- und Wohnungswesen. Die höchste Anzahl

an KH-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen ist hingegen bei den Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie im Baugewerbe zu finden. Bei diesen waren allerdings die Kennwerte auch bei den jüngeren schon überdurchschnittlich. Sehr groß ist der

Diagramm 3.5.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Wirtschaftsabschnitten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)



Unterschied zwischen den Altersgruppen bei den im Gastgewerbe Beschäftigten sowie in Land-/Forstwirtschaft und Fischerei: Bei beiden beträgt die Steigerungsrate von den Jüngeren zu den Älteren mehr als das Vierfache.

### 3.5.4 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Die meisten Behandlungstage bei den Beschäftigten 50+ weisen die Sicherheitsberufe, gefolgt von den Verkehrs- und Logistikberufen auf.

- Bei den älteren Beschäftigten sind es die in Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen Tätigen, die die meisten Behandlungstage aufgrund von Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen aufweisen.
- Weniger altersabhängig im Hinblick auf stationär zu behandelnde Muskel-Skelett-Erkrankungen scheinen die IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufe, welche die geringste Anzahl an Behandlungstagen aufweisen.

Die Differenzierung nach Berufsgruppen erlaubt eine spezifischere Analyse der Tätigkeiten, wobei es oft auch eine – mal mehr, mal weniger große – Überschneidung zu den Erkenntnissen bezüglich der Wirtschaftsgruppen gibt. So sind in der diagnoseunabhängigen Betrachtung der Behandlungstage nach Alters- und Berufsgruppen (»»» Tabelle 3.5.2) auch eine deutlich überdurchschnittliche Anzahl an KH-Tagen bei den Beschäftigten jünger als 50 Jahre für die medizinischen und nicht-medizinischen Ge-

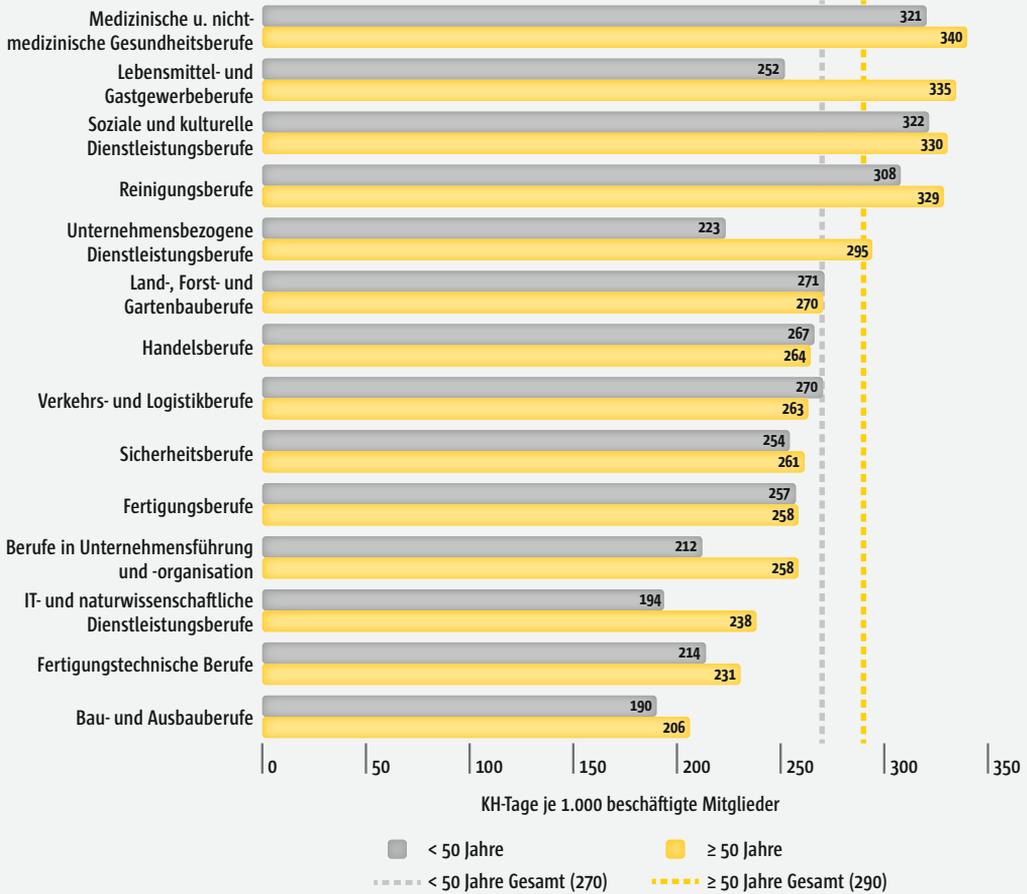
sundheitsberufe – welche hauptsächlich in der Wirtschaftsgruppe Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten – zu verzeichnen. Höher ist bei den jüngeren Beschäftigten nur die Behandlungstageanzahl bei den Reinigungsberufen. Die mit Abstand wenigsten KH-Tage weisen hierbei wiederum die IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufe, gefolgt von den Bau- und Ausbauberufen sowie den fertigungstechnischen Berufen auf. Bei den Beschäftigten 50+ sind es hingegen die Sicherheitsberufe gefolgt von den Verkehrs- und Logistikberufen, die die meisten Behandlungstage aufweisen. Die wenigsten Behandlungstage in dieser Altersgruppe sind für die Berufe in Unternehmensführung und -organisation sowie für die unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufe auszumachen.

Das »»» Diagramm 3.5.10 stellt die Anzahl an Behandlungstagen aufgrund psychischer Störungen nach Alters- und Berufsgruppen dar. Hier ist besonders augenfällig, dass bei vielen der dargestellten Berufssegmente kein besonders großer Unterschied zwischen den Altersgruppen besteht. Die größte Dif-

**Tabelle 3.5.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)**

KldB-2010-Code	Berufssegmente	< 50 Jahre	≥ 50 Jahre
		KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
S51	Sicherheitsberufe	831	1.570
S52	Verkehrs- und Logistikberufe	781	1.468
S12	Fertigungsberufe	716	1.468
S53	Reinigungsberufe	897	1.450
S21	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe	719	1.441
S14	Bau- und Ausbauberufe	624	1.353
	<b>Gesamt</b>	<b>727</b>	<b>1.331</b>
S13	Fertigungstechnische Berufe	629	1.329
S11	Land-, Forst- und Gartenbauberufe	679	1.317
S22	Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe	842	1.263
S23	Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	768	1.218
S41	IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe	562	1.177
S31	Handelsberufe	742	1.164
S33	Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe	652	1.162
S32	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	635	1.128

Diagramm 3.5.10 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)

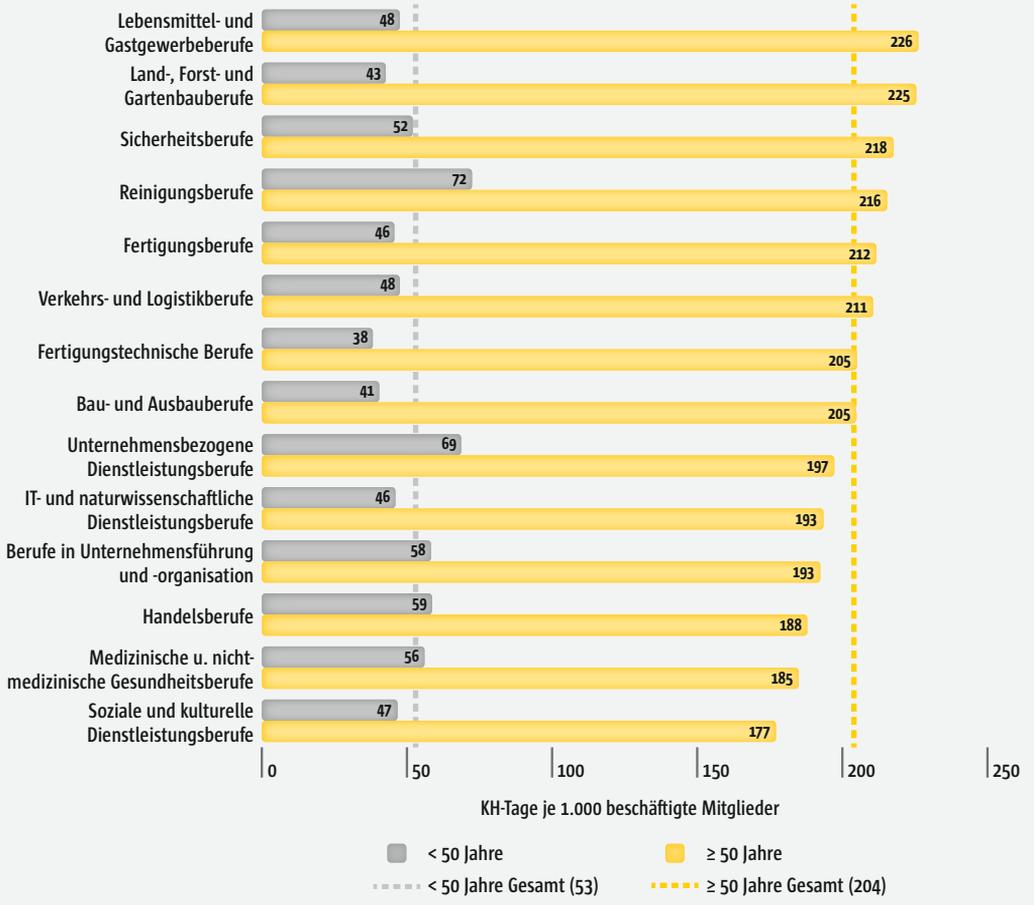


ferenz ist bei den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen mit fast einem Drittel mehr Behandlungstagen bei den Beschäftigten 50+ gegenüber den jüngeren Berufskollegen zu finden. Damit weist diese Berufsgruppe bei den älteren Beschäftigten die zweitmeisten Krankenhaustage auf, nur noch übertroffen von den medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen. Damit zeigt sich bei den Berufsgruppen – stärker noch als bei den Wirtschaftsgruppen – ein Zusammenhang zum Frauenanteil unter denjenigen, die in diesen Berufen arbeiten: Bei stark frauendominierten Berufen (medizinische und nicht-medizinische Gesundheitsberufe, Reinigungsberufe sowie soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe weisen einen Frauenanteil > 75% auf) sind in beiden Altersgruppen die Werte überdurchschnitt-

lich. Hohe Anteile von Männern (z.B. Bau- und Ausbauberufe, Fertigungs- und fertigungstechnische Berufe > 80%) gehen hingegen meist mit unterdurchschnittlichen Werten einher.

Mehr Varianz ist dagegen bei den Kennzahlen bezüglich stationärer Behandlungen aufgrund von Neubildungen vorzufinden (III Diagramm 3.5.11). Hier sind es die Reinigungsberufe, die bei den unter 50-Jährigen durchschnittlich die meisten Behandlungstage aufweisen. Demgegenüber fast nur die halbe Anzahl an KH-Tagen ist für die fertigungstechnischen Berufe dokumentiert. Auch die weiteren stark männerdominierten Berufe weisen bei dieser Altersgruppe unterdurchschnittliche Kennwerte auf. Bei den fertigungstechnischen Berufen ist allerdings auch die Differenz zu den älteren

Diagramm 3.5.11 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Neubildungen nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)

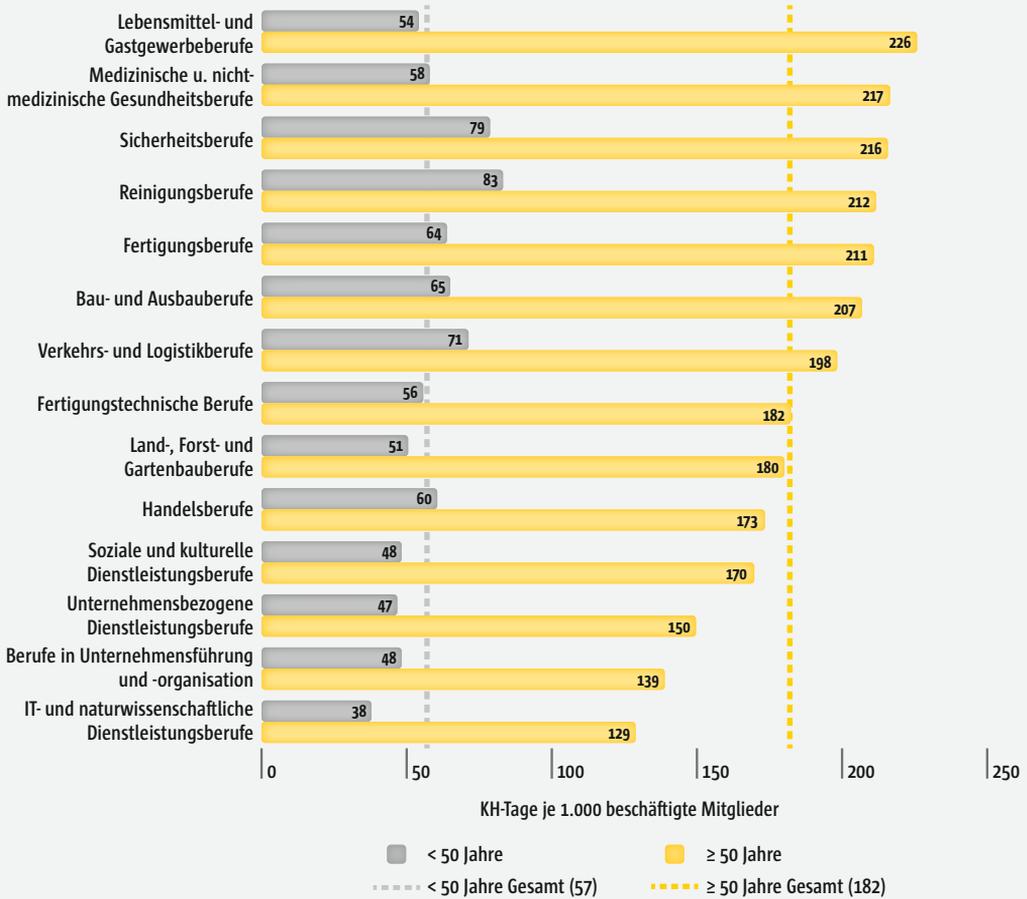


Berufskollegen mit mehr als dem Fünffachen besonders groß. Ähnlich groß ist dieser Altersgruppenunterschied bei den Land-, Forst und Gartenbauberufen, welche die zweitmeisten Behandlungstage bei den Beschäftigten 50+ innehaben – nur noch übertroffen von den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen. Die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe sowie die medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufe – bei den psychischen Störungen noch mit den höchsten Kennwerten – weisen bei den Neubildungen hingegen die wenigsten Behandlungstage für die Altersgruppe der Beschäftigten ab 50 Jahren auf. Wie daraus abzulesen ist, ist der Einfluss des Geschlechts nicht so eindeutig, vielmehr lassen sich auch andere Einflüsse zumindest vermuten. So ist z.B. zu berücksichti-

gen, dass Krebsvorsorgeuntersuchungen besonders bei den medizinischen Berufen am stärksten wahrgenommen werden und dadurch bei diesen der sehr niedrige Wert bei den Beschäftigten 50+ erklärt werden kann. Die berufsbedingte Exposition gegenüber karzinogenen Stoffen wie etwa Zigarettenrauch (besonders im Gastgewerbe) oder Chemikalien (z.B. in Düngemitteln, Lacken, Klebstoffen, Reinigungsmitteln etc.) kann weiterhin Auslöser einer Krebserkrankung sein.

Abschließend führt das **III** Diagramm 3.5.12 die Behandlungstage unterteilt nach Alters- und Berufsgruppen für die Muskel-Skelett-Erkrankungen auf. Die meisten Behandlungstage sind für diese Erkrankungsart bei den Beschäftigten jünger als 50 Jahre in Reinigungsberufen sowie in Sicherheitsberufen zu

Diagramm 3.5.12 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Berufssegmenten und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)



verzeichnen. Die IT- und naturwissenschaftlichen Berufe weisen auch hierbei die geringste Anzahl an Krankenhaustagen auf, was auch wiederum für die Beschäftigten 50+ gilt. Die meisten Behandlungstage bei den Älteren weisen wiederum die Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe auf, gefolgt von den medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen. Somit zeigt sich hier ein zumindest in Teilen anderes Bild des Krankheitsgeschehens als bei

den AU-Meldungen: Zwar spiegeln sich im stationären Sektor diejenigen Berufe ebenso mit wenigen Behandlungstagen wider, die auch nur wenige AU-Fehltag aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen aufweisen (»»» Diagramm 1.5.12). Die hohen Werte bei den Beschäftigten 50+ in den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen sowie den medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen finden hingegen keine Entsprechung in den AU-Statistiken.

## 3.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die stationäre Versorgung ist wesentlich dadurch geprägt, dass diese vor allem auf die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen ausgerichtet ist. Ist zwar der weitaus größte Teil der Versicherten (ca. 91%) irgendwann im Laufe eines Jahres in ambulanter Behandlung gewesen, so musste nur ein relativ kleiner Teil in stationäre Behandlung: Nur rund 13% der Versicherten betraf dies im Jahr 2017, darunter vor allem Ältere im Rentenalter. Entsprechend sind die meisten Behandlungsfälle, wenn man das Gesamtgeschehen in diesem Versorgungssektor betrachtet, auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen: Jeder siebte Behandlungsfall geht auf diese Erkrankungsart zurück. Aber auch die psychischen Störungen haben in der stationären Versorgung eine besondere Rolle inne, da hierbei die Behandlungsfälle im Schnitt deutlich länger als bei allen anderen Erkrankungsarten dauern, entsprechend viele Langzeitfälle darauf zurückgehen und schließlich die meisten Behandlungstage aufgrund einer solchen Erkrankung erfolgen. Im Vergleich der Versichertengruppen ist dabei besonders auffällig, dass insbesondere Arbeitslose davon mehr betroffen und häufiger in stationärer Behandlung waren.

Auch in der Gruppe der beschäftigten Mitglieder (von denen nur rund 9% stationäre Versorgungsleistungen in Anspruch genommen haben) sind es die psychischen Störungen, welche für die mit Abstand meisten Behandlungstage ursächlich sind. Insgesamt zeigen die arbeitsweltlichen Analysen zum Leistungsgeschehen in der stationären Versorgung einige Übereinstimmungen mit dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen: Bestimmte Wirtschaftsgruppen und Berufe fallen in beiden Leistungsbereichen durch hohe Kennwerte auf – andere sind hingegen sowohl von Arbeitsunfähigkeit als auch von stationärem Behandlungsbedarf deutlich seltener betroffen. Auch zeigt sich ein dem AU-Geschehen ähnliches Muster bei den Krankenhausfällen und -tagen je nach Anforderungsniveau und Führungs- bzw. Aufsichtsfunktion: Je höher das Anforderungs-

niveau der Tätigkeit, desto niedriger sind die Fallzahlen und die darauf zurückzuführenden Krankenhaustage. Dies passt wiederum zu den Ergebnissen bezüglich Schul- und Berufsabschluss: Auch hier sind mit höherer Qualifikation die Kennwerte niedriger. Verschiedene Gründe sind dafür denkbar, so geht möglicherweise mit höherer beruflicher Bildung auch größeres Gesundheitswissen sowie ein stärkeres Bewusstsein für die eigene psychische und physische Gesundheit genauso wie eine höhere Motivation, diese zu erhalten oder zu verbessern, einher. Außerdem geht ein höheres (Aus-)Bildungsniveau in der Regel mit vielfältigeren Möglichkeiten bei der beruflichen Entwicklung und größeren Aufstiegschancen einher. Zudem sind die Tätigkeiten bei höherer beruflicher Stellung andere, die damit verbundenen Belastungen verschieben sich hin zu mehr „Kopfarbeit“. Nicht zuletzt sind bei diesen Beschäftigten die finanziellen Mittel für gesundes Verhalten genauso wie für die Kompensation von Einschränkungen durch Erkrankungen größer. Weitere Lebensumstände wie etwa die soziale Unterstützung, Wohnumfeld etc. hängen ebenso letztendlich in großen Teilen von Bildung und Einkommen ab.

Dennoch bleibt weiter zu berücksichtigen, dass die stationäre Versorgung eben nur ein relativ kleiner und – durch den Bezug auf vorwiegend schwere Erkrankungsfälle – exzeptioneller Ausschnitt des Krankheitsgeschehens ist. Entsprechend zeigen sich Auswirkungen von Arbeitsbelastungen nicht so direkt wie im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Zwar zeigen sich auch bei den zum Schwerpunktthema durchgeführten Analysen oftmals hohe Kennwerte bei bestimmten Wirtschafts- bzw. Berufsgruppen, die auch im AU-Geschehen auffällig waren. Gleichen sich aber beispielsweise im AU-Geschehen die Berufs- bzw. Wirtschaftsgruppen mit über- bzw. unterdurchschnittlich vielen Fehltagen in den jüngeren und älteren Kohorten stark, ist dies in der stationären Versorgung weit weniger der Fall. Dies kann darin begründet sein, dass im stationären Sektor mög-

licherweise stärker als im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen branchenspezifische Selektionseffekte sichtbar werden: Sind die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten besonders belastend, sind auch schon bei den jüngeren Beschäftigten überdurchschnittlich viele Fehltag zu verzeichnen, was sich auch bei den älteren Beschäftigten fortsetzt. Im Laufe ihres Erwerbslebens wechseln Beschäftigte aber auch vermehrt auf Arbeitsplätze, die weniger belastend sind, oder sie wechseln die Branche bzw. sogar den Beruf. Dies dürfte besonders für diejenigen gelten, die sehr stark beansprucht sind und bei denen ein höheres Risiko besteht, eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen zu müssen. Dabei spielen aber natürlich auch die in der Branche vorhandenen Aufstiegsmöglichkeiten, Zukunftschancen und die Durchlässigkeit zu anderen Branchen und damit verbundenen Wahlmöglichkeiten eine Rolle.

Für Unternehmen kann dies natürlich letztendlich bedeuten, dass diese beim Aufbau von Fach- und Führungskräften im Unternehmen genauso wie bei deren Anwerben nicht nur unter Konkurrenzdruck stehen, sondern die langfristige Tätigkeit von den Beschäftigten selbst infrage gestellt wird: Manche

Beschäftigte können oder wollen keine Berufslaufbahn bis zur Rente durchhalten. Aufgrund des demografischen Wandels fehlen zunehmend auch die Nachwuchskräfte. Für Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet dies wiederum, dass dabei nicht erst bei den älteren Beschäftigten altersgerechtes Arbeiten gestaltet werden sollte, sondern dieser Prozess bereits bei den Jüngeren ansetzen muss, um Langzeiterkrankungen insbesondere im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten bzw. einem vorzeitigen Berufsausstieg vorzubeugen. Daran schließt sich wiederum genauso logisch an, für die älteren Beschäftigten proaktiv Angebote zur Gesundheitsförderung genauso wie eine Planung der weiteren Berufslaufbahn samt Berufsausstiegszeit sowie eine individuelle Arbeitsgestaltung anzubieten. Dabei dient dies nicht nur dazu, einen vorzeitigen Ausstieg zu verhindern, sondern ermöglicht es erst, das vorhandene Potenzial der Mitarbeiter auszuschöpfen. Wie alter(n)gerechtes Arbeiten erfolgreich gestaltet und umgesetzt werden kann, zeigen die Gastbeiträge im diesjährigen **» Schwerpunkt Praxis anhand der dort beschriebenen Unternehmensbeispiele.**





# Schwerpunkt Politik



## Interview mit Jörg Schlagbauer



**Jörg Schlagbauer**  
Stellvertretender Vorsitzender  
des Betriebsrats AUDI AG,  
Inngolstadt  
Vorsitzender IG Metall VKL bei  
AUDI AG, Inngolstadt  
Aufsichtsrat der AUDI AG

**Wie werden sich Ihrer Ansicht nach Arbeit und Arbeitsmarkt in den nächsten Jahren entwickeln? Welche Rolle wird dabei der demografische Wandel spielen?**

Digitalisierung und Globalisierung krepeln im gegenseitigen Zusammenspiel unsere Arbeitswelt um – und zwar rasant. Produkte, Prozesse, Produktion und Personal: Alles wird sich verändern. Die große Transformation in Industrie und bei Dienstleistungen fordert Betriebsräte und Unternehmensleitungen organisatorisch und strategisch. Wirtschaftlichkeit im globalen Wettbewerb sowie Sicherheit der heimischen Standorte und Arbeitsplätze mithilfe der Digitalisierung sind dabei die zentralen Punkte. Der demografische Wandel stellt eine zusätzliche Herausforderung in diesem Umbruch von Gesellschaft und Wirtschaft dar. Nur gemeinsam können Unternehmen, Gewerkschaften und Betriebsräte diesen Wandel gestalten. Der bisherige Pauschal-Lösungsansatz der Politik, Renteneintrittsalter für alle rauf, ist weder sinnvoll mit den unterschiedlichen Arbeitsbiografien der betroffenen Beschäftigten noch mit den Erfordernissen der Unternehmen in Einklang zu bringen. Die sogenannte Flexi-Rente, die 2017 eingeführt wurde, er-

öffnete hier Spielräume, ist aber noch nicht zwingend der Weisheit letzter Schluss.

Ich bin überzeugt, dass den Betriebskrankenkassen bei der Bewältigung der demografischen Herausforderungen eine wichtige Rolle zukommt. Stichworte sind hierbei Prävention im Bereich Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit, Abbau psychischer Belastungen im Arbeitsalltag und Förderung der Work-Life-Balance. Deshalb ist es von zentraler Bedeutung für Betriebskrankenkassen als Partner der Belegschaften, der Betriebe und der betrieblichen Arbeitnehmervertretungen, sich hier verstärkt zu Wort zu melden.

Die Belastungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nehmen zwangsläufig im Zusammenhang mit der Digitalisierung zu. Veränderung bedeutet immer auch Stress für die Beschäftigten. Durch das Internet of Things, Mensch-Roboter-Kollaboration, agile Arbeitsformen, Crowd- und Cloud-Working und vieles mehr ergeben sich technologische und gesellschaftliche Umbrüche, deren Ausgang noch nicht absehbar ist. Unsere heute sich stetig erlebbar verändernde „neue Arbeitswelt“ erzeugt schon jetzt bei den betroffenen Kolleginnen und Kollegen Unbehagen und Furcht vor dem Unbekannten und Unsicherheit für die eigene Zukunft. Um Aufmerksamkeit buhlende Prognosen von Unternehmensberatungen und Wissenschaftlern, die mit Kahlschlagsvisionen die Medien füttern, tun das Übrige hinzu. Klar ist, dass einige klassische Berufsbilder und Arbeitsplätze wegfallen werden, dafür aber neue qualifizierte Tätigkeiten mit entsprechenden Anforderungen entstehen. Diesen Prozess gilt es zu gestalten. Hier sind, wie eingangs schon erwähnt, alle Sozialpartner gefordert. Wir müssen den Kolleginnen und Kollegen Mut machen, die Zukunft anzupacken und sie dabei unterstützen, die Herausforderungen zu meistern.

**Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für Arbeitswelt und Unternehmen? Werden wir z.B. alle zukünftig länger arbeiten müssen?**

Parallel zum Wandel der Arbeitswelt wird die deutsche Gesellschaft immer älter, falls die Geburtenrate weiterhin auf niedrigem Niveau verharrt und wir uns in der Bundesrepublik Deutschland einer klar geregelten Einwanderungspolitik mit entsprechenden Gesetzen verweigern. Es gibt derzeit keine politische Mehrheit hierfür. Diese Blockade ist weitgehend ideologischer Natur und führt zu unkontrollierter Migration und eruptiven politischen Verwerfungen bezüglich dieses Themenkomplexes. Um hier dennoch im globalen Wettbewerb sowohl als Industrie- als auch als Dienstleistungsstandort wirtschaftlich mithalten zu können, hilft uns einerseits die Digitalisierung und andererseits eine weiter steigende Erwerbsquote von Frauen. Hier müssten die Betriebe insgesamt jedoch wesentlich mehr dafür tun, dass gerade Frauen Familie und Beruf besser in Einklang bringen können – ein weiteres gemeinsames Arbeitsfeld für Unternehmensleitungen und Betriebsräte.

Wir sollten in Zukunft in Deutschland weder länger noch kürzer arbeiten müssen, sondern besser und effizienter. Dabei liegen die Chancen von fortschreitender Digitalisierung und umfassender Vernetzung für uns alle im Sinne von guter Arbeit auf der Hand: Die Produktivität kann gesteigert und die Abläufe können flexibler und gleichzeitig präziser gestaltet werden. Durch damit einhergehende Wachstumschancen kann mehr Beschäftigung entstehen. Digitale Assistenz- und Wissenssysteme können Beschäftigte bei der Arbeit unterstützen, sie können schwere, gefährliche oder monotone Arbeit übernehmen und die Lernförderlichkeit des Arbeitsplatzes erhöhen. Digitalisierung ermöglicht in einigen Bereichen von produzierenden Industrieunternehmen und vielen Branchen auch mobiles Arbeiten. Das eröffnet die Chance, privates und berufliches Leben besser zu vereinbaren. Die Betreuung von Kindern, die Pflege von Angehörigen, aber auch Hobbys können so flexibler mit den beruflichen Erfordernissen in Einklang gebracht werden.

Andererseits entstehen durch die Digitalisierung stetig auch neue Arbeitsplätze mit veränderten Anforderungen an die Beschäftigten. Mit fortschreitender Digitalisierung wird es deutliche Verschiebungen bei den Kern-Anforderungen an Arbeitskräfte geben. Dabei handelt es sich um Fähigkeiten kognitiver, sozialer wie persönlicher Art, von Selbstlernen bis zu Kreativität, von grundlegenden

IT-Kenntnissen bis zu Systemdenken. Die Kolleginnen und Kollegen in den Betrieben können den Weg in die digitalisierte Arbeitswelt also nur dann mitgehen, wenn ihr Zugang zu beruflicher Bildung sowie systematischer Weiterbildung geegnet ist und Bildungsformen und -inhalte entsprechend modernisiert sind. Dafür brauchen wir gute Konzepte, angefangen bei der Berufsausbildung über die Weiterbildung am Arbeitsplatz bis hin zur gezielten Qualifizierung für Experten. Und gerade hierbei spielt der demografische Wandel in Deutschland eine wichtige Rolle. Wir müssen die Generation 50+ im Rahmen der digitalen Transformation des Arbeitsmarktes aktiver als bisher in den Wandel einbeziehen: Es muss gezielter Zugang zur digitalen Qualifikation ermöglicht werden, um die langjährige Expertise und Erfahrung im Beruf beispielsweise mit neuen Technologien und Know-how optimal zu verknüpfen.

**Welche Rahmenbedingungen sind dazu allgemein nötig, dass Beschäftigte lange gesund arbeiten können? Was muss dabei auch die Politik an Weichenstellungen vornehmen?**

Arbeitsbedingungen können die Gesundheit von Beschäftigten auf vielfältige Weise beeinflussen. Die Arbeitsgestaltung, die Arbeitsaufgabe sowie psychosoziale Faktoren wie die Zusammenarbeit im Team oder das Betriebsklima nehmen sowohl positiv als auch negativ Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung von Beschäftigten. Diese sehen sich, wie schon erwähnt, in der modernen Arbeitswelt einer permanenten wie grundlegenden Veränderung ihres Arbeitsalltags gegenüber. Wir als Betriebsräte sehen die Gefahr, dass der Arbeitsdruck zukünftig weiter steigen wird. Die Folgen von Dauerstress und Überlastung können beispielsweise psychische Erkrankungen sein. Prävention und Gesundheitsförderung sind daher nicht nur individuelle Aufgabe jedes einzelnen Beschäftigten, sondern werden zur strategischen Führungsaufgabe.

Die AUDI AG bietet im Rahmen ihrer Betriebsvereinbarung „Gesundheit“ beispielsweise bereits seit vielen Jahren den „Audi Check Up“ an. Unsere Beschäftigten können sich freiwillig und kostenlos während der Arbeitszeit von unseren Betriebsärzten untersuchen lassen. Neben einer umfassenden medizinischen Untersuchung gehört auch eine individuelle ärztliche Beratung dazu.

Der jährlich in Kooperation mit der Audi BKK aufgelegte Gesundheitsbericht gibt uns wertvolle und

repräsentative Erkenntnisse über die aktuelle Entwicklung zum Gesundheitsstand bei der AUDI AG. Daraus leiten wir Chancen ab, um zeitnah und flexibel auf die Bedürfnisse unserer Belegschaft reagieren zu können und überprüfen zudem, ob die umgesetzten Maßnahmen auch nachhaltig positive Veränderungen bewirken.

Auch die Bundesregierung muss sich weiter um die Gesundheitsförderung in Betrieben bemühen,

damit sich noch mehr Unternehmen aktiv für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter engagieren. Die Schaffung altersgerechter Arbeitsplätze und eine Kultur des „empowerten“, also selbstbestimmten und selbstorganisierten Arbeitens muss auch von politischer Seite aktiv unterstützt werden. Insbesondere für ältere Arbeitnehmer müssen bessere Möglichkeiten und Anreize geschaffen werden, Erwerbstätigkeit und Rente flexibel zu kombinieren.

## Interview mit Marcus A. Wassenberg



Marcus A. Wassenberg  
Finanzvorstand der  
Rolls-Royce Power Systems AG  
Leitung des Ressorts  
Konzerndienstleistungen

**Wie werden sich Ihrer Ansicht nach Arbeit und Arbeitsmarkt in den nächsten Jahren entwickeln? Welche Rolle wird dabei der demografische Wandel spielen?**

„Das Internet ist nur ein Hype.“ Mit diesem Zitat trug Bill Gates in den 90er-Jahren zu einem der größten Technik-Irrtümer der Geschichte bei. Damals dachte er noch, das Internet wäre nur eine vorübergehende Modeerscheinung. Aus heutiger Sicht ist das unvorstellbar. Was noch in den 90ern das Internet war, ist heute die Digitalisierung. Sie stellt unser Arbeitsleben vor tiefgreifende Herausforderungen. Auch wir als Unternehmen müssen uns diesem Wandel anpassen – sowohl technologisch, als auch bei unseren Arbeitsformen. Waren wir noch vor einigen Jahren ein Dieselmotorenhersteller, so werden wir zukünftig vor allem ein Lösungsanbieter sein. Das heißt, wir stellen Antrieb beziehungsweise Energie zur Verfügung – losgelöst von der Diskussion Diesel, Gas, Hybrid oder Elektro. Aus unserer internen Perspektive werden sich damit die Berufsbilder und Anforderungen deutlich verändern. Haben wir beispielsweise in der Vergangenheit hauptsächlich Dieselingenieure gebraucht, werden zukünftig Kompetenzen im Bereich Automatisierung und Elektro eine Rolle spielen. Jetzt gilt es neue qualifizierte

Fachkräfte zu finden, gleichzeitig aber die Kompetenzen unserer Mitarbeiter weiterzuentwickeln, so dass sie den neuen Berufsbildern und Anforderungen gerecht werden. In einer Zeit, in der die Arbeitnehmer immer älter werden, werden die Mitarbeiter zukünftig einer der größten Risikofaktoren. Bis 2040 wird die Lücke von Fachkräften um mehr als 3,9 Millionen Menschen steigen. Dann wird ein Fünftel der arbeitenden Bevölkerung zwischen 60 und 67 Jahren alt sein. Der Blick auf die Handwerksbetriebe zeigt diese Entwicklung schon heute: In den nächsten Jahren suchen rund 200.000 Handwerksbetriebe Nachfolger. Viele werden voraussichtlich keinen finden. Auch größere Firmen stehen im immer härteren Wettbewerb zu qualifizierten Nachwuchskräften. Nur wer die besten Mitarbeiter hat, kann sich letztlich im Wettbewerb behaupten.

**Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für Arbeitswelt und Unternehmen? Werden wir z.B. alle zukünftig länger arbeiten müssen?**

Noch zur Generation meiner Eltern hat man im Alter von 16 bis 18 Jahren einen einzigen Beruf gelernt und diesen dann bis zur Rente in derselben Firma ausgeübt. Heutzutage sind das nur noch Einzelfälle. Die meisten Mitarbeiter arbeiten nicht mehr ihr ganzes Leben lang in einer Firma und suchen sich diese auch nicht danach aus, ob die Eltern bereits dort gearbeitet haben. Sie wollen in Unternehmen arbeiten, die Standpunkte zu gesellschaftlichen und politischen Fragen haben und in denen sie Beruf mit Privatleben bestmöglich vereinbaren können. Qualifizierte Mitarbeiter können sich in Zukunft ihren Arbeitgeber nahezu aussuchen. Daher müssen wir ihnen viel bieten, um als attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen zu werden. Damit sich unsere Mitarbeiter wohlfühlen, haben wir bestmögliche Rahmenbedingungen geschaffen: Wir bieten ein Betriebliches Gesundheitsmanagement, mobiles

und flexibles Arbeiten, eine betriebseigene Kindertagesstätte oder die Möglichkeit, sich eine berufliche Auszeit zu nehmen. So wollen wir neue Mitarbeiter gewinnen und gleichzeitig unsere erfahrenen Mitarbeiter im Unternehmen halten. Denn wir brauchen auch die Expertise und jahrelange Berufserfahrung unserer älteren Mitarbeiter. Dabei sollten wir die Digitalisierung so einsetzen, dass wir ihnen damit die Arbeit erleichtern. Denkbar wäre etwa, dass uns Roboter und Computer beim Heben von Lasten unterstützen oder Routinetätigkeiten übernehmen.

**Welche Rahmenbedingungen sind dazu allgemein nötig, dass Beschäftigte lange gesund arbeiten können? Was muss dabei auch die Politik an Weichenstellung vornehmen?**

Die Gesundheit unserer Mitarbeiter liegt uns sehr am Herzen. Deshalb starten wir regelmäßig, gemeinsam mit der betriebseigenen BKK, Aktionen um unsere Mitarbeiter zu sensibilisieren. So haben wir

beispielsweise das Thema psychische Erkrankungen aus der Dunkelzone geholt oder eine Kampagne zur Haut- und Darmkrebsvorsorge gestartet. Wir wollen zusammen mit der betriebseigenen BKK und unserem betrieblichen Gesundheitsmanagement die Gesundheit und Zufriedenheit unserer Mitarbeiter fördern. Leider können wir diese Leistungen nicht allen unseren Mitarbeitern anbieten. Denn geschlossene Betriebskrankenkassen dürfen keine Mitarbeiter von Tochtergesellschaften versichern – eine Rechtsprechung, die noch aus den 1980ern stammt und zuletzt 1996 aktualisiert wurde. In diesem Fall sollte das Organisationsrecht im Sozialgesetzbuch den aktuellen Gegebenheiten angepasst werden, damit wir unsere Gesundheitsleistungen auch an weiteren Standorten anbieten können. Außerdem sollten freiwillige Unternehmensleistungen zur Gesundheitsförderung vollständig von der Steuer- und Sozialversicherungspflicht befreit werden. So werden für alle Unternehmen bessere Anreize geschaffen, Gesundheitsmaßnahmen einzuführen. Denn die Gesundheit ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die kein Unternehmen alleine stemmen kann.

## Interview mit Uwe Schummer



Uwe Schummer, MdB  
Vorsitzender der Arbeitnehmergruppe der CDU/  
CSU-Bundestagsfraktion für  
den BKK-Gesundheitsreport  
2018

**Wie werden sich Ihrer Ansicht nach Arbeit und Arbeitsmarkt in den nächsten Jahren entwickeln? Welche Rolle wird dabei der demografische Wandel spielen?**

Plattformökonomie und Clickworker werden als Ergebnis der Digitalisierung an Bedeutung gewinnen, in welchem Maße, ist schwer abzuschätzen. Es kommt zunächst darauf an, dass dieses Segment des Arbeitsmarktes überhaupt in die bewährten Systeme der sozialen Sicherung, des Arbeitsschutzes und der Mitbestimmung einbezogen wird. Da diese Form der Arbeit anders als klassische Arbeit meist nicht in einem Betrieb an einem festen Arbeitsplatz stattfindet, liegt hierin allein schon eine Herausforderung. Auftraggeber haben zudem kein Interesse daran, und den Beschäftigten, die meist die aus den Rahmenbedingungen der Arbeit resultierende Eigenständigkeit betonen, fehlt oft die Vorstellungskraft, dass diese Schutzsysteme für sie selber einmal nützlich sein könnten.

Die Kombination von „klassischer“ Arbeit in Verbindung mit Heimarbeit wird ebenfalls zunehmen. Das ist in erster Linie positiv, weil es die Vereinbarung beruflicher und persönlicher Belange leichter macht. Das betrifft nicht nur junge Familien mit Kindern, sondern auch Beschäftigte der Generation

50+, die ihre Eltern pflegen. Häufig wird diesen Modellen Vertrauensarbeitszeit zugrunde liegen, weil die tatsächlichen Arbeitszeiten kaum kontrollierbar sind. Das kann für die Beschäftigten aber auch nach hinten losgehen und zu Selbstausschöpfung führen. Die Forschung über mögliche Risiken dieser Kombi-Arbeit aus Sicht des Arbeitsschutzes steckt noch in den Kinderschuhen. Wir brauchen hierzu unbedingt gesicherte Erkenntnisse.

Es ist ein kontinuierlicher Trend, dass die Technisierung immer neue Möglichkeiten schafft, die körperliche Belastung von Tätigkeiten zu minimieren. Ein gutes Beispiel sind sich ergonomisch anpassende Produktionsstraßen in der Automobilindustrie. Für die Arbeit mit Menschen sind Pflegeroboter zumindest einmal in der Diskussion. Während der Anteil der Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems als häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitstage in den vergangenen Jahren relativ stabil geblieben ist, ist der Anteil der psychischen Erkrankungen zuletzt drastisch (wie es im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD wörtlich heißt) gestiegen. In diesem Feld sind verstärkte Anstrengungen des Arbeitsschutzes angezeigt.

Der demografische Wandel wird nach übereinstimmenden Prognosen zu einer wachsenden Lücke bei Fachkräften führen (hinsichtlich der einfacheren Tätigkeiten sind die Prognosen nicht so eindeutig). Der Fachkräftebedarf wird nur mit einem Mix aus Ausbildung/Qualifizierung/Weiterbildung in Deutschland und gesteuerter Zuwanderung zu bewältigen sein. Auch werden wir es uns nicht weiter leisten können, dass insbesondere gut qualifizierte Frauen der Generation 50+ für die Pflege ihrer Eltern aus dem Berufsleben ausscheiden, dieses, nachdem sie oft schon für die Kinderbetreuung eine Auszeit genommen hatten.

**Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für Arbeitswelt und Unternehmen? Werden wir z.B. künftig alle länger arbeiten müssen?**

Neben die Frage des „Länger arbeiten Müssens“ müssen wir die Frage des „Länger arbeiten Könnens“ stellen. Wir haben es mit einer Vielfalt von Branchen und Berufen mit den unterschiedlichsten Anforderungen zu tun. Daraus ergibt sich zum einen, dass eine pauschale Aussage über das Erfordernis längeren Arbeitens nicht getroffen werden kann und zum anderen, dass es für den Gesetzgeber nahezu unmöglich ist, das, was sinnvoll ist, in der notwendigen Differenzierung in einem Gesetz abzubilden. Es würde die Politik überfordern, darüber ein gerechtes, allgemein akzeptiertes Urteil zu treffen, ob z.B. einem Dachdecker längeres Arbeiten nicht zuzumuten ist, einer Verkäuferin aber schon.

Zukunftsweisend ist der Tarifvertrag „Lebensarbeitszeit und Demografie“ in der Chemieindustrie. Dieser sieht die Bildung eines Demografiefonds aus dem Verteilungsspielraum bei Tarifverhandlungen vor, mit dem das Ausgleiten über eine Teilrente für Beschäftigte in besonders belasteten Berufsgruppen finanziell abgedeckt werden kann. Und die Sozialpartner der Branche entscheiden selber, für welche Tätigkeiten das gilt. Nicht in allen Branchen werden solche Modelle realisierbar sein, etwa wegen unzureichender Tarifbindung oder auch angesichts fehlender Verteilungsspielräume. Aber auch für Strategien, Beschäftigte ab einem bestimmten Alter von einer körperlich belastungsintensiven Tätigkeit z.B. in eine Aufsichts- oder Bürotätigkeit umzusetzen, gibt es noch Luft nach oben.

Generell sollte aber ohnehin an erster Stelle die Prävention in Richtung des „Länger arbeiten Könnens“ stehen. Das positive Kosten-Nutzen-Verhältnis betrieblicher Prävention ist durch Studien hinreichend belegt. Eine daraus resultierende nachhaltige Betrachtungsweise hat sich aber noch nicht überall in der Arbeitswirklichkeit durchgesetzt – und man muss zugestehen, dass z.B. die wirtschaftliche Lage eines Unternehmens nicht immer die Umstellung auf modernste Produktionstechnologien hergeben muss.

**Welche Rahmenbedingungen sind dazu allgemein nötig, dass Beschäftigte lange gesund arbeiten können? Was muss dabei auch die Politik an Weichenstellungen vornehmen?**

Es ist erforderlich, den bewährten Arbeitsschutz in Deutschland ohne Qualitätsverluste in die digitale Arbeitswelt zu übertragen. Wir müssen weiterhin die Vorteile nutzen, die die Digitalisierung uns beim Abbau belastender Arbeiten bieten kann. Die familienpolitischen Rahmenbedingungen werden ebenfalls eine wichtige Rolle spielen: Wie gelingt es beispielsweise, Pflege eines Angehörigen und Beruf miteinander zu verbinden, ohne ständig zwischen den Welten hin- und hergerissen zu sein?

„Der Schutz der Beschäftigten vor Gefahren am Arbeitsplatz und die Stärkung der Gesundheit bei der Arbeit ist ein wichtiges Gebot sozialer Verantwortung“ – so heißt es im Koalitionsvertrag. Die Koalitionspartner verpflichten sich dem Leitbild eines ganzheitlichen, physische und psychische Belastungen umfassenden Gesundheitsschutzes bei der Arbeit. Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz sollen enger verknüpft, das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) gestärkt und verbindlicher gemacht werden. Verstärkt sollen Unternehmen in Kooperation mit den gesetzlichen Krankenkassen solche Zirkel einrichten. Die Entwicklung neuer Präventionskonzepte und betrieblicher Gestaltungslösungen bei psychischer Belastung soll in enger Zusammenarbeit mit den Trägern der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie vorangetrieben werden. Dieser haben sich auch die Spitzenorganisationen der Sozialpartner verpflichtet. Eine Anti-Stress-Verordnung wird als letztes Mittel nicht gänzlich ausgeschlossen. Aus unserer Sicht könnte diese die mitunter in sie gesetzten Erwartungen allerdings nicht erfüllen, weil für die für psychische Gesundheit so wichtigen Parameter wie „Betriebsklima“ und „Führungsverhalten“ Grenzwerte und verbindliche Gestaltungsmaßnahmen kaum realisierbar sind.

## Interview mit Johann Fuchs und Angela Rauch



**Dr. Johann Fuchs**

Herr Fuchs forscht im Bereich „Prognosen und gesamtwirtschaftliche Analysen“ des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zum Thema „Arbeitsmarkt und demografischer Wandel“.



**Angela Rauch**

Frau Rauch forscht im Bereich „Erwerbslosigkeit und Teilhabe“ des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zur „Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderung“.

gänge, die Kinder der Baby-Boom-Generation, zahlenmäßig nur etwa zwei Drittel so stark sind, entsteht eine demografische Lücke und das Potenzial an Arbeitskräften könnte deutlich schrumpfen. Weniger Arbeitskräfte würden den Standort Deutschland und unseren Wohlstand stark gefährden.

Zudem sind nach Berechnungen des IAB die inländischen Fachkräftereserven begrenzt. So nimmt Deutschland in Europa hinsichtlich der Erwerbsbeteiligung von Frauen und inzwischen auch bei den Älteren einen der vordersten Plätze ein.

Als wirtschaftlich starkes sowie politisch stabiles Land ist und bleibt Deutschland ein attraktives Ziel für viele potenzielle Migranten. Anzunehmen ist jedoch, dass die Zuzüge aus EU-Ländern schwächer werden, weil fast alle EU-Länder ähnliche demografische Probleme haben.

Unsere Studien zu Industrie 4.0 zeigen gleichzeitig erhebliche Verschiebungen zwischen Berufen und Wirtschaftssektoren. Manche Tätigkeiten fallen ganz oder teilweise weg – aber andere entstehen völlig neu. Alles in allem wird erwartet, dass sich beides weitgehend aufhebt: Bis 2035 gehen nicht ganz 1,5 Mio. Stellen verloren und 1,4 Mio. Arbeitsplätze, tendenziell mit höheren qualifikatorischen Anforderungen, entstehen neu.

**Wie werden sich Ihrer Ansicht nach Arbeit und Arbeitsmarkt in den nächsten Jahren entwickeln? Welche Rolle wird dabei der demografische Wandel spielen?**

Den künftigen Arbeitsmarkt besonders prägende Faktoren sind die demografische Entwicklung, die Migration und die Digitalisierung.

In den kommenden Jahren werden immer mehr Baby-Boomer in Rente gehen. Beispielsweise erreichen bis zum Jahr 2030 die geburtenstärksten Jahrgänge ihr 65. Lebensjahr. Zeitweise scheiden jährlich mehr als eine halbe Million Beschäftigte aus dem Erwerbsleben aus. Da die nachfolgenden Jahr-

**Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für Arbeitswelt und Unternehmen? Werden wir z.B. alle künftig länger arbeiten müssen?**

Wir erwarten, dass der demografisch bedingte Rückgang des Arbeitskräftepotenzials nur zu einem kleinen Teil durch mehr erwerbstätige Frauen und Ältere kompensiert wird. Zuwanderung in einem realistischen Ausmaß, das wären jährlich 200.000 bis 300.000 Nettozuzüge aus EU-Ländern und auch aus Nicht-EU-Ländern, würde dagegen den Schrumpfungsprozess längere Zeit fast völlig stoppen. Eine geregelte Zuwanderung könnte helfen, den derzeit

eher geringen Anteil qualifizierter Zuwanderer zu erhöhen. Jedenfalls ist davon auszugehen, dass in Zukunft mehr Arbeitskräfte einen Migrationshintergrund haben. Unternehmen sollten sich also auf größere kulturelle Unterschiede einstellen.

Bei den Bildungsabschlüssen könnten die Betriebe ihren Teil dazu beitragen, die Fachkräftelücke zu schließen. Möglichkeiten gäbe es bei der Weiterbildung der bereits Beschäftigten mit niedrigen oder fehlenden Berufsabschlüssen und bei der Akzeptanz ausländischer Zertifikate.

Zwar arbeiten immer mehr Frauen, die Hälfte von ihnen allerdings in Teilzeit, häufig halbtags. Nun muss Teilzeit nicht „Halbzeit“ sein. Insofern liegen insbesondere bei Teilzeitarbeitsplätzen erhebliche Verbesserungspotenziale, die jedoch flankiert werden müssen. Neben dem weiteren Ausbau von Kitas etc. ist dabei auch die Unternehmensseite gefordert, denn entsprechend flexible Arbeitsplätze müssten von den Betrieben angeboten werden.

Mit steigendem Rentenzugangsalter werden mehr Ältere arbeiten. Sollte der Gesetzgeber die in jüngerer Zeit diskutierte Flexibilisierung bzw. weitere Heraufsetzung des Rentenalters („Rente mit 70“) eines Tages umsetzen, dann erhöht das zwangsläufig den Anteil Älterer noch stärker. Bei den Quantitäten muss man sich jedoch darüber im Klaren sein, dass der Effekt einer „Rente mit 70“ nicht auf Dauer ist, denn irgendwann werden die geburtenstärksten Jahrgänge auch das 70. Lebensjahr erreichen.

Mehr ältere Beschäftigte bedeutet zugleich, dass der Anteil an Mitarbeitern mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen ansteigen wird. Damit werden Unternehmen mehr als bisher Lösungen entwickeln müssen, um diese Menschen im Betrieb zu halten. Denn Behinderung oder gesundheitliche Einschränkung geht nicht automatisch mit einem ganzen oder teilweisen Verlust der Beschäftigungsfähigkeit einher. Oft sind nur Anpassungen am Arbeitsplatz oder den Arbeitsinhalten nötig.

**Welche Rahmenbedingungen sind dazu allgemein nötig, dass Beschäftigte lange gesund arbeiten können? Was muss dabei auch die Politik an Weichenstellungen vornehmen?**

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels nimmt die Bedeutung des Erhalts der Beschäftigungsfähigkeit entlang der Erwerbsbiografie künftig weiter zu. Werden die Belegschaften älter, muss Gesundheitsprävention mehr an Bedeutung gewinnen,

damit die Menschen länger gesund im Erwerbsleben verbleiben können. Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sind nicht nur abhängig von und in der Verantwortung des Einzelnen, sondern oft auch abhängig von den jeweiligen Arbeitsbedingungen. Vor allem psychosoziale Arbeitsbelastungen sind in den letzten Jahren gestiegen. Dies wird vor allem auf sich ändernde Arbeitsbedingungen wie Arbeitsverdichtung, steigende Arbeitsplatzunsicherheit sowie der vermehrten Verschmelzung von beruflichen und privaten Lebensräumen zurückgeführt.

Positiv unterstützend hingegen wirken Elemente der Arbeitsgestaltung wie Job-Enlargement und Job-Enrichment. Auch mehr Autonomie bei der Arbeit, ein positives Arbeitsumfeld, die Möglichkeit einer ausgewogenen Work-Life-Balance; auch Gesundheitsangebote, Präventionskurse oder Weiterbildungen zählen dazu und können sich positiv auf die mentale Gesundheit der Beschäftigten auswirken.

Mit einem im Unternehmen gelebten Gesundheitsmanagement können Mitarbeiter gehalten und neue gewonnen werden. In Zeiten eines Fachkräftemangels wird die Attraktivität eines Unternehmens nicht zuletzt durch Kontextfaktoren wie dem Arbeitsklima bestimmt.

In den letzten Jahren wurden verschiedenste gesetzliche Regelungen erlassen. Genannt seien hier das Betriebliche Eingliederungsmanagement und das Präventionsgesetz. Alle handelnden Akteure, vom Gesetzgeber über Unternehmen bis hin zum einzelnen Beschäftigten, müssen dennoch weiter in Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz investieren. Betriebliche Strategien zur Prävention und Gesundheitsförderung sollten weiter ausgebaut und auf unterschiedlichsten Interventionsebenen angeboten werden. Präventionsmaßnahmen beinhalten dabei auch ein sich kontinuierlich anpassendes alter(n)sgerechtes Arbeitsumfeld. Netzwerke, die Unterstützung und Zusammenarbeit aller Akteure, können die Etablierung und Weiterentwicklung der bisherigen Strukturen nur fördern. Hier ist vor allem auch an Unterstützungsangebote für kleinere und mittlere Unternehmen zu denken.

## Interview mit Wilhelm Bauer



Prof. Dr. Wilhelm Bauer  
Geschäftsführender Institutsleiter, Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO.

**Wie wird sich Ihrer Ansicht nach die Arbeit in den nächsten Jahren entwickeln? Welche Rolle wird dabei der demografische Wandel spielen?**

Zwei Zukunftstrends prägen hierzulande die Arbeit: Zum einen die digitale Transformation der Arbeitsgesellschaft, die auch als „vierte industrielle Revolution“ oder kurz als „Industrie 4.0“ bezeichnet wird. Auslöser und Beschleuniger der digitalen Transformation ist der Fortschritt in den Feldern der Elektronik, der Mikrosystem- und der Informationstechnologie. Wir sprechen hier vom „Internet der Dinge“, von „Cyber-Physischen Systemen“ oder von „Lernenden Maschinen“ auf Basis künstlicher Intelligenz, die eine neue Stufe der arbeitsteiligen Organisation von Wertschöpfungsprozessen einleiten. Die Netzwerk-Ökonomie erschließt neue Produktivitätspotenziale auf den globalen Märkten, was sich positiv auf den Lebensstandard der Menschen auswirken wird.

Zum anderen ist die Zukunft der Arbeit durch eine alternde Erwerbsbevölkerung gekennzeichnet. Am Fraunhofer IAO beforschen wir seit über 15 Jahren den sozio-demografischen Wandel. Was seinerzeit als akademische Diskussion begann, ist mittlerweile alltägliche Herausforderung in den Betrieben. Mittelständische Unternehmen, insbesondere jene

abseits der attraktiven Metropolregionen, berichten uns über ihre Schwierigkeiten, qualifizierten Nachwuchs zu rekrutieren. Zudem fällt es vielen älteren Beschäftigten schwer, ihren Beruf bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter auszuüben. Das betrifft nicht nur körperlich belastende Tätigkeitsfelder, wie etwa im Handwerk oder in der Logistik, sondern auch pflegende und pädagogische Berufe mit hoher emotionaler Verausgabung.

**Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für Arbeitswelt und Unternehmen? Werden wir z.B. alle zukünftig länger arbeiten müssen?**

Die Regelaltersgrenze, die einen gesetzlichen Anspruch auf Altersrente begründet, wurde bereits vor über einem Jahrzehnt angehoben. Trotzdem sind derzeit nur etwa zwei Drittel der 55- bis 64-jährigen Deutschen erwerbstätig. Ein erheblicher Anteil des brachliegenden Arbeitskräftepotenzials umfasst leistungsgewandelte Personen. Daher gilt es zunächst, gesunde Arbeitsbedingungen zu schaffen, damit Leistungswandlung kein Grund ist, um vor dem 67. Lebensjahr aus dem Arbeitsleben auszuscheiden.

Wir wissen, dass sich die Altersstruktur der Erwerbstätigen im Zuge des sozio-demografischen Wandels erheblich verändern wird. In Deutschland sinkt die Anzahl der Menschen im Erwerbsalter von derzeit knapp 50 Millionen auf etwa 44 Millionen im Jahr 2030. Zugleich werden neue, digitale Technologien eine ganze Reihe von Arbeitsplätzen ersetzen. Viele Tätigkeiten und Qualifikationen sind einfach nicht mehr erforderlich. Eine rein quantitative Betrachtung – etwa von Beschäftigtenzahlen – führt uns angesichts dieser gegenläufigen Trends nicht weiter. Die digitale Transformation hat vielmehr eine starke qualitative Dimension. Nicht ohne Grund wird die öffentliche Diskussion von Themen wie Kooperation, Lernen, Kreativität und Gesund-

heit geleitet. Dies sind grundlegende Voraussetzungen, um disruptive Umwälzungen in einer komplex vernetzten Arbeitswelt erfolgreich zu bewältigen.

Damit sind wir bei einer Verbindung der beiden eingangs skizzierten Megatrends – der Digitalisierung und des sozio-demografischen Wandels. In der Arbeitsforschung geht es dabei um eine fortschreitende Konvergenz von Mensch und Technik: Können Datenbrillen etwa die sensorischen Leistungseinschränkungen älterer Menschen angemessen kompensieren? Welche Sicherheitsstandards benötigen wir bei der Kollaboration von Mensch und Roboter? Wie lassen sich sensorbasierte Wertschöpfungsnetzwerke konsequenter am Kundenbedarf – und weniger an innerbetrieblichen Strukturen ausrichten? Wie können digitale Plattformen individuelle Mobilitätsbedürfnisse bündeln und dadurch den urbanen Verkehr effizienter organisieren?

Die Beispiele veranschaulichen, dass die zukünftige Wertschöpfung verstärkt immaterielle Komponenten einbezieht, wie kreative Ideen, Algorithmen und Software. Die Kernidee der Digitalisierung ist das Verbindende. Das mündet in neuen Formen einer kompetitiven und wertschöpfenden Kooperation, die sich mehr denn je am Kunden und seinen speziellen Bedarfen orientieren. Somit erfordern neue Jobs nicht nur digitales Know-how, sondern auch soziale Kompetenzen. Nicht jeder muss Informatik studieren, aber jeder muss sich in der digitalen Welt bewegen können.

**Welche Rahmenbedingungen sind dazu nötig, dass Beschäftigte lange gesund arbeiten können? Was muss dabei auch die Politik an Weichenstellungen vornehmen?**

Zunächst sollten wir die Rolle des Menschen in einer digitalisierten Arbeitswelt betrachten: Im Wirt-

schaftsleben wird das Quantitative und Berechenbare verstärkt durch das Qualitative – und damit Unberechenbare – ergänzt. Der zielgerichtete Umgang mit derart mehrdeutigen und unbeständigen Situationen ist eine Stärke des urteils- und entscheidungsfähigen Menschen. Seine kreativen und kommunikativen Fähigkeiten machen den Unterschied bei der Kundenorientierung.

Wir stellen in unseren Projekten immer wieder fest, dass diejenigen Mitarbeiter am gesündesten sind, die eine sinnvolle Arbeitstätigkeit als Herausforderung für ihr eigenes, zukunftsorientiertes Wachstum wahrnehmen, die kreative Ideen in ihre Arbeit einbringen können und Rückmeldung hierüber erhalten, die faire und vertrauensvolle Kooperationsbeziehungen zu ihren Vorgesetzten und Kollegen pflegen. Gesunde Arbeitsbedingungen respektieren die Unterschiedlichkeit der Menschen. Gesunde Arbeit beschreibt eine Vielzahl jener kulturellen Merkmale, die den Erfolg in der digitalen Wirtschaft ausmachen. Kurzum kann sich ein gesunder Mensch an veränderte Arbeitsbedingungen anpassen, ohne „den Boden unter den Füßen“ zu verlieren.

Im Kontext der Netzwerk-Ökonomie liegt die vornehmliche Aufgabe der Politik nicht so sehr im Erlass neuer Arbeitsschutzgesetze. Der Impuls zu einer gesunden Arbeitsweise muss vielmehr „von innen“ kommen, durch Einsicht und überzeugende Erfahrungen. Für die digitale Transformation sehe ich die Notwendigkeit, dass die Politik den Erfahrungsaustausch von Unternehmen, Wissenschaft und Gesellschaft noch intensiver fördert, etwa anhand von sogenannten „Real-Laboren“ und Experimentierräumen. Derart interdisziplinäre und experimentelle Ansätze können unter generationenübergreifenden Kontextbedingungen eine Brücke zwischen Praxis und Theorie schlagen. Auf diese Weise entsteht Wissen, das zukunftsweisende Veränderungen in unserer Arbeitsgesellschaft bewirkt.

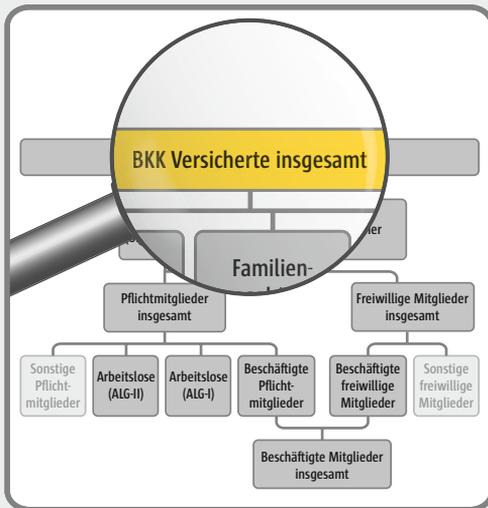


# 4

## Arzneimittelverordnungen

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter





Nach dem AU-Geschehen sowie der ambulanten und stationären Versorgung schließen die Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen der BKK Versicherten die Analysen der Routinedaten in diesem Report ab und ergänzen somit das Gesamtbild zum Krankheitsgeschehen. Zusätzlich zu den BKK Versicherten insgesamt wird insbesondere bei der arbeitsweltlichen Betrachtung wieder auf die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder fokussiert.

Die Auswertung der Arzneimittelverordnungen erfolgt anhand ihrer anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (kurz: ATC-Klassifikation). Eine Auflistung der anatomischen Hauptgruppen bzw. der therapeutischen Untergruppen ist in **»»»** Tabelle B.2 zu finden. Diese Klassifikation ordnet Wirkstoffe anhand ihrer chemischen Eigenschaften, ihres therapeutischen Einsatzgebietes sowie anhand anatomischer Kriterien. Deren Anwendungsgebiete sind nach Organsystemen in 14 Hauptgruppen gegliedert.

## 4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

### 4.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2017

Insgesamt sind im Jahr 2017 61,7 Millionen Einzelverordnungen (EVO) an die rund 8,4 Millionen BKK Versicherten verordnet worden. Das entspricht einem durchschnittlichen Wert von 7,3 EVO je BKK Versicherten, dabei sind gleichzeitig im Durchschnitt 465 definierte Tagesdosen (DDD) je BKK Versicherten verordnet worden. Etwas weniger als drei Viertel (73,0%) aller BKK Versicherten haben demnach im Jahr 2017 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten. Dieser Anteil hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur leicht verändert (2016: 74,0%).

In **»** Tabelle 4.1.1 sind die wichtigsten Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen nach Versichertengruppen im Jahr 2017 dargestellt. Den mit deutlichem Abstand größten Anteil der Versicherten (90,9%) mit mindestens einer Arzneimittelverordnung hat, wie auch in den Vorjahren, die Gruppe der Rentner inne. Gleiches gilt auch für die Anzahl der Einzelverordnungen (18,6 EVO je Rentner) sowie

auch für die definierten Tagesdosen (1.362 DDD je Rentner). Mit großem Abstand folgen dann die Familienversicherten, bei denen 68,2% mindestens eine Verordnung im Berichtsjahr erhalten haben. Allerdings sind hier die Einzelverordnungen (4,8 EVO je Familienversicherten) und v.a. die definierten Tagesdosen (183 DDD je Familienversicherten) im Vergleich zu allen anderen Versichertengruppen am niedrigsten. Begründet ist das vor allem damit, dass in dieser Gruppe zum Großteil Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren (69,9%) zu finden sind. Da in dieser Altersgruppe häufig akute Erkrankungen von kurzfristiger Dauer auftreten, ist zwar der Verordnungsanteil relativ groß, es werden aber meist nur Medikamente mit einer geringen Applikationsdauer verschrieben, was in einer durchschnittlich geringen Anzahl an definierten Tagesdosen (DDD) resultiert. Nicht einmal die Hälfte (46,8%) aller Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug haben im aktuellen Berichtsjahr eine Arzneimittelverordnung erhalten. Damit zeigt diese Gruppe den niedrigsten Anteil von

**Tabelle 4.1.1** Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der einbezogenen BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2017)

Versichertengruppen	Versicherte in Mio.	EVO je Versicherten	DDD je Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent	Durchschnittsalter in Jahren
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	4,13	4,6	283	66,9	42,2
Rentner	1,54	18,6	1.362	90,9	72,0
Arbeitslose (ALG-I)	0,09	7,3	475	46,8	44,4
Arbeitslose (ALG-II)	0,20	6,9	418	60,0	39,1
Familienangehörige	2,07	4,8	183	68,2	19,5
BKK Versicherte insgesamt	8,40	7,3	465	73,0	42,0

allen auf, hat hingegen bei den Einzelverordnungen (7,3 EVO je Arbeitsloser im ALG-I-Bezug) sowie auch bei den definierten Tagesdosen (475 DDD je Arbeitsloser im ALG-I-Bezug) zusammen mit den ALG-II-Empfängern die nach den Rentnern höchsten Verordnungsmengen bei den Arzneimitteln. Weitere Detailbetrachtungen der Arzneimittelverordnungen nach Versichertengruppen sind auch in **III** Kapitel 4.2.2 zu finden.

**4.1.2 Langzeittrends**

- Im Jahr 2017 ist ein leichter Rückgang bei den verordneten definierten Tagesdosen als auch beim Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung zu beobachten, während die Einzelverordnungen nahezu unverändert sind.
- Ob sich dieser Trend fortsetzt und wodurch er begründet ist, muss in den Folgejahren weiter beobachtet werden.

Da im Bereich der Arzneimittelverordnungen ab dem Berichtsjahr 2012 eine Umstellung der Auswertungsmethodik stattfand, ist eine Betrachtung der Verordnungskennzahlen im Zeitverlauf erst ab diesem Zeitpunkt möglich (**III** Tabelle 4.1.2).

Wie zu erkennen ist, hat sich der Anteil der Versicherten, die mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten haben, von 2012 bis 2017 nur wenig verändert. Ein etwas höherer Anteil an Versicherten mit einer Verordnung ist im Jahr 2013 zu erkennen. Dieser ist, wie nachfolgend noch zu sehen sein wird,

vor allem durch die im Jahr 2013 ausgeprägte Grippe-welle verursacht und, wie bereits in **III** Kapitel 1 erwähnt, auch für das Berichtsjahr 2018 zu erwarten. Im Jahr 2017 zeigt sich bei den definierten Tagesdosen der Versicherten ein leichter Rückgang, während die Anzahl der Einzelverordnungen relativ stabil geblieben ist. Inwieweit es sich bei der Abnahme der Tagesdosen um einen längerfristigen Effekt handelt und welche Ursachen er möglicherweise hat, muss in den Folgejahren weiterverfolgt werden.

In **III** Diagramm 4.1.1 ist der prozentuale Anteil der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung für ausgewählte Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf zwischen 2012 und 2017 dargestellt. Sowohl in der Reihung als auch in der Ausprägung der Anteile ist im Betrachtungszeitraum für die hier dargestellten Wirkstoffgruppen nur wenig Dynamik zu erkennen. Die deutlichste Änderung zeigt sich bei den Verordnungen von Antiinfektiva zur systemischen Anwendung, die im Berichtszeitraum um 3,2 Prozentpunkte zurückgegangen sind. Vermutlich ist diese Abnahme auf eine gering ausgeprägte Grippe-welle in 2017, aber auch auf eine erhöhte Sensibilisierung gegenüber häufig unnötigen Antibiotikaverschreibungen, die auch dieser Wirkstoffgruppe zuzuordnen sind, zurückzuführen. Insbesondere in Jahren mit einer ausgeprägten Grippe-welle sind die Anteile der Versicherten mit Verordnungen von Antiinfektiva zur systemischen Gabe, für das Muskel- und Skelettsystem sowie den Respirationstrakt besonders hoch, da alle drei genannten Wirkstoffgruppen unter anderem auch zur Behandlung von Erkältungs- bzw. Grippeerkrankungen und deren Begleitsymptomen, wie Schmerzen, Fieber usw. verordnet werden. Dies ist im **III** Diagramm 4.1.1 insbesondere im Jahr 2013 deutlich sichtbar.

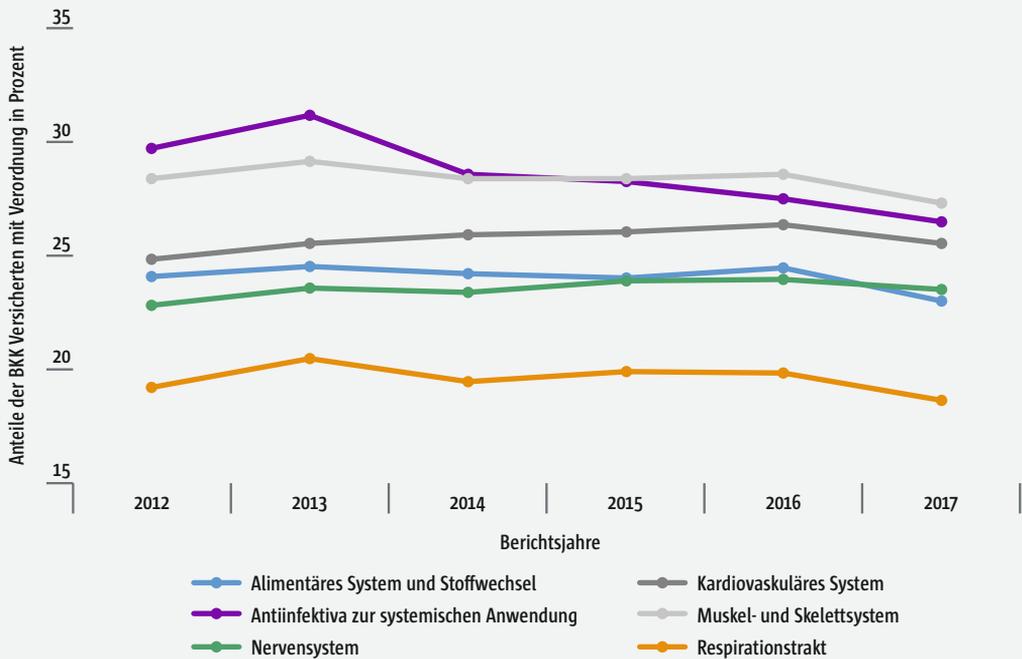
**Tabelle 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2017)**

Berichts-jahre	EVO je Versicherten	DDD je Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
2012	7,4	434	73,7
2013	7,5	447	74,9
2014	7,5	462	74,0
2015	7,6	470	73,8
2016	7,7	486	74,0
2017	7,3	465	73,0

**4.1.3 Die wichtigsten Arzneimittelverordnungen nach ATC-Klassifikation**

- Mehr als jede vierte Einzelverordnung (26,6%) sowie mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (44,3%) gehen auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zurück.
- Zusammen mit den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie das Nervensystem, sind diese drei Wirkstoffgruppen für mehr als die Hälfte (54,2%) aller Einzelverordnungen bzw. für über zwei Drittel (69,2%) aller Tagesdosen verantwortlich.

Diagramm 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2017)



Neben den Verordnungsanteilen der BKK Versicherten gibt ein Blick auf die Einzelverordnungen sowie die definierten Tagesdosen getrennt nach den anatomischen Hauptgruppen weiteren Aufschluss über das Verordnungsgeschehen im Arzneimittelbereich.

Wie in **III** Diagramm 4.1.2 zu erkennen ist, dominieren die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System die Anteile der Einzelverordnungen sowie der definierten Tagesdosen. Mehr als jede vierte Einzelverordnung (26,6%) sowie 44,3% aller definierten Tagesdosen gehen insgesamt allein auf diese anatomische Hauptgruppe zurück. Im Vergleich zum Jahr 2016 haben sich die hier berichteten Prozentanteile nahezu nicht verändert (EVO: 26,6%; DDD: 44,2%). Ähnlich verhält es sich mit den Medikamenten mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel: Diese verursachen mit 12,1% den drittgrößten Anteil der Einzelverordnungen und sind für 16,5% aller verordneten Tagesdosen verantwortlich. Im Vorjahresvergleich zeigen sich auch hier nur kleine Änderungen (2016: EVO: 12,4%; DDD: 17,0%). Auch die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem haben sich mit 15,6% aller Einzelverordnungen und 8,4% aller Tagesdosen im Vergleich zu Vor-

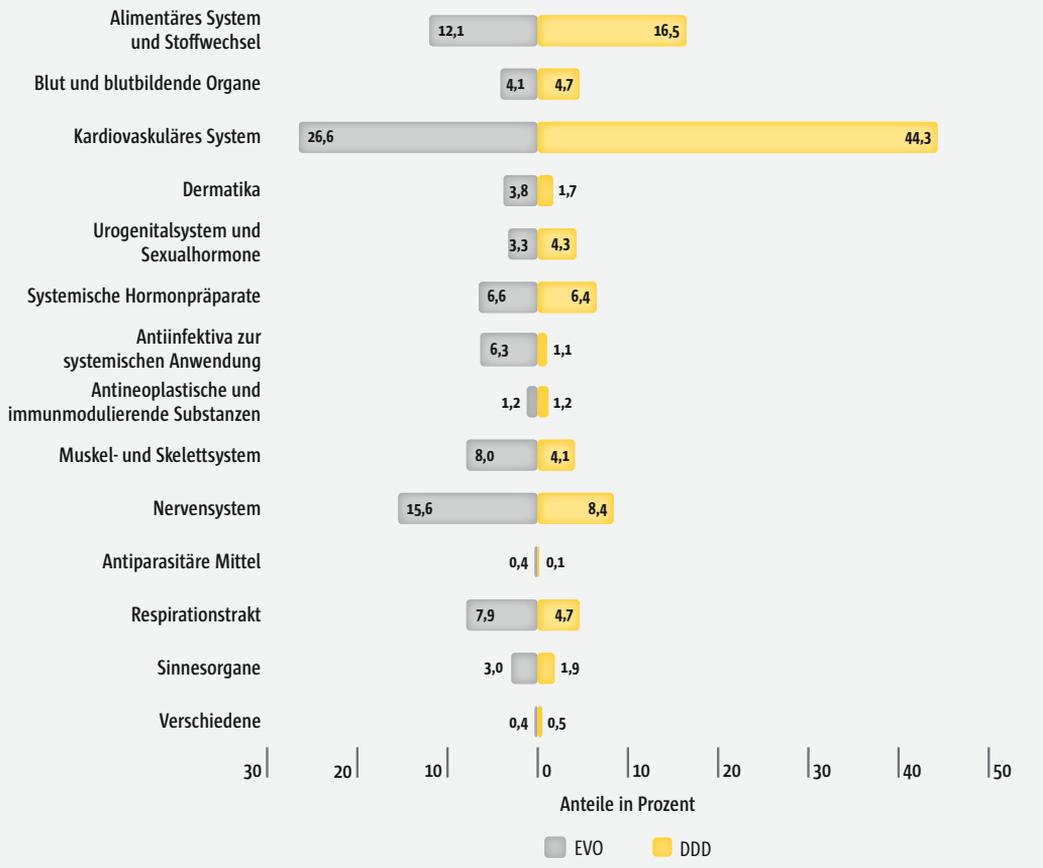
jahr wenig verändert (2016: EVO: 15,5%; DDD: 8,3%). Zusammen sind allein diese drei Wirkstoffgruppen für mehr als die Hälfte (54,2%) aller Einzelverordnungen und für über zwei Drittel (69,2%) aller verordneten Tagesdosen der BKK Versicherten verantwortlich.

Neben der allgemeinen Übersicht zum Arzneimittelverordnungsgeschehen soll im Folgenden noch ein detaillierter Blick auf die nach Verordnungsanteilen wichtigsten therapeutischen Untergruppen erfolgen.

In **III** Tabelle 4.1.3 sind die zehn Wirkstoffgruppen, die bei den BKK Versicherten die größten Anteile an allen Verordnungen ausmachen, auf Ebene der therapeutischen Untergruppen im Verlauf zwischen 2012 bis 2017 dargestellt. Zunächst lässt sich feststellen, dass sowohl bei den zu den Top 10 gehörenden Wirkstoffgruppen selbst, als auch in ihrer Reihung im Berichtszeitraum nahezu keine Änderungen aufgetreten sind.

Die Antibiotika zur systemischen Gabe (J01) sind im aktuellen Berichtsjahr mit einer Verordnungsquote von 25,0% zwar wiederum als am meisten verordnete Wirkstoffgruppe zu finden, allerdings hat

Diagramm 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



dieser Anteil in den letzten fünf Jahren erfreulicherweise abgenommen, im Vergleich zwischen 2012 und 2017 immerhin um 3,4 Prozentpunkte. Trotz dieser abnehmenden Tendenz liegt deren Anteil aber weiterhin auf einem hohen Niveau – jeder vierte BKK Versicherte bekommt mindestens einmal pro Jahr ambulant ein Antibiotikum verordnet. Inwieweit sich zukünftig aktuelle Änderungen zur labordiagnostischen Differenzierung zwischen einer viralen bzw. einer bakteriellen Infektion auf die Verordnungsmengen im ambulanten Bereich auswirken, bleibt abzuwarten.

Bis auf die Ophthalmika (Mittel für Augen-erkrankungen; S01) und die Wirkstoffe für die Schilddrüsen-therapie (H03), entstammen die anderen häufigsten Verordnungen ausnahmslos den sechs Verordnungshauptgruppen, die bereits in [»»»](#) Diagramm 4.1.1 dargestellt wurden. Insgesamt drei der Einzelverordnungen entstammen allein den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System. Dass es sich insbesondere hierbei um Arzneimittel handelt, die in einem deutlichen Zusammenhang mit dem Lebensalter der Versicherten stehen, wird im Folgenden näher betrachtet.

**Tabelle 4.1.3** Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen im Zeitverlauf (2012–2017)

ATC-Code	Therapeutische Untergruppen	Berichtsjahre					
		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent							
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	28,4	29,7	27,2	26,8	26,0	25,0
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	25,4	26,3	25,5	25,5	25,6	24,4
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	16,7	17,5	18,0	18,2	18,6	18,1
N02	Analgetika	14,7	15,5	15,2	16,0	16,0	15,9
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	13,5	14,1	14,8	15,0	15,3	14,0
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	12,6	12,9	13,0	12,9	12,9	12,2
H03	Schilddrüsentherapie	9,6	10,2	10,5	10,7	11,1	11,0
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	8,8	9,3	9,3	9,4	9,5	9,2
S01	Ophthalmika	8,5	8,9	9,0	8,8	8,9	8,8
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	7,9	8,2	8,4	8,5	8,9	8,6

## 4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Wie auch schon in den anderen Kapiteln dieses Buches deutlich wurde, steht die Soziodemografie der BKK Versicherten in einem engen Zusammenhang mit dem Versorgungsgeschehen bzw. deren Gesundheitszustand. Dass dies auch bei den Arzneimitteln gilt, soll im folgenden Abschnitt näher beleuchtet werden. Parallel zu den bereits berichteten Leistungsbereichen werden neben dem Alter und dem Geschlecht auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe sowie der höchste schulische bzw. berufliche Abschluss an dieser Stelle betrachtet.

### 4.2.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

Das **III** Diagramm 4.2.1 zeigt die Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung im Jahr 2017 differenziert nach Alter und Geschlecht.

Arzneimittelverordnungen bei Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 14 Jahren treten bei beiden Geschlechtern nahezu gleich häufig auf, wobei die Anteile vom Kleinkind- bis zum frühen Jugendalter deutlich sinken. In dieser Altersgruppe sind – analog zu den ambulanten Diagnosedaten – vor allem den Respirationstrakt betreffende, entzündungshemmende und fiebersenkende Arzneimittel die am häufigsten verordneten Wirkstoffe. Eine Begründung für den hohen Anteil bei den jungen BKK Versicherten mit einer Verordnung wird vermutlich auch in der Erstattungsfähigkeit beispielsweise von Mund- und Rachentherapeutika sowie Erkältungsmedikamenten für Kinder bis zu zwölf Jahren sein. Durch die Verordnung auf ein Kassenrezept werden dann auch solche Medikamente erfasst, die für Patienten anderer Altersklassen i. d. R. nicht erstattungsfähig sind und somit durch die Statistik nicht abgebildet werden.

Ab einem Alter von 15 Jahren unterscheiden sich die geschlechtsspezifischen Verordnungshäufigkeiten deutlich. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen ist dieser Unterschied am auffälligsten – die jungen Frauen erhalten hier 25,7 Prozentpunkte mehr Arzneimittelverordnungen als die jungen Männer, was vor allem durch Verordnungen im Bereich der Kontrazeptiva (Verhütungsmittel) bei den Frauen begründet ist. Die insbesondere bei den Frauen dann folgende deutliche Abnahme des Verordnungsanteils ist wiederum dadurch erklärbar, dass Kontrazeptiva ab dem 20. Lebensjahr i. d. R. nicht mehr zulasten der GKV verordnet werden dürfen, es sei denn deren Wirkung erstreckt sich auf weitere behandlungsrelevante Indikationen, wie z. B. verstärkter Haarwuchs (ICD-10-Code: L68) oder Menstruationsstörungen (ICD-10-Code: N92). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung insgesamt an, wobei gleichzeitig die Geschlechtsunterschiede immer mehr abnehmen. Insbesondere ab dem 80. Lebensjahr erhält nahezu jeder BKK Versicherte mindestens ein Arzneimittel (Gesamt: 95,1–96,0%) pro Jahr verordnet. Entsprechend der in der ambulanten Versorgung (**III** Kapitel 2.2) in dieser Altersgruppe vorherrschenden Dominanz von bestimmenden Herz- und Kreislauf-erkrankungen, geht die Mehrzahl der Verordnungen somit auch auf die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zurück.

Auch bei der Betrachtung der Einzelverordnungen sowie definierten Tagesdosen der BKK Versicherten zeigt sich sowohl bezogen auf das Alter als auch auf das Geschlecht ein ähnliches Muster wie es schon bei den Verordnungsanteilen zu sehen ist (**III** Diagramm 4.2.2). Auch hier ist der größte Geschlechtsunterschied bei den 15- bis 19-jährigen zu finden, was wiederum v. a. auf die Verordnung von Kontrazeptiva bei den Frauen zurückzuführen ist.

Besonders eindrucksvoll steigen beide Verordnungskennzahlen noch einmal ab dem 60. Lebens-

Diagramm 4.2.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

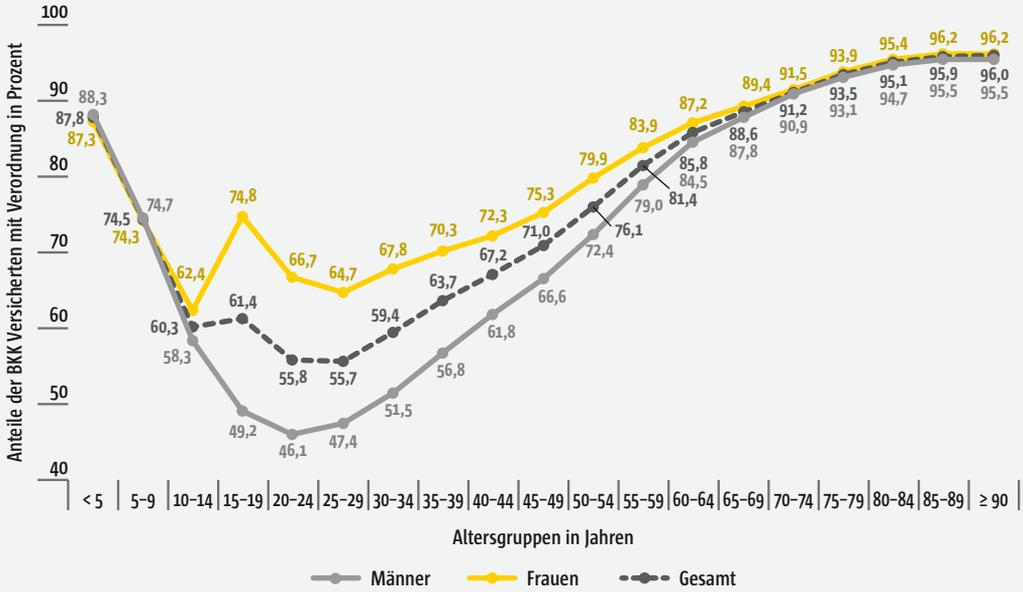


Diagramm 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

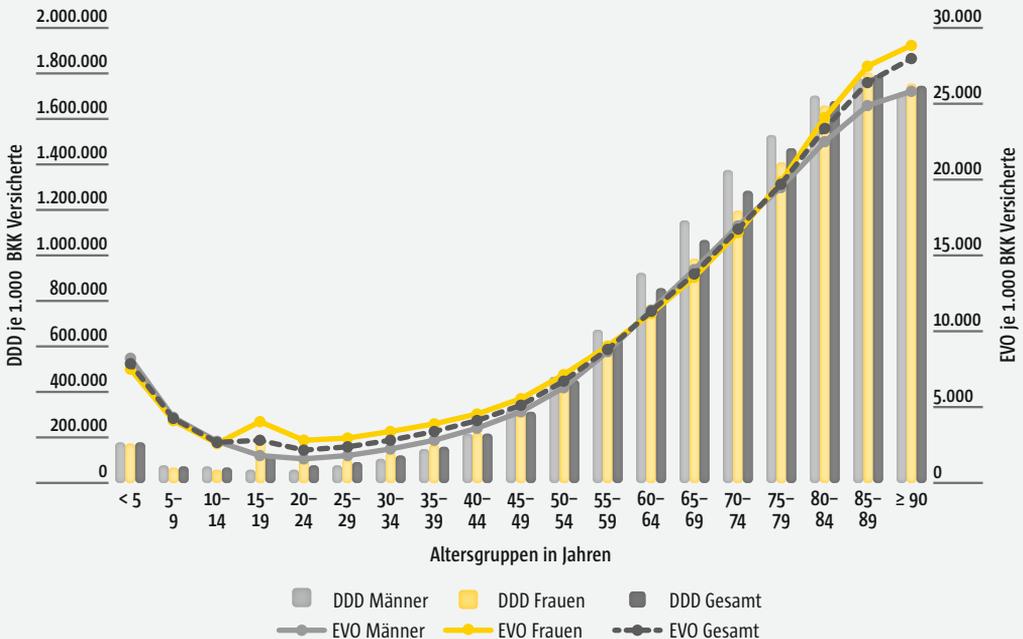
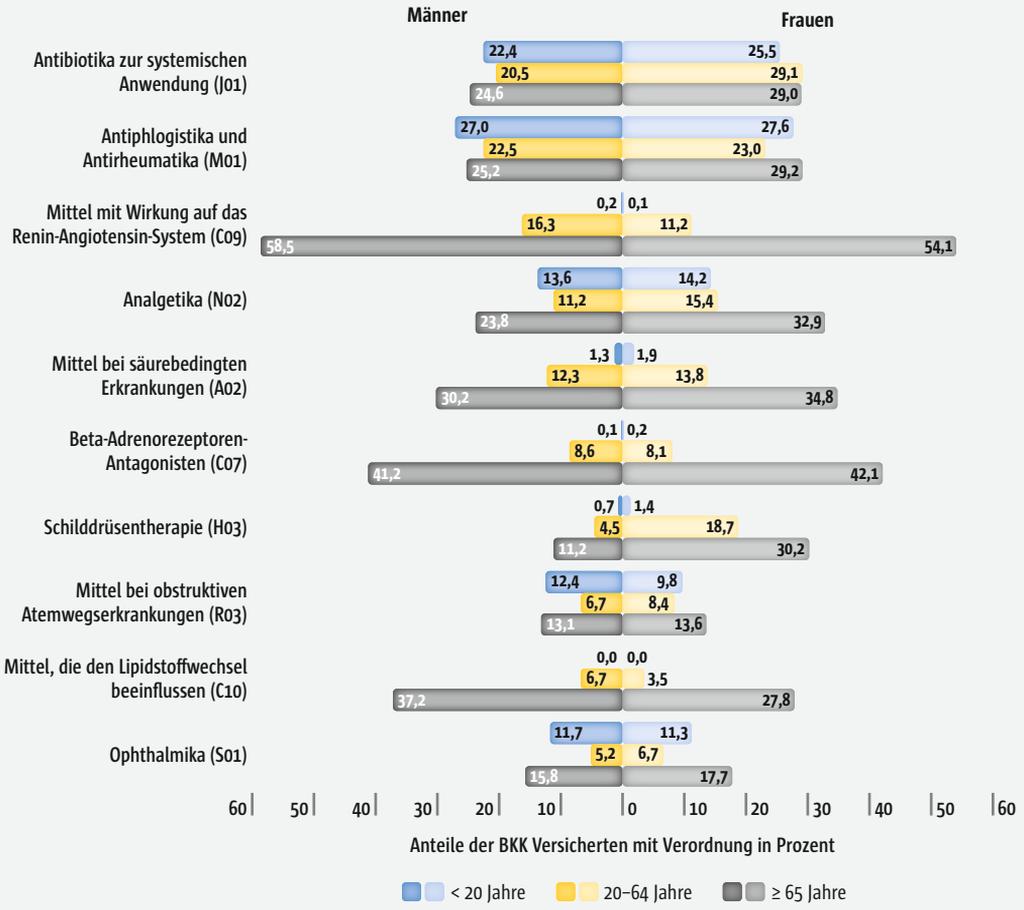


Diagramm 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

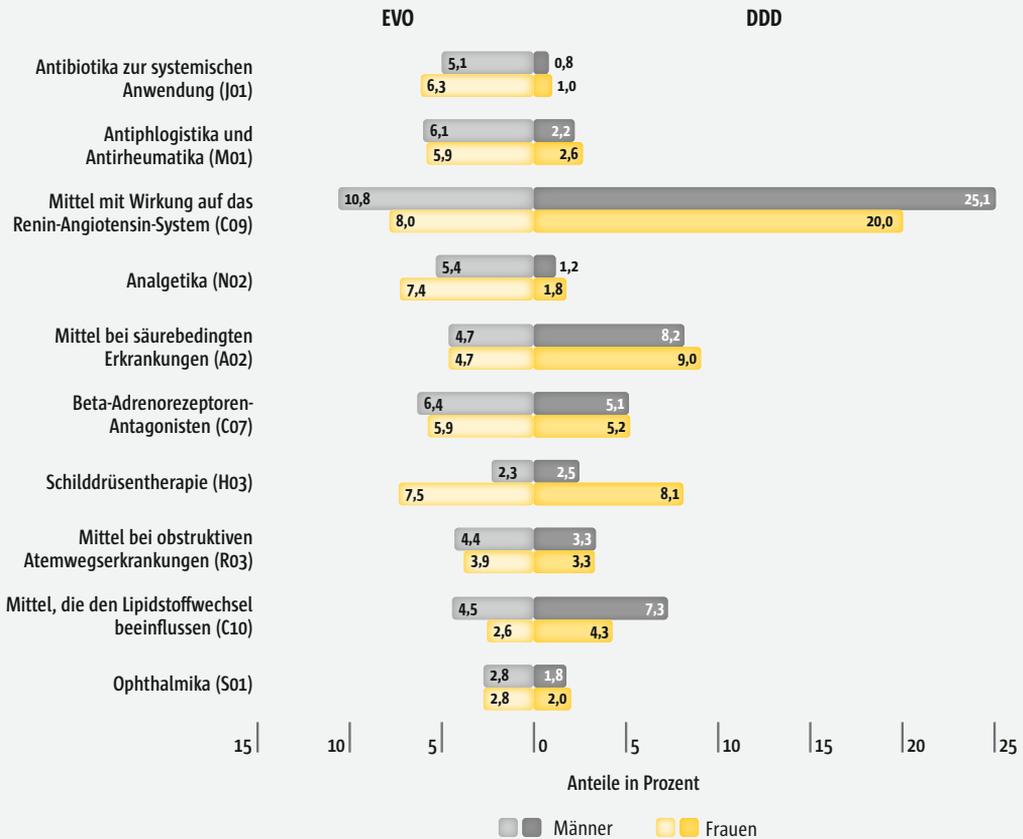


jahr an, was unter anderem mit dem Übergang von der Arbeits- in die Ruhestandsphase zusammenhängen kann. Ein ähnliches Verlaufsmuster ist in der ambulanten (III Kapitel 2) und in der stationären (III Kapitel 3) Versorgung z.B. bei den kardiovaskulären Erkrankungen zu beobachten.

- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem zeigt sich mit zunehmendem Lebensalter der deutlichste Anstieg bei den Verordnungsmengen.
- Dieser Anstieg korrespondiert mit den altersabhängigen Prävalenzen chronischer Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck oder anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

In III Diagramm 4.2.3 sind die zehn bereits in III Tabelle 4.1.3 aufgeführten und nach Anteilen häufigsten Verordnungen auf Ebene der therapeutischen Untergruppen nochmals differenziert nach Alter und Geschlecht dargestellt. Deutliche, vom Alter der Versicherten abhängige Verordnungsanteile sind unter anderem für die Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09) und bei Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten (C07) erkennbar, die unter anderem mit der höheren Prävalenz von Herz- und Kreislauferkrankungen in der Gruppe der älteren Versicherten erklärbar sind (III Kapitel 2). Gleiches gilt für die Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10). Diese drei therapeutischen Untergruppen, die ihre Wirkung primär auf das kardiovaskuläre System ausüben, werden faktisch in der Gruppe

Diagramm 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



der unter 20-Jährigen nicht verordnet, da in dieser Altersgruppe entsprechende Krankheitsbilder nur sehr selten auftreten. Ein ähnliches Altersmuster ist auch für die Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (A02) zu beobachten, die u.a. bei Sodbrennen oder noch häufiger auch als Regulanzien bei gleichzeitiger Einnahme weiterer, potentiell magenschädigender Wirkstoffe eingesetzt werden. Wesentlich geringere Altersunterschiede sind dagegen bei Arzneimitteln, die beispielsweise bei Atemwegserkrankungen verordnet werden (Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen; R03) erkennbar. Gleiches gilt auch für die Antibiotika zur systemischen Verwendung (J01) und die Antiphlogistika und Antirheumatika (M01).

Auch Geschlechtsunterschiede treten deutlich zu Tage: Frauen weisen z.B. bei der Schilddrüsenherapie (H03) in allen Altersgruppen einen vielfach hö-

heren Verordnungsanteil als Männer auf. Begründet ist dies durch die Tatsache, dass Frauen im Vergleich zu den Männern wesentlich häufiger von Schilddrüsenerkrankungen betroffen sind.

- Auf die zehn am häufigsten verordneten Wirkstoffgruppen gehen jeweils mehr als die Hälfte aller Einzelverordnungen (53,8%) bzw. definierten Tagesdosen (57,4%) insgesamt zurück.
- Mit jeder fünften Einzelverordnung (19,0%) und jeder dritten Tagesdosis (33,6%) nehmen die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System unter den zehn häufigsten Verordnungen den Spitzenplatz ein.

Für die zehn Wirkstoffgruppen mit den höchsten Verordnungsanteilen (»»» Tabelle 4.1.3) sind in »»» Diagramm 4.2.4 die jeweiligen Anteile der Einzel-

verordnungen bzw. definierten Tagesdosen dargestellt. Neben den Verordnungsanteilen geben diese Kennzahlen in ihrem Verhältnis zueinander auch Aufschluss darüber, ob es sich primär um Arzneimittel für Kurz- oder Langzeiterkrankungen handelt. Zudem sind, im Vergleich zu den Verordnungsanteilen, die ja lediglich die Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Verordnung zählen, hier auch Mehrfachverordnungen derselben Wirkstoffklasse abgebildet.

Allein durch diese zehn therapeutischen Untergruppen werden mehr als die Hälfte aller Einzelverordnungen (53,8%) bzw. aller definierten Tagesdosen (57,4%) verursacht. Nahezu jede zehnte Einzelverordnung (9,3%) bzw. mehr als jede fünfte definierte Tagesdosis (22,6%) geht auf ein Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (Co9) zurück. Insgesamt vereinen die hier aufgeführten drei Arzneimittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (ATC-Hauptgruppe C) allein 19,0% aller Einzelverordnungen und 33,6% aller definierten Tagesdosen auf sich. Dabei liegen die Verordnungskennzahlen dieser drei Wirkstoffe – äquivalent zu den höheren Prävalenzen der Herz- und Kreislauferkrankungen (III Kapitel 2 und 3) – bei den Männern (EVO: 21,8%; DDD: 37,5%) deutlich über denen der Frauen (EVO: 16,5%; DDD: 29,4%). Auch die Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (Ao2), die der mit der Einnahme verbundenen magenschädlichen Wirkungen einer Vielzahl der Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System vorbeugend entgegenwirken, sind dieser Erkrankungsart indirekt zuzuordnen und weisen mit 4,7% aller Einzelverordnungen bzw. 8,6% aller definierten Tagesdosen ebenfalls einen nicht unerheblichen Anteil an allen Arzneimittelverordnungen auf. Die beiden nach dem Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung am stärksten vertretenen Wirkstoffgruppen, die Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) sowie die Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1), weisen zwar relativ viele Einzelverordnungen (5,7% bzw. 6,0%) aber gleichzeitig niedrige Anteile an Tagesdosen (0,9% bzw. 2,4%) auf. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es sich hier um Arzneimittel handelt, die zwar relativ häufig verordnet, meist aber nur zur Behandlung von Kurzzeiterkrankungen eingesetzt werden.

#### 4.2.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus

- Mehr als 9 von 10 Rentnern wird mindestens einmal pro Jahr ein Arzneimittel verordnet.
- Dagegen ist es bei den Arbeitslosen im ALG-I-Bezug nicht einmal jeder Zweite (46,8%), der im Laufe des Jahres zumindest eine Verordnung erhält.

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben, ist der Versichertenstatus bzw. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe u.a. auch ein mittelbarer Indikator der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht des Versicherten, die einen nicht unerheblichen Einfluss auf dessen gesundheitliche Lage nehmen kann. Dass sich dies auch auf die Arzneimittelverordnungen auswirkt, ist eindrucksvoll in III Tabelle 4.2.1 zu sehen.

Erwartungsgemäß sind insgesamt die meisten Verordnungsanteile (90,9%) bei der Gruppe der Rentner zu finden, was weniger durch deren soziale Lage, denn durch das höhere Lebensalter und die damit verbundene höhere Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung und somit auch einer Medikation gegeben ist. In ähnlichem Maße gilt dies auch für die Familienangehörigen, da diese Gruppe zum Großteil aus Kindern bzw. Jugendlichen besteht. In dieser Gruppe erhalten mehr als zwei Drittel (68,2%) aller Versicherten mindestens eine Verordnung im Jahr 2017 – Frauen deutlich häufiger als Männer. Insgesamt nur geringfügig weniger Verordnungsanteile (66,9%) weisen die beschäftigten Mitglieder auf, auch hier erhalten die Frauen pro Jahr häufiger mindestens einmal Arzneimittel als die Männer verordnet. Insgesamt deutlich geringer sind dagegen die Verordnungsanteile (60,0%) der ALG-II-Empfänger, mit 46,8% sind die geringsten Verordnungsanteile bei den ALG-I-Empfängern zu finden. Ein ähnliches Muster findet sich auch in der ambulanten Versorgung wieder (III Kapitel 2.2.2): Dort weisen die ALG-I-Empfänger den niedrigsten Anteil von Personen mit mindestens einer Diagnose auf, gefolgt von den ALG-II-Empfängern und den beschäftigten Mitgliedern. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass die Arbeitslosen, insbesondere bei Kurzzeiterkrankungen, seltener ambulante Leistungen in Anspruch nehmen, für die zum Beispiel Beschäftigte in der Regel eine AU-Bescheinigung benötigen und entsprechend häufiger Arzneimittel verordnet bekommen.

**Tabelle 4.2.1** Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

Versichertengruppen	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
BKK Versicherte insgesamt	Männer	68,4
	Frauen	77,7
	Gesamt	73,0
<i>davon:</i>		
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	61,9
	Frauen	73,2
	Gesamt	66,9
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	41,9
	Frauen	52,4
	Gesamt	46,8
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	52,2
	Frauen	67,8
	Gesamt	60,0
Familienangehörige	Männer	63,3
	Frauen	71,6
	Gesamt	68,2
Rentner	Männer	90,0
	Frauen	91,7
	Gesamt	90,9

- Langzeitarbeitslose (ALG-II) erhalten deutlich häufiger Verordnungen für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem (25,5%) als Beschäftigte (18,2%).
- Altersbedingt ist bei der Gruppe der Rentner mit 71,0% der mit Abstand größte Verordnungsanteil für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zu finden.

Altersbedingt sind für nahezu alle anatomischen Hauptgruppen die meisten Verordnungsanteile bei der Gruppe der Rentner zu finden (»»» Tabelle 4.2.2). Besonders auffällig ist hier wieder der hohe Anteil

der Verordnungen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System. Ebenfalls mit Abstand die höchsten Werte zeigen sich bei den Verordnungsanteilen für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem. Altersbedingt andere Schwerpunkte zeigen sich für die Familienangehörigen, da zu dieser Gruppe zum Großteil mitversicherte Kinder und Jugendliche zählen, was sich unter anderem an den hohen Anteilen der Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt (30,4%) bzw. der Antiinfektiva zur systemischen Anwendung (24,8%) zeigt. Interessanterweise sind in dieser Gruppe auch die Verordnungsanteile für die Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (25,1%) hoch, da hierzu auch Schmerzmittel wie z.B. Ibuprofen (Mo1AEo1) gehören, die vor allem bei Kleinkindern besonders häufig als Fiebersenker Anwendung finden.

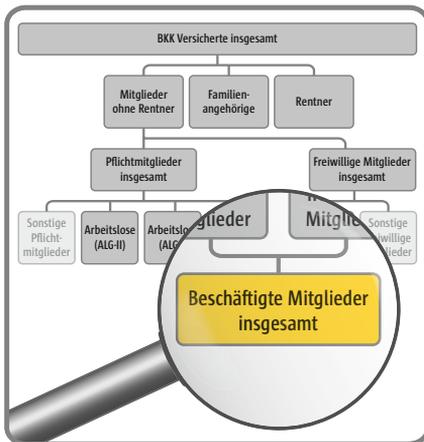
Das Verordnungsgeschehen bei Rentnern bzw. Familienangehörigen wird aber in großem Maße durch das Alter der jeweiligen Versichertengruppe definiert und unterscheidet sich somit bedeutsam von dem der Arbeitslosen bzw. beschäftigten Mitgliedern. Die beiden letztgenannten Gruppen unterscheiden sich hingegen in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur nicht so stark, sodass hier zu beobachtende Unterschiede bei den Arzneimitteln maßgeblich auch von der sozialen Lage der jeweiligen Gruppe bestimmt werden.

Besonders häufig erhalten ALG-II-Empfänger Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet, mehr als jeder vierte Versicherte (25,5%) aus dieser Gruppe erhält mindestens eine Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe im Berichtsjahr. Dagegen sind die entsprechenden Verordnungsquoten bei den ALG-I-Empfängern (16,9%) bzw. den beschäftigten Mitgliedern (18,2%) wesentlich geringer. Auf Ebene der therapeutischen Untergruppen zeigt sich zudem, dass die Unterschiede in den Verordnungsanteilen vor allem auf die Gruppe der Psychoanaleptika (No6) zurückzuführen sind. Mehr als jeder zehnte (11,9%) ALG-II-Empfänger hat in 2017 mindestens eine Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe erhalten, immerhin 9,0% bei den ALG-I-Empfängern aber deutlich weniger bei den beschäftigten Mitgliedern (5,8%). Auch hier sind Parallelen zum Krankheitsgeschehen im ambulanten Bereich erkennbar: Langzeitarbeitslose (ALG-II) sind am häufigsten aufgrund einer psychischen Störung in ambulanter Behandlung, gefolgt von Arbeitslosen im ALG-I-Bezug und den beschäftigten Mitgliedern.

Tabelle 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2017)

Verordnungshauptgruppen	BKK Versicherte insgesamt	davon				
		Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent						
Alimentäres System und Stoffwechsel	23,0	16,6	12,5	19,3	17,0	46,4
Blut und blutbildende Organe	9,7	5,6	4,6	6,9	3,4	29,0
Kardiovaskuläres System	25,5	18,4	15,5	16,5	6,7	71,0
Dermatika	15,1	11,2	6,0	9,6	17,8	20,1
Urogenitalsystem und Sexualhormone	8,3	6,4	4,1	6,3	6,7	15,6
Systemische Hormonpräparate	15,8	14,1	10,0	10,7	9,5	28,0
Antinfektiva zur systemischen Anwendung	26,5	25,3	11,9	22,0	24,8	27,7
Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	2,5	1,7	1,4	1,3	2,1	5,1
Muskel- und Skelettsystem	27,3	23,8	12,8	21,0	25,1	36,9
Nervensystem	23,5	18,2	16,9	25,5	17,5	42,5
Antiparasitäre Mittel	1,6	1,1	0,7	1,8	2,4	1,6
Respirationstrakt	18,7	12,1	7,3	12,1	30,4	18,5
Sinnesorgane	10,0	6,6	3,2	4,7	11,3	16,4
<b>Gesamt</b>	<b>73,0</b>	<b>66,9</b>	<b>46,8</b>	<b>60,0</b>	<b>68,2</b>	<b>90,9</b>

4.2.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Wie auch in den vorangegangenen Kapiteln werden im Folgenden die Arzneimittelverordnungen nach den vorliegenden Informationen zu höchstem Schul- bzw. Berufsabschluss dargestellt. Da diese ausschließlich für die beschäftigten Mitglieder vorliegen, ist ein Vergleich der Kennzahlen in den vorhergehenden Abschnitten dieses Kapitels nur innerhalb dieser Versichertengruppe möglich.

Höchster Schulabschluss

- Je höher der Schulabschluss eines Beschäftigten ist, desto seltener bzw. desto weniger Arzneimittel bekommt er verordnet.
- Dies wird besonders für die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie für die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System deutlich.

Tabelle 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

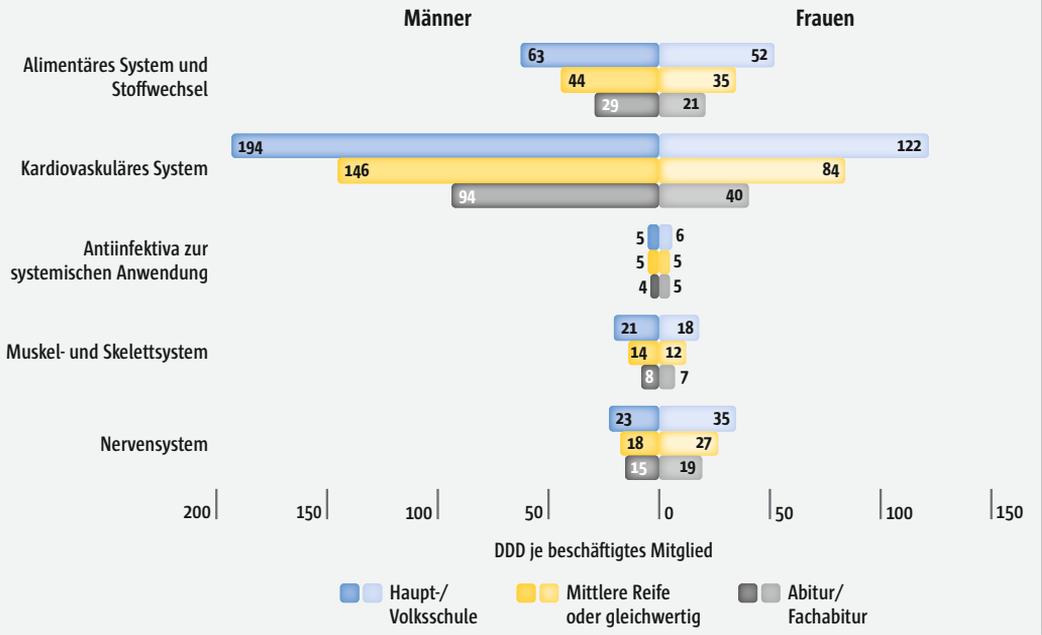
Höchster Schulabschluss	Männer			Frauen		
	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD
Abschluss unbekannt	59,0	4.571	319.621	71,2	5.317	296.273
Ohne Schulabschluss	57,9	5.510	387.625	64,8	5.794	319.929
Haupt-/Volksabschluss	67,2	5.314	373.935	76,9	6.240	355.231
Mittlere Reife oder gleichwertig	61,6	4.102	282.941	74,6	5.026	273.898
Abitur/Fachabitur	53,3	3.063	200.770	66,4	3.728	180.926
Gesamt	61,9	4.288	296.616	73,2	4.912	265.311

Welchen Einfluss der höchste Schulabschluss der beschäftigten Mitglieder auf die Arzneimittelverordnungen ausübt, ist in **III** Tabelle 4.2.3 zu sehen. Für den Anteil der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung im Jahr 2017 zeigt sich für beide Geschlechter, dass die Berufstätigen mit einem Haupt- bzw. Volksschulabschluss jeweils die höchsten Anteile aufweisen. Die geringsten Verordnungsanteile finden sich hingegen bei den Beschäftigten mit einem (Fach-)Abitur. Bezogen auf die Einzelverordnungen und die definierten Tagesdosen zeigt sich ein relativ eindeutiges Muster: Je höher der Schulabschluss, desto weniger EVO und DDD werden im Durchschnitt verordnet. Dieser Zusammenhang deckt sich auch mit den Befunden zur Arbeitsunfähigkeit (**III** Diagramm 1.2.14). Lediglich bei den Frauen zeigt sich, dass Beschäftigte mit einem Haupt-/Volksschulabschluss marginal mehr EVO und DDD aufweisen als die Beschäftigten ohne Schulabschluss. Vermutlich ist dieser Effekt aber altersbedingt, da beschäftigte Frauen mit Volks-/Hauptschulabschluss im Mittel älter sind (45,4 Jahre), als solche ohne Schulabschluss (42,5 Jahre). Bei den Männern tritt hingegen für beide Schulabschlussformen nur ein geringer Altersunterschied von ca. einem Jahr bei den Beschäftigten auf. Zudem zeigen sich bei Beschäftigten ohne Schulabschluss in der ambulanten Versorgung (**III** Kapitel 2.2.3) auch die niedrigsten Inanspruchnahmequoten. Die daraus resultierenden geringeren Verordnungsanteile gehen aber mit in Relation dazu höheren Werten bei den Einzelverordnungen und Tages-

dosen einher. Vermutlich ist dies dadurch begründet, dass diese Gruppe vor allem bei Erkrankungen den Arzt aufsucht, die mit einer längeren bzw. höheren Dosierung von Arzneimitteln verbunden sind.

In **III** Diagramm 4.2.5 sind die definierten Tagesdosen der Beschäftigten für die wichtigsten anatomischen Hauptgruppen sowie den drei wichtigsten Schulabschlussformen nach Geschlecht dargestellt. Auch hier zeigt sich relativ deutlich, dass mit höherem Schulabschluss durchschnittlich weniger Dosen von Arzneimitteln verordnet werden. So weisen berufstätige Frauen mit einem Haupt-/Volksschulabschluss mehr als dreimal so viele Tagesdosen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System auf, wie solche mit (Fach-)Abitur, bei den Männern unterscheiden sich beide Gruppen immerhin noch um mehr als das Doppelte. Ebenfalls große Unterschiede zeigen sich zwischen o.g. Schulabschlüssen auch bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel. Lediglich bei den Antiinfektiva sind keine Unterschiede zwischen den betrachteten Schulabschlüssen zu beobachten, was auch mit den entsprechenden Anteilen der von einer Atemwegserkrankung Betroffenen in der ambulanten Versorgung korrespondiert. Da es sich hier in der Regel um akute und übertragbare Erkrankungen, wie z.B. der saisonalen Erkältung handelt, sind hier alle Beschäftigten, unabhängig von der Höhe des Schulabschlusses, in gleichem Maße betroffen und zeigen entsprechend auch keine relevanten Unterschiede bei den Medikationsmengen.

Diagramm 4.2.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



### Höchster Berufsabschluss

- Auch beim beruflichen Ausbildungsabschluss der Beschäftigten zeigt sich, dass ein höherer Abschluss mit niedrigeren Verordnungsanteilen und -mengen bei Arzneimitteln einhergeht.
- Beschäftigte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss bzw. mit Bachelorabschluss verzeichnen dagegen v.a. aufgrund ihres niedrigeren Durchschnittsalters wesentlich geringere Verordnungsmengen.

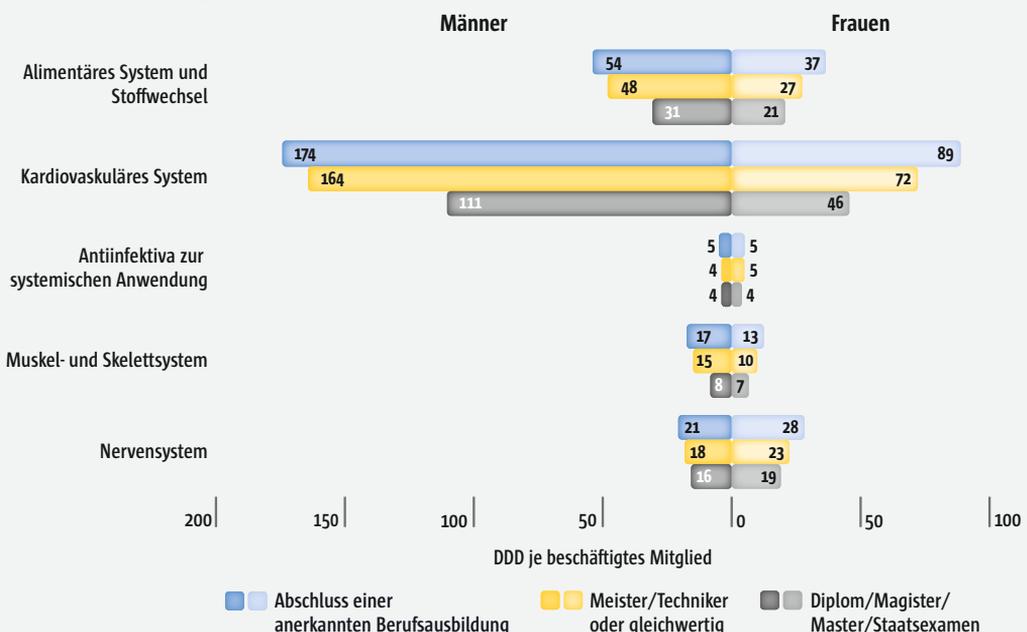
Ähnlich wie beim höchsten Schulabschluss zeigt sich auch im Vergleich der Kennzahlen bei den Arzneimittelverordnungen, dass ein höherer beruflicher Abschluss mit weniger Einzelverordnungen und Tagesdosen einhergeht. Beschäftigte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss sowie solche mit einem Bachelorabschluss fallen aus dem beschriebenen Muster heraus, da sie im Vergleich zu den anderen dargestellten Gruppen ein deutlich niedrigeres Durchschnittsalter aufweisen und entsprechend weniger Arzneimittel verordnet bekommen (»»» Tabelle 4.2.4).

Das im »»» Diagramm 4.2.6 dargestellte Muster der verordneten Tagesdosen im Vergleich zwischen den drei ausgewählten Berufsabschlussarten ist nahezu identisch mit dem des höchsten Schulabschlusses. Beschäftigte mit einer anerkannten Berufsausbildung erhalten zum Teil wesentlich mehr Tagesdosen verordnet als die beiden anderen betrachteten Gruppen. Insbesondere ist hier bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System ein deutlicher Geschlechtsunterschied innerhalb der einzelnen Berufsabschlüsse erkennbar. Dabei gilt, dass die Männer jeweils durchschnittlich mehr als die doppelten Tagesdosen im Vergleich zu den Frauen erhalten. Auch hier zeigt sich, dass eine z.B. mit einer akuten Atemwegserkrankung verbundene Medikationsmenge (Antiiinfektiva zur systemischen Anwendung) nahezu unabhängig vom beruflichen Bildungsgrad ist, da auch z.B. die zugrundeliegenden Grippe- und Erkältungskrankheiten (»»» Kapitel 2.2) hiervon wenig beeinflusst werden.

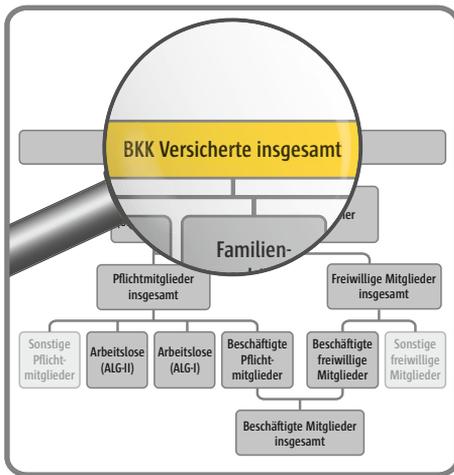
Tabelle 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

Höchster Berufsabschluss	Männer			Frauen		
	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD
Abschluss unbekannt	52,0	3.949	265.335	67,4	5.023	272.764
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	50,9	3.649	223.866	70,5	5.365	287.291
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	65,5	4.748	335.295	74,7	5.117	279.945
Meister/Techniker oder gleichwertig	64,6	4.419	313.506	71,6	4.477	239.663
Bachelor	44,2	2.130	120.777	58,2	2.925	119.679
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	55,5	3.257	224.750	64,7	3.688	187.439
Promotion	50,8	2.826	195.730	59,4	3.287	165.085
Gesamt	61,9	4.288	296.616	73,2	4.912	265.311

Diagramm 4.2.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



## 4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen



Auch für die Arzneimittelverordnungen zeigen sich im regionalen Vergleich Unterschiede, die neben den soziodemografischen Merkmalen der Versicherten auch maßgeblich von den medizinischen Versorgungsstrukturen und den sozioökonomischen Bedingungen vor Ort bestimmt werden. Im Folgenden werden hierzu entsprechende Vergleiche auf Ebene der Bundesländer bzw. der Kreise vorgenommen. Dieser Abschnitt betrachtet wiederum alle BKK Versicherten.

### 4.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- Bezogen auf den Anteil der Versicherten, die im Jahr 2017 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten haben, weist Berlin mit 67,7% den geringsten Anteil von allen Bundesländern auf.
- Die mit Abstand geringsten Verordnungsmengen sind dagegen in Baden-Württemberg und Bayern zu finden.

In **»** Tabelle 4.3.1 sind zunächst die Verordnungsanteile sowie die Tagesdosen der BKK Versicherten im Vergleich zwischen den Bundesländern für das Jahr 2017 zu sehen. Während 76,8% der Versicherten im

**Tabelle 4.3.1** Arzneimittelverordnungen – DDD und Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2017)

Bundesländer	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je BKK Versicherten
Baden-Württemberg	70,9	385
Bayern	71,6	397
Berlin	67,7	451
Brandenburg	72,5	547
Bremen	73,4	507
Hamburg	68,5	437
Hessen	71,9	423
Mecklenburg-Vorpommern	75,2	575
Niedersachsen	75,1	510
Nordrhein-Westfalen	75,2	528
Rheinland-Pfalz	75,7	552
Saarland	76,8	558
Sachsen	72,8	612
Sachsen-Anhalt	77,3	710
Schleswig-Holstein	72,8	507
Thüringen	73,4	569
<b>Gesamt</b>	<b>73,0</b>	<b>465</b>

Saarland mindestens einmal im Berichtsjahr ein Arzneimittel verordnet bekommen haben, liegt dieser Anteil in Berlin lediglich bei 67,7%. Die Anteile korrespondieren dabei in hohem Maße mit der Regionalverteilung in der ambulanten Versorgung (III Kapitel 2.3). Ein eindeutiges regionales Muster zeigt sich bezogen auf die Verordnungsanteile zwar nicht, allerdings tritt dies deutlicher bei der Betrachtung der definierten Tagesdosen zu Tage, da hier Mehrfachverordnungen berücksichtigt werden. Vier der fünf neuen Bundesländer weisen die mit Abstand meisten verordneten Tagesdosen auf. Spitzenreiter ist hierbei Sachsen-Anhalt mit durchschnittlich 710 DDD je Versicherten, wohingegen der mit 385 DDD je Versicherten geringste Wert in Baden-Württemberg zu finden ist. Dies ist zum Teil auch mit der Altersstruktur der dort wohnhaften BKK Versicherten zu begründen. So sind die in Baden-Württemberg wohnhaften Versicherten im Durchschnitt 40,4 Jahre alt, die in Sachsen-Anhalt hingegen 47,6 Jahre. Wie auch bereits im III Kapitel 4.2.1 gezeigt werden konnte, nehmen insbesondere die verordneten Tagesdosen mit dem Lebensalter zu. Die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und tendenziell auch Bremen fallen aus dem oben beschriebenen Regionalmuster insofern heraus, da sie bei beiden Verordnungskennzahlen im Bundeslandvergleich im unteren Drittel zu finden sind. Zu vermuten ist, dass in Großstädten bzw. Ballungsräumen mehr nichtmedikamentöse Therapiemöglichkeiten (z.B. Physio- bzw. Psychotherapie) zur Verfügung stehen und auch häufiger genutzt werden.

Die verordneten Tagesdosen der BKK Versicherten auf Ebene der Landkreise sind im III Diagramm 4.3.1 dargestellt. Zunächst zeigen sich bereits auf Ebene der Bundesländer erkennbare generelle Muster – in den neuen Bundesländern werden im Mittel wesentlich mehr Tagesdosen verordnet, als im Altbundesgebiet. Aber auch im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-Westfalen sowie in Niedersachsen sind für eine nicht unerhebliche Anzahl von Kreisen deutlich überdurchschnittliche Verordnungsmengen zu erkennen. Spitzenreiter mit durchschnittlich 866 DDD je BKK Versicherten ist wie in den vergangenen beiden Jahren der Saalekreis in Sachsen-Anhalt. Im Verhältnis dazu nicht einmal ein Drittel dieser Menge sind es dagegen im Unterallgäu in Bayern (278 DDD je BKK Versicherten). Wie inhomogen das Verordnungsgeschehen auch innerhalb eines Bundeslandes sein kann, sei wiederum am Beispiel Bayerns gezeigt: Der Landkreis Hof liegt mit 568 DDD je BKK Versicherten deutlich über den Bundesdurchschnittswert (465 DDD je BKK Versi-

cherten) und dieser Wert ist mehr als doppelt so groß wie der bereits berichtete Wert im Unterallgäu. Es zeigt sich hier, dass eine differenziertere Regionalbetrachtung für eine gezielte Steuerung und Planung der Versorgung vor Ort unerlässlich ist.

#### 4.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Verordnungen

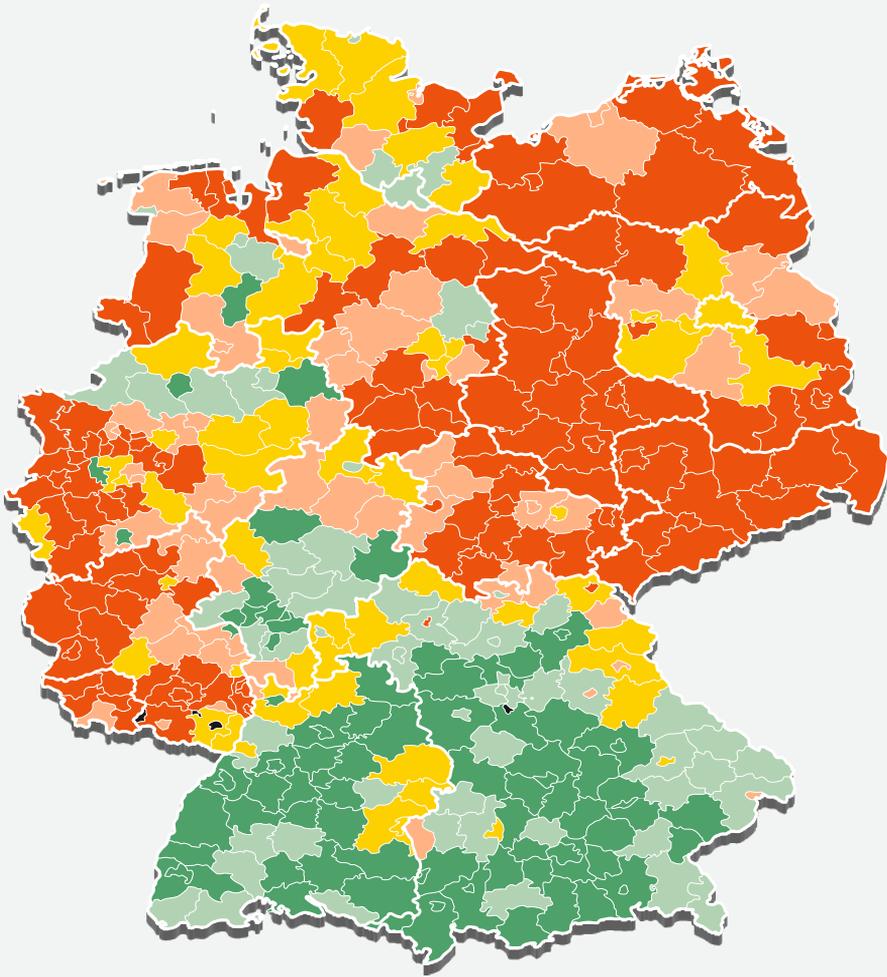
- Insbesondere in den neuen Bundesländern sowie im Süden Bayerns und Baden-Württembergs werden die wenigsten Tagesdosen bezogen auf die Antibiotika verordnet.
- Von den zehn Landkreisen mit den meisten verordneten Tagesdosen von Psychoanaleptika (N06) liegen allein acht in Bayern, von den zehn Landkreisen mit den geringsten Werten dagegen allein sieben im benachbarten Baden-Württemberg.

Neben der Betrachtung der Verordnungen insgesamt, lohnt es sich auch, einen Blick auf die regionalen Variationen von verordneten Tagesdosen bezogen auf einzelne therapeutische Untergruppen zu werfen, insbesondere dann, wenn diese im Zusammenhang mit der Behandlung von ausgewählten Krankheitsarten stehen.

Betrachtet man zunächst die durchschnittliche Anzahl der Tagesdosen der BKK Versicherten auf Landkreisebene für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01), so zeigt sich ein beeindruckender Ost-West-Unterschied. In den neuen Bundesländern liegen die verordneten Tagesdosen deutlich unter denen der Altbundesländer mit Ausnahme von Teilen Bayerns und Baden-Württembergs (III Diagramm 4.3.2). Die Spannweite reicht dabei von durchschnittlich 2,6 DDD je Versicherten im Ostallgäu (Bayern) bis hin zu 6,5 DDD je Versicherten im Emsland (Niedersachsen). Dabei zeigen sich allerdings keine relevanten regionalen Zusammenhänge mit der Auftretenshäufigkeit einschlägiger Diagnosen im ambulanten Bereich, wie zum Beispiel bei den akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) oder der Mittelohrentzündung (H66). Als Ursache dieses Regionalmusters kann ein nach wie vor unterschiedlich sozialisiertes Ordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte in Ost und West bzw. auch eine unterschiedliche Erwartungshaltung der Patienten vermutet werden.

Unabhängig von den regionalen Unterschieden bleibt insgesamt festzuhalten, dass Antibiotika insbesondere bei Erkrankungen mit primär viralem

Diagramm 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2017)



Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (465 DDD je BKK Versicherten)

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - ± 5% um den Bundesdurchschnitt
- 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

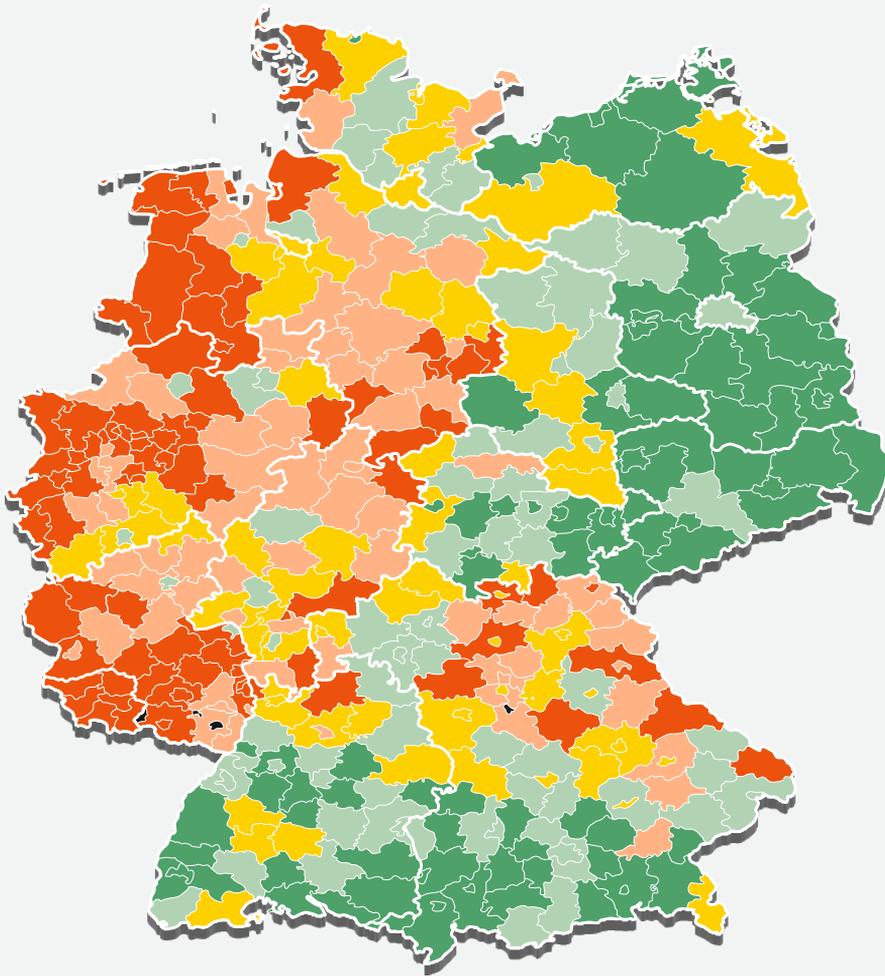
\* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Ursprung, wie zum Beispiel der erwähnten akuten Infektion der oberen Atemwege (Jo6) immer noch zu häufig fälschlicherweise verordnet werden, obwohl sie in diesen Fällen keine Wirkung zeigen, sondern eher unerwünschte Nebenwirkungen verursachen und sogar eine Zunahme von Resistenzen begünsti-

gen können. Neben den diesbezüglich zunehmenden Aktivitäten auf politischer Ebene, bleibt weiterhin das Hauptaugenmerk auf der kontinuierlichen Aufklärung von Patienten und Ärzten.

Abschließend soll noch ein Blick auf die regionale Variation der verordneten Tagesdosen bezogen auf

Diagramm 4.3.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2017)



Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (4,2 DDD je BKK Versicherten)

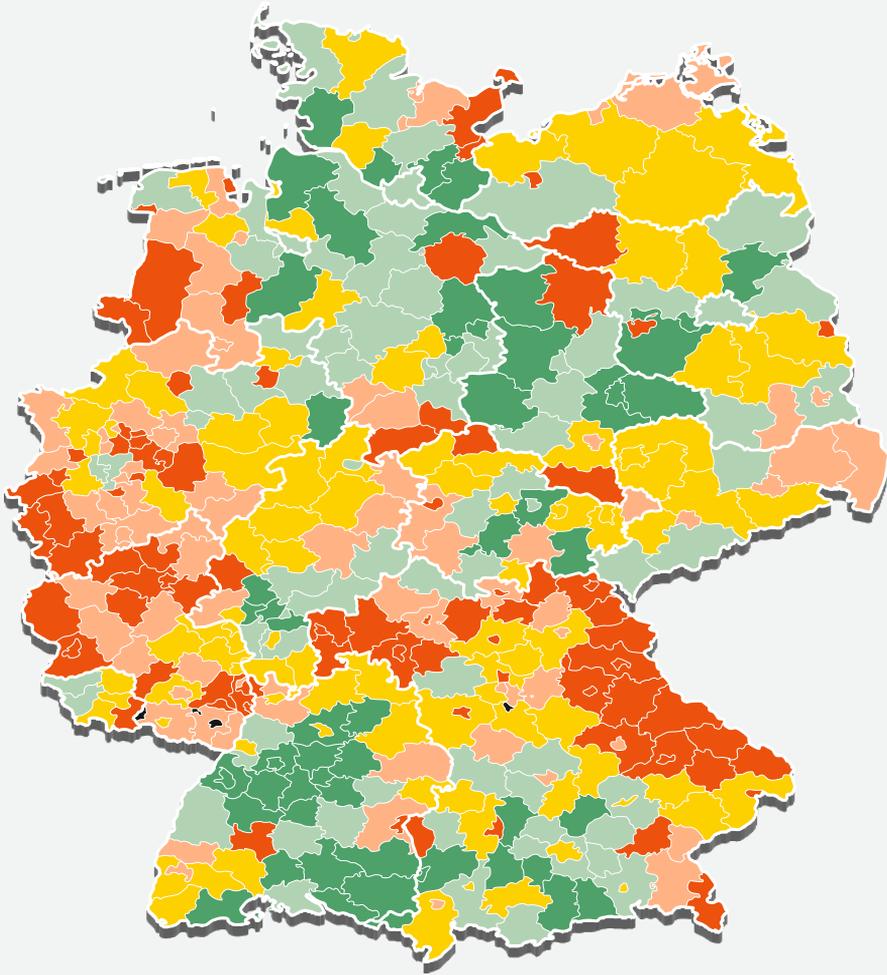
- |  |   |
|--|---|
| <span style="color: green;">■</span> mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt   | <span style="color: orange;">■</span> 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: lightgreen;">■</span> 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt | <span style="color: red;">■</span> mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: yellow;">■</span> ± 5% um den Bundesdurchschnitt             | <span style="color: black;">■</span> keine Angaben*                         |

\* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

die Psychoanaleptika (No6) geworfen werden, deren größter Anteil sich aus Verordnungen aus dem Bereich der Antidepressiva (No6A) speist. Wie in **»»** Diagramm 4.3.3 zu sehen ist, sind besonders hohe Verordnungsmengen gehäuft in Nordrhein-Westfalen und in Rheinland-Pfalz zu verzeichnen. Auch

hier, wie schon bei den Antibiotikaverordnungen, zeigen sich die Kreise im östlichen bzw. südlichen Bayern mit besonders hohen Tagesdosen. Im Jahr 2017 ist es allerdings der Landkreis Herne in Nordrhein-Westfalen, der mit durchschnittlich 34,9 DDD je Versicherten die Rangliste anführt.

**Diagramm 4.3.3** Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) für Psychoanaleptika (N06) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2017)



Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (20,1 DDD je BKK Versicherten)

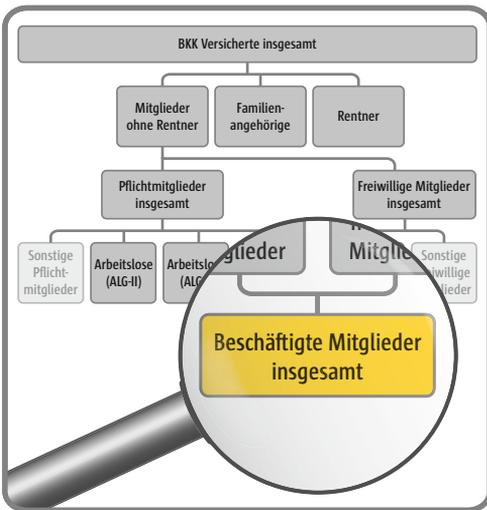
- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - 5 bis 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - ± 5% um den Bundesdurchschnitt
- 5 bis 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

\* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund zu geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Das sind mehr als dreimal so viele Tagesdosen wie in dem Landkreis mit den wenigsten Verordnungen (Baden-Baden: 11,4 DDD je Versicherten). Allein acht der zehn Landkreise mit den meisten verordneten Tagesdosen in dieser Wirkstoffgruppe sind wieder-

um im Bundesland Bayern zu finden. Dagegen sind sieben der zehn Landkreise mit den wenigsten Tagesdosen je BKK Versicherten bei den Nachbarn in Baden-Württemberg verortet.

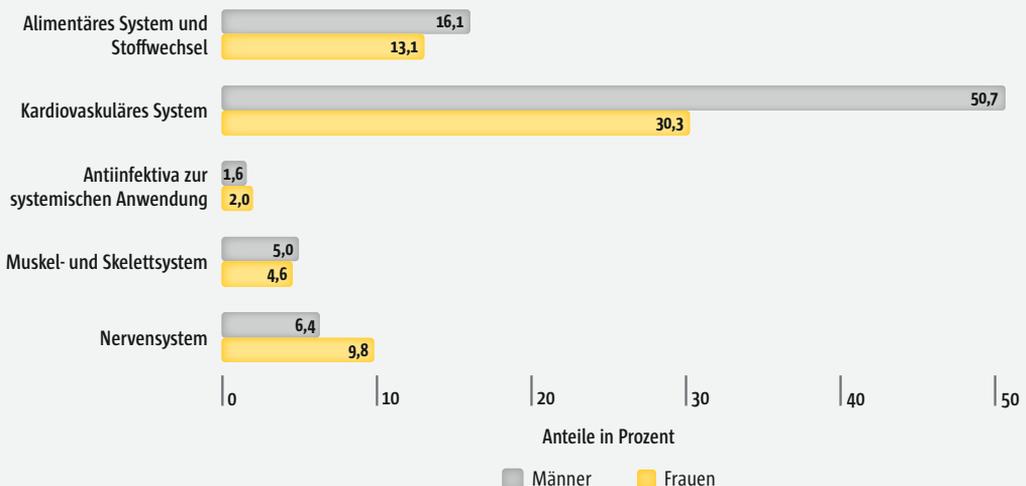
## 4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt



- Mehr als jede vierte verordnete Tagesdosis (42,2%) geht bei den Beschäftigten auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zurück.

Die folgenden arbeitsweltlichen Betrachtungen beziehen sich wiederum auf alle beschäftigten BKK Mitglieder. In **»»** Diagramm 4.4.1 sind zunächst noch einmal die Anteile der Tagesdosen für die wichtigsten anatomischen Hauptgruppen nach Geschlecht dargestellt. Wie bei den BKK Versicherten insgesamt, bilden auch hier die Tagesdosen von Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System für beide Geschlechter den größten Anteil an allen verordneten Arzneimitteln. Im Schnitt gehen mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (42,2%) allein auf diese Wirkstoffgruppe zurück, bei den Männern liegt deren Anteil dabei deutlich über dem der

Diagramm 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder – Anteile nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



Frauen (50,7% vs. 30,3%). Auf Platz zwei folgen mit deutlichem Abstand die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel, die insgesamt 14,9% aller verordneten Tagesdosen auf sich vereinen. Mit etwa jeder zehnten Tagesdosis (9,8%) nehmen die Verordnungsmengen der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem bei berufstätigen Frauen einen größeren Stellenwert als bei den Männern (6,4%) ein. Den größten Anteil haben hierbei – sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern – die Psychoanaleptika (ATC: No6) inne, die insbesondere bei psychischen Erkrankungen Anwendung finden. Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem sowie Antiinfektiva werden zwar relativ häufig, allerdings meist nur für Kurzzeiterkrankungen und somit in geringeren Dosierungen verordnet, was sich in den entsprechend niedrigen Anteilen an allen Tagesdosen widerspiegelt.

### 4.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Bedeutsame Unterschiede bei den Verordnungsmengen gibt es sowohl zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen als auch innerhalb dieser zwischen den beschäftigten Männern und Frauen.
- Diese Geschlechtsunterschiede rühren v.a. daher, dass Männer und Frauen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe oftmals völlig unterschiedliche Tätigkeiten ausüben, die sich auch im Ausmaß ihrer Arbeitsbelastung und somit auch in den Medikationsmengen widerspiegeln.

Wie sich die verordneten Tagesdosen zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen in Abhängigkeit vom Geschlecht unterscheiden, zeigt das **»»** Diagramm 4.4.2. Wie zu erkennen ist, differieren die Verordnungsmengen zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen zum Teil deutlich. Bei den Frauen sind es die im Bereich der privaten Haushalte Tätigen, die mit durchschnittlich 338 DDD je Beschäftigten die meisten Tagesdosen aufweisen – im Vergleich zu den beschäftigten Frauen in der Gruppe der freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (213 DDD je Beschäftigten) mit den wenigsten Tagesdosen. Eine ähnlich große Spannweite ist auch bei den Männern zur beobachten. Erhalten Beschäftigte in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung im Schnitt 406 DDD je Beschäftigten verordnet, so sind es im Gastgewerbe lediglich 193 DDD. Für beide Geschlechter sind

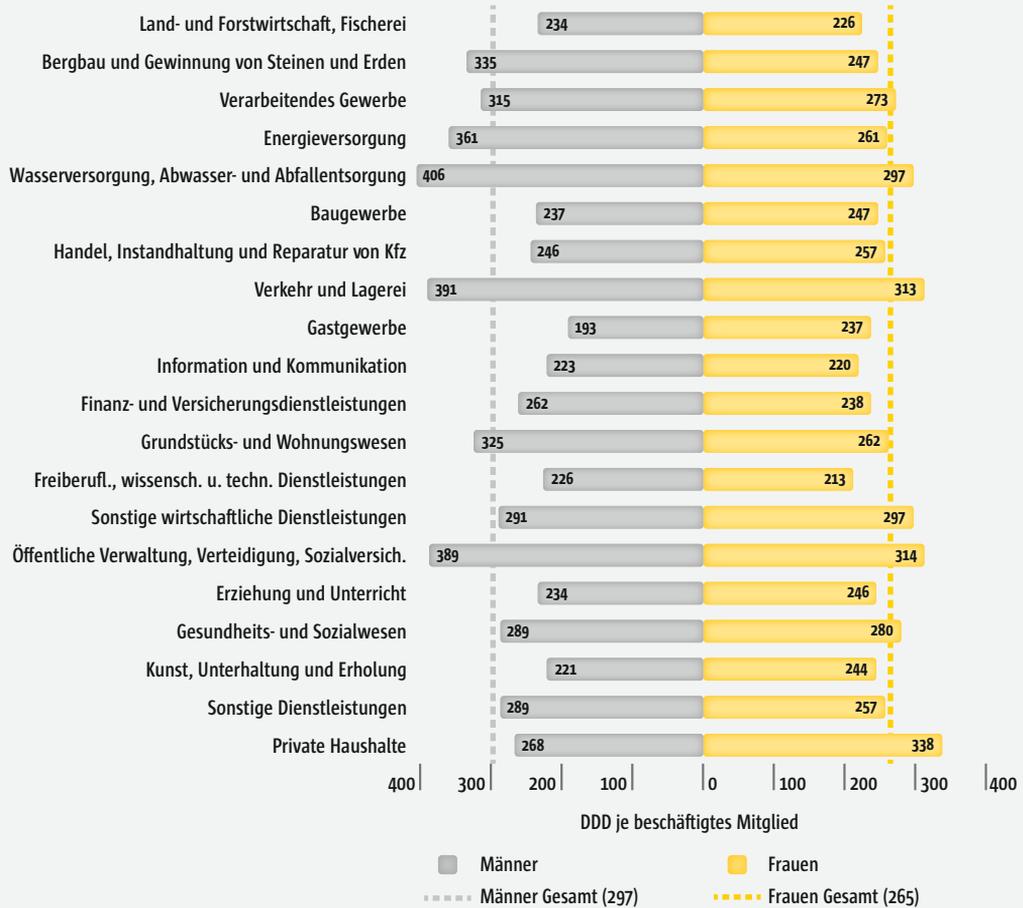
überdurchschnittliche Verordnungsmengen für den Bereich Verkehr und Lagerei – zu dem auch die Postdienste zählen – zu beobachten. Die Spannweite der Verordnungsmengen zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen zeigt, dass u.a. auch die dort vorzufindenden Arbeitsbedingungen der unterschiedlichen Tätigkeiten von Männern und Frauen einen Einfluss auf Höhe und Umfang des Arzneimittelverbrauchs der jeweiligen Beschäftigten ausüben. Die hier vorliegenden Ergebnisse decken sich zum Teil auch mit den Auswertungen zum Fehlzeitengeschehen (**»»** Diagramm 1.4.3).

Da unterschiedliche Arbeitsbedingungen mit anderen Arbeitsbeanspruchungen und -belastungen verbunden sind und somit auch zu unterschiedlichen Erkrankungen führen, liegt es nahe, dass dies auch Auswirkungen auf die Arzneimittelverordnungen hat. Deshalb kann ebenfalls hier ein Blick auf einzelne, für bestimmte Erkrankungen einschlägige Wirkstoffgruppen weiteren Aufschluss darüber geben. Exemplarisch soll dies im Folgenden bei den Beschäftigten für die Antidepressiva (No6A) gezeigt werden.

- Überdurchschnittlich hohe Tagesdosen von Antidepressiva (No6A) sind bei den Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie im Gesundheits- und Sozialwesen zu finden.

In **»»** Diagramm 4.4.3 sind die Verordnungsmengen von Antidepressiva (No6A) im geschlechtsspezifischen Vergleich zwischen den Wirtschaftsgruppen dargestellt. Deutlich wird, dass hier die Frauen in allen Wirtschaftsgruppen höhere Verordnungskennzahlen als die Männer aufweisen. Dies korrespondiert auch mit den entsprechenden Ergebnissen zu den psychischen Störungen aus den anderen Leistungsbereichen: Frauen weisen sowohl im AU-Geschehen als auch in der ambulanten und stationären Versorgung, insbesondere bei den depressiven Störungen, deutlich mehr AU-/KH-Fälle bzw. -Tage sowie auch Diagnoseanteile auf. Bei den Frauen sind es wiederum die Beschäftigten der privaten Haushalte, welche die meisten Tagesdosen (23,2 DDD je Beschäftigten) von Antidepressiva (No6A) verordnet bekommen. Hier dürfte allerdings auch das überdurchschnittliche Alter der Beschäftigten in dieser Gruppe eine Rolle spielen, dass etwa 8 Jahre über dem aller Beschäftigten liegt. Ebenfalls überdurchschnittliche Verordnungsmengen zeigen sich in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung

Diagramm 4.4.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

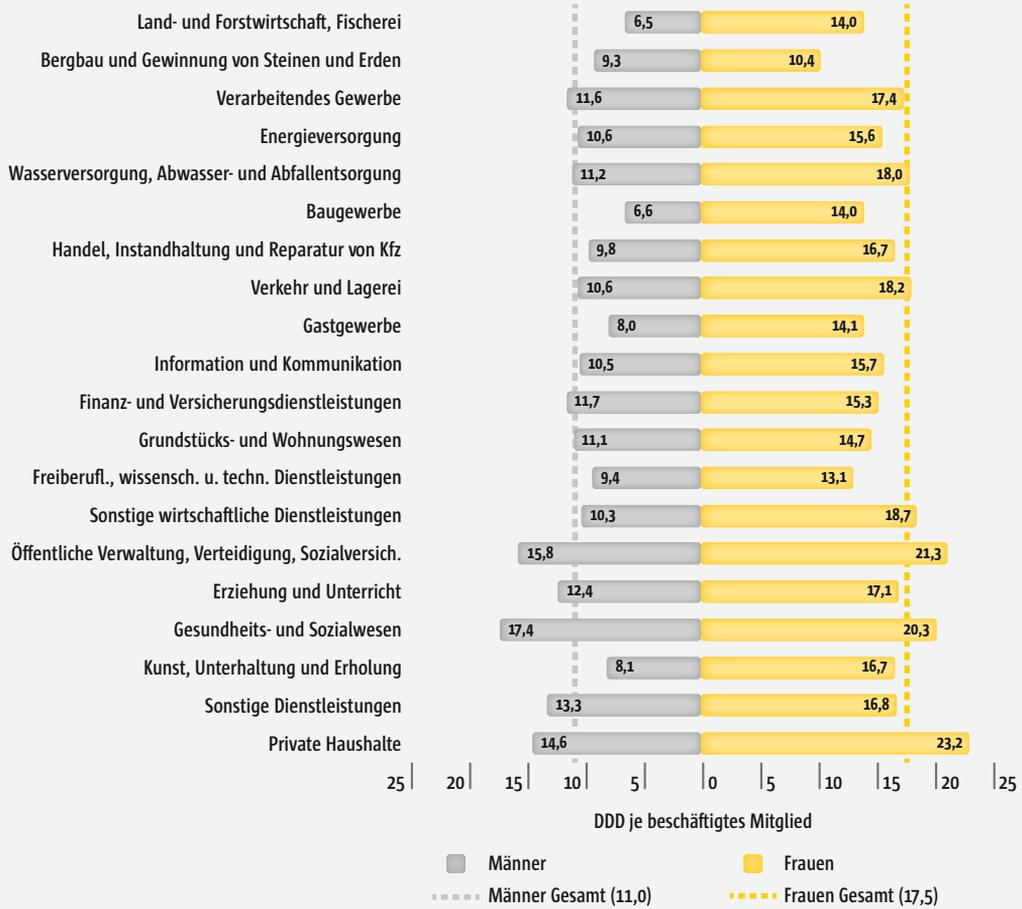


sowie dem Gesundheits- und Sozialwesen, die beide zudem die meisten AU-Tage aufgrund psychischer Störungen (»» Diagramm 1.4.5) aufweisen.

- Die stärksten regionalen Schwankungen der verordneten Tagesdosen gibt es bei den Beschäftigten in der Abfallbeseitigung bzw. bei den Postdiensten.
- Vor allem in wirtschaftlich starken Regionen, wie Bayern, Baden-Württemberg und Hamburg sind meist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich unterdurchschnittliche Mengen an verordneten Tagesdosen bei den Beschäftigten zu finden.

Arbeitsbedingungen variieren nicht nur zwischen verschiedenen Wirtschaftsgruppen, sondern auch innerhalb dieser Gruppen zwischen den verschiedenen Regionen. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern bezogen auf die verordneten Tagesdosen für ausgewählte Wirtschaftsgruppen sind in »» Tabelle 4.4.1 zu sehen. Die größte regionale Spannweite zeigt sich bei den Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und zwar zwischen Thüringen (502 DDD je Beschäftigten) und dem Saarland (275 DDD je Beschäftigten). Ebenfalls deutliche regionale Variationen sind im Bereich der Postdienste zwischen Sachsen-Anhalt (420 DDD je Beschäftigten) und Hamburg (236 DDD je Beschäftigten) zu finden. Die geringsten Abweichungen sind hingegen im Gesundheitswesen

Diagramm 4.4.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



(Sachsen-Anhalt: 289 DDD je Beschäftigten; Bayern: 212 DDD je Beschäftigten) zu beobachten. Insgesamt zeigt sich, dass für nahezu alle betrachteten Wirtschaftsgruppen die neuen Bundesländer jeweils die höchsten Verordnungsmengen aufweisen, während bei den Beschäftigten in Bayern und Baden-Württemberg aber auch in Hamburg meist Verordnungsmengen unterhalb des Durchschnitts der jeweiligen

Wirtschaftsgruppe zu finden sind. Dass dieses Verteilungsmuster auch maßgeblich durch regionale Unterschiede in der wirtschaftlichen, sozialen und medizinisch-strukturellen Lage vor Ort bedingt wird, lässt sich gut anhand des vorliegenden Verteilungsmusters erkennen. Mögliche Erklärungsansätze hierfür wurden bereits in [Kapitel 4.3](#) angesprochen.

Tabelle 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2017)

Bundesländer	Wirtschaftsabteilungen					Gesamt
	Maschinenbau	Finanzdienstleistungen	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	Post-, Kurier- und Expressdienste	Gesundheitswesen	
DDD je beschäftigtes Mitglied						
Baden-Württemberg	255	238	354	265	220	249
Bayern	261	238	320	299	212	254
Berlin	263	244	497	264	251	280
Brandenburg	318	262	485	318	260	341
Bremen	250	258	377	356	241	295
Hamburg	273	193	343	236	213	227
Hessen	293	272	355	253	253	279
Mecklenburg-Vorpommern	307	281	500	383	279	355
Niedersachsen	301	266	337	309	246	304
Nordrhein-Westfalen	323	272	406	280	274	310
Rheinland-Pfalz	342	267	390	318	267	313
Saarland	343	244	275	342	230	312
Sachsen	301	232	364	319	246	312
Sachsen-Anhalt	329	281	434	420	289	375
Schleswig-Holstein	305	284	424	291	241	292
Thüringen	350	271	502	368	259	352
<b>Gesamt</b>	<b>280</b>	<b>254</b>	<b>396</b>	<b>292</b>	<b>242</b>	<b>283</b>

#### 4.4.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

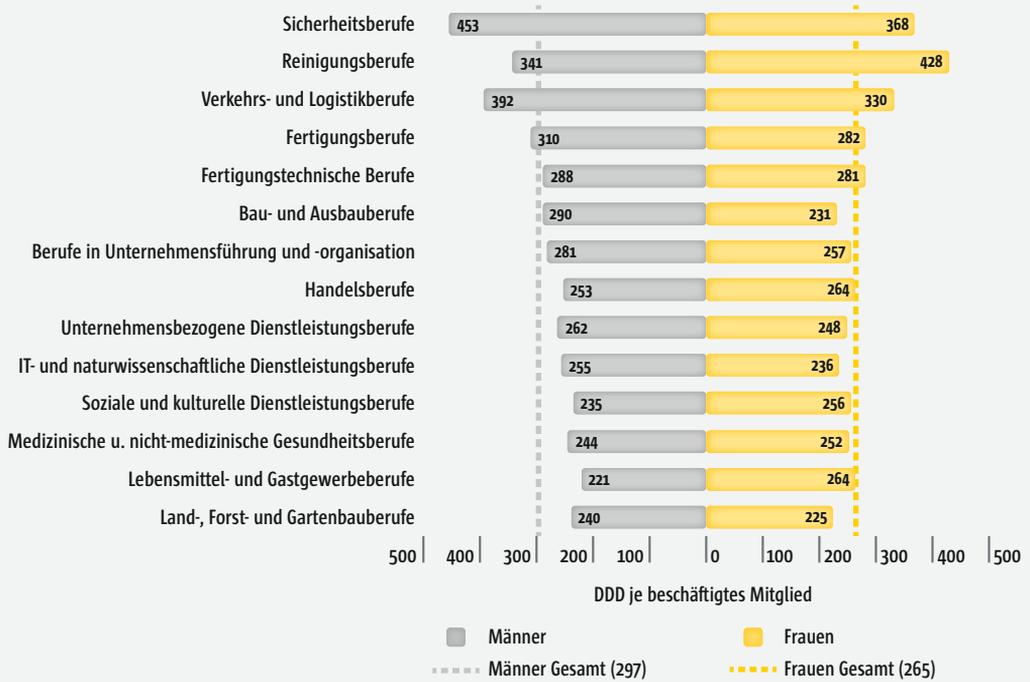
- Wie auch in den Vorjahren sind die meisten verordneten Arzneimitteltagesdosen bei den Beschäftigten der Sicherheitsberufe, der Reinigungsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe zu finden.
- Besonders hohe Tagesdosen weisen die drei genannten Berufsgruppen bei solchen Arzneimitteln auf, die im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen verordnet werden.

Innerhalb einer Wirtschaftsgruppe sind oftmals Beschäftigte vieler verschiedener Professionen zu finden. So sind zum Beispiel im Bereich der Postdienste neben den Postzustellern auch Personen aus dem

IT-Bereich oder der Verwaltung tätig. Die genannten Berufsgruppen sind dabei vermutlich deutlich unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und somit auch anderen Beanspruchungen und Belastungen ausgesetzt. Dass sich diese Unterschiede in einem unterschiedlichen Arzneimittelverbrauch widerspiegeln, soll in der folgenden Betrachtung gezeigt werden.

Einleitend werden zunächst die verordneten Tagesdosen der beschäftigten Männer und Frauen in den unterschiedlichen Berufssegmenten allgemein betrachtet (III Diagramm 4.4.4). Mit insgesamt 430 DDD je Beschäftigten erhalten die in Sicherheitsberufen Tätigen die meisten Tagesdosen verordnet, wobei die Werte der Männer um mehr als ein Fünftel über denen der Frauen liegen. Auch Beschäftigte in den Reinigungsberufen erhalten überdurch-

Diagramm 4.4.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

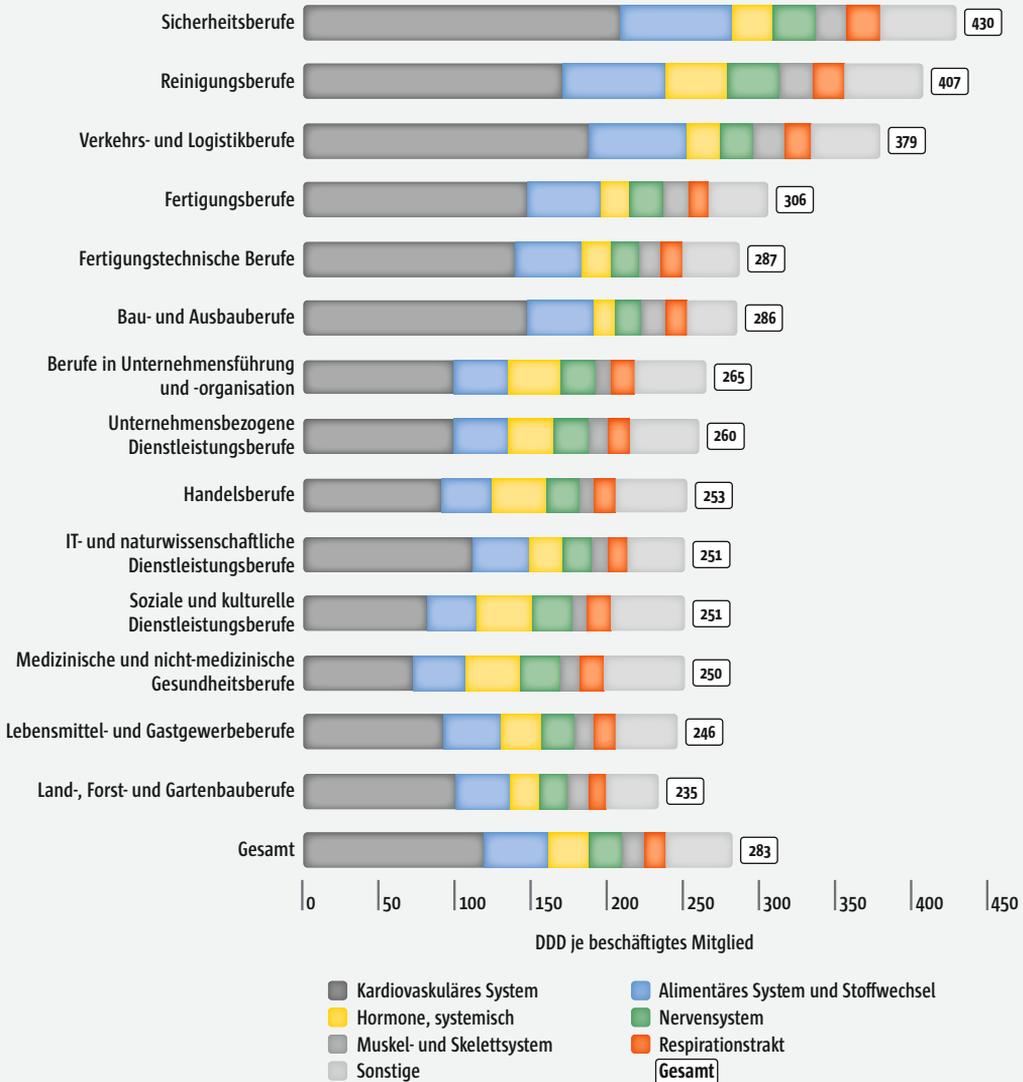


schnittlich viele Tagesdosen verordnet (407 DDD je Beschäftigten), allerdings liegen hier die Werte der Frauen deutlich über denen der Männer. Auf Platz 3 sind die Verkehrs- und Logistikberufe (zu denen auch die Postdienste zählen) zu finden, wobei hier wiederum die Männer höhere Werte aufweisen. Die wenigsten Tagesdosen werden – wie im Vorjahr auch – bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen, den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen sowie bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen verordnet.

Die Betrachtung der einzelnen Wirkstoffgruppen (anatomische Hauptgruppen) innerhalb der Berufssegmente lässt Rückschlüsse auf deren Schwerpunkte bezogen auf die verordneten Tagesdosen zu (III Diagramm 4.4.5). Die sechs hier ausgewählten Verordnungshauptgruppen bilden bei den Beschäftigten insgesamt 84,5% aller verordneten Tagesdosen im Jahr 2017 ab. Für die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System sind die identischen drei Berufssegmente, wie auch schon in der Gesamtbetrachtung, an der Spitze nach Verordnungsmengen

zu finden. Es zeigt sich zudem eine enorme Spannweite: Die Beschäftigten der Sicherheitsberufe weisen fast dreimal so viele verordnete Tagesdosen in dieser Wirkstoffgruppe auf, wie die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (208 DDD vs. 72 DDD je Beschäftigten). Die Beschäftigten der Reinigungsberufe, der Sicherheitsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe weisen zudem die höchsten Verordnungsmengen bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel, auf das Muskel- und Skelettsystem und auf den Respirationstrakt auf. Bei den Hormonen zur systemischen Gabe und den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem weisen besonders die Berufssegmente hohe Verordnungsmengen auf, in denen überproportional viele Frauen beschäftigt sind (z.B. Reinigungsberufe oder medizinische und nichtmedizinische Gesundheitsberufe), da die weiblichen Beschäftigten entsprechend häufiger von für die Medikation ursprünglichen Krankheiten (z.B. Erkrankungen der Schilddrüse sowie psychische Störungen) betroffen sind.

Diagramm 4.4.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



- Allein sechs der zehn Berufe mit den meisten verordneten Tagesdosen sind in der Gruppe der Verkehrs- und Logistikberufe zu finden.
- Besonders viele Tagesdosen von Antidepressiva (N06A) werden bei den Beschäftigten der sozialen, erzieherischen und nichtmedizinisch-pflegerischen Berufe verordnet.

Die Klassifikation der Berufe erlaubt – neben der groben Kategorisierung der Berufssegmente – auch einen detaillierteren Blick nach Tätigkeiten. In Tabelle 4.4.2 sind jeweils die zehn Berufsgruppen mit den nach Tagesmengen meisten bzw. wenigsten Arzneimittelverordnungen insgesamt aufgeführt. Über die Hälfte der Berufsgruppen mit den meisten Tagesdosen entstammt den Verkehrs- und Logistikberufen (Überwachung und Steuerung des Verkehrs-

Tabelle 4.4.2 Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) insgesamt (Berichtsjahr 2017)

KldB- 2010- Code	Berufsgruppen	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent
		je beschäftigtes Mitglied		
712	Angehörige gesetzgebender Körperschaften und leitende Bedienstete von Interessenorganisationen	7,0	527	76,0
515	Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs	6,6	519	71,4
524	Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	6,2	475	64,5
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	6,5	466	73,9
521	Fahrzeugführung im Straßenverkehr	5,9	442	65,2
525	Bau- und Transportgeräteführung	5,9	439	63,5
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	5,7	436	69,7
341	Gebäudetechnik	5,9	435	67,3
531	Objekt-, Personen-, Brandschutz, Arbeitssicherheit	6,1	434	66,8
522	Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr	5,2	409	68,6
	<b>Gesamt</b>	<b>4,6</b>	<b>283</b>	<b>66,9</b>
422	Umweltschutztechnik	2,7	148	54,0
814	Human- und Zahnmedizin	2,6	147	49,2
113	Pferdewirtschaft	2,7	141	48,5
261	Mechatronik und Automatisierungstechnik	2,6	138	50,2
931	Produkt- und Industriedesign	2,6	138	53,7
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	2,8	135	53,2
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	2,5	134	49,5
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	2,3	116	46,6
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	1,9	89	48,1
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	1,9	80	28,3

betriebs; Fahrzeugführung im Schiffsverkehr; Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur; Bau- und Transportgeräteführung; Fahrzeugführung im Straßenverkehr; Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr). Dieses Berufssegment ist auch in den vorhergehenden Betrachtungen dasjenige mit überdurchschnittlich vielen verordneten Tagesdosen. Die Reinigungsberufe sind zwar in dieser Rangliste nicht vertreten, nehmen aber nach verordneten Tagesdosen den zwölften Platz unter den insgesamt 144 Berufsgruppen ein.

Die zehn Berufsgruppen mit den wenigsten verordneten Tagesdosen sind unverändert zum Vorjahr unter anderem den medizinischen Gesundheitsberufen (Tiermedizin und Tierheilkunde; Human- und Zahnmedizin), den geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen (Lehr-, Forschungstätigkeit an Hochschulen; Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst) sowie den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (Geologie, Geografie und Meteorologie; Umweltschutztechnik) zuzuordnen. Dabei handelt es sich überwiegend um Berufe, die mit einem höheren Schul- bzw. Ausbildungsab-

**Tabelle 4.4.3** Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) von Antidepressiva (No6A) (Berichtsjahr 2017)

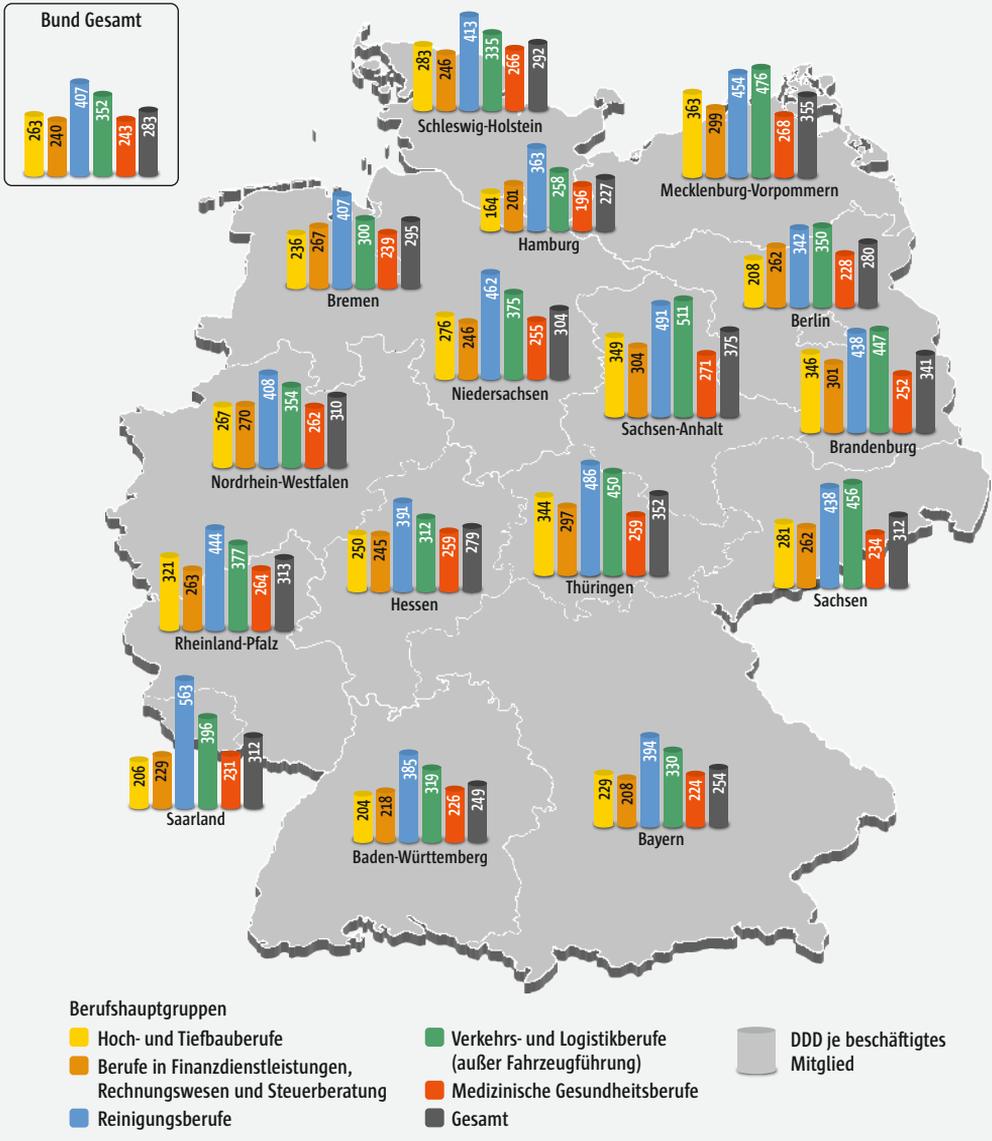
KldB- 2010- Code	Berufsgruppen	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent
		je beschäftigtes Mitglied		
821	Altenpflege	0,3	26	9,9
533	Gewerbe- und Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	0,3	25	8,6
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	0,3	24	9,2
733	Medien-, Dokumentations- und Informationsdienste	0,3	23	8,1
541	Reinigung	0,3	21	8,2
946	Bühnen- und Kostümbilderei, Requisite	0,3	21	6,3
732	Verwaltung	0,3	20	7,9
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	0,3	20	7,5
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	0,3	19	7,3
115	Tierpflege	0,2	19	6,1
<b>Gesamt</b>		<b>0,2</b>	<b>14</b>	<b>5,7</b>
945	Veranstaltungs-, Kamera- und Tontechnik	0,1	7	3,0
331	Bodenverlegung	0,1	6	2,4
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	0,1	6	2,8
261	Mechatronik und Automatisierungstechnik	0,1	6	2,2
333	Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	0,1	6	2,3
931	Produkt- und Industriedesign	0,1	6	2,9
943	Moderation und Unterhaltung	0,1	5	2,0
321	Hochbau	0,1	5	2,2
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	0,0	4	1,2
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	0,0	1	0,8

schluss einhergehen und die in der Regel durch weniger körperliche und psychisch belastende Arbeitsbedingungen geprägt sind. Dies gilt auch für die Fahrzeugführung im Flugverkehr (Piloten), die zwar ebenfalls den Verkehrs- und Logistikberufen zuzuordnen ist, aber innerhalb dieser Gruppe eine Ausnahme bildet.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei den Verordnungsmengen bezogen auf die Antidepressiva (No6A), die hier exemplarisch als ausgewählte diagnosespezifische Wirkstoffgruppe dargestellt werden (III Tabelle 4.4.3). Hier sind es vor allem die nicht-

medizinischen Gesundheitsberufe (z.B. Altenpfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger) sowie die erzieherischen und sozialen Berufe (Hauswirtschaft und Verbraucherberatung; Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege), die die Rangliste nach Verordnungen anführen. Mit der Mehrzahl der hinter den Berufsbezeichnungen stehenden Tätigkeiten sind besonders psychisch belastende Arbeitsbedingungen verbunden, die vermutlich zu diesen überdurchschnittlich hohen Medikationsmengen von Antidepressiva (No6A) führen. Entsprechend findet man in der ambulanten Versorgung bezogen auf die

Diagramm 4.4.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2017)



depressive Episode (F32), die meisten beschäftigten Mitglieder mit einer solchen Diagnose bei den Reinigungsberufen, den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen und den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen. Eine weitere, aber nicht alleinige Ursache ist sicherlich auch der überproportional hohe Frauenanteil in den genannten Beru-

fen - Frauen sind im Vergleich zu Männern überdurchschnittlich häufig von psychischen Erkrankungen betroffen.

Die Berufe mit den niedrigsten Verordnungsmengen dieser Wirkstoffgruppe sind vor allem den Bau- und Ausbauberufen (Aus- und Trockenbau, Bodenverlegung, Hochbau) sowie den darstellenden

und unterhaltenden Berufen (Veranstaltungs-, Kamera- und Tontechnik; Moderation und Unterhaltung; Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst) zuzuordnen.

In **III** Diagramm 4.4.6 sind für ausgewählte Berufshauptgruppen die verordneten Tagesdosen im Vergleich zwischen den Bundesländern dargestellt. Die mit einer Spanne von 253 DDD je Beschäftigten größte Differenz zwischen den Bundesländern findet sich bei den Beschäftigten der Verkehrs- und Logistikberufe. Mit 511 DDD je Beschäftigten ist hier Sachsen-Anhalt an der Spitze zu finden, während in Hamburg mit 258 DDD je Beschäftigten fast nur die Hälfte der Tagesdosen in dieser Berufsgruppe verordnet werden. Mit einer ähnlich großen Differenz von 221 DDD zwischen dem Saarland (563 DDD je Beschäftigten) und Berlin (342 DDD je Beschäftigten) gibt es auch für die Reinigungsberufe bedeutende regionale Variationen. Die mit 75 DDD geringste Abweichung ist hingegen bei den medizinischen Gesundheitsberufen zu finden. Für nahezu alle betrachteten Berufshauptgruppen fällt wiederum auf, dass die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg bei den definierten Tagesdosen unterhalb des Bundesdurchschnitts liegen. Mögliche Gründe hierfür wurden bereits im **III** Kapitel 4.3 diskutiert.

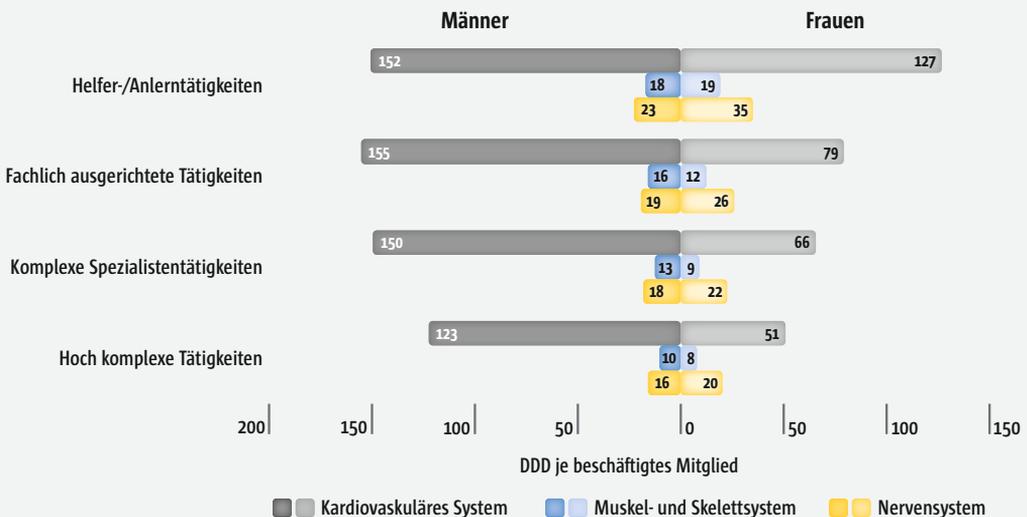
#### 4.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

##### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

- Mit zunehmendem Anforderungsniveau einer Tätigkeit geht eine Abnahme der verordneten Tagesdosen von Arzneimittel einher.
- Dieser Zusammenhang ist bei den weiblichen Beschäftigten stärker ausgeprägt als bei den männlichen Berufstätigen.

In **III** Diagramm 4.4.7 sind die definierten Tagesdosen für drei ausgewählte anatomische Hauptgruppen nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit und Geschlecht dargestellt. Es zeigt sich ein relativ eindeutiger Zusammenhang dahingehend, dass ein zunehmendes Anforderungsniveau der Berufstätigkeit mit einer Abnahme der durchschnittlich verordneten Tagesmengen der hier dargestellten Wirkstoffgruppen einhergeht. Deutlich wird, dass dieser Zusammenhang bei den Frauen ausgeprägter ist als bei den Männern. So ist bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zu erkennen, dass männliche Beschäftigte mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten im Vergleich die höchsten durchschnittlichen Tagesdosen erhalten. Nur bei den männlichen Beschäftigten mit hoch komplexen Tätigkeiten sind im Vergleich zu den anderen Anforderungsnivea-

Diagramm 4.4.7 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



stufen deutlich geringere Tagesdosen aus dieser Wirkstoffgruppe feststellbar. Wirkstoffunabhängig über alle Verordnungen hinweg zeigt sich dieser Geschlechtsunterschied noch einmal recht deutlich: Nehmen bei den Männern zwischen niedrigstem und höchstem Anforderungsniveau die Tagesdosen nur um 25,2% ab, so beträgt diese Abnahme bei den Frauen 78,7%. Ähnliche Zusammenhänge sind auch in der ambulanten und stationären Versorgung sowie dem AU-Geschehen nachweisbar.

**Aufsichts- und Führungsverantwortung**

- Männliche Aufsichts- und Führungskräfte weisen v.a. aufgrund ihres höheren Lebensalters größere Verordnungsmengen bei den Herz- und Kreislaufmedikamenten auf.
- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. das Nervensystem bekommen hingegen die Beschäftigten beiden Geschlechts ohne Führungsverantwortung tendenziell mehr Tagesdosen verordnet.

Auf den ersten Blick überrascht es, dass berufstätige Männer, die als Aufsichts- bzw. Führungskräfte tätig sind, deutlich mehr Verordnungsmengen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zu verzeichnen haben, als solche ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung (» Diagramm 4.4.8). Verantwortlich dafür ist v.a. das höhere Durchschnittsalter der männlichen Beschäftigten im Vergleich zu denen ohne eine Aufsichts- bzw. Führungsposition

(47,1 vs. 42,1 Jahre). Äquivalent hierzu finden sich auch in der ambulanten Versorgung bei den männlichen Führungskräften höhere Anteile mit einer Herz- und Kreislauferkrankung im Vergleich zu den Beschäftigten ohne Führungsverantwortung. Dass das Alter nicht der alleinige Grund für höhere Verordnungsmengen sein kann, zeigt sich im Vergleich der Tagesdosen bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. auf das Nervensystem. Hier sind nahezu keine Unterschiede zu beobachten. Etwas anders stellt sich das Bild bei den weiblichen Beschäftigten dar. Hier weisen die Berufstätigen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung für alle dargestellten Verordnungshauptgruppen höhere Tagesdosen als die Beschäftigten mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion auf. Hierbei ist anzumerken, dass der Altersunterschied zwischen Frauen mit bzw. ohne Führungsverantwortung (43,8 vs. 41,9 Jahre) nicht so groß wie bei den Männern ausfällt.

**Vertragsform**

- Die mit Abstand geringsten verordneten Tagesdosen sind bei den befristet Vollzeitbeschäftigten – meist junge Berufsanfänger oder Auszubildende – zu finden.
- Unbefristet in Teilzeit Beschäftigte – zum überwiegenden Teil Frauen – erhalten die meisten Tagesdosen verordnet. Vermutlich spielt hier – neben einem Altersunterschied – auch die Doppelbelastung durch Beruf und Familie (Betreuung von Kindern und/oder Pflege von Angehörigen) eine Rolle.

**Diagramm 4.4.8 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)**

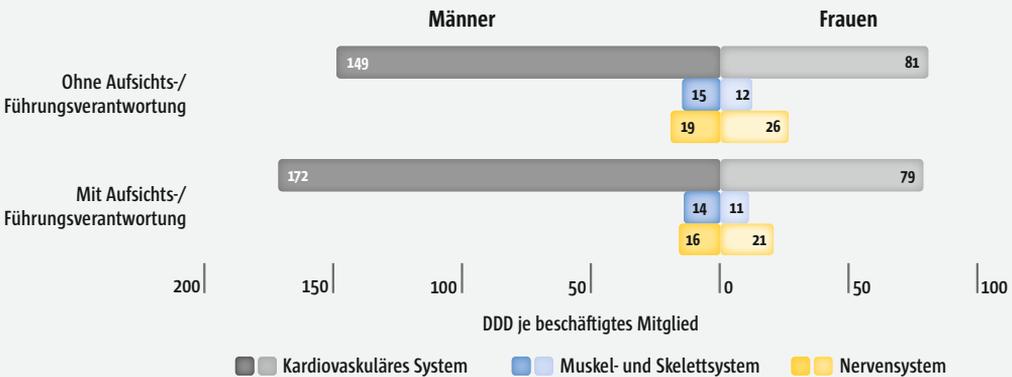
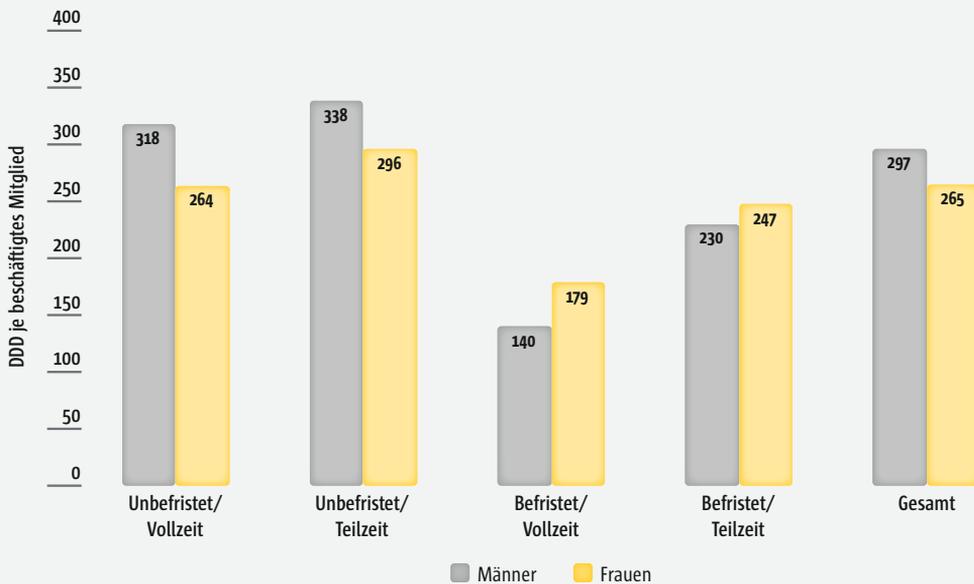


Diagramm 4.4.9 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



Die nach Vertragsform und Geschlecht der Beschäftigten differenzierten verordneten Tagesdosen sind in **»»»** Diagramm 4.4.9 dargestellt. Die geringsten Verordnungsmengen sind – wie auch bei der Betrachtung der krankheitsbedingten Fehltag – bei den Vollzeitbeschäftigten mit einer befristeten Anstellung zu finden, was maßgeblich mit dem niedrigen Durchschnittsalter in dieser Gruppe begründet ist. Beschäftigte in dieser Vertragsform sind vorrangig Personen, die meist noch am Anfang ihres Berufslebens stehen und sich entweder noch in der Berufsausbildung befinden bzw. mit ihrem Berufseinstieg zunächst eine befristete Anstellung (z. B. Probezeit) erhalten haben.

Unbefristet Teilzeitbeschäftigte weisen tendenziell größere Verordnungsmengen auf als unbefristet Vollzeitbeschäftigte, wobei dieser Unterschied insbesondere bei den Frauen teilweise auf Altersdifferenzen zwischen beiden Gruppen zurückgehen kann (unbefristet Vollzeit: 41,4 Jahre vs. unbefristet Teilzeit: 46,3 Jahre). Aber auch unter Berücksichtigung dieses Alterseffekts zeigt sich, dass eine Teilzeitbeschäftigung nicht zwangsläufig zu einer Entlastung bezogen auf die Gesundheit und somit auf die verordneten Tagesdosen der Beschäftigten wirkt. Beschäftigte sind meist deshalb in Teilzeit, weil keine anderen Stellenumfänge angeboten werden oder

weil sie sich (insbesondere oft Frauen) zusätzlich um die Betreuung von Kindern bzw. die Pflege von Angehörigen kümmern.

#### Arbeitnehmerüberlassung

- Männer, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, erhalten deutlich weniger Arzneimittel verordnet, als solche in einem regulären Anstellungsverhältnis. Bei Frauen zeigen sich zwischen beiden Anstellungsformen dagegen nur kleine Unterschiede bei den Verordnungsmengen.
- Zwischen den einzelnen Berufssegmenten zeigen sich aber deutliche Variationen – ein Hinweis darauf, dass die jeweiligen Arbeitsbedingungen bzw. die Arbeitsmarktlage ebenfalls einen starken Einfluss auf die Arzneimittelverordnungsmengen ausüben.

Inwieweit sich Beschäftigte, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, von solchen mit regulärer Anstellung in ihren Arzneimittelverbrauch unterscheiden, zeigt **»»»** Diagramm 4.4.10. Insbesondere bei den Männern ist deutlich zu erkennen, dass Beschäftigte, die über eine Arbeitnehmerüberlas-

Diagramm 4.4.10 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

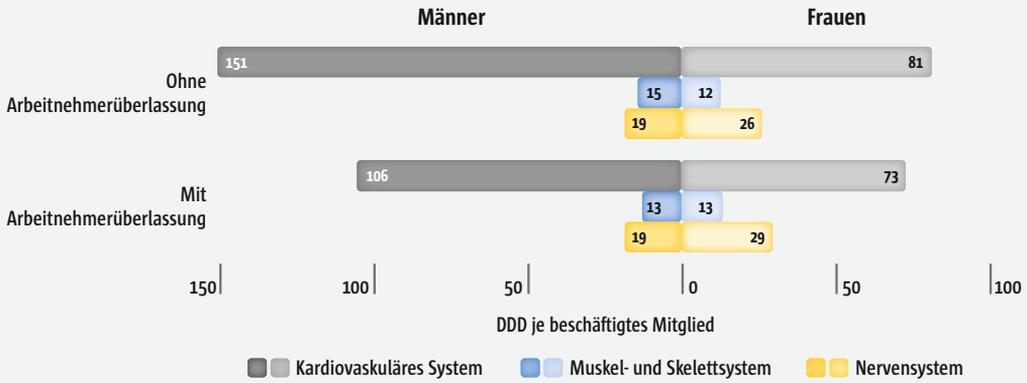
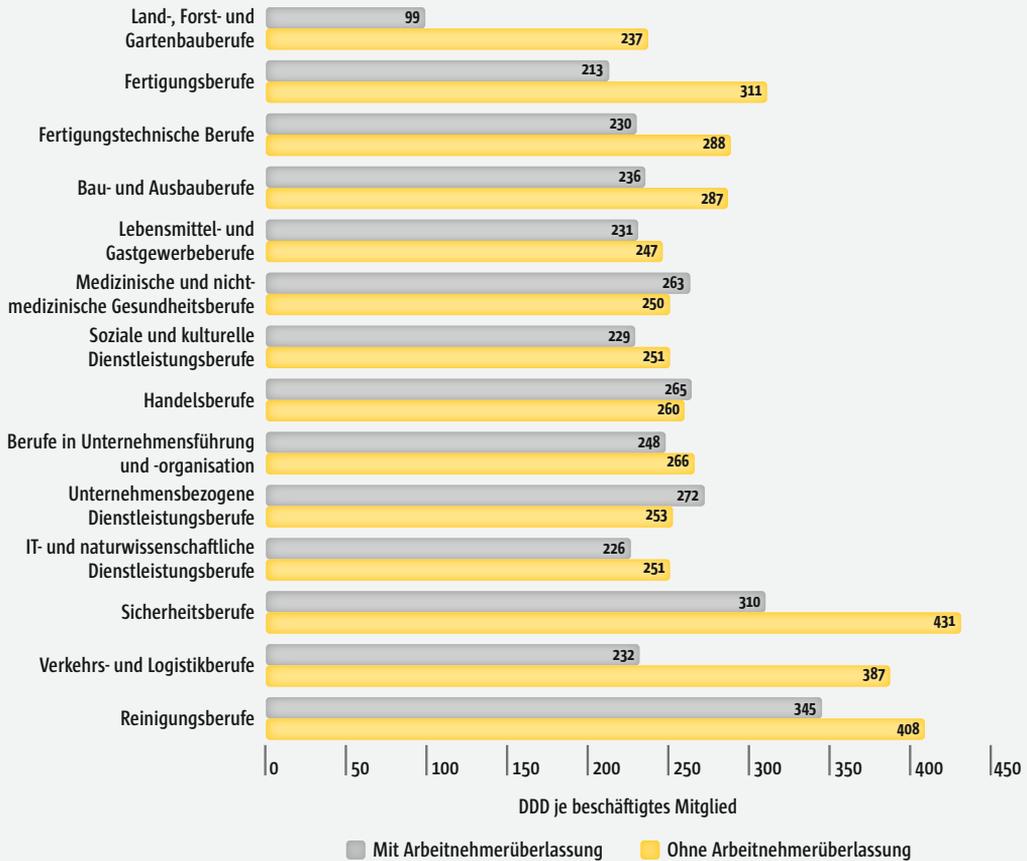


Diagramm 4.4.11 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2017)



sung angestellt sind, deutlich weniger Tagesdosen verordnet bekommen, als solche in einem regulären Anstellungsverhältnis. Im Unterschied zum AU-Geschehen, wo Leih- bzw. Zeitarbeiter deutlich mehr AU-Fälle und -Tage aufweisen, scheint sich hier das Alter der Beschäftigten in Kombination mit der Anstellungsform stärker auszuwirken. Männer, die als Leiharbeiter angestellt sind, sind im Schnitt 3,9 Jahre jünger als solche ohne Leiharbeitsvertrag, während der Altersunterschied bei den Frauen lediglich 2,4 Jahre beträgt. Besonders deutlich zeigt sich dies bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System: Erhalten über eine Arbeitnehmerüberlassung beschäftigte Männer hier im Mittel nur 106 DDD je Berufstätigen verordnet, so sind es bei den regulär angestellten 151 DDD je Berufstätigen. Bei den Frauen ist der Unterschied hingegen geringer ausgeprägt (73 vs. 81 DDD je Beschäftigten).

Dass dieser Unterschied nicht für alle Beschäftigten mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung in gleichem Maße gilt, zeigt sich in **»** Diagramm 4.4.11. Bei der Betrachtung nach Berufssegmenten ist der größte Unterschied zwischen Beschäftigten mit und ohne Arbeitnehmerüberlassung bei den Verkehrs-

und Logistikberufen zu finden. In diesem Berufssegment erhalten die Beschäftigten mit einer regulären Anstellung im Schnitt 155 Tagesdosen pro Jahr und Beschäftigten mehr verordnet als die in Leih- bzw. Zeitarbeit Tätigen. Ähnliche Unterschiede in gleicher Richtung sind auch bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, den Fertigungsberufen sowie den Sicherheitsberufen zu finden. Für diese Berufssegmente zeigen sich auch im AU-Geschehen bei den Leiharbeitern deutlich niedrigere Fehltagelast als bei den regulär angestellten Berufstätigen (**»** Diagramm 1.4.19). Andererseits gibt es aber auch Berufe, deren Verordnungsmengen sich zwischen den Anstellungsformen nahezu nicht unterscheiden (z.B. [nicht-]medizinische Gesundheitsberufe, Handelsberufe, Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe). Es ist davon auszugehen, dass auch hier die berufsbezogenen Arbeitsbedingungen und Belastungen, aber auch die (berufsspezifische) Arbeitsmarktlage und der Fachkräftebedarf einen wesentlichen Einfluss auf den Arzneimittelverbrauch bei den verschiedenen Berufssegmenten in Kombination mit den bereits erwähnten Altersunterschieden haben.

## 4.5 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit Generation 50+

- Mit zunehmendem Alter nimmt sowohl der Anteil der Beschäftigten, die ein Arzneimittel verordnet bekommen, aber insbesondere auch die Anzahl der Einzelverordnungen und Tagesdosen zu.
- Besonders bei den verordneten Mengen zeigt sich – im Gegensatz zum AU-Geschehen – kein sogenannter „healthy worker effect“. Die Gruppe der über 65-Jährigen erhält durchschnittlich die meisten Tagesdosen verordnet.

Auch für die Arzneimittelverordnungen soll abschließend ein vertiefender Blick auf die Beschäftigten 50+ (Beschäftigte, die 50 Jahre oder älter sind) geworfen werden. Wie auch in den vorhergehenden Kapiteln, wird zunächst einleitend der allgemeine

Zusammenhang mit den Verordnungskennzahlen dargestellt und anschließend auf arbeitsweltliche Merkmale fokussiert.

In Diagramm 4.5.1 sind zunächst die Prozentanteile der Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt, die im Jahr 2017 mindestens ein Arzneimittel als Kassenrezept verordnet bekommen haben.

Es zeigt sich, dass insgesamt der Anteil der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung altersbedingt zunimmt. Bekommen mehr als die Hälfte (55,0%) der Beschäftigten unter 20 Jahren ein Arzneimittel verordnet, so sind es bei den 60- bis 64-Jährigen mehr als 8 von 10 Beschäftigten (83,8%). Auch hier ist in der Gruppe der über 65-jährigen Beschäf-

Diagramm 4.5.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

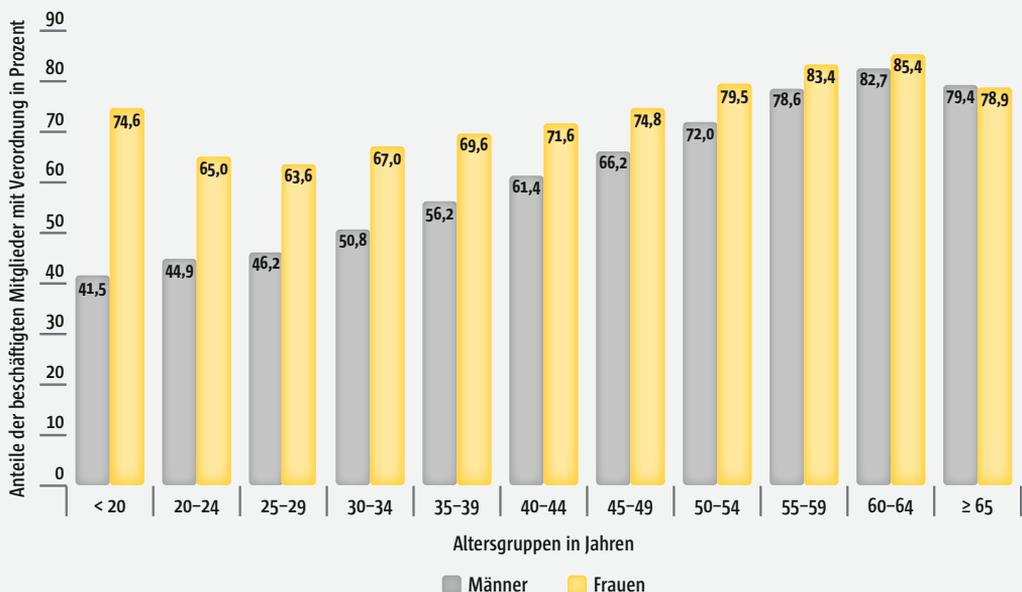
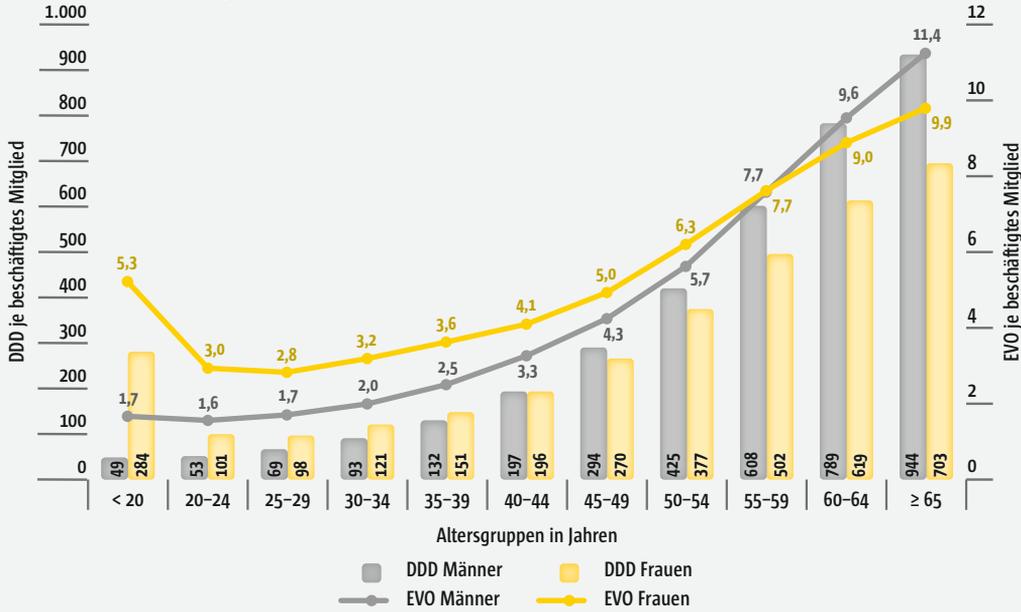


Diagramm 4.5.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



tigten ein kleiner *healthy worker effect* dahingehend zu sehen, dass die Verordnungsquote mit 79,2% leicht zurückgeht. Gleichwohl sind auch deutliche Geschlechtsunterschiede zu beobachten, die aber mit zunehmendem Lebensalter immer geringer werden. Insbesondere bei den jüngeren Frauen sind hohe Verordnungsquoten zu beobachten, was v.a. durch vermehrte Gabe von Hormonpräparaten (v.a. Kontrazeptiva) und auch Antiinfektiva zur systemischen Anwendung (v.a. Antibiotika) begründet ist. Dieses Muster spiegelt sich in Teilen auch im ►► Diagramm 4.5.2 wider, das die Einzelverordnungen und definierten Tagesdosen der Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht aufzeigt.

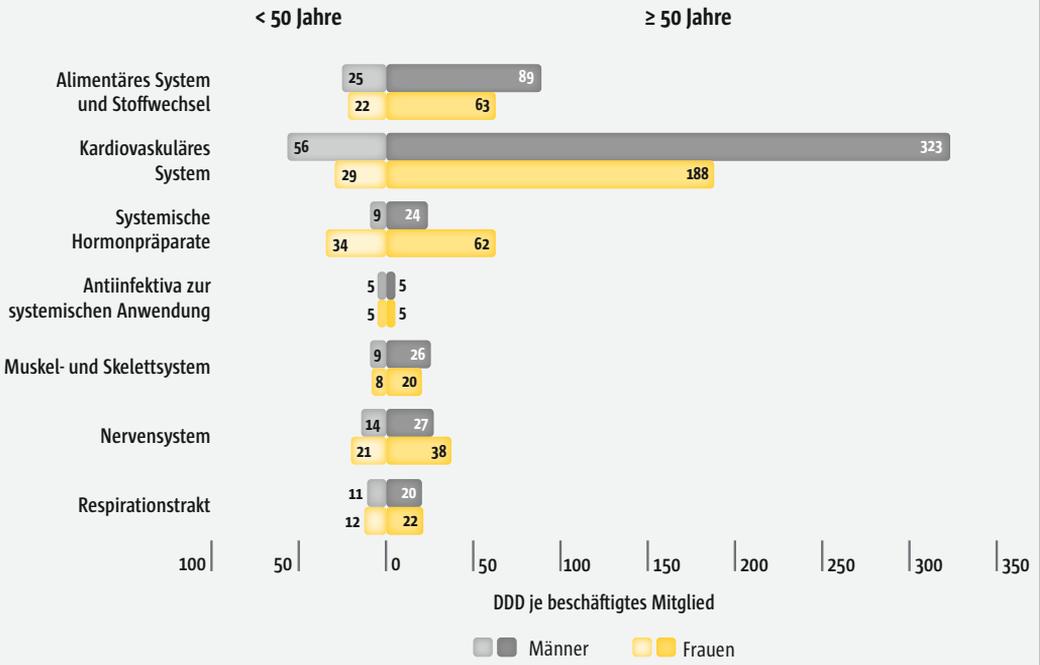
Auch hier zeigen sich insbesondere bei den jungen beschäftigten Frauen höhere Kennzahlen für die Einzelverordnungen bzw. Tagesdosen, die ursächlich durch die bereits o.g. Wirkstoffklassen begründet sind. Ebenfalls zu beobachten ist, dass sich zunächst mit zunehmendem Lebensalter die hier dargestellten Verordnungskenzahlen zwischen beiden Geschlechtern immer mehr angleichen, wobei spätestens bei den 50-Jährigen und älteren Beschäftigten dann die Männer deutlich mehr Tagesdosen als die Frauen verordnet bekommen. Ursächlich hierfür sind die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, die bei beschäftigten Männern im

höheren Lebensalter aufgrund einer allgemein geschlechtsspezifisch höheren Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich häufiger und in größeren Mengen verordnet werden. Entsprechend zeigen sich im folgenden wirkstoffspezifischen Vergleich der definierten Tagesdosen die bereits angesprochenen alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede. Anzumerken ist noch, dass der in den Verordnungsanteilen sichtbare *healthy worker effect* hier ausbleibt – die 65-Jährigen und älteren Beschäftigten erhalten die mit Abstand meisten Verordnungsmengen.

#### 4.5.1 Auswertungen nach Verordnungshauptgruppen

- Insbesondere solche Arzneimittel, wie die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, die im Zusammenhang mit meist altersbedingten Erkrankungen stehen, werden bei den Beschäftigten 50+ in weitaus größeren Mengen verordnet als bei den jüngeren Berufstätigen.
- Ein Gegenbeispiel sind die Antiinfektiva – hier finden sich zum Teil sogar höhere Verordnungsmengen bei den jüngeren Beschäftigten.

Diagramm 4.5.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



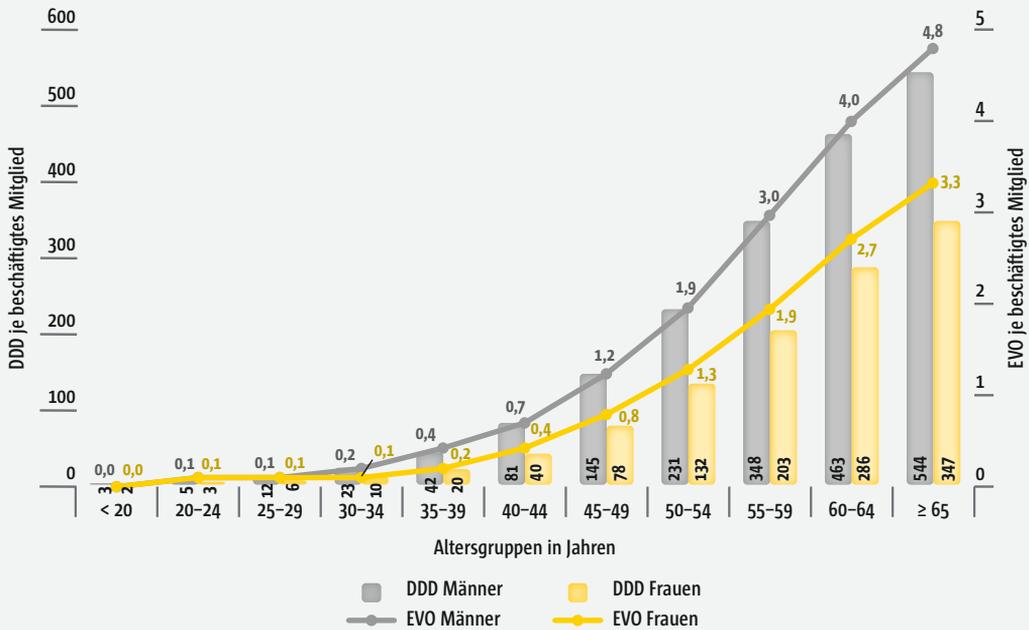
Deutlich wird, dass vor allem solche Wirkstoffgruppen bei den Beschäftigten 50+ in wesentlich höheren Mengen verordnet werden, die im Zusammenhang mit altersassoziierten chronischen und nicht-übertragbaren Erkrankungen stehen. Dies trifft auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck) oder Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel für Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes) zu (»»» Diagramm 4.5.3). Ebenfalls altersbedingt ansteigend, allerdings auf einem wesentlich niedrigeren Niveau, sind die Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System bzw. das Nervensystem. Dass die altersbedingte Zunahme hier nicht so stark ausfällt, liegt u. a. daran, dass für die meisten Krankheitsbilder zusätzlich alternative Therapiemöglichkeiten (z. B. Bewegungstherapie bei Rückenschmerzen oder Psychotherapie bei psychischen Störungen) zur Verfügung stehen. Auffällig ist hier noch die altersbedingte Zunahme bei den Hormonpräparaten, die bei den Männern v. a. durch die Gruppe der Androgene (Go3B) bzw. bei den Frauen wesentlich stärker durch die Gruppe der Estroge-

ne (Go3C) verursacht werden, die im Zusammenhang mit der altersbedingten sogenannten „Menopause“ bei der Frau bzw. der „Andropause“ beim Mann stehen. In der Regel handelt es sich dabei aber nicht um Diagnosen, die zu einer Arbeitsunfähigkeit führen.

Im Folgenden sollen nun exemplarisch zwei Verordnungshauptgruppen, die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System und die Antiinfektiva zur systemischen Anwendung, näher betrachtet werden.

Wie in »»» Diagramm 4.5.4 auf den ersten Blick zu erkennen ist, zeigt sich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Alter der Beschäftigten und den Verordnungsmengen der Arzneimittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System. Ist diese Wirkstoffgruppe in den jüngeren Altersgruppen nahezu nicht relevant, so steigt deren Bedeutung, gemessen an den Verordnungskennzahlen, spätestens ab dem 40. Lebensjahr rasant an. Dabei ist der Anstieg bei den Männern deutlich stärker ausgeprägt, was u. a. mit der bereits erwähnten höheren Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern im Vergleich zu Frauen korrespon-

Diagramm 4.5.4 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der beschäftigten Mitglieder mit Verordnungen für das kardiovaskuläre System nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



diert<sup>1</sup>. Erstaunlicherweise spiegelt sich zwar der gleiche Alters- nicht aber der Geschlechtseffekt in der ambulanten Versorgung (»» Kapitel 2) wider – hier weisen die Frauen sogar tendenziell häufiger eine Diagnose aus dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen als die Männer auf. Allerdings sind es wiederum die beschäftigten Männer, die deutlich häufiger wegen kardiovaskulärer Erkrankungen im Krankenhaus (»» Kapitel 3) behandelt werden. Vermutlich spielt hier auch der geschlechtsspezifische Umgang mit der eigenen Gesundheit eine Rolle: Frauen nehmen nicht nur häufiger als Männer Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch, deren Sensibilität für die Gesundheit und den eigenen Körper ist auch allgemein höher ausgeprägt, während Männer eher erst bei akuten Beschwerden ärztliche Hilfe suchen und damit häufiger in stationärer Behandlung erstbehandelt bzw. entsprechend diagnostiziert werden.

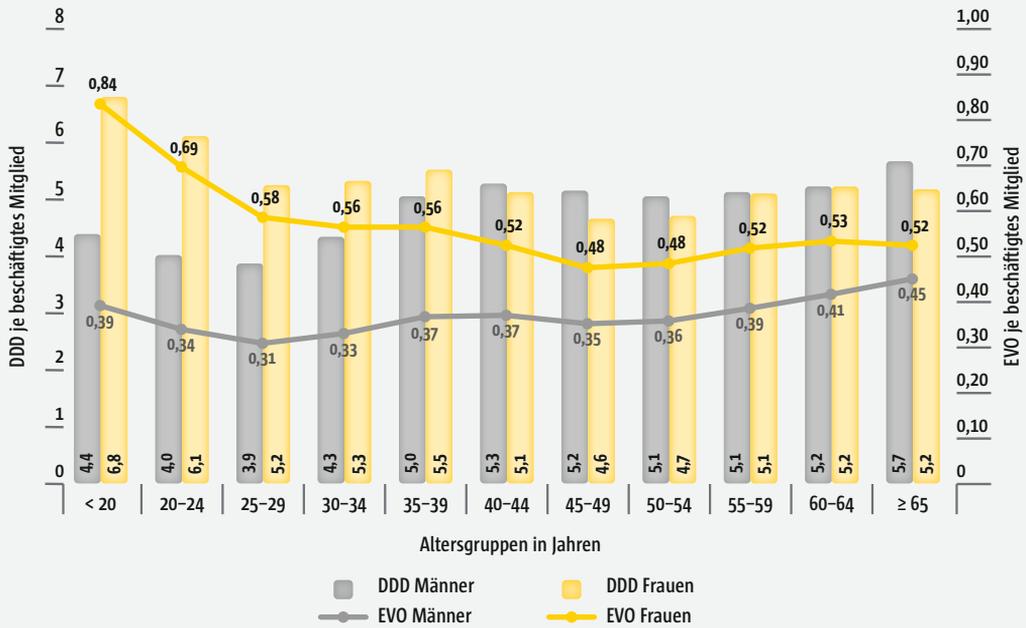
1 Gößwald, A.; Schienkiewitz, A.; Nowossadeck, E. & Busch, M.A. (2013). Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzerkrankungen bei Erwachsenen im Alter von 40-79 Jahren in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. 56. 650-655.

Als ein weiteres Beispiel sind in »» Diagramm 4.5.5 die Verordnungskennzahlen der Antiinfektiva zur systemischen Gabe nach Altersgruppen und Geschlecht bei den beschäftigten Mitgliedern dargestellt.

Im Vergleich zum vorhergehenden »» Diagramm 4.5.4 zeigt sich hier, dass die Verordnungsmengen für Antiinfektiva bei den Beschäftigten über alle Altersgruppen hinweg nur wenig schwanken bzw. tendenziell – insbesondere bei den beschäftigten Frauen – sogar abnehmen. Zudem zeigt sich anhand der relativ niedrig ausgeprägten Kennzahlen – im Durchschnitt 0,5 Einzelverordnungen bzw. 5 Tagesdosen je Beschäftigten –, dass es sich bei dieser Wirkstoffgruppe um Mittel handelt, die vorrangig für Kurzzeiterkrankungen wie z.B. Infektionen oder grippeähnliche Infekte eingesetzt werden. So zeigt sich ein sehr ähnliches Muster der Altersverteilung für die Atemwegserkrankungen im AU-Geschehen (»» Diagramm 1.5.7), bei denen die Antiinfektiva häufig Anwendung finden.

Wie anhand der beiden beispielhaft ausgewählten Wirkstoffgruppen gezeigt werden kann, geht ein höheres Alter bei den Beschäftigten nicht automatisch

Diagramm 4.5.5 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der beschäftigten Mitglieder mit Verordnungen für Antinfektiva zur systemischen Anwendung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)



auch mit mehr Arzneimittelverordnungen bzw. -mengen einher, sondern ist vielmehr auch von der dahinterliegenden geschlechtsspezifischen Prävalenz der entsprechenden Krankheitsarten und deren altersbedingten (nicht-)chronischen Verlauf bestimmt.

#### 4.5.2 Auswertungen nach Regionen

- Unabhängig von der Region steigt mit zunehmendem Alter auch die Menge der verordneten Tagesdosen bei den Beschäftigten an.
- Insbesondere in sozioökonomisch gut aufgestellten Bundesländern, wie z.B. Bayern, Baden-Württemberg oder Hamburg liegen die Werte in allen betrachteten Altersgruppen teilweise deutlich unter dem jeweiligen Bundesdurchschnitt.

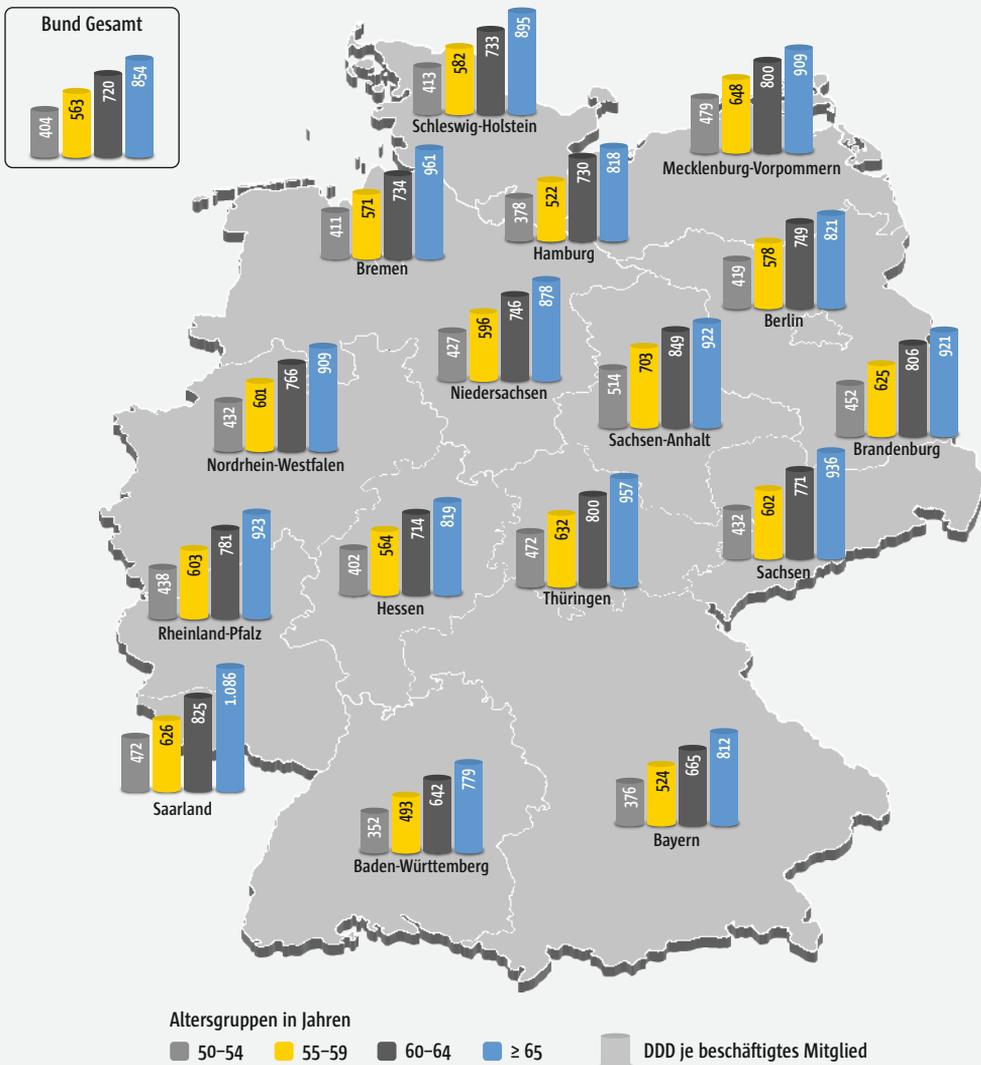
Dass auch der Wohnort eines Beschäftigten Einfluss auf dessen Gesundheit nimmt, konnte in den vorangegangenen Kapiteln schon mehrfach gezeigt werden. Auch bei den Arzneimittelverordnungen der Beschäftigten zeigen sich, in Abhängigkeit vom

Alter, bedeutsame regionale Schwankungen, wie in **»»»** Diagramm 4.5.6 zu erkennen ist.

Zunächst ist zu sehen, dass sich in allen Bundesländern das gleiche Muster des linearen altersbedingten Anstiegs bei den Arzneimittelverordnungen zeigt. Hier tritt zudem der für das AU-Geschehen so markante *healthy worker effect* insbesondere bei den 65-Jährigen und älteren Beschäftigten nicht zu Tage, wie auch schon in **»»»** Diagramm 4.5.2 deutlich wurde. Dieser vermeintliche Widerspruch lässt sich aber dadurch erklären, dass viele Beschäftigte auch trotz regelmäßiger Medikamenteneinnahme ganz normal am Arbeitsleben teilhaben können. Gerade in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren sind es v.a. Arzneimittel zur Behandlung von Erkrankungen wie z.B. Bluthochdruck und Diabetes, die zwar hohe Verordnungsmengen, aber i.d.R. keine Arbeitsunfähigkeitszeiten verursachen.

Über nahezu alle Altersgruppen hinweg sind es auch hier v.a. die neuen Bundesländer, die jeweils die meisten verordneten Tagesdosen je Beschäftigten aufweisen. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der 65-Jährigen und Älteren, dort sind im Saarland und in Bremen jeweils die höchsten Werte im Bundeslandvergleich zu finden. Wenig überraschend sind

Diagramm 4.5.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2017)



auch hier in allen Altersgruppen die wirtschaftsstarke Bundesländer (u. a. Bayern, Baden-Württemberg und Hamburg) jeweils mit den geringsten Verordnungsmengen zu finden. Neben der sozioökonomischen Lage vor Ort und den regionalen medizinischen Versorgungsstrukturen spielen zudem arbeitsweltliche Merkmale, wie die Branche des Unternehmens bzw. der ausgeübte Beruf eine Rolle, wie im Folgenden zu sehen ist.

### 4.5.3 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Beschäftigte 50+, die im produzierenden, verarbeitenden und handwerklichen Bereich tätig sind, weisen sowohl insgesamt als auch bei den Herz-Kreislauf-Mitteln die mit Abstand meisten Tagesdosen auf.

- Dagegen zeigen sich bei den Antiinfektiva nur geringe Unterschiede zwischen den Altersgruppen bzw. den Branchen. Die dahinterstehenden Krankheitsursachen (z.B. Grippe- und Erkältungskrankheiten) treten nahezu über alle Altersgruppen gleich häufig auf.

Einleitend sind zunächst die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten bzw. wenigsten verordneten Tagesdosen bei den dort beschäftigten Mitgliedern 50+ in **»»** Tabelle 4.5.1 dargestellt.

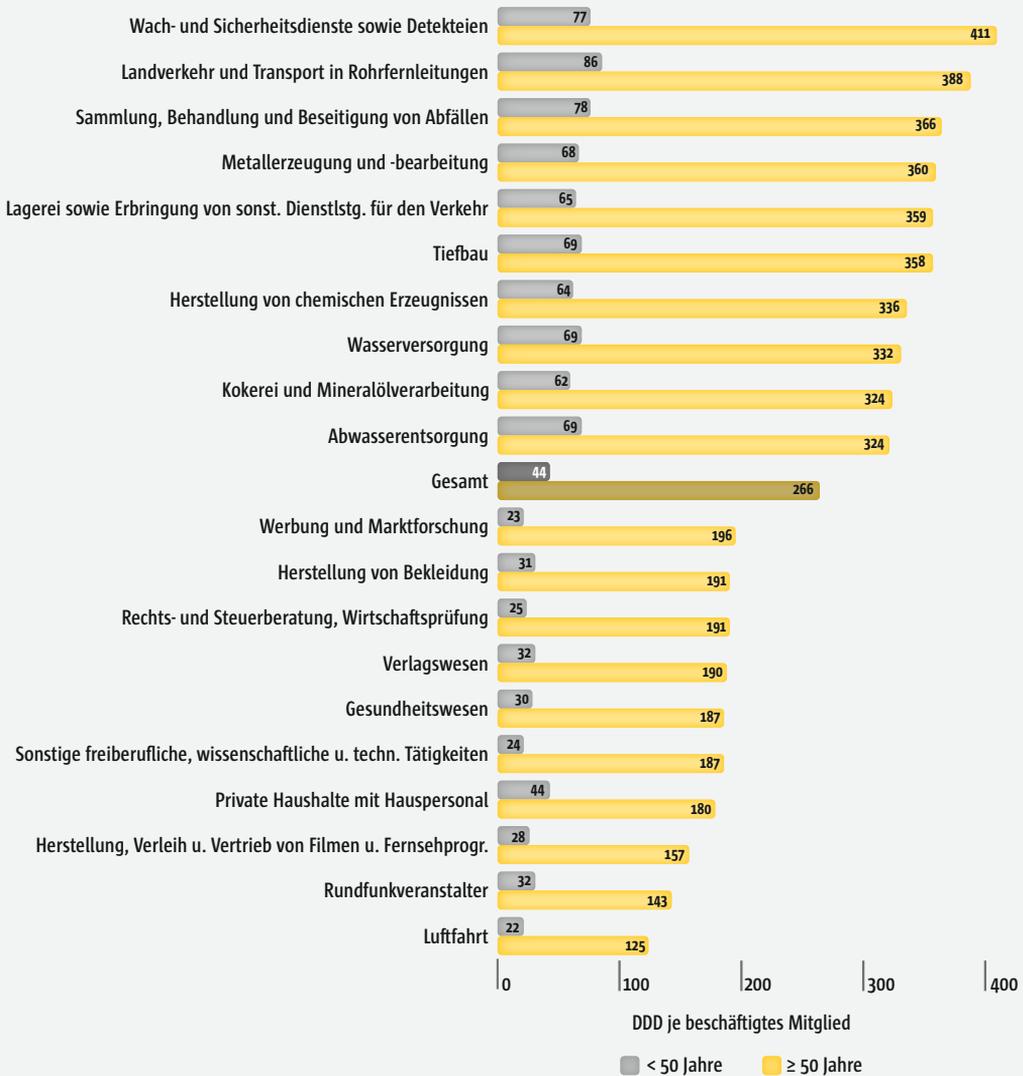
Unter den 10 Wirtschaftsgruppen mit den meisten verordneten Tagesdosen finden sich v.a. solche

wieder, die aus dem produzierenden, verarbeitenden und handwerklichen Bereich stammen, während die 10 Wirtschaftsgruppen mit den geringsten Verordnungsmengen bei den Beschäftigten 50+ nahezu ausschließlich dem Dienstleistungsbereich zuzuordnen sind. So erhalten die Beschäftigten 50+ der Wach- und Sicherheitsdienste mehr als doppelt so viele Tagesdosen verordnet wie die im Bereich Luftfahrt in der Gruppe der 50-jährigen und älteren Berufstätigen. Gleichzeitig zeigt sich, dass innerhalb der jeweiligen Wirtschaftsgruppe der Unterschied in den Verordnungsmengen zwischen den beiden Altersgruppen das 2,5- bis 4-Fache beträgt.

**Tabelle 4.5.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)**

WZ- 2008- Code	Wirtschaftsabteilungen	< 50 Jahre	≥ 50 Jahre
		DDD je beschäftigtes Mitglied	
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	209	758
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	204	686
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	178	655
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen, Rückgewinnung	197	649
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	178	642
42	Tiefbau	166	611
36	Wasserversorgung	182	611
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	177	607
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	167	587
37	Abwasserentsorgung	176	586
	<b>Gesamt</b>	<b>157</b>	<b>527</b>
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	108	436
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	153	434
14	Herstellung von Bekleidung	142	431
58	Verlagswesen	144	428
73	Werbung und Marktforschung	122	428
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	133	427
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	123	405
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	115	366
60	Rundfunkveranstalter	140	349
51	Luftfahrt	128	330

Diagramm 4.5.7 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit Verordnungen für das kardiovaskuläre System nach Altersgruppen – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)

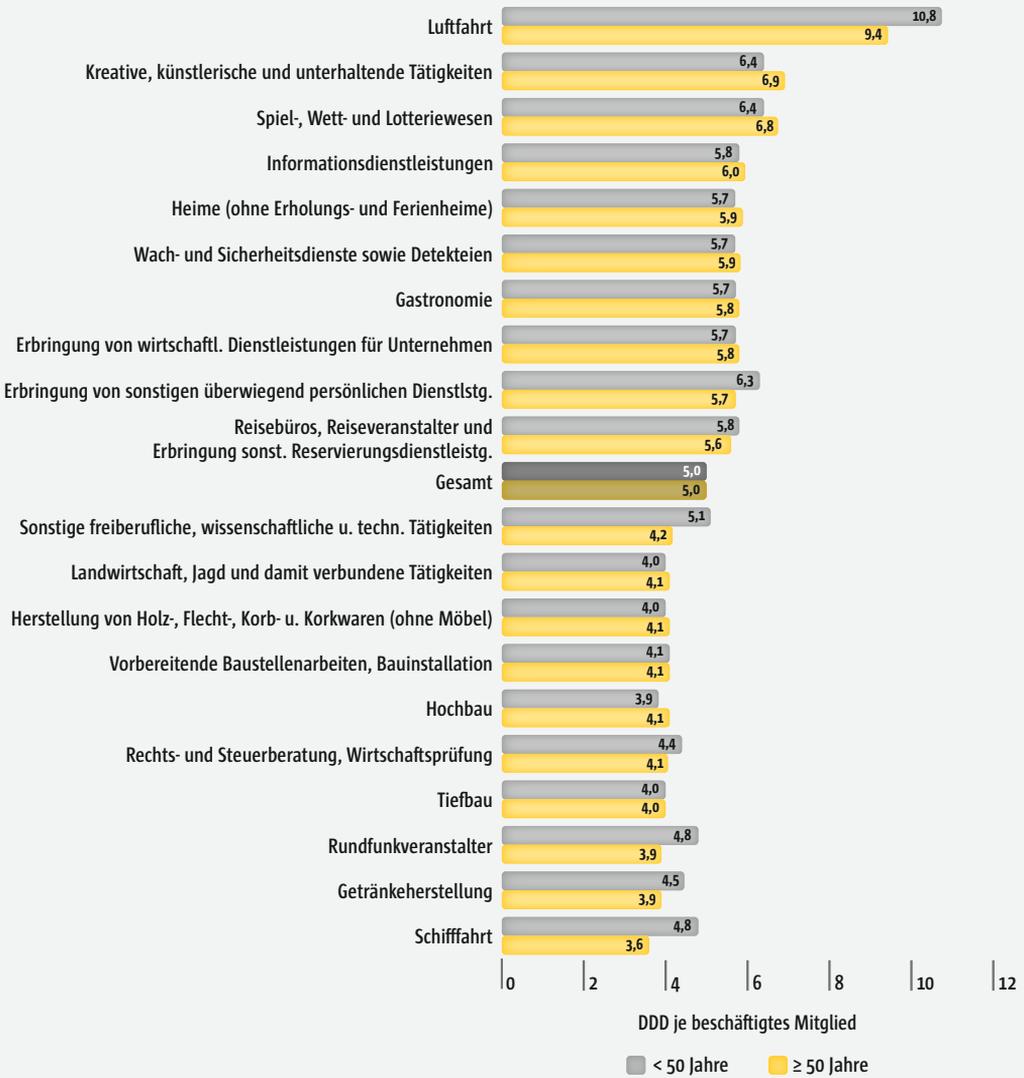


Wie sich diese Rangfolge bei der Betrachtung von wirkstoffspezifischen Verordnungen darstellt, soll im Folgenden näher betrachtet werden. In **»»»** Diagramm 4.5.7 sind zunächst die zehn Wirtschaftsgruppen mit den jeweils meisten bzw. wenigsten durchschnittlich verordneten Tagesdosen für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zu sehen.

Ein Großteil der in **»»»** Tabelle 4.5.1 aufgelisteten Wirtschaftsgruppen findet sich in **»»»** Diagramm 4.5.7

wieder. Dies ist wenig verwunderlich, bestimmen doch die Herz-Kreislauf-Mittel aufgrund ihres großen Anteils an allen Verordnungen das Arzneimittelverordnungs-geschehen insgesamt maßgeblich. Deshalb finden sich hier unter den Top-10-Wirtschaftsgruppen nahezu die gleichen gewerblich-handwerklichen bzw. produzierenden und verarbeitenden Branchen wieder. Anzumerken ist, dass insbesondere bei dieser Wirkstoffgruppe das Ranking teilweise durch die

**Diagramm 4.5.8** Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit Verordnungen für Antiinfektiva zur systemischen Anwendung – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)



ungleiche Verteilung von Männern und Frauen in den Branchen bestimmt wird – eher männerdominierte Branchen weisen besonders viele Verordnungen aus dieser Gruppe auf. Gleichzeitig zeigt sich allerdings auch bei mehr als der Hälfte aller Top-10-Branchen, dass die dort eher in der Minderzahl beschäftigten Frauen ebenfalls auf den ersten zehn Plätzen nach Verordnungsmengen zu finden sind.

Die Arbeitsbedingungen und -belastungen (z.B. Schichtarbeit) spielen also, zusätzlich zum Geschlechtseffekt, ebenfalls eine wichtige Rolle. Ein weiterer Beleg für die letztgenannte These ist, dass 8 der 10 Wirtschaftsgruppen mit den meisten Verordnungen bei den Beschäftigten 50+ auch in der Top-10-Liste bei den Beschäftigten unter 50 Jahren auftauchen, umgekehrt gilt dies ebenfalls für die Hälfte

der Wirtschaftsgruppen mit den wenigstens Tagesdosen. Im Unterschied zu den allgemeinen Kennzahlen (»» Tabelle 4.5.1), zeigen sich hier erwartungsgemäß deutlich stärkere Unterschiede zwischen den Altersgruppen, die zwischen dem 4- bis 8-Fachen schwanken. Gleiches gilt auch für den Abstand für die Verordnungsmengen zwischen der Wirtschaftsgruppe mit den meisten (Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien) und den wenigsten (Luftfahrt) Tagesdosen: Dieser ist mit dem 3,3-Fachen ebenfalls wesentlich größer, als bei den wirkstoffunspezifischen Verordnungsmengen.

Exemplarisch für die v.a. im AU-Geschehen wichtigen Erkrankungen des Atmungssystems sollen an dieser Stelle die Antiinfektiva zur systemischen Anwendung betrachtet werden (»» Diagramm 4.5.8).

Neben der Tatsache, dass sich hier viele der Wirtschaftsgruppen, die bereits im AU-Geschehen (»» Diagramm 1.5.11) auffällig waren, wiederfinden, wird auch an dieser Stelle deutlich, dass die Verordnung von Antiinfektiva relativ unabhängig vom Lebensalter der Beschäftigten stattfindet. Akute, übertragbare sowie in der Regel nichtchronische Erkrankungen gehen meist altersunabhängig mit ähnlichen Arzneimittelverordnungsmengen einher, wie auch schon in »» Diagramm 4.5.5 zu sehen ist.

#### 4.5.4 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Beschäftigte 50+ aus den Verkehrs- und Logistikberufen (u.a. Postdienste), den Fahrzeugführern (u.a. LKW-, Bus- und Bahnfahrer) sowie den Sicherheitsberufen (u.a. Sicherheitsdienst, Polizei) bekommen sowohl insgesamt als auch bezogen auf Mittel für das Muskel-Skelett-System überdurchschnittlich viele Tagesdosen verordnet.
- Beschäftigte 50+ aus den sozialen, erzieherischen und gesundheitsbezogenen Berufen (u.a. Erzieher, Sozialarbeiter, Kranken- und Altenpfleger) bekommen dagegen die meisten Tagesdosen von Mitteln für das Nervensystem verordnet.

Abschließend sollen in diesem Kapitel die Arzneimittelverordnungen bezogen auf die konkrete Tätigkeit der Beschäftigten im Zusammenhang mit dem Lebensalter miteinander verglichen werden. Einleitend werden zunächst wieder unspezifisch die verordneten Tagesdosen insgesamt betrachtet (»» Tabelle 4.5.2).

Die drei Berufsgruppen mit den meisten verordneten Tagesdosen sind im Bereich der sonstigen

wirtschaftlichen Dienstleistungsberufe zu finden. Diese drei Berufsgruppen (Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe, Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten sowie Verkehrs- und Logistikberufe [außer Fahrzeugführung]) sind zudem auch unter den Top 10 nach Arbeitsunfähigkeitstagen (»» Tabelle 1.5.2) bzw. nach KH-Tagen in der stationären Versorgung (»» Tabelle 3.5.2) zu finden. Mit insgesamt vier Vertretern (Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung, Gebäude- und versorgungstechnische Berufe, Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe, Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe) ist die Gruppe der Produktionsberufe am häufigsten mit den meisten Arzneimittelverordnungen vertreten. Die wenigsten Tagesdosen erhalten hingegen die 50-Jährigen und älteren Beschäftigten aus den personenbezogenen (z.B. Medizinische Gesundheitsberufe) sowie den kaufmännisch und unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen (z.B. Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung) verordnet. Zudem zeigt sich der überwiegende Teil der Berufsgruppen mit auffällig hohen bzw. niedrigen verordneten Tagesdosen auch schon in der Gruppe der unter 50-Jährigen in der entsprechenden Reihung, ein Hinweis auf altersunabhängige stark berufsspezifische Arbeitsbelastungen und die damit verbundene gesundheitliche Lage der Beschäftigten.

Abweichend von bzw. ergänzend zu der Betrachtung nach Wirtschaftsgruppen sollen im Folgenden die Verordnungsmengen für Mittel mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System bzw. das Nervensystem näher betrachtet werden.

Unter den zehn Berufsgruppen mit den meisten verordneten Tagesdosen finden sich v.a. körperlich beanspruchende Tätigkeiten, die in Verbindung mit dem Lebensalter mit einem erhöhten Arzneimittelgebrauch einhergehen (»» Diagramm 4.5.9). Es ist deshalb auch wenig überraschend, dass sich zum einen eine Vielzahl der hier aufgelisteten Berufe auch bei den meisten Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen wiederfinden und zum anderen die meisten aus den sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungsberufen bzw. den Produktionsberufen stammen. Auch ein Großteil der Berufe mit den wenigsten Verordnungen aus dieser Wirkstoffgruppe findet sich in der o.g. Tabelle an gleicher Stelle wieder. Insofern stehen die Mittel mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System, ähnlich wie die für das kardiovaskuläre System, exemplarisch für die Entwicklung der Gesamtverordnungsmengen. Entsprechend ähnlich stellen sich auch die

Tabelle 4.5.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)

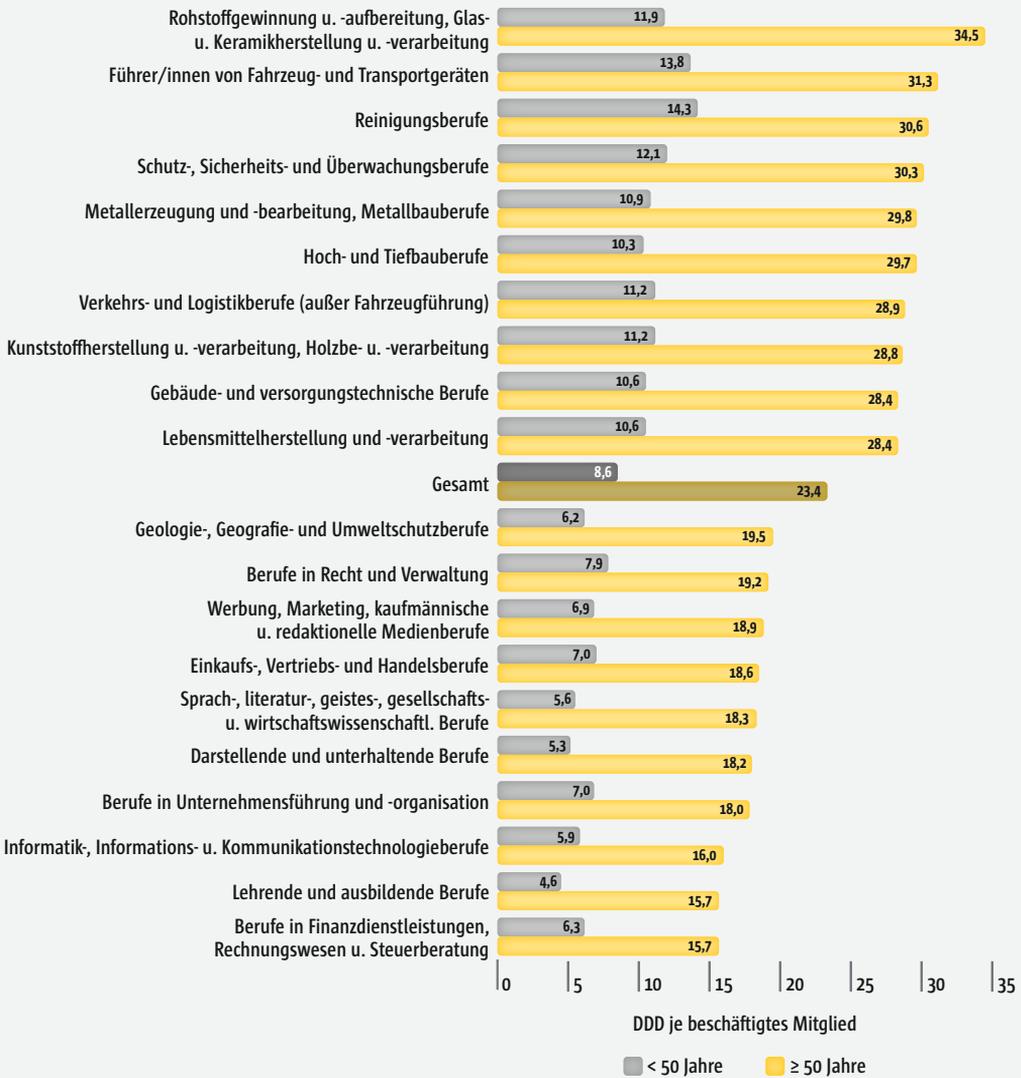
KldB- 2010- Code	Berufshauptgruppen	< 50 Jahre	≥ 50 Jahre
		DDD je beschäftigtes Mitglied	
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	203	700
52	Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	213	668
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	177	624
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung	171	605
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	156	600
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	157	598
54	Reinigungsberufe	209	591
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	147	573
41	Mathematik, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	163	570
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	156	554
<b>Gesamt</b>		<b>157</b>	<b>527</b>
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	157	470
33	(Innen-)Ausbauberufe	115	468
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	121	466
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	147	462
81	Medizinische Gesundheitsberufe	168	461
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	118	452
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	148	447
43	Informatik, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	137	446
84	Lehrende und ausbildende Berufe	122	421
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	107	420

Relationen zueinander dar: Zwischen den Altersgruppen innerhalb einer Berufsgruppe unterscheiden sich die Verordnungsmengen im Schnitt um das ca. Dreifache, innerhalb der jeweiligen Altersgruppe beträgt der Unterschied etwas mehr als das Doppelte. Wie sich diese Zusammenhänge für die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem darstellen, zeigt **»»** Diagramm 4.5.10.

Auf den ersten Blick ist hier zu erkennen, dass die Berufe die Rangliste dominieren, die im Vergleich zu anderen durch eine stärkere psychische Beanspru-

chung und Belastung geprägt sind, wie z.B. Gesundheitsberufe oder solche aus dem Bereich Erziehung und soziale Betreuung. Andererseits finden sich hier auch solche Berufe, wie z.B. Reinigungsberufe, Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe sowie Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung) wieder, die bereits bei den überwiegend für somatische Erkrankungen einschlägigen Wirkstoffen mit den meisten Verordnungen zu finden waren. Vermutlich handelt es sich hierbei um Berufe, die sowohl körperlich als auch psychisch beanspruchender

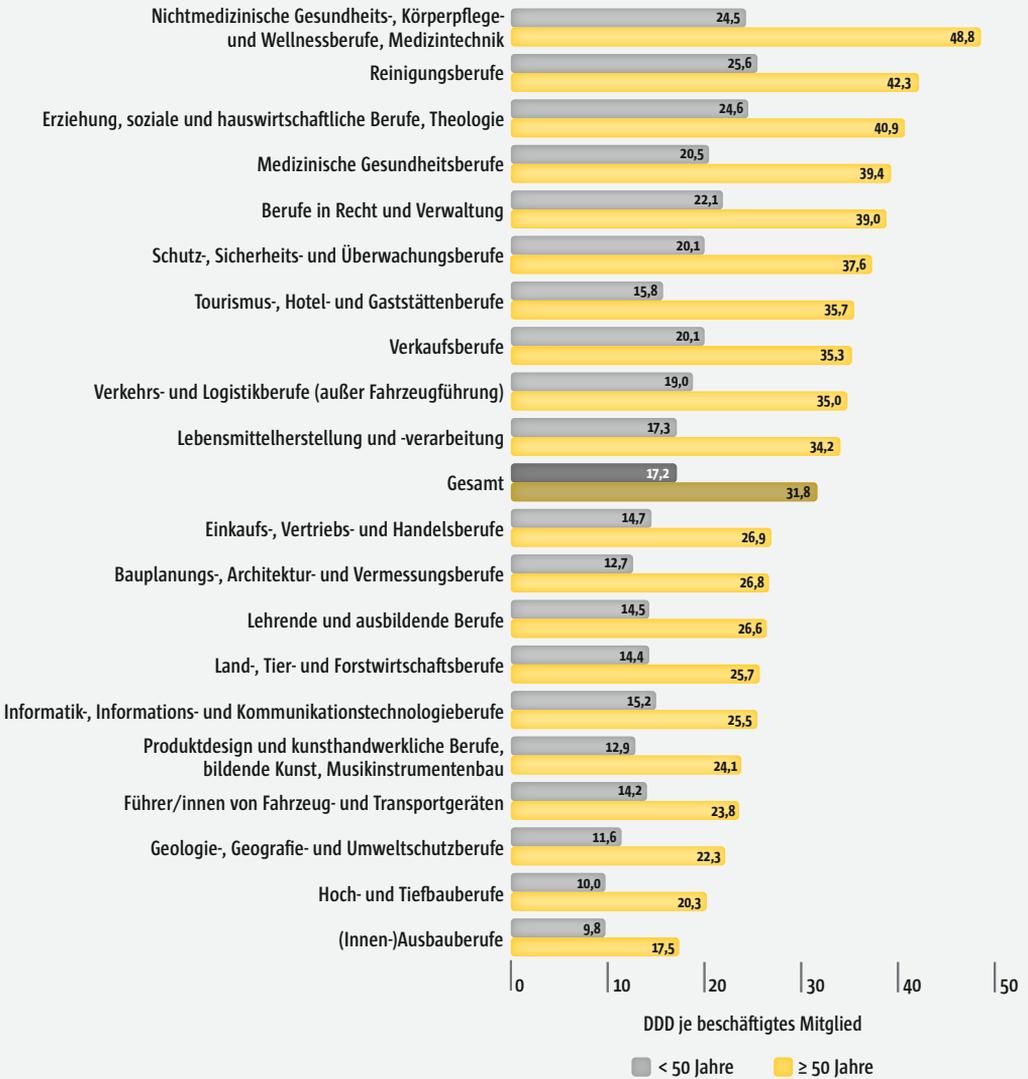
Diagramm 4.5.9 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit Verordnungen für das Muskel- und Skelettsystem nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)



und belastender als andere Tätigkeiten sind. Deutlich weniger Verordnungen in dieser Gruppe erhalten hingegen u. a. die Bauberufe sowie die IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufe. Bezogen auf die hier dargestellte Reihung gibt es ebenfalls deutliche Parallelen zum AU-Geschehen bei den psy-

chischen Störungen (»» Diagramm 1.5.13). Innerhalb der einzelnen Berufe ist eine altersbedingte Zunahme der Tagesdosen um etwa das Zweifache zu beobachten, während die Werte innerhalb der einzelnen Altersgruppen zwischen den Berufen nahezu um das Dreifache schwanken.

**Diagramm 4.5.10 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit Verordnungen für das Nervensystem nach Altersgruppen – die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten DDD der Beschäftigten 50+ (Berichtsjahr 2017)**



## 4.6 Zusammenfassung und Ausblick

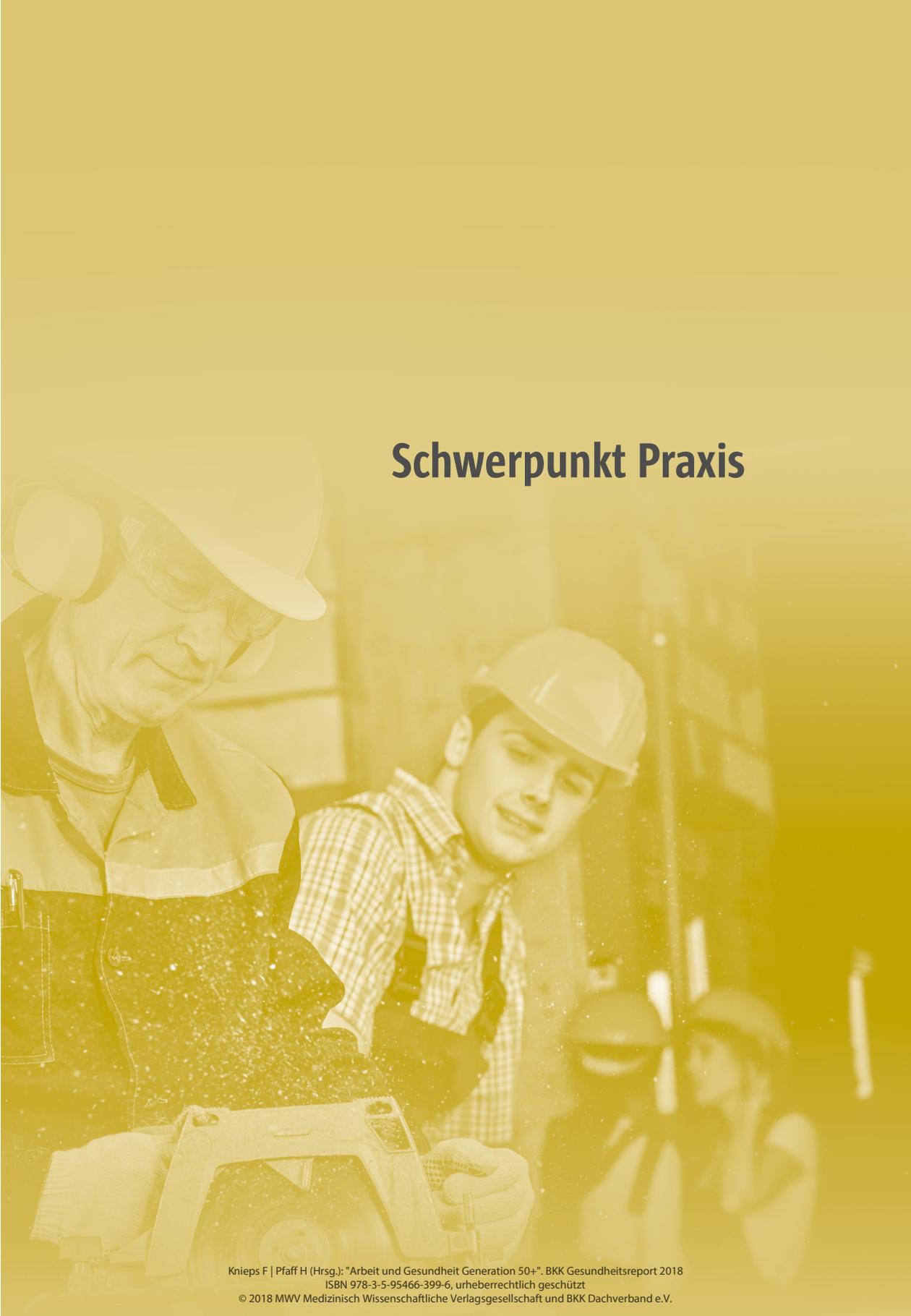
Wie in den Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen zu sehen ist, sind die Anteile der Versicherten mit Verordnungen bzw. die verordneten Mengen unter anderem vom Alter, vom Geschlecht, dem sozialen Status sowie dem Wohnort und den Tätigkeitsmerkmalen abhängig. Die Verordnungsanteile zeigen dabei insbesondere Übereinstimmungen zur ambulanten Versorgung sowie auch zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Aber auch andere Mechanismen spielen hierbei eine Rolle. So zeigen sich zum Beispiel bei den Antibiotikaverordnungen Ost-West-Unterschiede, die sich nicht in der Regionalverteilung entsprechender Diagnosen widerspiegeln, sondern maßgeblich durch das sozialisierte Ordnungsverhalten von Ärzten und der Inanspruchnahme durch Patienten beeinflusst werden.

Auch bei den Beschäftigten zeigt sich ein sehr deutlicher Zusammenhang zwischen den Verordnungsanteilen und -mengen und dem Lebensalter. Insbesondere bei solchen Arzneimitteln, die im Zusammenhang mit im Alter signifikant häufiger auftretenden Erkrankungen stehen (wie z.B. Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System), ist dieser Zusammenhang sehr deutlich sichtbar. Dies gilt v.a. für solche Erkrankungen, die in der Regel einen progredienten bzw. chronischen Verlauf haben und entsprechend häufig einer dauerhaften Medikation bedürfen. Arzneimittel, die v.a. bei akuten aber meist kurzfristigen Erkrankungen Anwendung finden, wie z.B. die Antiinfektiva, werden hingegen über alle Altersgruppen hinweg mehr oder weniger gleich häufig – teilweise bei den jüngeren Beschäftigten sogar etwas häufiger – verordnet.

Gleichzeitig zeigt sich aber sehr deutlich, dass es innerhalb ein und derselben Altersgruppe Schwankungen der Arzneimittel-Inanspruchnahme in Bezug auf die Wirtschaftsgruppe bzw. den Beruf, in dem jemand tätig ist, gibt. Ob hier ein Beschäftigter viel bzw. wenig Arzneimittel verordnet bekommt, hängt u.a. maßgeblich von der Art und dem Ausmaß der Arbeitsbelastungen in seinem Job ab. So zeigen sich z.B. bei körperlich anstrengenden Tätigkeiten wesentlich mehr verordnete Arzneimittel für Herz-Kreislauf- bzw. Muskel-Skelett-Erkrankungen als in Dienstleistungs- oder Büroberufen. Auf der anderen Seite sind besonders hohe Mengen an Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem, die bei psychischen Erkrankungen eingesetzt werden, v.a. bei Berufen aus dem sozialen, erzieherischen und medizinischen Bereich zu finden.

Oftmals tragen aber gerade die Arzneimittel bei chronischen Erkrankungen, wie Diabetes oder Bluthochdruck, zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit bei. Allein die Verordnung eines Arzneimittels bedeutet nicht, dass Beschäftigte 50+ weniger leistungsfähig sind als die jüngeren Kollegen. Eine gut eingestellte Medikation trägt vielmehr dazu bei, dass von Krankheit Betroffene ganz normal am Arbeitsleben teilhaben können. Für die Prävention insbesondere bei den älteren Beschäftigten mit Mehrfachmedikation ist v.a. die Vermeidung unerwünschter Wechselwirkungen als sinnvoll zu erachten. Ein digitaler Medikationsplan, der auf freiwilliger Basis auch OTC-Präparate einschließt, ist hierfür ein essenzieller Baustein und sollte fester Bestandteil einer zukünftigen digitalen Patienten- bzw. Gesundheitsakte sein.





# Schwerpunkt Praxis



# Gesund alternde Belegschaften im Unternehmen

Götz Richter und Inga Mühlenbrock

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin

## Das Thema Arbeitsfähigkeit im Unternehmen

### *Was ist mit „Arbeitsfähigkeit“ gemeint?*

Der Altersaufbau vieler Belegschaften verändert sich gegenwärtig deutlich. Die bevölkerungsstarke Baby-boomer-Generation wird in den kommenden Jahren zur Gruppe der „älteren“ Beschäftigten gehören und zwischen 2020 und 2030 in den Ruhestand gehen. Auch wenn kleinere Beschäftigtengruppen von der Rente mit 63 profitieren werden, wird das gesetzliche Renteneintrittsalter für die Mehrzahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Zukunft weiter steigen. Die wachsende Gruppe älterer Beschäftigter (und Führungskräfte) setzt das Thema Gesundheit in den Betrieben auf die Tagesordnung. Denn die Gesundheit ist ein zentrales Merkmal der Arbeitsfähigkeit. Körperliche und geistige Gesundheit beeinflussen die individuelle Leistungsfähigkeit. Gesundheitliche oder motivationale Einschränkungen resultieren oft aus schlecht gestalteten Arbeitsplätzen und dem langen Verbleib auf diesen.

*„Arbeitsfähigkeit bezeichnet die relative Leistungsfähigkeit im Hinblick auf konkret zu benennende Arbeitsanforderungen, insbesondere im Hinblick auf die vor Ort zu erledigenden Arbeitsaufgaben; sie wird nicht abstrakt und allgemein als Fähigkeit zur Arbeit verstanden, sondern als Fähigkeit zu bestimmten Aufgaben in bestimmten Situationen“ ([2], S. 368).*

Die **Anforderungen der Erwerbsarbeit** setzen sich aus verschiedenen Dimensionen zusammen: Es gilt bestimmte Operationen, also Handlungen oder Teilhandlungen, auszuführen oder zu veranlassen. Konkret müssen Handgriffe oder andere Bewegungen ausgeführt werden, es müssen Anweisungen gegeben oder entgegengenommen werden, mit Worten oder Zahlen schriftlich oder mündlich kommuniziert oder mit Gesten interagiert werden. Voraussetzung für all das ist in der Regel die Bereitschaft, in einer meist hierarchischen Organisation bestimmte Rollen einzunehmen und sich erwartungskonform

zu verhalten. Auch die **Ressourcen**, die mobilisiert werden müssen, um Anforderungen zu erfüllen, setzen sich aus mehreren Dimensionen zusammen: Zuerst fallen einem die Fähigkeiten und Fertigkeiten ein, die erforderlich sind, um eine Aufgabe im Prozess der betrieblichen Leistungserbringung zu erfüllen, aber auch die Motivation. Ohne dass Werte und Normen geteilt werden, dürfte die betriebliche Arbeitsteilung ebenfalls nicht funktionieren. Und nicht zuletzt ist ein gewisses Maß an physischer und psychischer Gesundheit erforderlich, um eine Arbeitsleistung zu erbringen. Arbeit kann zu individueller Gesundheit beitragen wie z.B. die hohe Arbeitsfähigkeit vieler chronisch kranker Beschäftigter zeigt. Anders als der Begriff in der deutschen Sprache nahelegt, bezeichnet Arbeitsfähigkeit kein primär individuelles Vermögen, sondern adressiert eine betriebliche Organisationsleistung und eine entsprechende Passung mit individuellen Voraussetzungen [1]. Der betriebliche Leistungserbringungsprozess unterliegt fortwährend Veränderungen, wie auch die Belegschaft, die sich kontinuierlich verändert, auch wenn sie nur, kaum merklich, jeden Tag altert.

### *„Arbeitsfähigkeit“ rückt in Betrieben zunehmend in den Fokus*

In der Regel gewinnt der Erhalt der Arbeitsfähigkeit im Betrieb unmittelbare Aufmerksamkeit, wenn es um die Weiterentwicklung von Kompetenzen geht, sei es, dass eine neue Maschine bedient werden muss, dass ein Softwareupdate oder eine Softwareanschaffung neue Kenntnisse erfordern oder dass neue Produkte oder Dienstleistungen oder Kunden veränderte Anforderungen stellen und die Betriebe in die Qualifikation der Beschäftigten investieren.

Eher mittelbare Aufmerksamkeit gewinnt die Arbeitsfähigkeit durch die Alterung der Belegschaften. Viele Belegschaften sind durch einen großen Anteil der Babyboomer-Generation gekennzeichnet –

und diese Generation ist mittlerweile im sechsten Lebensjahrzehnt angekommen. Damit geht vielfach ein gehäuftes Auftreten von chronischen oder sogenannten Zivilisationserkrankungen einher. Beschäftigte mit Diabetes Typ 2, aber auch nach Krebsbehandlungen haben in vielen Organisationen eine neue Aufmerksamkeit für den Erhalt der Gesundheit geschaffen – auch weil z.B. durch Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) systematische Prozesse mit klaren Zuständigkeiten entstanden sind. Viele Beschäftigte der Babyboomer-Generation haben ihre Erwerbsbiografie in den 70er-Jahren begonnen und mittlerweile 30 bis 40 Arbeitsjahre „auf dem Buckel“. Oftmals liegen Jahre oder Jahrzehnte auf schlecht gestalteten Arbeitsplätzen hinter ihnen. Arbeit unter Zwangshaltungen, an zugigen, kalten oder heißen Arbeitsplätzen oder unter Lärm, aber auch falsches Heben und Tragen schwerer Lasten sind weiterhin verbreitet [3] und können zur Chronifizierung von Erkrankungen führen. Schwerbehindertenvertretungen aus Produktionsbetrieben weisen darauf hin, dass mit der Alterung der Belegschaften der Anteil der schwerbehinderten Beschäftigten wächst: „Dabei waren es vor allem die älteren Beschäftigten, die uns die Türen einrannten“ ([4], S. 199).

Der Erhalt der Arbeitsfähigkeit gewinnt im Zuge des betrieblichen Arbeitsschutzes sowie einer systematischen oder strategischen Personalpolitik ebenfalls Aufmerksamkeit. Die Gefährdungsbeurteilung ist das zentrale Element im betrieblichen Arbeitsschutz. Sie ist die Grundlage für ein systematisches und erfolgreiches Sicherheits- und Gesundheitsmanagement. Wenn die Ergebnisse analysiert und daraus betriebliche Maßnahmen abgeleitet werden, geht es dabei meist um Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit. Eine strategische Personalpolitik arbeitet an der Verknüpfung von Unternehmensstrategie und Personalarbeit und gewinnt daraus den erforderlichen Planungshorizont für eine abgestimmte Organisations- und Personalentwicklung. Die Tarifpartner haben in einigen Branchen ebenfalls starke Impulse gegeben und Vereinbarungen getroffen, die dazu geführt haben, dass Unternehmen und Verwaltungen sich mit dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit befassen. Die Betriebsberater/-innen der Sozialversicherungen und der Kammern geben ebenfalls Impulse. Schließlich fördert der Bund z.B. mit dem Programm „unternehmensWert: Mensch“ (und einige Bundesländer darüber hinaus) Beratungsleistungen für kleine und mittelgroße Unternehmen, die auf die Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit abzielen.

In Gesprächen mit Personalern und Verbandsvertretern wird häufig ein weiteres Motiv für Betriebe genannt, sich gegenwärtig verstärkt mit dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit zu befassen: Der Fachkräftemangel, also die Schwierigkeiten Vakanzen adäquat, kurzfristig und zu den gewohnten Konditionen zu besetzen, macht Aufmerksamkeit und Investitionen in den Erhalt der Arbeitsfähigkeit zu einer zunehmend attraktiven funktionalen Alternative zu Neubesetzungen. Das Thema „Fachkräftesicherung“ zählt auch in der Herbstausswertung 2017 des ifaa Trendbarometers [5] zu den relevanten Themen und liegt noch vor „Gesetzlicher Arbeits- und Gesundheitsschutz“ an Platz vier (Top 3-Themen sind Prozessorganisation, kontinuierlicher Verbesserungsprozess und Arbeitszeitflexibilität).

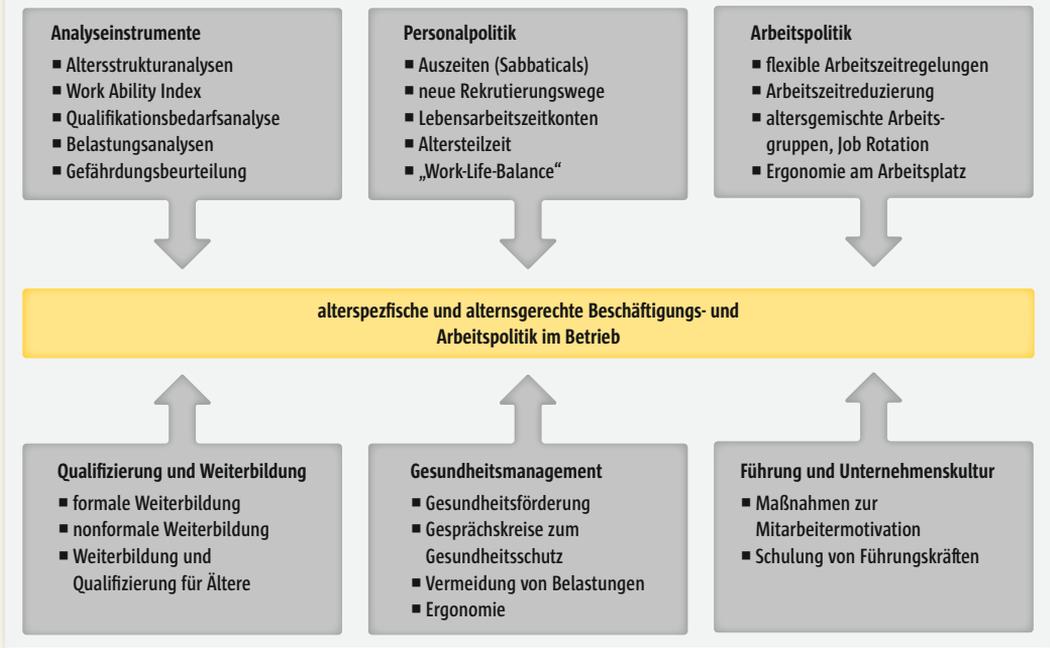
### Wie sollten Unternehmen vorgehen, wenn sie Arbeit alters- und altersgerecht gestalten wollen? Was können insbesondere KMU tun?

Eine altersgerechte Arbeits- und Beschäftigungspolitik betrieblich zu entwickeln und umzusetzen, ist ein Prozess, der aus vielen Schritten besteht und unterschiedliche Zuständigkeiten im Betrieb adressiert (III Abbildung 1).

Im Forschungsprojekt „Altersdifferenzierte und altersgerechte Betriebs- und Tarifpolitik zur Förderung der Innovations- und Beschäftigungsfähigkeit Älterer“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) haben Wissenschaftler des Soziologischen Forschungsinstituts Göttingen (SOFI) und der Universität Kassel unter fachlicher Begleitung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) eine betriebliche Strategie aus fünf Schritten herausgearbeitet:

- **Der erste Schritt** besteht in der Analyse der betrieblichen Situation. Erst auf Grundlage fundierter Analysen können Handlungsbedarfe erkannt und daraus Ansatzpunkte für Maßnahmen abgeleitet werden. Fundierte Analysen sind auch für die innerbetriebliche Legitimation wichtig. Dabei können externe Experten z.B. der Sozialversicherungen herangezogen werden.
- **Der zweite Schritt** besteht im Aufbau einer organisatorischen Infrastruktur im Betrieb. Die Betriebsfallstudien des o.g. Forschungsprojekts zeigen, dass sich ganz unterschiedliche Personen in diesen Prozess einschalten können. „In allen ‚Beispielen guter Praxis‘ haben sich vor allem Personalabteilungen, aber auch Betriebsräte an der Entwicklung einer alter(n)sgerichten Betriebspolitik beteiligt. Dabei scheint eine gewisse Ver-

Abbildung 1 Instrumente und Gestaltungsfelder einer alter(n)sgerechten Beschäftigungs- und Arbeitspolitik ([6], S. 26)



trauensbasis zwischen Betriebsräten und Personalern oder zumindest eine grundsätzliche Verlässlichkeit von großer Bedeutung“ ([6], S. 50) zu sein.

- **Der dritte Schritt** besteht in der Festlegung auf eine Strategie. Dabei stehen eine umfassende und eine reaktive Strategie zur Auswahl. Die umfassende Strategie bearbeitet die Alterung der Belegschaft und den Rückgang an Fachkräften als integriertes betriebliches Demografieprojekt. „Ziel ist dabei, das Unternehmen langfristig auf alle denkbaren Auswirkungen der demografischen Entwicklung vorzubereiten. Das ist sicher ratsam und dem Thema angemessen, macht aber auch viel Arbeit. Denn für eine ganzheitliche Strategie müssen alle betrieblich Verantwortlichen mitarbeiten und ihr Know-how für die jeweiligen Teilaspekte einbringen“ (INQA 2011, S. 51). Der reaktive Strategieansatz erfordert einen sparsameren Einsatz von Ressourcen, weil nur unmittelbare Probleme aufgegriffen werden. Das problemzentrierte Vorgehen setzt sich mit einer konkreten, abgegrenzten Problemkonstellation auseinander und sucht dafür Lösungen. Allerdings müssen, so die Erkenntnisse des Forschungsprojektes, dafür ebenfalls mehrere Abteilungen beteiligt werden. Welche Strategie angemessen ist, hängt von den spezifischen betrieblichen Rahmenbedingungen ab.

- **Der vierte Schritt** besteht in intensiver Unternehmenskommunikation. Die Belegschaft muss umfassend informiert werden, innerbetriebliche Transparenz ist die Grundlage für einen erfolgreichen Projektverlauf. Führungskräfte und Beschäftigte müssen kontinuierlich informiert werden. „Nur wenn die Mitarbeiter sensibilisiert und mitgenommen werden, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die einzelnen Maßnahmen Erfolg haben“ ([6], S. 56).
- **Der fünfte Schritt** besteht in der Festlegung auf eine Projektdynamik. Soll eine Politik der kleinen Schritte verfolgt oder ein aufsehenerregendes Pilotprojekt (Paukenschlag) lanciert werden? Die Entscheidung über den geeigneten Zuschnitt der Einzelmaßnahmen kann ebenfalls nur unter Berücksichtigung betriebsspezifischer Rahmenbedingungen erfolgen – sollte aber unterschiedliche Optionen reflektieren.

### Wo finden Betriebe und Verwaltungen Hilfen und Unterstützung?

Hilfe und Unterstützung gibt es durch verschiedene Institutionen und in verschiedener Form. An dieser Stelle sei als erstes auf einige Quellen verwiesen, in

denen Interessierte sich gut in das Thema einlesen und fortbilden können:

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.), 2016: Mühlenbrock, I.: Alterns- und altersgerechte Arbeitsgestaltung. Grundlagen und Handlungsfelder für die Praxis. Dortmund
- Fortschrittsreport „Altersgerechte Arbeitswelt“, Hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales
  - Ausgabe 2: Altersgerechte Arbeitsgestaltung
  - Ausgabe 3: Länger gesund arbeiten
  - Ausgabe 4: Lebenslanges Lernen und betriebliche Weiterbildung.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.) (2016), Kompetenz gewinnt – Wie wir Arbeits-, Wettbewerbs- und Veränderungsfähigkeit fördern können. Berlin.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (nähere Informationen unter: [www.inqa.de](http://www.inqa.de)) mit Hinweisen auf zahlreiche Projekte, Handlungshilfen und Publikationen, z. B. – Monitor „Arbeitsqualität und wirtschaftlicher Erfolg“
- Institut für angewandte Arbeitswissenschaft (ifaa) (Hrsg.), 2015: Leistungsfähigkeit im Betrieb. Kompendium für den Betriebspraktiker zur Bewältigung des demografischen Wandels. Düsseldorf
- Richter, G.; Hecker, C.; Hinz, A. (Hrsg. für die Initiative Neue Qualität der Arbeit) (2017): Produktionsarbeit in Deutschland – mit alternden Belegschaften. Berlin
- RKW (Rationalisierungs- und Innovationszentrum der Deutschen Wirtschaft e. V.), 2016: Wegweiser Demografiefeste Arbeit: Wie kleine und mittlere Unternehmen ihre Arbeit für Ältere und Jüngere zukunftssicher gestalten können ([www.rkw-kompetenzzentrum.de/fachkraeftesicherung/leitfaden/arbeit-demografiefest-gestalten](http://www.rkw-kompetenzzentrum.de/fachkraeftesicherung/leitfaden/arbeit-demografiefest-gestalten))

Darüber hinaus bieten mehrere Internet-Plattformen weitere Informationen sowie Materialien für die konkrete Arbeit in den Betrieben – von Best-Practice-Beispielen über Checklisten oder Materialien für

Personalfortbildungen bis hin zu Verweisen auf Kongresse, Tagungen oder Workshops:

- [www.betriebliche-eingliederung.de](http://www.betriebliche-eingliederung.de)
- [www.iga-info.de](http://www.iga-info.de)
- [www.infoline-gesundheitsfoerderung.de](http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de)
- [www.demowerkzeuge.de](http://www.demowerkzeuge.de)
- [www.gda-portal.de](http://www.gda-portal.de)
- [www.psyga.info](http://www.psyga.info)
- [www.unternehmens-wert-mensch.de](http://www.unternehmens-wert-mensch.de)

Durch das Präventionsgesetz sind die regionalen BGF-Koordinierungsstellen als Beratungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen entstanden: [www.bgf-koordinierungsstelle.de](http://www.bgf-koordinierungsstelle.de)

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat ein ressortübergreifendes arbeitsweltbezogenes Demografie-Monitorings initiiert. Demowanda (steht für „**Demografischer Wandel** in der Arbeitswelt“) führt Daten und Informationsbestände unterschiedlicher Ressorts zusammen: [www.demowanda.de](http://www.demowanda.de)

## Literatur

1. Ilmarinen, J.; Tempel, J. (2002). Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben. Hamburg.
2. Richenhagen, G. (2011). Arbeitsfähigkeit–Arbeitsunfähigkeit–Arbeitsschutz. In: Giesert, M.: Arbeitsfähig in die Zukunft. Hamburg.
3. Richter, G.; Mühlenbrock, I. (2018). Herausforderungen und Handlungsbedarfe einer alters- und altersgerechten Arbeitsgestaltung. In: WSI-MITTEILUNGEN 1/2018, S. 30–37
4. Adam, A.; Niehaus, M. (2017). Gesund und qualifiziert älter werden in der Automobilindustrie. In: Richter, G., Hecker, C., Hinz, A. (Hg.). Produktionsarbeit in Deutschland – mit alternden Belegschaften. S. 199–2017
5. Institut für angewandte Arbeitswissenschaft (2017). ifaa-Trendbarometer: Auswertung Herbst 2017: [https://www.arbeitswissenschaft.net/fileadmin/user\\_upload/Downloads/ifaa-Trendbarometer/Auswertung\\_Herbst\\_2017\\_2.pdf](https://www.arbeitswissenschaft.net/fileadmin/user_upload/Downloads/ifaa-Trendbarometer/Auswertung_Herbst_2017_2.pdf) [Zuletzt abgerufen: 2.6.2018]
6. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2011). Arbeitsfähigkeit erhalten und fördern – Chance für Betriebe und Tarifpolitik (Autoren: Johannes Freidank, Johannes Grabbe), [http://www.sofi-goettingen.de/fileadmin/Publikationen/INQA\\_Arbeitsfaehigkeit-erhalten-foerdern.pdf](http://www.sofi-goettingen.de/fileadmin/Publikationen/INQA_Arbeitsfaehigkeit-erhalten-foerdern.pdf) [Zuletzt abgerufen: 2.6.2018]



Dr. rer. pol. Götz Richter, Dipl.-Sozialw.

Dr. Richter hat ab 1989 an der Universität Bremen arbeitssoziologische Forschungsprojekte durchgeführt. Promotion zum Dr. rer. pol. im Jahr 1998. Anschließend in der Arbeitszeit- und Personalberatung tätig. Seit 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Im Jahr 2012/13 hat Dr. Richter am Jacobs Center on Lifelong Learning & Institutional Development an der Jacobs University Bremen zu Erwerbsverläufen und Tätigkeitswechseln in der Industrie geforscht. Seit Mai 2015 in der strategischen Geschäftsführung der „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ ([www.inqa.de](http://www.inqa.de)). Außerdem Leiter des Forschungsprojektes „Lernförderliche Arbeitsgestaltung im Dienstleistungssektor: Die Rolle von Führungskräften“ in der BAuA. Aktuelle Buchveröffentlichung: Richter/Hecker/Hinz (Hg.) (2017): Produktionsarbeit in Deutschland – mit alternden Belegschaften. Erich Schmidt Verlag, Berlin.



Inga Mühlenbrock

Inga Mühlenbrock ist seit 2014 wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in Dortmund. Sie hat ihr Psychologiestudium 2004 an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster abgeschlossen und durch einen Master in Betrieblicher Gesundheitspsychologie 2005 an der Universität Nottingham ergänzt. Bis 2014 war sie im Betrieblichen Gesundheitsmanagement einer Unternehmensberatung tätig. In der BAuA sind Inga Mühlenbrocks Forschungsschwerpunkte der Erhalt der Arbeitsfähigkeit, informelles Lernen und Arbeitsgestaltung.

# Betriebliches Eingliederungsmanagement und stufenweise Wiedereingliederung am Beispiel der BASF SE

Gunild Frey, Shantala Bauer und Stefan Webendorfer  
BASF SE, Ludwigshafen

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die aufgrund von Erkrankungen oder Unfallfolgen Probleme im Arbeitsalltag haben oder befürchten, ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausführen zu können, erhalten Unterstützung der BASF SE in Form einer beruflichen Wiedereingliederung. Hierfür gibt es verschiedene Möglichkeiten, die individuell auf die Situation der Mitarbeiter abgestimmt werden. Nach § 167 Abs. 2 des Sozialgesetzbuches (SGB) IX ist BASF SE als Arbeitgeber verpflichtet, für alle Mitarbeiter, die innerhalb der letzten zwölf Monate insgesamt länger als sechs Wochen (mehr als 42 Kalendertage) arbeitsunfähig erkrankt waren, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten. Ein möglicher Baustein des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ist die stufenweise Wiedereingliederung. Sie dient dazu, Mitarbeiter nach länger andauernder, schwerer Krankheit schrittweise wieder an die volle Arbeitsbelastung am bisherigen Arbeitsplatz heranzuführen. Sie ist als gesetzliche Vorgabe im § 74 SGB V sowie § 44 SGB IX verankert. Die stufenweise Wiedereingliederung kann jedoch auch unabhängig von einem BEM erfolgen.

## Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

In der BASF gibt es für die Mitarbeiter schon seit vielen Jahren einen Rehabilitationsprozess nach längeren Arbeitsausfallzeiten. Dieser wurde über die zuständigen Personaleinheiten, den werksärztlichen Dienst oder die Sozial- und Lebensberatung der BASF-Stiftung gesteuert. Anfang 2017 erfolgte dann die Umsetzung eines standardisierten BEM-Prozesses auf der Grundlage einer für den Standort Ludwigshafen verbindlichen Betriebsvereinbarung. Die betroffenen Mitarbeiter erhalten seitdem nach Überschreiten von 42 Krankheitstagen eine Einladung zum BEM. Das Angebot ist freiwillig, die Mitarbeiter können selbst entscheiden, ob sie dieses annehmen möchten oder ohne BEM wieder in den Arbeitsalltag starten. Das BEM-Team führt – bei positiver Rückmeldung des Mitarbeiters – die sogenannten BEM-Gespräche. Dieses ist im Personalbereich ver-

ankert. Um die absolute Vertraulichkeit zu gewährleisten, wird vor jedem BEM-Gespräch eine Verschwiegenheitserklärung des BEM-Koordinators unterschrieben. So ist sichergestellt, dass keinerlei Inhalte nach außen dringen – außer, der Mitarbeiter entbindet den BEM-Koordinator von der Verschwiegenheit. Die Gespräche können mit dem Mitarbeiter allein oder auch unter Hinzuziehung des Betriebsrates oder der Schwerbehindertenvertretung stattfinden. Ebenso kann eine Person des Vertrauens beim Termin dabei sein. Die Entscheidung darüber, wer beim BEM-Gespräch teilnimmt, obliegt dem Mitarbeiter selbst. Oberstes Ziel für BASF ist es, die Mitarbeiter möglichst gut und vor allem langfristig wieder in ihren alten Arbeitsplatz einzugliedern. Dadurch soll ein frühzeitiges, krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Arbeitsleben vermieden werden. Wird ein BEM erfolgreich durchgeführt, können letztendlich auch die krankheitsbedingten Ausfallkosten für das Unternehmen verringert werden. Wenn in einem BEM-Gespräch noch keine finale Lösung für die Rückkehr an den Arbeitsplatz gefunden werden kann, wird ein sogenannter BEM-Kreis durchgeführt. Hier werden alle, für den Wiedereinstieg Verantwortlichen eingeladen: Mitarbeiter, Führungskraft, Personalstelle sowie Betriebsrat. Bei Bedarf wird der zuständige Betriebsarzt hinzugezogen. Dieser kann auch nach Vorliegen eines Anforderungsprofils – welches von der Führungskraft des Mitarbeiters erstellt wird – ein Fähigkeitsprofil mit dessen Einverständnis erstellen. Dadurch kann ein Abgleich zwischen den Anforderungen der Stelle und der aktuellen Belastbarkeit des Mitarbeiters erfolgen oder auch eine leidensgerechte neue Stelle bei Bedarf gesucht werden. Zusammen mit dem BEM-Koordinator wird versucht, gemeinsam Maßnahmen zu erarbeiten, die dem Mitarbeiter die Rückkehr ins Erwerbsleben ermöglichen. Diese können über innerbetriebliche Maßnahmen, wie zum Beispiel den Umbau des Arbeitsplatzes, Anschaffung betrieblicher Hilfsmittel bis hin zur Bearbeitung von Konflikten

Abbildung 1 Altersverteilung BEM-Fälle in der Gesamtbelegschaft BASF SE



im Team oder mit der Führungskraft reichen. Wichtig hierbei ist, dass sowohl den Bedürfnissen des Mitarbeiters Rechnung getragen wird und auf seine individuelle Situation sensibel eingegangen wird, aber auch die betrieblichen Belange und Machbarkeiten miteinbezogen werden. Denn nur so kann es zu einer längerfristigen Lösung für Mitarbeiter und Unternehmen kommen.

Bei BASF SE gab es im Jahr 2017 insgesamt 3.762 BEM-berechtigte Mitarbeiter, dies entspricht 11% der Gesamtbelegschaft der BASF SE. Betrachtet man die Altersverteilung der BEM-Fälle, so zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der BEM-berechtigten Mitarbeiter zwischen 50 und 65 Jahre alt sind (57%) (» Abbildung 1). Dies bestätigt auch die Aussage des Dachverbandes der Betriebskrankenkassen 2018 [1]: Älter werdende Mitarbeiter fallen zwar nicht unbedingt häufiger, jedoch über längere Zeiträume aus und benötigen mehr Zeit für die Rehabilitation und Genesung.

Die BEM-Koordinatoren unterscheiden grundsätzlich nicht in der Maßnahmenentwicklung bei über oder unter 50-Jährigen. Jedoch stellt die Zielgruppe der 50+ eine sehr wichtige für das Unternehmen dar. Häufig sind diese Mitarbeiter entscheidende Wissensträger, da sie oft seit mehreren Jahrzehnten bei BASF beschäftigt sind und eine sehr hohe Identifikation mit dem Unternehmen zeigen. So ist

es für BASF, deren Belegschaft ein sehr hohes Durchschnittsalter aufweist, unabdingbar, sich vor allem auch um diese Mitarbeitergruppe zu kümmern, um das Wissen so lang wie möglich zu erhalten und einen guten Wissenstransfer an die jüngere Generation zu ermöglichen.

Die Maßnahmen, die aus einem BEM-Prozess für Mitarbeiter über 50 Jahren resultieren können, sind vielfältig. Häufige Erkrankungen in diesem Alter liegen im physischen Bereich. Durch die Produktionstätigkeit im Schichtsystem sind hier sowohl Muskel-Skelett-Erkrankungen wie auch Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems zu nennen.

Hier unterstützt BEM in der Anschaffung betrieblicher Hilfsmittel, wie z.B. Hebe- oder Abfüllhilfen, höhenverstellbare Schreibtische oder ergonomisch angepasste Arbeitsplätze. Aufseiten des werksärztlichen Dienstes bietet BASF eine Ergonomieberatung am Arbeitsplatz an, eine häufige Maßnahme im BEM. Zudem werden bei BASF eigene Gesundheits- und Fitnesskurse für Mitarbeiter über 50 Jahren, Mitarbeiter auf Schicht bzw. für spezielle Erkrankungen, z.B. Wirbelsäulengymnastik, Rücken fit angeboten.

Aber auch das Thema psychische Erkrankungen betrifft Mitarbeiter in der zweiten Lebenshälfte – die Anzahl der BEM-Fälle lag hier im Jahr 2017 über der mit rein physischen Beschwerden. Stress, gestiege-

ner Arbeitsdruck, aber auch Konflikte im Team und mit Vorgesetzten sind in den BEM-Gesprächen die meist genannten Ursachen für die lange Ausfallzeit. Doch auch das Thema „Digitalisierung“ stellt gerade Mitarbeiter über 50 Jahren vor große Herausforderungen, weil sie sich teilweise dieser nicht mehr gewachsen sehen. So werden beispielsweise immer mehr Anlagen digital über Tablets gesteuert, die bisher händisch gewartet wurden. Sich auf diese neue Technologie einzustellen, bedeutet für viele Kollegen eine große Umstellung und erzeugt innere Widerstände.

Bei den psychischen Erkrankungen setzt das BEM-Team vor allem darauf, im Vier-Augen-Gespräch zunächst Vertrauen zwischen Mitarbeiter und BEM-Koordinator herzustellen. Denn gerade im Falle von psychischen Erkrankungen fällt es diesen schwer, offen darüber zu sprechen – ein Thema, das gerade auch männliche Mitarbeiter über 50 Jahren betrifft. Hier spielt vor allem auch das Thema Wertschätzung und Anerkennung eine sehr große Rolle, beides Dinge, die die erkrankten Mitarbeiter angeben, sehr zu vermissen und die ein Auslöser für die lange Erkrankung sein können. Alle BEM-Koordinatoren sind in einer speziellen Gesprächsmethode geschult (Motivational Interviewing nach Miller & Rollnick), die gerade das Thema Wertschätzung stark in den Fokus nimmt. Den Mitarbeiter im BEM-Gespräch das Gefühl zu geben, dass sie ernst genommen werden, in einem geschützten Raum sprechen können, ist häufig schon der erste Schritt für ein erfolgreiches BEM. Im weiteren Verlauf kann z.B. eine Konfliktmoderation im Team eine mögliche Lösung sein, die entweder vom BEM Koordinator selbst oder mit Unterstützung der BASF Sozial- und Lebensberatung durchgeführt wird. Oder es gibt Gespräche mit den Vorgesetzten des Mitarbeiters, wie die Belastungen, die ursächlich für die Erkrankung waren, reduziert werden können, was im Arbeitsablauf verändert und verbessert werden muss, um einem erneuten Ausfall des Mitarbeiters vorzubeugen. Hier ist die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeiter und Team bzw. Vorgesetztem das wichtigste Element für einen erfolgreichen Wiedereinstieg. Beide Seiten müssen sich auf die neue Situation einstellen, bereit sein, Vergangenes hinter sich zu lassen.

Verschiedene Angebote zum Thema Resilienz, Trainings zur Stressreduktion, Selbstorganisationsseminare sowie vielfältige Teamentwicklungsmaßnahmen können – bereits schon präventiv, spätestens jedoch im BEM-Prozess, unterstützen. So arbeitet das BEM-Team eng mit den Kollegen des Gesund-

heitsmanagements und der Abteilung für Weiterbildung zusammen. Der werksärztliche Dienst, die Sozial- und Lebensberatung der BASF-Stiftung sowie die zuständigen Betriebsräte sind weitere wichtige Partner im BEM-Prozess. Alle verfolgen das gleiche Ziel, den Mitarbeiter wieder ins Erwerbsleben einzugliedern und die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten.

Da ein systematisches BEM bei BASF erst Anfang 2017 eingeführt wurde, lassen sich aktuell noch keine Kennzahlen über dessen Wirkung erheben. Jedoch bestätigt das Feedback der Mitarbeiter, welches systematisch 6 Monate nach Abschluss eines BEM-Verfahrens eingeholt wird, dass die Einführung des systematischen BEM zur Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter beiträgt. So gaben 95% der Befragten an, mit dem BEM-Prozess und dem jeweiligen BEM-Koordinator sehr zufrieden bzw. zufrieden gewesen zu sein. 60% haben rückgemeldet, dass sie ohne Unterstützung des BEM nicht so gut und schnell wieder an den alten Arbeitsplatz zurückkehren hätten können. Vor allem das Eingehen auf die individuelle Situation sowie die Möglichkeit, alle Beteiligten an einen Tisch zu holen und gemeinsam Maßnahmen zu erarbeiten, wurde mehrfach positiv hervorgehoben.

Neben den genannten Maßnahmen wie betriebliche Hilfsmittel, Gesprächsmoderation, Zusammenarbeit mit den verschiedenen Stellen bei BASF, ist die stufenweise Wiedereingliederung eine der Maßnahmen, die am häufigsten aus einem BEM-Prozess resultiert.

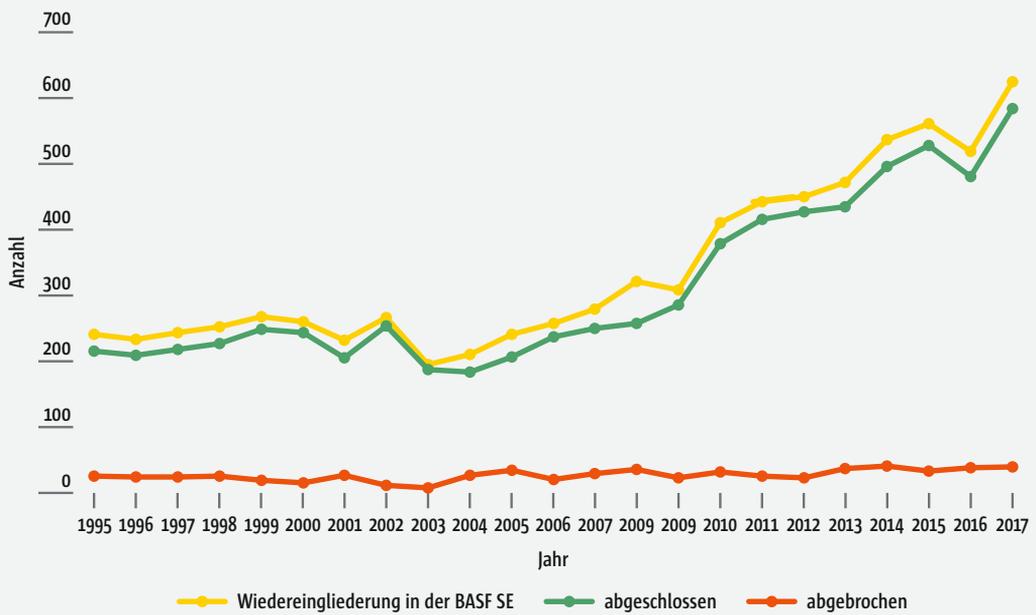


57% der BEM-berechtigten Mitarbeiter der BASF SE sind über 50 Jahre alt.

### Die stufenweise Wiedereingliederung (SWE)

Die stufenweise Wiedereingliederung (SWE) – früher auch unter Hamburger Modell bekannt – kann eine Maßnahme im Rahmen des BEM sein. Bei den rund 3.800 BEM-Berechtigten in der BASF SE im Jahr 2017 nahmen um die 15% eine stufenweise Wiedereingliederung in Anspruch. Diese Zahl nimmt in der BASF SE seit Jahren zu (200 SWE-Fälle im Jahr 1995 bis zuletzt 624 SWE-Fälle im Jahr 2017 bei derzeit ca. 350.000 Mitarbeitern Gesamtbelegschaft am Standort Ludwigshafen [Stand 31.12.2017]). Erfreulicherweise liegt die Zahl der erfolgreichen Wiedereingliederungen über die Jahre hinweg bei ca. 90% (» Abbildung 2).

Abbildung 2 Wiedereingliederung in der BASF seit 1995



Eine SWE bedeutet, dass der Mitarbeiter, der nach einer langen oder schweren Erkrankung wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebsleiden aber auch Verletzungen oder Depressionen nicht gleich wieder voll arbeitsfähig ist, sondern mit gewissen Einschränkungen in den Arbeitsprozess einsteigt. Diese können zeitlicher Art sein, z.B. beginnend mit vier Stunden täglich über sechs Stunden zur vollen Arbeitszeit als auch inhaltlicher Art wie gewisse Einschränkungen die Arbeitsschwere betreffend, z.B. kein schweres Heben und Tragen oder Arbeiten in Zwangshaltungen nach Bandscheibenvorfällen.

Die SWE sollte im Sinne eines „Heimathafenprinzips“ idealerweise am alten Arbeitsplatz durchgeführt werden. Dies ist aber nur dann sinnvoll, wenn die Einschränkungen nicht über ein gewisses Maß hinausgehen, also noch 70–80% der bisherigen Arbeitsleistung langfristig durchführbar erscheinen, oder zumindest perspektivisch nach einer Phase der fortgesetzten Rekonvaleszenz erreicht werden. Erscheint dies nicht möglich, muss über andere Instrumente wie ein Rundtischgespräch z.B. beim BEM-Team nach Lösungen gesucht werden. Es ist hilfreich, gerade bei Krebserkrankungen oder psychischen Erkrankungen, wenn der betreuende Betriebsarzt anbietet, auch über die Wiedereingliede-

rung hinaus als Ansprechpartner bei Problemen zur Verfügung zu stehen. Er oder sie ist so „ein Anker“ bei all der Unsicherheit in Phasen chronischer Erkrankungen.

Bei sehr langen Anfahrtswegen sollten auch individuelle Lösungsansätze für Wiedereingliederungen gefunden werden wie z.B. statt 4 Stunden/Tag ein Wochenkontingent von 20 Stunden, auch teilweise mobiles Arbeiten von zu Hause aus. Damit kann eine zusätzliche Stressbelastung durch lange Anfahrtswege reduziert werden.

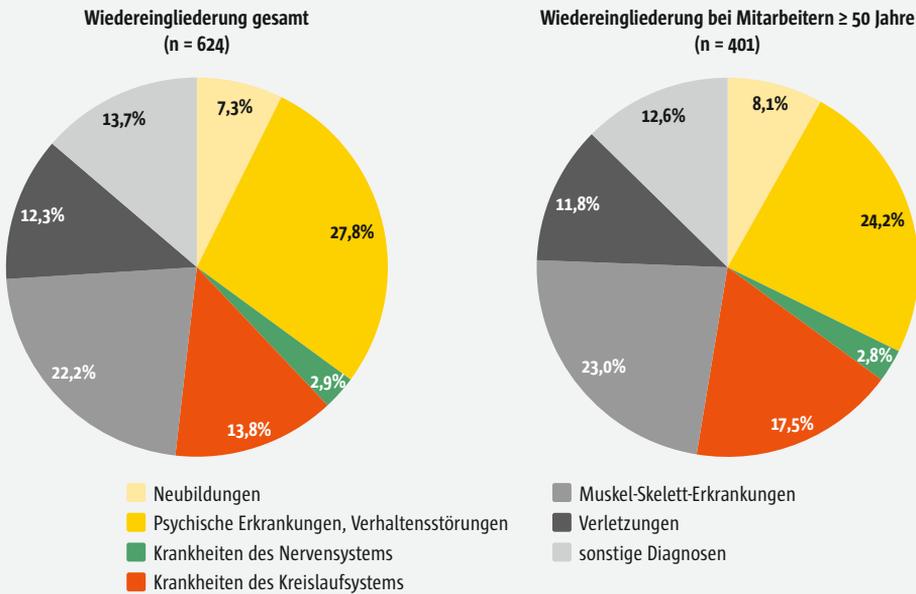
90% der Wiedereingliederungen bei BASF SE verlaufen seit 1995 erfolgreich.

### Prävention und Gesundheitsförderung

Die Diagnosenverteilung (»»» Abbildung 3) zeigt insbesondere bei den über 50-Jährigen Handlungsansätze für Prävention.

Klassische Präventionsansätze, wie die Raucherentwöhnung, haben weiterhin ihre Berechtigung. Das zeigt die Auswertung des Raucherstatus (Raucher/Exraucher) von 81% bei 185 Mitarbeitern mit Herzinfarkt bzw. von 54% bei den 521 Krebs-

Abbildung 3 Diagnoseverteilung bei Wiedereingliederung 2017



erkranken aus unserem Kollektiv von 2013–2017. Bei über 50-Jährigen in der BASF haben 46% einen BMI zwischen 25–29,9 und 26,8% einen BMI über 30. Dieser geht mit einem erhöhten Diabetes- und Hypertonierisiko einher und begünstigt mögliche Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Im Jahr 2020 werden 60% unserer Belegschaft über 50 Jahre alt sein, daher sind eine frühzeitige Prävention und der Erhalt der Arbeitsfähigkeit mit einem gut strukturierten „Return to work“-Prozess wichtig.

Im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wurde bei BASF ein Gesundheitsförderungsprogramm entwickelt: jeder Mitarbeiter kann alle drei Jahre freiwillig an einem standardisierten Gesundheitscheck teilnehmen, um Risikofaktoren für chronische Erkrankungen möglichst frühzeitig zu erkennen. Abhängig von den Befunden, werden gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Module: Ernährung und Bewegung, Stressbewältigung und Regeneration, Rückengesundheit und Raucherentwöhnung angeboten. Außerdem erfolgen jedes Jahr globale Gesundheitsaktionen zu einem Präventionsthema, wie z.B. zur Herz- oder Lungengesundheit, zu Hauterkrankungen, Rückenleiden oder zur gesunden Ernährung. Hier wird immer ein Bezug zu den Arbeitsplätzen bzw. zur beruflichen Tätigkeit hergestellt.

## Arbeitszeitgestaltung

Da notwendige Erholungsphasen bei älteren Mitarbeitern länger dauern und die psychischen Belastungen im Berufsleben zunehmen, gab es schon Vorschläge, eine 4-Tage-Woche bei vollem Lohnausgleich einzuführen [2]. Nicht jeder Arbeitgeber außerhalb der Kreativszene – wie die Unternehmen „Bike Citizens“, „Digital Enabler“ Bielefeld (5 Tage 5 h) oder „tower paddle boards“ – wird ein solches Modell bei vollem Lohnausgleich umsetzen können. Natürlich sind auch Modelle denkbar, bei denen sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer einen angemessenen Beitrag leisten, um ohne Abschläge früher in den Ruhestand gehen zu können oder die Arbeitszeit zu verkürzen.

80% der Menschen, die Vollzeit arbeiten, klagen über eine dauerhafte Stressbelastung. Da niemand acht Stunden pro Tag gleichmäßig und voll konzentriert arbeiten kann und damit zu 100% produktiv ist, könnte eine Reduktion der Arbeitszeit zu effizienterem Arbeiten und laut Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, BAuA, zu verringerten Stresswerten, niedrigerem Blutdruck und weniger Krankheitstagen führen [2]. Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass lange Wochenarbeitszeiten über 55 Stunden und mehr sowohl das Schlaganfallrisiko um 33% als auch das Risiko für koronare Herz-

krankheiten um 13% im Vergleich zu Personen, die 35-40 Stunden/Woche arbeiten, erhöhen [3].

Aber flexiblere Arbeitszeiten mit echten Teilzeitmodellen sind die Herausforderung für die Zukunft, gerade, wenn angesichts des demografischen Wandels ältere Arbeitnehmer möglichst lange gesund und produktiv beschäftigt werden sollen. Dabei sind Modelle, in denen die gleiche Arbeit nur in einen engeren Zeitrahmen konzentriert wird, ausgenommen. Die BASF bietet über eine Betriebsvereinbarung Mitarbeitern in der 12 Stunden Wechselschicht ab dem 55. Geburtstag, allen anderen Arbeitnehmern ab dem 57. Geburtstag, alle drei Wochen eine Altersfreischicht bzw. einen Altersfreizeittag an. Zusätzlich gibt es einwöchige und bei Schwerbehinderten zweiwöchige Gesundheitsförderseminare in einer eigenen Einrichtung im Hochschwarzwald. Bei vielen Mitarbeitern, die gerade nach Krebserkrankungen an chronischer Fatigue (Erschöpfung) leiden, wurde versucht, eine 4-Tage-Woche auf Probe durchzuführen und evtl. dauerhaft die Arbeitszeit z. B. auf 80-85% zu reduzieren. Das Modell hat die Mitarbeiter sehr entlastet und gab Möglichkeiten auszuprobieren, ob eine echte Teilzeitarbeit, bei der Aufgaben neu verteilt werden, umsetzbar ist.

## Arbeitsplatzgestaltung

Bei älteren Mitarbeitern über 50 sind Muskel-Skelett-Erkrankungen nach den psychischen Erkrankungen die zweitgrößte Ursache für Krankheitszeiten. Außerdem nehmen Krankheiten der Hüft- und Kniegelenke zu. Daher ist es ökonomisch sinnvoll, Arbeitsplätze ergonomisch zu optimieren. Büroarbeitsplätze können mit elektrisch höhenverstellbaren Schreibtischen und Arbeitsplätze in der Produktion mit Hebehilfen ausgestattet werden. Neuerdings sind auch sog. Exoskelette in der Diskussion. Dies sind mechanische Anzüge, die Bewegungen des Trägers erkennen und sie dann mit mechanischer Kraft unterstützen, sodass der Mensch entlastet wird. Die technischen Verbesserungen machen sich bezahlt, wenn es gelingt, einen oder mehrere Krankheitsstage zu vermeiden.

Der bereits erwähnte Ergonomieberater kann vom Betrieb angefordert werden, um einerseits die ergonomische Situation zu prüfen und andererseits das Personal an den vorhandenen Arbeitsmitteln zu unterweisen bzw. zu schulen. Bei schon bestehenden Muskel-Skelett-Problemen, können Mitarbeiter Sprechstunden beim Werkarzt in Anspruch neh-

men und bei entsprechender Indikation eine physiotherapeutische Behandlung wahrnehmen.

Generell haben Mitarbeiter über 50 häufiger als jüngere Schwierigkeiten, sich an die Gegebenheiten in Großraumbüros anzupassen. Problemen entstehen bezüglich klimatischer Bedingungen (Klimaanlagen können nie zu aller Zufriedenheit eingestellt werden und über Zugproblematik wird häufig geklagt), Lärm (Telefonate, Gespräche von Kollegen) und Verlust von privatem/persönlichem Umfeld. Ein Grund für die Schwierigkeiten älterer Kollegen in Großraumbüros könnte darin liegen, dass Schwerhörigkeit bei Mitarbeitern über 50 deutlich zunimmt und ca. 25% beträgt [4]. Dies bedeutet unter Umständen Probleme mit der Konzentration. Diese sollte bei Planung und Gestaltung neuer Büros Berücksichtigung finden.

Hier können ein bis zwei Tage Home Office entlastend wirken, wo durchführbar. Dies hilft ebenfalls beim Mobilitätsproblem, denn lange Pendelzeiten zum Arbeitsplatz belasten zusätzlich viele Mitarbeiter und führen häufiger zu psychischen Erkrankungen [5].

## Weitere Unterstützungsangebote

Da viele Mitarbeiter über 50 sich auch um ihre Eltern in einer Pflegesituation kümmern müssen, bietet die BASF über die Sozial- und Lebensberatung Informationen und Hilfe. Hier können kleine und mittlere Unternehmen über Netzwerkbildung ähnliche Hilfestellungen anbieten. Zusätzlich hat die BASF seit 2017 eine Vereinbarung „Stärke durch Vernetzung“ mit der DRV in Speyer und der Betriebskrankenkasse pronova abgeschlossen, um Betriebsärzten die Möglichkeit zu eröffnen, Reha-Anträge für Mitarbeiter zu stellen, die innerhalb von vierzehn Tagen seitens der DRV entschieden werden. So sollen lange Arbeitsunfähigkeitszeiten vermieden werden.

Es gibt also zahlreiche Ansatzpunkte, Fehlzeiten speziell bei über 50-jährigen aber auch darunter durch ein Maßnahmenpaket zu verringern, das natürlich jeder Betrieb individuell schnüren muss und auch in Zusammenarbeit mit der Betriebskrankenkasse diskutiert werden kann.

## Literatur

1. Krankenstand in Deutschland, 01.02.2018: <https://www.iwd.de/artikel/krankenstand-in-deutschland-arbeitnehmer-fallen-laenger-aus-377618/> [abgerufen am 09.07.2018]

2. Haas M, Acht Gründe für die Vier-Tage-Woche; Süddeutsche Zeitung Online-Magazin vom 21.06.2018 <https://sz-magazin.sueddeutsche.de/die-losiong-fuer-alles/acht-gruende-fuer-die-vier-tage-woche-85798> [abgerufen 06.07.2018]
3. Heinzl S., Arbeitszeit und Infarktrisiko: Bei langen Wochenarbeitszeiten ist das Schlaganfallrisiko deutlich erhöht. Dtsch. Ärztebl. 2016; 113(4): A-138/B-117/C-117
4. hörkomm.de (2018) Schwerhörigkeit in Zahlen. [http://www.hoerkomm.de/schwerh%C3%B6rigkeit\\_in\\_zahlen.html](http://www.hoerkomm.de/schwerh%C3%B6rigkeit_in_zahlen.html) [abgerufen 06.07.2018]
5. Hillienhof A., Fernpendler häufiger psychisch krank. Dtsch. Ärztebl 2018; 115(14): A-624/B-544/C-544



Dr. med. Gunild Frey

Studium der Humanmedizin in Heidelberg. Forschungstätigkeit Internationale Pneumologie bei Boehringer Ingelheim. Ausbildung zur Fachärztin für Pneumologie an der Thoraxklinik Heidelberg, dort Erwerb der Zusatzbezeichnung Allergologie, 1993 Ausbildung zur Fachärztin für Arbeitsmedizin bei BASF SE Ludwigshafen mit Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, seit 2012 Schwerpunkt Rehabilitation, Schwerbehinderten- und Frauenfragen.



Shantala Bauer

Studium der Kommunikations- und ABO-Psychologie sowie Medienpädagogik an der Universität Koblenz-Landau. Einstieg bei BASF 2004 in die Unternehmenskommunikation, 2005 Wechsel in die Personalabteilung. Aufbau und Verantwortung des Themas „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“, anschließend Leitung eines globalen Projektes im Themenfeld Corporate Volunteering. Seit August 2016 Leitung Betriebliches Eingliederungsmanagement BASF SE am Standort Ludwigshafen.



Dr. med. Stefan Webendorfer

Studium der Humanmedizin an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn bis 1991. Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Arbeitsmedizin. Erwerb der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin. Seit dem Jahr 2001 Tätigkeit in der Abteilung Corporate Health Management, der BASF SE in Ludwigshafen als Leiter der Arbeitsgruppe „Medizinische Funktionsdiagnostik“. Seit 2012 als Vice President Leitung der Medizinischen Diagnostik und Kommunikation der Abteilung Corporate Health Management und Leitung der Gesundheitsförderung in der BASF.

# Altern erwünscht!

## Das Pilotprojekt „Demogra-fitte Pflege“

Carsten Ludwig, Antje Eekhoff und Sabine Bullwinkel  
Krankenhaus St. Joseph-Stift GmbH, Bremen

Was tun, wenn nicht nur die Patienten, sondern auch die eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchschnittlich immer älter werden? Das Krankenhaus St. Joseph-Stift in Bremen hat sich mit dem Projekt „Demogra-fitte Pflege“ auf die Herausforderungen des demografischen Wandels vorbereitet.

### Pflegenotstand

Im Jahr 2030 werden rund 50 % mehr Pflegebedürftige 500.000 unbesetzten Stellen in der Pflege gegenüberstehen [1]. In Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ist diese Diskrepanz des Fachkräftemangels unlängst spürbar. So fehlen allein in den deutschen Kliniken nach aktuellen Berechnungen bereits heute 80.000 Pflegekräfte. Zusätzlich verschärft wird die prekäre Situation durch den demografischen Wandel: Neben der zunehmenden Zahl älterer Patienten steigt auch der Anteil jener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die über 50 Jahre alt sind, kontinuierlich an. Ebenso erhöht sich der Konkurrenzdruck unter den Einrichtungen um die wenigen verfügbaren Nachwuchskräfte und spezialisierten Pflegekräfte für Leitungspositionen und Fach-Pflegebereiche.

Da die pflegerische Behandlungsqualität in den Häusern zuvorderst von den Beschäftigten abhängt, wirkt sich die drastische Unterbesetzung in der Pflege zwangsläufig sowohl auf die Patientenzufriedenheit als auch auf das Personal selbst aus. Neben dessen Qualifikation sind es die Zufriedenheit und die Identifikation mit der Arbeit, die Vertrauen bei den Patienten schaffen und so die Grundlage für den guten Ruf einer Einrichtung bilden. Es ist daher absolut zutreffend, die Beschäftigten von Krankenhäusern als deren wertvollste Ressource zu bezeichnen. Um für die wirtschaftlichen Herausforderungen im Gesundheitssektor gewappnet zu sein, arbeitet das Bremer Krankenhaus St. Joseph-Stift seit Jahren aktiv an der Steigerung seiner Arbeitgeberattraktivität und speziell im Bereich Demografie an der Etablierung einer „demogra-fitten“ Pflege.

### Demogra-fitte Pflege

Angesichts des sich anbahnenden demografischen Wandels hat das Krankenhaus St. Joseph-Stift Bremen im Jahr 2010 ein bis dahin einmaliges, zukunftsweisendes Großprojekt „Demogra-fitte Pflege“ initiiert. Der prognostizierte Versorgungsnotstand und die artikulierte Sorge vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ob ein „Älterwerden“ im Pflegeberuf bei steigender physischer wie psychischer Belastung überhaupt möglich wäre, hatte den Pflegedirektor alarmiert und dazu bewogen, den absehbaren Konsequenzen des demografischen Wandels mithilfe einer externen, auf Demografie spezialisierten Unternehmensberatung zu begegnen. Besonders hervorzuheben ist dabei, dass die bewusste Unternehmensentscheidung „Pro Demografie-Projekt Pflege“ ausdrücklich von der Geschäftsführung gefördert und während des gesamten Projektes mitgetragen wurde.

Zunächst bedeutete das Projekt „Demogra-fitte Pflege“ für die Krankenhausleitung jedoch, sich den unbequemen Tatsachen zu stellen: Fest stand, dass der Bedarf an Pflege und Gesundheitsversorgung bei steigender Lebenserwartung weiterhin zunehmen wird. Zugleich altert die Belegschaft und die jungen Pflegekräfte rücken nicht ausreichend nach, da der Pflegeberuf für potenzielle Auszubildende wenig attraktiv ist. Trotz verschiedenster Maßnahmen wie Kampagnen und die regelmäßige Teilnahme an Jobmessen fällt es schwer, geeignete Nachwuchskräfte zu finden und vakante Stellen mit spezialisierten Fachkräften nach zu besetzen.

### Ausgangslage

Die Basis des auf fünf Jahre angelegten Pilotprojekts „Demogra-fitte Pflege“ bildete eine Erfassung des demografischen Ist-Zustands der Pflegekräfte im Krankenhaus St. Joseph-Stift. Hierfür wurden eine Alters-

analyse der Pflegekräfte, die Qualifikation, Hierarchieebenen, Fehlzeiten und die regionale Lage auf dem Pflegemarkt eruiert. Die Altersstrukturanalyse ergab, dass bis 2020 ein Drittel der Pflegenden in den Ruhestand gehen werden. Als Datengrundlage und Eingrenzung möglicher Handlungsfelder wurden zudem Prognosen des zukünftigen Personalstands in fünf, zehn und fünfzehn Jahren errechnet. So ergab die Datenanalyse ein präzises Bild über die Altersstruktur der Pflegekräfte. Nach der Analyse des demografischen-Ist-Zustands wurde in einem Strategieworkshop die gemeinsame Zielrichtung erarbeitet und drei wesentliche Handlungsfelder determiniert:

- Wissensmanagement,
- Gesundheitsmanagement und
- Personalstrategie.

Bereits aus den ersten Erkenntnissen aus der Altersstrukturanalyse und dem Strategieworkshop erschlossen sich überaus umfangreiche Themen, die anschließend, den Handlungsfeldern entsprechend, in drei Arbeitsgruppen bearbeitet wurden. Dabei sollte die interdisziplinäre Zusammensetzung der Arbeitsgruppen gewährleisten, dass die Themen vielschichtig, aus verschiedenen Perspektiven ergründet und Lösungsansätze in Form von anwendungsbezogenen Maßnahmen erarbeitet werden. Entsprechend lag der Fokus bei der Auswahl der Mitglieder nicht nur darauf, Pflegekräfte mit unterschiedlicher Qualifikation, von verschiedenen Positionen sowie aus diversen Fachbereichen einzubeziehen, sondern vor dem Hintergrund des Demografie-Aspekts vor allem darauf, altersübergreifende Arbeitsgruppen zusammenzustellen.

Die Arbeit der einzelnen Gruppen zielte darauf, sich den Themen berufsgruppenübergreifend zu nähern und möglichst eine Vielzahl an Mitarbeitenden in die Gestaltung des Projektes einzubeziehen, was einerseits eine mitarbeiter- und somit praxisnahe Umsetzung ermöglichte und andererseits Akzeptanz für das Projekt sowie den notwendigen Wandel fördern sollte. Zudem zielte die gemischte Altersstruktur auf einen potenziellen Wandel der Unternehmenskultur: Altern ist nicht nur möglich, sondern ausdrücklich erwünscht.

Die Umsetzung der Maßnahmen gliederte sich schließlich in drei Teilprojekte:

1. Demografie-feste Personalstrategie
2. Wissensmanagement - Qualifizierung
3. Gesundheitsmanagement

## Demografie-feste Personalstrategie

Im Teilprojekt Demografie-feste Personalstrategie lag der Schwerpunkt auf der Konzeption eines zeitgemäßen Personalmanagements, dass sich an den verschiedenen, individuellen Lebensphasen der Beschäftigten orientiert und bei der Laufbahngestaltung von Beginn an gleichermaßen jüngere und ältere Mitarbeitende integriert. Um die körperliche sowie organisatorische Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte zu erhalten, wurde ein an den Lebensphasen orientiertes Personalkonzept erstellt: Es nimmt nicht nur Rücksicht auf die gewandelten Bedürfnisse der älteren Beschäftigten, sondern berücksichtigt auch den Bedarf der jungen Generation und die Lebensplanung junger Familien. Im Rahmen dieser Strategieentwicklung lag dabei ein besonderer Fokus auf der Rekrutierung junger Menschen für den Pflegeberuf sowie auf angepasste Arbeitsbedingungen für leistungsgewandelte Pflegekräfte. Aspekte wie Gleit- und Teilzeitmodelle, aber auch die Möglichkeit der Weiterbeschäftigung nach Renteneintritt spielten dabei eine wesentliche Rolle. Im Rahmen des neuen Personalmanagements wurde ein Konzept zur Bindung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach Renteneintritt erstellt und zudem die Beratungskompetenz in der Personalabteilung geschult.

Neben der Evaluation von Arbeitsspitzen wurden auf verschiedenen Stationen bedarfsorientiert Schichtmodelle getestet und deren Nutzen bzw. Übertragbarkeit auf andere Stationen ausgewertet. Zudem erfolgten ein Umbau der klassischen Qualifikationsprofile hin zu einer stationsbezogenen Qualifikationsmatrix sowie die Etablierung eines Springer-Pools und eines Rotationsprinzips zwischen Partnerstationen. Zur Entlastung der Pflegefachkräfte wurde ein vermehrter Einsatz von Hilfskräften wie Krankenpflegehelfer, Servicepersonal und Christlicher Krankenhaushilfe initiiert. Durch den bereichsübergreifenden Einsatz von Gesundheits- und Krankenpflegekräften sowie Altenpflegerinnen und -pflegern einerseits und Medizintechnischen-, Operationstechnischen- und Anästhesietechnischen Assistent/-innen andererseits hat sich die zuvor eher konservative Grundhaltung der Pflege bereits nach relativ kurzer Zeit zu einem offenen Qualifikationsmix mit Mehrgenerationen-Denken entwickelt.

Regelmäßige Veranstaltungen wie unter anderem ein „Demografie Dialog“ mit allen Leitungskräften der Pflege und ein „Ü55-Café“ gewährleisteten im Projektzeitraum den kontinuierlichen, generationsübergreifenden Austausch unter den Mitarbeitenden und Leitungsfunktionen.

**Abbildung 1** Der Demografie Dialog fördert über das Projekt hinaus den kontinuierlichen Austausch.



### Demografie Dialog

Wichtigstes Instrument für den Wandel in der Zusammenarbeit und Haltung war der „Demografie Dialog“, der die bisherigen Pflegekonferenzen abgelöst hat. Hierfür trafen sich die pflegerischen Leitungskräfte dreimal jährlich zu einem intensiven, stationsübergreifenden Austausch. Unter anderem wurden im „Demografie Dialog“ Best-Practice-Modelle zu Arbeitszeiten präsentiert und die Flexibilisierung von Arbeitszeiten diskutiert, abteilungsbezogene Maßnahmen zum Qualifikationsmix und interne Qualifizierung erarbeitet sowie gemeinsame Arbeitskonzepte für neue Berufsgruppen und die systematische Einbindung von Rückkehrern erstellt (»» Abbildung 1).

### Ü55-Café

Im besonderen Fokus des Projektes „Demogra-fitte Pflege“ standen Mitarbeitende über 55 Jahre. Zweimal jährlich wurden sämtliche Pflegekräfte dieser Altersgruppe zu einer Gesprächsrunde, dem sogenannten „Ü55-Café“ eingeladen. Diese Treffen ermöglichten den älteren Mitarbeitenden, sich über den Umgang mit Arbeitsanforderungen auszutauschen und eigene Ansprüche an den Arbeitsplatz, Aufgaben und Kollegen zu reflektieren. In Kleingruppen werden „brennende“ Themen diskutiert und nach möglichen Lösungsansätzen gesucht. Neben dem Austausch förderten die Gruppengespräche zudem die Verbundenheit unter den Kollegen dieser Altersgruppe und brachten Erkenntnis darüber, welche Bedürfnisse Ältere an ihren Arbeitsplatz und ihre Arbeitsbedingungen stellen, wo eventuell Konfliktpotenzial mit jüngeren Kollegen besteht und welches Wissen frühzeitig an die nachfolgende Pflege-Generation übergeben werden muss. Wurde das „Ü55-Café“ anfänglich im Teilprojekt Demogra-fitte Personalstrategie

**Abbildung 2** Ü55-Café



verortet, entwickelte es sich schnell zu einem Forum, das einen Austausch über die Themen aller drei Teilprojekte beförderte (»» Abbildung 2).

### Wissensmanagement – Qualifizierung

Die Übermittlung und Sicherung von wertvoller Erfahrung und Fachwissen zwischen berufsjungen und berufserfahrenen Mitarbeitenden im eigenen Arbeitsbereich stellt einen großen Gewinn für die professionelle Pflege dar. Damit Erfahrungen nicht verloren gehen und Wissen bewahrt bleibt, lag der Fokus im Teilprojekt „Wissensmanagement – Qualifizierung“ auf der Unterstützung und Förderung des voneinander Lernens (»» Abbildung 3). Um einen Überblick über die vielfältigen Erfahrungen der Pflegenden zu erhalten, wurde auf repräsentativen Stationen eine Mitarbeiterbefragung zu folgenden Themen durchgeführt:

- Wie lernen Pflegenden am besten?
- Wie wird Wissen zwischen berufsjungen und berufserfahrenen Mitarbeitenden ausgetauscht?
- Welche Maßnahmen sind notwendig, um den Austausch von Wissen und Erfahrungen zu fördern, zu unterstützen und zu erhalten?

Die Befragung zeigte, dass Pflegekräfte am meisten durch Praxis und praxisbezogene Fort- und Weiterbildungen lernen. Dabei nutzen berufsjunge wie erfahrene Mitarbeitende gleichermaßen Online-Medien wie das Intranet und das Internet. Zweidrittel gaben an, sich regelmäßig mit den Kollegen über Abläufe und Strukturen auszutauschen und sich zusätzlich mit Expertenthemen zu befassen. Der artikuliert Bedarf nach deutlich mehr internen

Fortbildungen im Stationsumfeld – sowohl zu pflegerischen als auch medizinischen Themen – wurde anschließend bei der Planung des Fortbildungsangebotes berücksichtigt. So wurde die gesamte interne, stationsbezogene Fort- und Weiterbildung evaluiert und praxisnah sowie altersgerecht ausgebaut.

Infolge einer Bedarfsanalyse wurden die bestehenden Einarbeitungskonzepte und der Einarbeitungskatalog überarbeitet und Kompetenzübersichten mit den Expertisen der Fachpflegekräfte erstellt, um sie bei der Einarbeitung und Qualifizierung stärker einbinden zu können. Abschließend wurden die pflegerischen Fachkräfte, Praxisanleiter und Therapeuten im Zuge einer gezielten, berufsgruppenübergreifenden Schulung für den Wissenstransfer zwischen Berufsanfängern und demnächst ausscheidende Mitarbeitenden sensibilisiert.

**Abbildung 3** Das Konzept „Arbeiten nach Renteneintritt“ gewährt den Transfer wertvollen Wissens erfahrener Kollegen an berufs junge.



### Teilprojekt Gesundheitsmanagement

Insbesondere ältere Pflegekräfte sehen sich mit der Frage konfrontiert, ob trotz der zunehmenden physischen und psychischen Belastung ein „Älterwerden“ im Pflegeberuf möglich ist oder gar einen vorzeitigen Renteneintritt erfordert. Daher lag ein besonderer Schwerpunkt im Projekt „Demografitte Pflege“ auf dem Teilprojekt Betriebliches Gesundheitsmanagement, in dessen Zuge ab 2012 ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) sowie ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) im Krankenhaus St. Joseph-Stift etabliert wurden.

**Abbildung 4** Im Rahmen des Projekts wurde ein Betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert.



### Mach mit, bleib fit!

Damit die Mitarbeitenden aller Bereiche und insbesondere der Pflege langfristig gesund und arbeitsfähig bleiben, wurden unter dem Motto „Mach mit, bleib fit!“ über die innerbetriebliche Fortbildung kostengünstig umfangreiche Kurse unter anderem in Resilienz, Stressbewältigung und Entspannung sowie über die krankenhauseigene Physiotherapie vergünstigte Sportangebote wie Gerätetraining, Zumba, Yoga, Aquafitness und Rückenfit unterbreitet (» Abbildung 4). Damit die Kurse von möglichst vielen Mitarbeitenden aller Berufsgruppen wahrgenommen werden können, wurde das Sportangebot den besonderen Gegebenheiten des Schichtdienstes angepasst.

Die Gestaltung der Arbeitszeiten hat einen wichtigen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit und Arbeitszufriedenheit von Beschäftigten und nimmt im Zuge des demografischen Wandels immer mehr an Bedeutung zu. Daher waren die gesundheitsförderliche Schichtdienstgestaltung und der sich verändernde Arbeitsanfall zwei zentrale Themen im Teilprojekt Gesundheitsmanagement. Im Rahmen dessen erfolgte eine Stichprobenbefragung unter den Mitarbeitenden ausgewählter Stationen, bei denen die Pflegekräfte nach einer Einschätzung der aktuellen Situation und Verbesserungsvorschlägen gefragt wurden. Ein allgemeiner Wunsch war, dass Dienste und Freizeit verlässlicher planbar sind. Insbesondere ältere Mitarbeitende legten zudem großen Wert auf ausreichend Pausen und Erholungszeiten zwischen den Nachtdiensten. Die Befragungsergebnisse wurden anschließend mit Vertretern der Stationen ausgewertet und mündeten

in der Erprobung verschiedener Schichtdienst-Modelle. Damit Arbeitsspitzen zukünftig besser bewältigt werden können, wurde darüber hinaus eine regelmäßige Überprüfung der Arbeitsorganisation und des Schichtdienstes eingeführt. So konnte die Arbeitsorganisation sukzessiv optimiert und einzelne Schichten bei Bedarf den Anforderungen der Pflegekräfte angepasst werden. Des Weiteren wurde das Angebot der Krankenhauskantine erweitert und so den spezifischen Gegebenheiten des Spät- und Nachtdienstes angepasst.

## Fazit

Nach Abschluss der extern begleiteten Projektphase erfolgte eine sukzessive Überleitung der Themen aus dem Projekt „Demogra-fitte Pflege“ in bestehende und neu entstehende Arbeitsbereiche und Qualitätszirkel des Krankenhaus St. Joseph-Stift. Das Teilprojekt „Demografie-feste Personalstrategie“ wurde fortgeführt und verfolgt weiterhin in der durch die externe Demografieberatung angeleitete Struktur die Ziele und Maßnahmen eines zeitgemäßen Personalmanagements. Des Weiteren wurden unter anderem die Qualitätszirkel „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ und „Beruf und Familie“ eingerichtet. Neben der Rotation für Partnerstationen und den Angeboten des Betriebssports haben sich unter anderem die Einarbeitungskonzepte, der Qualifikationsmix in der Pflege und der Springerpool für Pflegekräfte etabliert. Den Mitarbeitenden des Pflegepools ermöglichen flexible Arbeitszeitmodelle mit verlässlichen Diensten während bzw. nach der Elternzeit schnell wieder in den Beruf zurückzukehren. Auch die regelmäßigen Foren zum kontinuierlichen Austausch haben Bestand – jedoch wurde das „Ü55-Café“ mit Blick auf generationsübergreifende Themen allen Pflegenden geöffnet. Die Leitungsfunktionen der Pflege kommen weiterhin regelmäßig, einmal im Quartal zum „Demografie Dialog“ zusammen.

In verschiedenen Kontakthalteprogrammen werden Pflegeschüler nach erfolgreichem Abschluss sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter während längerer Abwesenheit durch regelhafte Informationen aus der Klinik und Einladungen zu Veranstaltungen sowie Fort- und Weiterbildungen an das Haus gebunden. Auch das Angebot der Renteneintrittsgespräche sowie das Konzept zur Weiterbeschäftigung nach Renteneintritt, welches die originäre Pflege entlastet und den Transfer wertvollen Erfahrungswissens befördert, findet zunehmend

Zuspruch und wurde dahingehend aktualisiert, dass es zukünftig für alle Dienstarten im St. Joseph-Stift anwendbar ist.

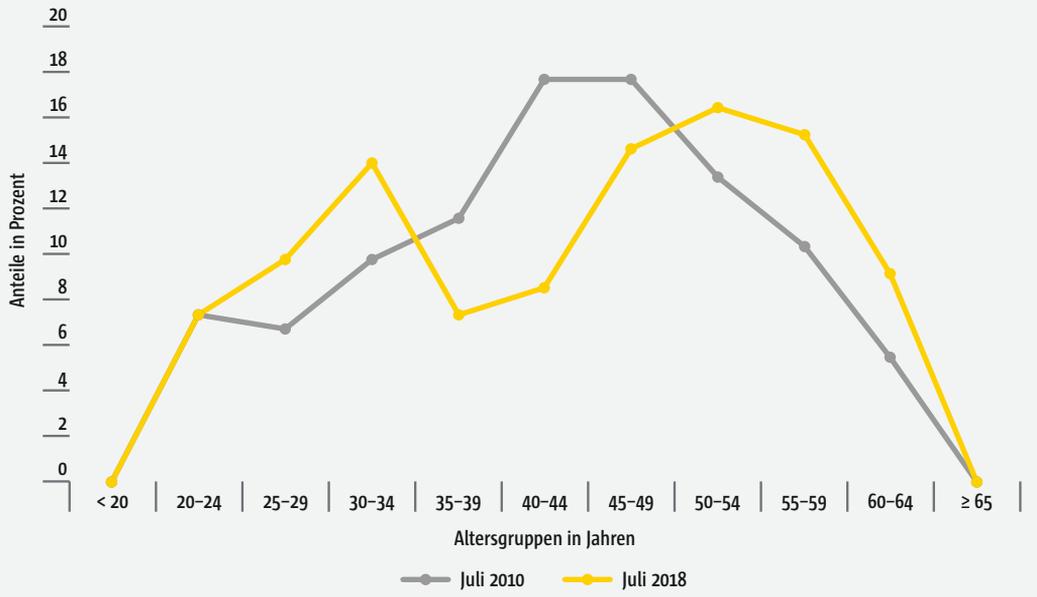
Der größte Erfolg des Projektes „Demogra-fitte Pflege“ war jedoch seine Akzeptanz sowohl auf Führungsebene als auch bei den Mitarbeitenden – nicht nur in der Pflege, sondern von Beginn auch bei den Mitarbeitenden aller anderen Dienstarten. Trotz anfänglicher Zweifel hat die beteiligungsorientierte Gestaltung des Projektes einen Wandel eingeleitet, aktiv auf die demografischen Herausforderungen zuzugehen. Auf allen Hierarchieebenen – aber insbesondere der Führungsebene – wurden die Mitarbeitenden für das Thema Demografie und die verschiedenen Bedürfnisse der Generationen sensibilisiert. Darüber hinaus diente das Projekt der Förderung einer offenen, wertschätzenden Unternehmenskultur, in der auch ein „Älterwerden“ der Beschäftigten unterstützt und gewünscht ist. Neue Karrierewege ermöglichen den Beschäftigten ein langes Arbeitsleben und der Klinik Kontinuität in der Personalplanung sowie ein positives Image als attraktiver Arbeitgeber. So wurde das Krankenhaus St. Joseph-Stift Bremen bereits 2012 mit der Auszeichnung „GREAT PLACE TO WORK – Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen“ geehrt.

Die „Demogra-fitte Pflege“ erfuhr überregional große Beachtung und wurde unter anderem mit dem Mauritzer Innovationspreis der St. Franziskus-Stiftung Münster ausgezeichnet. Bereits 2013 nahm das Krankenhaus erfolgreich am Ideenwettbewerb „Land der demografischen Chancen“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung teil und wurde als Leuchtturmprojekt in den „Demografie-Atlas“ der Bundesregierung aufgenommen. 2017 wurde das Krankenhaus St. Joseph-Stift für sein Betriebliches Gesundheitsmanagement ausgezeichnet.

## Weiterentwicklung

Die Alterung der Gesellschaft und die Konsequenzen hieraus werden sich nicht aufhalten lassen. Doch durch die eingeleiteten Maßnahmen hat sich das Krankenhaus St. Joseph-Stift Bremen auf den fortschreitenden demografischen Wandel proaktiv vorbereitet. Die weitere Entwicklung der Klinik wird durch eine kontinuierliche Evaluation und Reports zur Altersstruktur und zum Renteneintrittsalter sowie einem jährlichen Gesundheitsbericht begleitet. Als weitere Schritte befindet sich aktuell ein Wissensmanagement-Portal im Aufbau. Ein Tandem-Konzept, bei dem eine spezialisierte Pflegefachkraft

Abbildung 5 Altersstruktur im St. Joseph-Stift Bremen Im Vergleich 2010 und 2018



vor Renteneintritt von einem berufsjungen Kollegen begleitet wird und so ihr Wissen weitergibt, befindet sich ebenfalls in Arbeit.

Während zu Beginn des Pilotprojektes „Demografitte Pflege“ die älteren Mitarbeitenden im Fokus standen, werden nun auch die jüngeren Beschäftigten in den Blick genommen. Wie die ►►► Abbildung 5 zeigt, sind auch mittlerweile deutlich mehr Pflegekräfte im Alter zwischen 20 und 40 Jahren im Krankenhaus St. Joseph-Stift tätig. Ziel ist es weiterhin, die Altersstruktur insgesamt weiter zu verjüngen, den Altersdurchschnitt zu senken und in allen Bereichen Teams mit einem ausgeglichenen Generationsmix aufzubauen. Hierfür ist ein Monitoring der Altersstruktur durch das Pflegecontrolling unabdingbar. Ältere Beschäftigte müssen in die Entwicklung und bei Veränderungen einbezogen werden. Zudem müssen alle Führungskräfte kontinuierlich und konsequent für das Thema Demografie sensibilisiert, geschult und motiviert werden, um Älterwerden als Chance zu begreifen.

Das Krankenhaus St. Joseph-Stift Bremen ist ein frei gemeinnütziges, modernes Akutkrankenhaus und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen. Es verfügt über 455 Betten in acht Fachkliniken sowie über zwei Institute und ein Zentrum für Geriatrie- und Frührehabilitation. Die rund 880 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon etwa 380 Beschäftigte in der Pflege, arbeiten in der Tradition des 1869 gegründeten Hauses nach christlichen Leitlinien in Medizin und Pflege. Jährlich werden etwa 22.000 Patienten stationär und 46.000 Patienten ambulant versorgt. Als Einrichtung der St. Franziskus-Stiftung Münster, einer der größten konfessionellen Krankenhausträger Deutschlands, wurde das St. Joseph-Stift vom „Focus“-Magazin als „Bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen 2018“ ausgezeichnet.

## Literatur

1. Bertelsmann Stiftung (2012). Themenreport „Pflege 2030“. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/es/publikationen/publikation/did/themenreport-pflege-2030/> [abgerufen 1.7.2018]
2. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di-Bundesverwaltung (2018). Belastungscheck Juni 2018. [https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5b2795ede58deb3fb323fc7a/download/Datenblatt\\_Belastungscheck.pdf](https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5b2795ede58deb3fb323fc7a/download/Datenblatt_Belastungscheck.pdf) [abgerufen 1.7.2018]



Carsten Ludwig, Dipl.-Pfleger (FH)

Carsten Ludwig ist examinierter Krankenpfleger und Pflege- und Sozialcoach. Seit 2008 ist der Diplom-Pfleger (FH) Pflegedirektor und Mitglied des Direktoriums im Krankenhaus St. Joseph-Stift Bremen.



Antje Eekhoff, B.A.

Antje Eekhoff ist examinierte Krankenschwester, hat einen Bachelorabschluss in Gesundheitsmanagement (B.A.) und wurde 2017 von der St. Franziskus-Stiftung zur stellvertretenden Pflegedirektorin im Krankenhaus St. Joseph-Stift Bremen berufen.



Sabine Bullwinkel, B.A.

Sabine Bullwinkel ist examinierte Krankenschwester und hat einen Bachelorabschluss in Betriebswirtschaft mit dem Schwerpunkt Personalmanagement (B.A.) sowie eine Ausbildung zur Personalentwicklerin. Seit 2005 leitet sie die Stabsstelle Personalentwicklung im Krankenhaus St. Joseph-Stift Bremen.

# Standortbestimmung 50 bis 67+ – Chance für Unternehmen und Mitarbeitende

Mechtild Ehses-Flohr

Hekatron Technik GmbH und Hekatron Vertriebs GmbH, Sulzburg

Beschäftigte in deutschen Unternehmen arbeiten immer länger. In den vergangenen Jahren ist die Altersgrenze bei Renteneintritt in Deutschland laut einer Studie der Bundesregierung auf gegenwärtig 65 Jahre gestiegen – Tendenz steigend [1]. Leider wird das Älterwerden im betrieblichen Kontext bislang selten als Chance und Gewinn betrachtet. Dabei birgt der demografische Wandel eine Bereicherung für Beschäftigte und Unternehmen.

Aus einer ressourcenorientierten Perspektive würden ältere Beschäftigte ihren reichen Erfahrungsschatz stolz einbringen, sich für berufliche und gesellschaftliche Themen engagieren und diese aktiv mitprägen. Diese Auffassung teilt auch Ingo Kramer, Präsident der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA):

*„Arbeit und Alter ist für Arbeitgeber ein Schlüsselthema, um im demografischen Wandel wettbewerbsfähig zu bleiben. Es gilt, die Potenziale älterer Mitarbeiter wertzuschätzen und ihre Erfahrung und Motivation für das Unternehmen zu erhalten. Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind gemeinsam gefordert, lebenslange Weiterbildung und Gesunderhaltung stärker als Selbstverständlichkeit zu begreifen“ [2].*

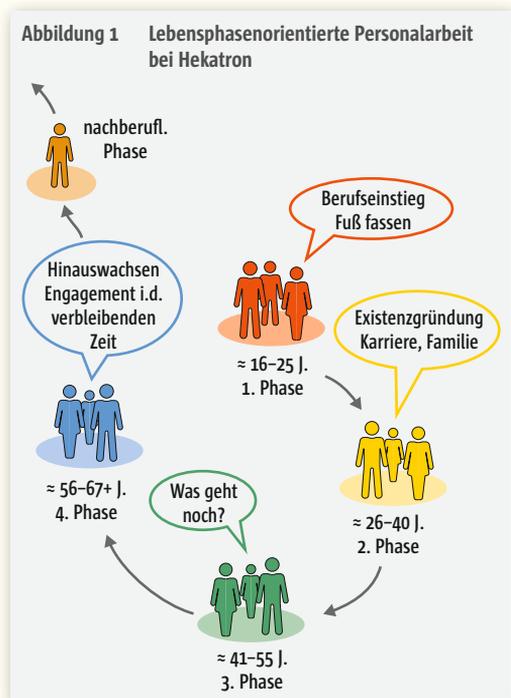
Wie könnte also eine Nutzung der Potenziale der Generation 50+ aussehen? Hier rücken Personalabteilungen in den Fokus: „Die Integration älterer Mitarbeiter ist eine Frage des richtigen Managements, das über die präventive betriebliche Gesundheitsförderung hinausgeht.“, so das bundesweite Demographie Netzwerk e.V. [3]. Die Herausforderung für Personalabteilungen liegt darin, die gesellschaftlichen Entwicklungen, wirtschaftliche, betriebliche sowie persönliche Veränderungen im Blick zu halten und darauf betriebliche Antworten zu finden, die zur jeweiligen Belegschaft und Branche passen.

Die beiden Hekatron Gesellschaften Hekatron Technik GmbH und Hekatron Vertriebs GmbH (nachfolgend als „Hekatron“ bezeichnet) sind gewachsene mittelständische Unternehmen, die sich für die Förderung kultureller Vielfalt im Unternehmen stark machen. Personalentwicklung beinhaltet maßgeschneiderte Fördermaßnahmen für Mitarbeiter und Führungskräfte. Sie ist auf den individuellen

Bedarf und unterschiedliche Lebensphasen ausgerichtet. Mit einer lebensphasenorientierten Personalarbeit ist Hekatron Vorreiter, dabei wird Personalentwicklung vor dem Hintergrund der jeweiligen Lebensphase der Beschäftigten gedacht.

## „Lebensphasenorientierte Personalarbeit“

Mitarbeitende durchlaufen während ihrer Beschäftigungen in Unternehmen und Organisationen mehrere Lebens- und Berufsphasen, in denen immer wieder eine neue Standortbestimmung sowie Neuorientierung notwendig wird. Wie in **»»** Abbildung 1



dargestellt, werden im Rahmen der „Lebensphasenorientierten Personalarbeit“ bei Hekatron die Wechselwirkungen von persönlichen und beruflichen Veränderungen berücksichtigt und neue Wege gesucht.

Die Perspektive, die Unternehmen wie Hekatron damit einnehmen, ist in erster Linie an den Mitarbeitenden selbst orientiert. Wenn Unternehmen eine Personalarbeit der Wertschätzung verfolgen, die Mitarbeitenden als die Umsetzer des Unternehmenserfolgs betrachtet werden, sich die Lebensarbeitszeit auf 67 Jahre erhöht, durch die zunehmende Digitalisierung Umbrüche und Neuorientierungen anstehen, stellen sich folgende Fragen:

- Welche Auswirkungen haben die oben genannten Entwicklungen auf die älteren Mitarbeitenden, die von der Anzahl zunehmen werden?
- Wie hat sich das Altern über die letzten Jahrzehnte gewandelt?
- Wie sehen Mitarbeitende heute ihre Situation in dieser Altersphase?
- Welche Möglichkeiten gibt es, diese Mitarbeitenden einzubeziehen, mit ihnen zusammen neue Modelle zu entwickeln, sodass sie ihre verbleibende Zeit nicht „absitzen“ oder „abarbeiten“?
- In welcher Wechselwirkung stehen Unternehmenskultur, Funktionen, die persönliche Lebensphase und Lebenssituation in dieser Zeit?
- Wie gelingt es, Transparenz und Planbarkeit zu erhöhen?

Im folgenden Beitrag stehen die Mitarbeitenden im Alter von 50–67+ Jahren im Vordergrund. Das sind 17 Jahre im Berufsleben, die es zu gestalten und zu nutzen gilt – für den Mitarbeitenden wie für den Betrieb. Zu schade, sie einfach „durchlaufen“ zu lassen.

*„Nicht das Alter ist das Problem, sondern unsere Einstellung dazu ...!“ (Cicero)*

#### *Herausforderungen der letzten beruflichen Phase*

Lange Zeit wurde das Arbeitsleben in drei Abschnitte aufgeteilt: Ausbildung, Berufstätigkeit und Ruhestand.

Durch die oft körperlich fordernde Arbeit, mangelnde Gesundheitsvorsorge etc. war im vorigen Jahrhundert der Ruhestand „wohlverdient“, der Lebensabend unter Umständen eher kurz.

Die stetig steigende Lebenserwartung, eine stabilere Gesundheit und materieller Wohlstand der heute 65- bis 85-Jährigen [4] hat eine neue Phase ent-

stehen lassen: die nachberufliche Phase. Diese neu-gewonnene Lebensphase ist in der Regel gekennzeichnet von einer weitgehenden Unabhängigkeit, viel Lebenserfahrung, von relativ stabiler Gesundheit und dem größtmöglichen Wohlstand im Leben. Grund genug, die eigenen „Bilder im Kopf“ über das Altern und den kommenden Ruhestand „neu zu malen“, sich darauf auszurichten und diese Chance zu nutzen.

Obwohl der Gewinn einer weiteren Phase Grund genug zur Freude wäre, lässt sie sich nur schwer in die eigene Denkweise integrieren. Bilder über das „Älterwerden“ haben sich bereits festgesetzt und steuern das Leben in Form von Vorstellungen, Glaubensgrundsätzen oder Erfahrungen von Menschen, die wir kennen. Oft werden ältere Mitarbeitende zwischen 50 und 67 Jahren aus einer defizitorientierten Sicht betrachtet. Ihnen wird unterstellt, dass ihre Leistungsfähigkeit und ihr Engagement abnehmen und dass im Unternehmen die Fehlzeiten steigen. Dies betrifft die Sichtweise des Einzelnen auf sich selbst sowie die gesellschaftliche Sicht auf das Älterwerden insgesamt.



Mitarbeitende in dieser Lebensphase sind nicht pauschal über einen Kamm zu scheren. Sie besitzen durch ihre Lebensbiografie individuellere Vorstellungen und Fähigkeiten. Wenn Unternehmen diese für sich nutzbar machen wollen, sollten sie auch damit beginnen, diese individueller zu betrachten.

Menschen in dieser Lebensphase haben eine doppelte Aufgabenstellung zu bewältigen: Einerseits stehen sie vor der Herausforderung, ihr Engagement im Unternehmen zu prüfen, evtl. anzupassen oder neu zu definieren. Andererseits braucht die Vorbereitung des Übergangs in die nachberufliche Phase Aufmerksamkeit, Mut und Kreativität, um die Weichen für sich neu zu stellen und den betrieblichen Kontext loszulassen.

Hier sind viele Szenarien möglich: Manch einer will so schnell wie möglich in den Ruhestand eintreten, andere arbeiten gern und auch gern länger. Es gibt Mitarbeitende, bei denen „die Luft raus“ ist und Mitarbeitende, die in der verbleibenden Zeit noch einen sinnvollen Beitrag leisten oder sich einer neuen Herausforderung stellen möchten. Und es gibt eine nicht zu unterschätzende Zahl von Mitarbeitenden, die sich mit dieser Thematik nicht auseinandersetzen.

Leider wird der Gedanke an den möglicherweise gravierendsten Übergang im Leben – dem Ende der

Berufstätigkeit – oft weggeschoben. Hierfür gibt es viele Gründe: Die Angst vor dem Ende des Lebens, Unwissenheit, wenig Erfahrung damit, bewusst neue Wege einzuschlagen, Bequemlichkeit und vieles mehr. Es herrscht die Tendenz des „Nicht-Hin-schauen-Wollens“ und des „Nicht-Darüber-Sprechens“.

*Neuorientierung und Hinauswachsen*

In der letzten beruflichen Phase findet ein Prozess der Neuorientierung statt, der bei jedem Beschäftigten individuell abläuft (»» Abbildung 2). Hekatron konnte dabei nachfolgende Fragestellungen identifizieren, die bei Mitarbeitenden und Unternehmen grundsätzlich im Vordergrund stehen.

Für Mitarbeitende stehen folgende Fragen im Vordergrund

- Was passiert mit mir auf persönlicher Ebene?
- Welche Vorstellungen habe ich für die verbleibende Zeit im Unternehmen?
- Wie möchte ich die letzte Berufsphase bis zum Übergang in die nachberufliche Phase nutzen?
- Welche Vorstellungen habe ich für meine nachberufliche Phase?

Die Fragen für das Unternehmen könnten sein

- Wie könnten Rahmenbedingungen aussehen, um frühzeitig in die Auseinandersetzung zu gehen?
- Wie könnte ein gelungener Einsatz des Mitarbeitenden aussehen?
- Wie können wir bessere Planbarkeit bekommen?

Für den Mitarbeitenden ist das Älterwerden im Betrieb weder Fluch noch Segen – es bietet vielmehr die Chance, sich in dieser Zeit betrieblichen Aufgabstellungen (neu) zu widmen und gleichzeitig die Weichen zu stellen, um aus dem Berufsalltag hinauszuwachsen. Ohne Begleitung sowie entsprechende Rahmenbedingungen wird dies aus o.g. Gründen nicht einfach passieren.

»» Diese Phase braucht Aufmerksamkeit und Investition, um zur Chance zu werden. Eine Prozessbegleitung bietet einen Mehrwert für Mitarbeitende und den Betrieb gleichermaßen.

*Mehrwert und Nutzen für Unternehmen und Mitarbeitende*

Sowohl Unternehmen und Vorgesetzte als auch der Mitarbeitende profitieren von der lebensphasenorientierten Personalarbeit. »» Tabelle 1 fasst die wesentlichen Vorteile für die jeweiligen Beteiligten übersichtlich zusammen.

**Der innerbetriebliche Prozess der Phase 50 bis 67+ im Unternehmen**

In der lebensphasenorientierten Personalarbeit wird bei Hekatron die letzte berufliche Phase noch einmal in einzelne Abschnitte unterteilt. Selbstverständlich kommt es beim Beginn des gesamten Prozesses auf

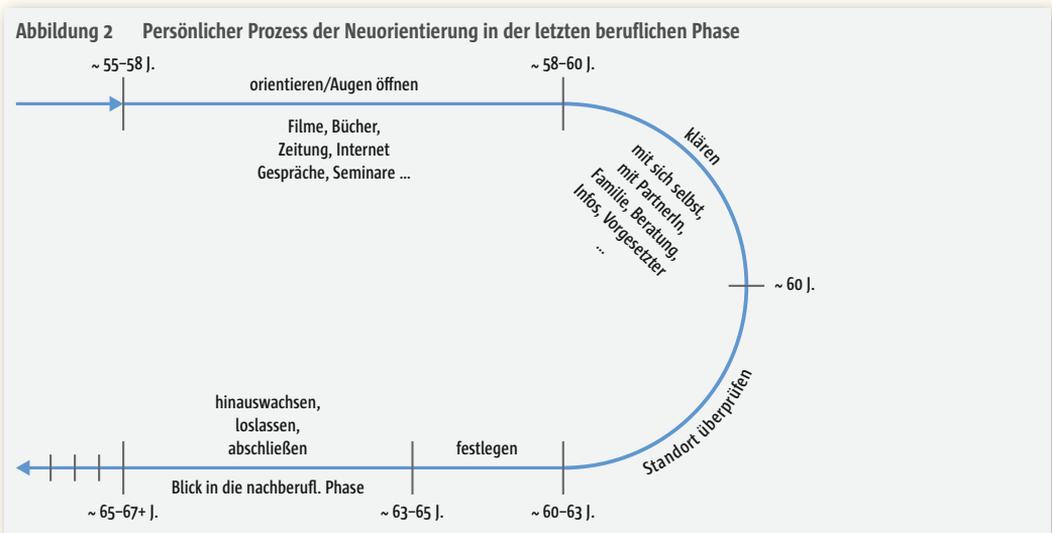


Tabelle 1 Gegenüberstellung von Mehrwehrt und Nutzen für die Beteiligten

Für Unternehmen	Für Vorgesetzte	Für Mitarbeitende
Mitarbeitermotivation durch Wertschätzung	Orientierung/Sensibilisierung für diese Phase	Orientierung/Sensibilisierung für diese Phase
Schwierige Themen proaktiv angehen und Lösungen generieren	Mitarbeitende, die proaktiv ins Gespräch gehen, haben die Scheu bereits überwunden	Eigene Klarheit darüber, was in dieser Phase „dran“ ist; Bewusstwerden über die eigenen Gestaltungswünsche
Wissen und Erfahrungen im Unternehmen sinnvoll einsetzen	Konzentration auf Stärken, Erfahrungen, Kompetenzen; Überforderung und Unterforderung vermeiden oder bearbeiten, anstatt aussitzen	Fokussierung auf neue/erweiterte/angepasste Aufgabenstellungen
Mitarbeiterzufriedenheit, Mitarbeiterbindung, Mitarbeiterqualifizierung, Return on Investment	Optionsvielfalt	In Auseinandersetzung gehen statt Stillschweigen der Phase; den Kompetenzen angemessene Arbeitsformen finden
...	...	...

die individuelle Betrachtung jedes einzelnen Mitarbeitenden an. Die Prozess-Begleitung auf betrieblicher Ebene startet jedoch meistens mit ca. 55 Jahren.



- Orientierungsphase: ca. 55 bis 59 Jahre
- Klärungsphase: ca. 59 bis 63 Jahre
- Vereinbarungsphase: ca. 63 bis 65 Jahre
- Übergabephase: ca. 65 bis 66 Jahre
- Abschluss und Verabschiedung: ca. 66 bis 67+ Jahre
- Übergang in die nachberufliche Phase: ca. 65 bis 67+ Jahre

### Die Orientierungsphase

Die Orientierungsphase bildet die Basis aller darauffolgenden Phasen. Sie ist der erste Teil der letzten beruflichen Phase und Voraussetzung für alle nachfolgenden Aktivitäten des Mitarbeitenden und für mögliche Angebote des Arbeitgebers. Sie bietet Zeit für Rückschau, für Standortfindung, für Anregungen, sie dient der Orientierung zur nächsten Lebensphase und zur Fokussierung von verbleibenden Möglichkeiten im Beruf, zur Sinnfindung und auch zum Austausch mit anderen Mitarbeitenden in der gleichen Phase. Es geht darum, den Blick zu öffnen und Klarheit über die eigenen Vorstellungen zu gewinnen.

Orientierung heißt Orientierung. Es ist eine Phase, in der es noch nicht um Festlegung geht. Diese Phase kann mehr oder weniger lang sein. Auf neue Gedanken kommt jemand, wenn er sich auf die Ent-

deckungsreise begibt, vieles andenkt, im Austausch mit anderen neuen Impulsen folgt. Erst dann setzt die konkreter werdende Klärungsphase ein.

### Das Orientierungsseminar

Das von Hekatron angebotene Orientierungsseminar bietet eine geführte Möglichkeit, die Phase der Orientierung in den Blick zu nehmen sowie „den Blick schweifen zu lassen“. Die Teilnahme ist freiwillig und es gibt wenig Standardisierung. Die Annahme ist auch hier: Es gibt nicht nur den einen Weg.

Mitarbeitende von Hekatron haben das Orientierungsseminar als „Augenöffner“ bezeichnet. Es bedeutet erkennen, Aufbruch und Auftakt für weitere Maßnahmen. Viele Teilnehmer/-innen merken erst hier, dass sie bereits in die letzte berufliche Phase eingetreten sind und vor welchen Herausforderungen und Möglichkeiten sie stehen.

Das Seminar findet in Gruppen von acht Mitarbeitenden statt, die sich zwar in der gleichen beruflichen Phase befinden, sich jedoch hinsichtlich ihrer Position oder ihres Tätigkeitsfelds im Unternehmen unterscheiden. Dieses Seminar kann auch offen für Mitarbeitende anderer Firmen sein. Generell wird es von Mechthild Ehses-Flohr als Leiterin des Personal-Bereichs „Beratung und Prozessbegleitung“ geleitet und moderiert. Hierbei geht es sowohl um die Reflexion der aktuellen Situation (Wo stehe ich beruflich und privat?), als auch um die Ausarbeitung von persönlichen Zielen für die Zukunft (Wo will ich beruflich und privat hin? Was sollte ich dafür klären, organisieren

und erarbeiten, um dies zu erreichen? Wie kann ich mich innerlich auf den Weg machen?). Informationen zu Möglichkeiten in dieser Phase, zum Prozess im Unternehmen, zu Unterstützungsmöglichkeiten sowie zum Thema „Zufrieden und gesund älter werden“ runden das Orientierungsseminar ab.

Neben der Betrachtung der eigenen Fragestellungen ist die Erarbeitung von konkreten Schritten zur Umsetzung der eigenen Ziele abschließender Bestandteil des Seminars. Jeder Mitarbeitende konzentriert sich dabei auf die eigene Situation. Im Austausch mit den anderen Teilnehmern entstehen viele Anregungen und Rückmeldungen.

### *Praktische Implikationen aus dem Orientierungsseminar*

Die Ergebnisse aus der Orientierungsphase bilden das Fundament für daraus ableitbare Maßnahmen. Die Maßnahmen wiederum können sich dabei konkret auf die Ergebnisse des Orientierungsseminars beziehen. Hekatron hat hier ein Maßnahmen-Portfolio, aus dem bedarfsgerecht eine Auswahl getroffen werden kann.

**Führungsgespräch:** Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus dem Orientierungsseminar, die im betrieblichen Kontext von Bedeutung sind, finden Führungsgespräche mit dem jeweiligen Vorgesetzten statt. Dieser erhält damit Kenntnisse über die Besonderheiten der letzten beruflichen Phase und darüber, wie sich die Interessen, Möglichkeiten und Potenziale von Mitarbeitenden verändern. Auf diese Weise behält die Führungskraft Interessen, Know-how, Veränderungen etc. des Einzelnen im Blick. Eine mögliche Unter- oder Überforderung kann eher angesprochen werden.

**Workshops für Führungskräfte:** In diesem Zusammenhang werden zusätzlich spezielle Workshops angeboten, um Führungskräfte im Umgang mit ihren Mitarbeitenden zwischen 50 und 67+ zu qualifizieren. Themen der Workshops sind unter anderem: die eigene Vorstellung von älter werdenden Mitarbeitenden zu überprüfen, den gesamten Prozess in dieser Phase zu kennen und die eigene Verantwortung und Möglichkeiten zu besprechen. Themen können auch sein: Potenziale erkennen und einsetzen, mögliche Konfliktsituationen zwischen älteren Mitarbeitenden und jungen Führungskräften, Kenntnisse und Umgang mit Altersstereotypen etc. Zielsetzung der Workshops ist die Erhaltung eines „neutralen Blicks“ gegenüber älteren Mitarbeitenden und deren optimale Einsatzmöglichkeiten.

**Betriebliche Nachtreffen:** Um die Firmenkultur und die dazugehörigen Prozesse bei der Begleitung von älteren Mitarbeitenden zu fördern und stetig zu ver-

bessern, bietet Hekatron jährliche Nachtreffen auf übergeordneter Ebene an. Teilnehmer der Nachtreffen sind die jeweiligen Teilnehmer des Orientierungsseminars, deren Führungskräfte, Mitarbeiter der Personalabteilung, Mitglieder des Betriebsrats sowie die Geschäftsleitung. Es werden die Erkenntnisse aus dem Orientierungsseminar verdichtet und mögliche Themen und Klärungs- und Handlungsbedarf angesprochen. Ziel ist, Impulse für die Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen in dieser Altersphase zu sammeln sowie daraus „Tools und Handwerkszeug“ für die künftige Prozessbegleitung zu erarbeiten.

- **Informationsveranstaltungen:** Beispiele für Ergebnisse und Ableitungen der Nachtreffen können wiederum Angebote wie z.B. diverse Beratungs- und Informationsveranstaltungen zu Finanzthemen oder Arbeitszeitmodellen sein, sowie die Möglichkeit zur Teilnahme an diversen präventiven Programmen.
- **Impulsvorträge:** Vorträge zum Umgang mit Belastungen wie z.B. der Pflege von Angehörigen gehören genauso dazu, wie die Aufnahme von speziellen Weiterbildungsangeboten für die Zielgruppe 50 bis 67+ zur ganzheitlichen Betrachtung der letzten Berufsphase.

**Patenschaft im Betrieb:** Beim Lernen zu beispielsweise digitalen Themen können ältere Mitarbeitende auch durch jüngere Paten unterstützt werden, die sie anhand konkreter Umsetzungsbeispiele und Praxistipps unterstützen.

**Kompetenzbilanzierung:** Für Mitarbeitende in der letzten beruflichen Phase gibt es außerdem die Möglichkeit einer „Kompetenzbilanzierung“. Hierbei werden die individuellen Stärken herausgearbeitet, festgehalten und geklärt, wie diese aktuell und künftig eingesetzt werden könnten. Die Kompetenzbilanz eignet sich dazu, diverse Kenntnisse und Erfahrungen aus unterschiedlichen Lebensbereichen (beruflich und außerberuflich) herauszuarbeiten. Aus der Analyse der individuellen Stärken und Fähigkeiten können die Führungskraft und der Mitarbeitende wichtige Impulse für den Einsatz in der letzten beruflichen Phase ableiten.



Orientierungsseminar, Kompetenzbilanzierung und Gespräche mit der Führungskraft können in Zusammenarbeit mit der Personalberatung oder Personalentwicklung zu konkreten Vereinbarungen wie z.B. der Nutzung von Arbeitszeitmodellen führen.

*Folgephasen nach der Orientierungsphase*

**Klärungsphase:** Nach der Orientierung stehen konkrete Klärungsschritte an, z.B. über die Nutzung von Arbeitszeit- und/oder flexiblen Ausstiegsmodellen, neue oder angepasste Einsatzmöglichkeiten und Vereinbarungen dazu, Personalentwicklungsgespräche und ggf. eine erneute Standortbestimmung (Auffrischungsseminar), finanzielle Standortklärung, Gespräche im familiären Umfeld.

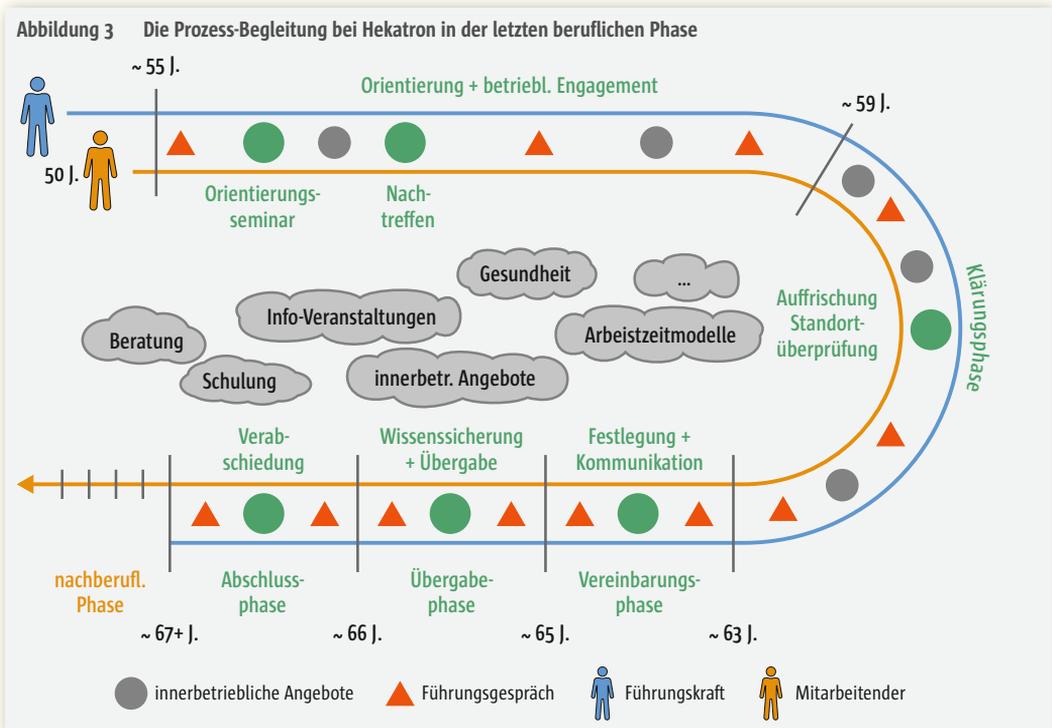
**Vereinbarungsphase:** Nach der Klärung von Möglichkeiten ist es Zeit für Vereinbarungen und Festlegungen in Gesprächen zwischen dem Mitarbeitenden, Führungskraft und Personal. Außerdem wird hier vereinbart, wie und wann die getroffenen Vereinbarungen an die Kollegen bzw. Abteilungen kommuniziert werden.

**Übergabephase:** Steht die Planung fest, kann ein nächster Schritt unternommen werden. Bestandteil der Übergangsphase ist die Wissenssicherung und die Vereinbarung dazu, wie, was und wann etwas gesichert wird. Dies betrifft hauptsächlich das noch nicht dokumentierte Erfahrungswissen. Ein Nachfolger kann eingearbeitet werden. In dieser Phase werden die eigenen Aufgaben abgeschlossen, dokumentiert bzw. übergeben.

**Abschluss und Verabschiedung:** Viele Mitarbeitende machen sich schon früh Gedanken dazu. Abschluss heißt, einen Punkt setzen und keine neuen Aufgaben anzunehmen. Es ist nicht leicht abzuschließen und loszulassen. Selbsterkenntnis und Teamverständnis sind dabei nicht immer die leichtesten Aufgaben. Dem Mitarbeitenden, der Führungskraft und dem Team sollte man die Möglichkeit geben, darüber zu sprechen. Einer offiziellen Abschlussfeier geht oft eine individuelle Verabschiedung von langjährigen einzelnen Kollegen voraus. Zu einer wertschätzenden Verabschiedung im Unternehmen gehören Worte des Vorgesetzten evtl. auch der Unternehmensleitung.

**Übergang in die nachberufliche Phase:** Mitarbeitende kommen aus einer Arbeitsstruktur in eine Phase, die erst einmal nicht strukturiert ist. Sie tun sich leichter, wenn sie die ersten Wochen und Monate der nachberuflichen Phase planen. Das erleichtert den Übergang.

»» Abbildung 3 veranschaulicht noch einmal zusammenfassend die Prozessbegleitung durch Hekatron in der gesamten letzten beruflichen Phase.



## Bedeutung der Prozessbegleitung in der letzten beruflichen Phase für Mitarbeitende

Durch die Betrachtung des Lebensphasenmodells im Allgemeinen und der letzten beruflichen Phase im Speziellen wird den Mitarbeitenden der Lebens- und Berufsweg deutlich. Eine ganzheitliche (berufliche und persönliche) Betrachtung zeigt einen wertschätzenden Umgang mit dem Mitarbeitenden und seiner Lebensleistung. Dies wirkt sich stärkend auf das gesamte Umfeld aus. Der Mitarbeitende kann auch mit 50+ seine Sichtweisen überprüfen, sich seine eigene Orientierung erarbeiten, um für sich Klarheit zu erhalten und sich neu auszurichten. Da sich der Blick hierbei auch auf die eigenen Stärken und mögliche Lernfelder (Zeitmanagement, digitale Kommunikation, Stressmanagement, ...) richtet, wird eine realistische Basis für die weitere Tätigkeit im Unternehmen und den Übergang in die nachberufliche Phase geschaffen. Außerdem erhält der Mitarbeitende Unterstützung für einen konstruktiven Einstieg in das Gespräch mit dem Vorgesetzten. Der Mitarbeitende hat die Möglichkeit, selbst zu erarbeiten, auf welche Themen er ein Augenmerk legen muss, was sich möglicherweise verändert hat und welche „Gefahren“ lauern (Tendenz, in die eigene altersstereotype Falle zu tappen; Tendenz des Wegschauens; Tendenz, die Realität extrem zu verschönen oder extrem pessimistisch zu sehen).

» Eine realistisch positive Einstellung gegenüber dem Älterwerden entsteht nur durch Auseinandersetzung.

## Bedeutung für Unternehmen

Was hat das Unternehmen von einer solchen Vorgehensweise? Auch Mitarbeitende stellen diese Frage. Ist dies nicht eine verdeckte „Aktion“ des Arbeitgebers, die Älteren galant auszugliedern? Auch hier zeigt sich, wie die Bilder wirken.

Die Investition in eine prozesshafte Betrachtung der Phase 50 bis 67+ hat viele „Returns“: Die Wirkung der Botschaft einer Unternehmensleitung, sich diesem Prozess zu stellen, ist nicht zu unterschätzen. Der Raum zur Auseinandersetzung ist hiermit eröffnet und muss Einzug in die Führungsarbeit halten, um den Nutzen generieren zu können. Denn der „Return“ entsteht nur durch die aktive Ansprache und Nutzbarmachung durch die Führungskraft in dem – wirtschaftlich betrachtet – beispielsweise die Machbarkeit von Aufgabenstellungen gemeinsam be-

trachtet und überprüft werden, um Know-how sowie Interessen des Mitarbeitenden gezielt einzusetzen.

Mitarbeitende sind dann eingeladen an der Weiterentwicklung mitzuwirken, sich einzubringen, mehr ins Gespräch zu gehen und eher schwierige Themen anzusprechen. Dies führt zu mehr Transparenz in alle Richtungen, wodurch Optionen erst entstehen können.

Durch die Standortbestimmung werden Handlungsfelder sukzessiv in Gespräche und Planung mit aufgenommen und weiterverfolgt.

» Diese Potenziale nutzbar zu machen bedeutet, sich konsequent mit den Stereotypen und Widerständen auseinanderzusetzen und den Chancenblick einzunehmen.

Folgende Erfolgsfaktoren haben sich für das Gelingen einer lebensphasenorientierten Personalarbeit bei Hekatron bewährt:

- Die Unternehmensleitung steht hinter einer lebensphasenorientierten Personalarbeit. Eine proaktive Entscheidung und Unterstützung von oberster Ebene sind die wichtigsten Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung!
- Die Unternehmensleitung stellt Ressourcen für das Angebot und die Prozessbegleitung an geeigneter Stelle zur Verfügung.
- Die Unternehmensleitung erkennt an, dass die Arbeit mit Themen rund um Mitarbeitende der Altersspanne 50 bis 67+ eine sehr individuelle und langsam entstehende Arbeit ist, da es sich gesellschaftlich um eine Tabuzone handelt. Deshalb braucht es hier Kapazitäten und Freiraum zur „Forschung und Entwicklung“ von neuen Tools und Vorgehensweisen.
- Die Notwendigkeit der Schulung und Begleitung der Führungskräfte durch Schulungen, Workshops und Unterstützung beim Führen von Mitarbeitenden in der letzten beruflichen Phase
- Anerkennen, dass mit jedem Lebensjahr auch die biografische Ausprägung/einzelnen Lebenserfahrungen wachsen und dadurch auch die Arbeit individueller wird (je älter der Mitarbeitende, desto individueller die Arbeit)
- Förderung der Selbstverantwortung des Mitarbeitenden, der sich den Themen und Angeboten selbst stellt.
- Freiwilligkeit und Diskretion

Eine erfolgreiche Einbeziehung und Erweiterung der Personalarbeit mit 50+-Themen bedeutet Inves-

tionen: Es ist kein Selbstläufer! Das Unternehmen und der einzelne Mitarbeitende müssen sich immer wieder den eigenen Altersstereotypen stellen. Das Thema muss vom Management mitgetragen werden.

Die Eigeninitiative, die Auseinandersetzungsbereitschaft und das Vertrauen in die Führungszusammenarbeit in Prozesse, die mit Hemmschwellen behaftet sind (wie z.B. auch Veränderungsprozesse) wird gefördert. Dies wirkt in alle Bereiche der Führungsarbeit und Personalentwicklung hinein. Frühe Bearbeitung von 50+-Themen zahlt sich in barer Münze aus, wenn dadurch konflikthafte Auseinandersetzungen und Abfindungen nicht nötig sind, ganz zu schweigen von den Verlusten, die durch Demotivation, Frustration und Resignation entstehen.

Aber: Rom wurde auch nicht an einem Tag erbaut. Man sollte Schritt für Schritt starten und einzelne Angebote nach und nach einführen. Sinnvollerweise steht am Beginn die Implementierung einer Orientierungsphase und evtl. eines Orientierungs-

seminars, um in das Themenfeld hineinzuwachsen. Danach können Prozesse und weitere Module/Veranstaltungen sukzessive weiterentwickelt werden.

## Literatur

1. Demografie Portal des Bundes und der Länder, Lebenserwartung steigt schneller als das Renteneintrittsalter – Renteneintrittsalter und Lebenserwartung, 1960–2015. URL: [https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Renteneintrittsalter\\_Lebenserwartung.html](https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Renteneintrittsalter_Lebenserwartung.html) (abgerufen am 13.07.2018)
2. Kramer Ingo. Der Ideenwettbewerb „Arbeit und Alter“. In: Arbeit und Alter – Mehrwert für Unternehmen und Beschäftigte. Gemeinnützige Hertie-Stiftung 2014.
3. Das Demographie Netzwerk e.V., Thema Gesund arbeiten – flexibel in Rente. URL: <https://demographie-netzwerk.de/praxis/themen/> (abgerufen am 13.07.2018)
4. Generali Deutschland AG. Generali Altersstudie Studie 2017 – Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben. Springer Verlag 2017.



Mechthild Ehses-Flohr, Pädagogin, Personal- und Organisationsentwicklung

Mechthild Ehses-Flohr ist seit 2004 in der Personalentwicklung der Hekatron Technik und Hekatron Vertriebs GmbH tätig. Seit 2015 leitet sie den Bereich Beratung und Prozessbegleitung im Bereich Personal mit dem Ziel, Führungskräfte und Mitarbeiter durch eine ganzheitliche Betrachtung in ihrer Weiterentwicklung und ihren Arbeitsthemen zu unterstützen. Schwerpunkt ihrer Tätigkeit ist die Beratung und Begleitung von Führungskräften, der Bereich Gesundheit im Betrieb sowie die lebensphasenorientierte Standortbestimmung und Weiterentwicklung.

Seit 2007 entwickelt sie den Prozess für die Altersgruppe 50–67+ im Betrieb sukzessive weiter. Sie bietet Orientierungsseminare für diese Zielgruppe an. Dies auch im freiberuflichen Bereich.

# Demografische Entwicklung und Betriebliches Gesundheitsmanagement

Anke Brinkmann

Berliner Stadtreinigung (BSR), Berlin

Die BSR, eines der größten kommunalen Unternehmen mit gesellschaftlichem Auftrag, stellt sich dem demografischen Wandel und geht hierbei auf die Bedürfnisse der Beschäftigten ein. In den nächsten 10 bis 15 Jahren gilt es, den Wandel mit geeigneten Maßnahmen wie zum Beispiel altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung, präventive Maßnahmen im Rahmen der Ergonomie oder neue Methoden zu Weiterbildungsangeboten bis zur Unterstützung von Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie zu begleiten. Durch diese Maßnahmen und Dialoge in den Teams werden die Mitarbeiter/-innen motiviert, in ihrer immer länger andauernden Erwerbstätigkeit den Auftrag des Unternehmens „Die Sauberhaltung der Stadt“ zu unterstützen.

## Die BSR aktuell

Die BSR zählt mit ihren 5.400 Beschäftigten und einem Umsatz von mehr als 550 Millionen Euro europaweit zu den größten kommunalen Stadtreinigungsunternehmen. Mit 892 km<sup>2</sup> betreut sie eine Fläche so groß wie München, Frankfurt und Stuttgart zusammen. Allein 133 km<sup>2</sup> dieser Fläche stellen Verkehrsflächen (Straßen, Plätze, etc.) dar. Dort ist die BSR verantwortlich für die Reinigung von Straßen, Plätzen und Gehwegen sowie den Winterdienst. Hoheitliche Aufgabe der BSR ist zudem die Entsorgung und Verwertung von 1,5 Millionen Tonnen Siedlungsabfall – im Wesentlichen aus den zwei Millionen Haushalten der 3,7 Millionen Berlinerinnen und Berliner. Gute Leistung, niedrige Gebühren und Kundenorientierung gehören ebenso wie ökologische und soziale Verantwortung zur Strategie des nachhaltig wirtschaftenden Unternehmens.

## Die BSR im Wandel

Die BSR antizipiert die sich verändernden Rahmenbedingungen und stellt sich auf die gesellschaftlichen Herausforderungen – besonders in einer wachsenden Stadt – frühzeitig ein. Weltweit knapper werdende

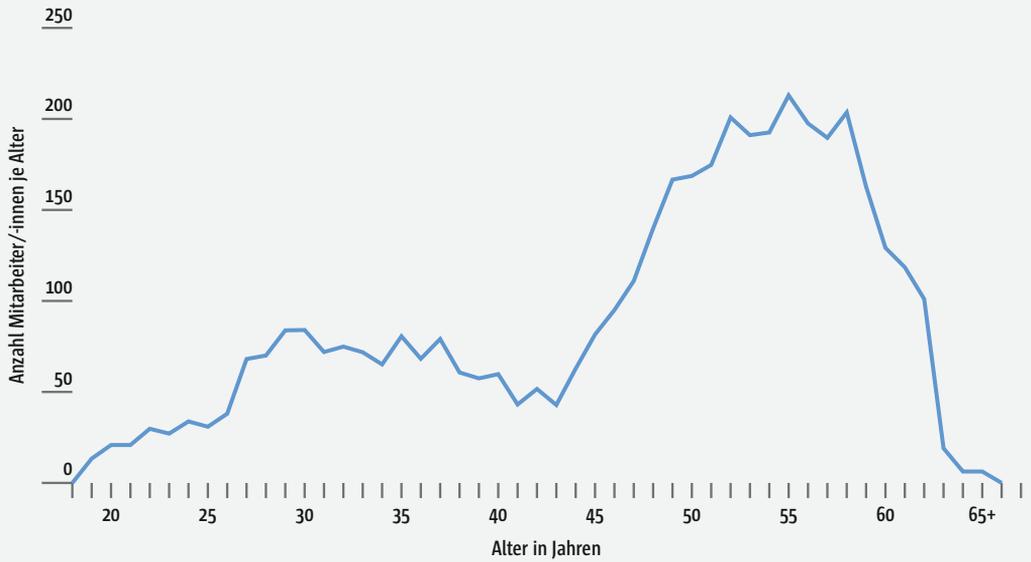
Ressourcen, Klimawandel, Mobilität der Zukunft, Digitalisierung und nicht zuletzt der demografische Wandel sind Themen, die die BSR mittelbar und unmittelbar betreffen. Die Ansprüche und Anforderungen an einen modernen Arbeitgeber werden wachsen. Um weiterhin motivierte Mitarbeiter/-innen zu halten und zu bekommen, geht die BSR neue Wege, um der Verpflichtung, die Sauberhaltung der Stadt Berlin bei gleichzeitigem Anstieg des Durchschnittsalters im Unternehmen gerecht zu werden. Generationenübergreifende Werteverstellungen, wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, werden aktiv als zentrale Punkte angenommen. In den nächsten 10 bis 15 Jahren wird die Herausforderung, den demografischen Wandel mit Maßnahmen zu begleiten, zu bewältigen sein. Die Maßnahmen liegen sowohl in der Arbeitsorganisation und der kontinuierlichen Verbesserung der technischen Hilfsmittel, um die schwere körperliche Arbeit zu erleichtern, als auch im Bereich der Fort- und Weiterbildung, um die neuen Hilfsmittel sicher nutzen zu können. Dies ist nur mit der Beteiligung der Beschäftigten zu schaffen, indem die Mitarbeitenden nicht nur den kleinen Ausschnitt ihrer eigenen Tätigkeit sehen, sondern verstehen, was ihr Beitrag zum gesamten Team- und Unternehmensergebnis darstellt. Die Mitarbeiter/-innen bringen sich mehr ein, beteiligen sich an der Lösungsfindung, testen neue Arbeitsmittel und nehmen die Verantwortung an. Dies fördert weitere innovative Ansätze und trägt zur Zufriedenheit und damit zum Erfolg der BSR bei.

In **»** Abbildung 1 ist die aktuelle Demografie-Prognose der BSR dargestellt. Trotz Neueinstellungen und Wachstum wird die Herausforderung des demografischen Wandels bestehen bleiben.

## Projekte und Ansätze, den demografischen Wandel zu bewältigen

Aktuell werden in der BSR verschiedene Projekte und Initiativen gestartet, den demografischen Wandel

Abbildung 1 Altersverteilung bei der BSR



zu bewältigen. Maßnahmen, die mit einer hohen Wirksamkeit umgesetzt wurden, werden bestärkt.

*Prävention*

Im Betrieblichen Gesundheitsmanagement werden zahlreiche Präventionsmaßnahmen unterstützt und evaluiert. Ein erster wichtiger Schritt, um Akzeptanz zu erhalten und zu steigern, ist die Kommunikation über das Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Es wurde ein Kommunikationsplan in der Geschäftseinheit erarbeitet, der auf verschiedenen Kanälen das Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement zielgruppenorientiert ins Unternehmen tragen soll. Ein wesentlicher Baustein neben der Nutzung von digitalen und Print-Medien sind die Lotsen. Hierbei werden die Beschäftigten inhaltlich in Themen der Betrieblichen Gesundheitsförderung über verschiedene Lotsenkonzepte wie Gesundheitslotsen oder Mentorlotsen eingebunden. Die Gesundheitslotsen/-innen sind Mitarbeitende, die zusätzlich zu ihren eigentlichen Tätigkeiten ein innerbetriebliches „Ehrenamt“ annehmen. Gesundheitslotsen/-innen unterstützen u. a. in ihren Arbeitsbereichen das Betriebliche Gesundheitsmanagement, um die zahlreichen Angebote der Gesundheitsförderung bekannt zu machen und fortwährend in den verschiedenen Organisationseinheiten aktuell zu halten. Sie sind Multiplikatoren für gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsweisen und bilden ein wichtiges Element

der betrieblichen Prävention. Die persönliche Gesundheit ist die Basis für das Engagement in der Arbeitswelt und so ergänzen sich betriebliche und persönliche Interessen. Die Gesundheitslotsen/-innen werden z.B. durch die Sozialberatung betreut und sind das Bindeglied zwischen dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement und den Arbeitsbereichen. Nach festen Kriterien, wie z.B. Akzeptanz durch die Mitarbeitenden, werden die Lotsen in ihrer Freizeit durch Fachkräfte in den Kompetenzen ausgebildet, die zur Erfüllung des Amtes notwendig sind. Zum Beispiel erlernen die Mitarbeiter/-innen, wie der Körper während des Fegens oder beim Tonnen ziehen entlastet werden kann, sie unterstützen an Aktionstagen oder bekommen alltagstaugliche Anregungen zu Themen wie Resilienz und gesunde Ernährung. Oft sind zwar die Risiken und Auswirkungen von gesundheitsschädigendem Verhalten bekannt, allerdings bedarf es eines ganzheitlichen Konzepts, damit Beschäftigte nachhaltig und dauerhaft dazu motiviert sind, auf sich und ihre Gesundheit zu achten.

Die Ausbildung über 5 Wochenenden und ein regelmäßiger Austausch der Lotsinnen und Lotsen finden ressortübergreifend statt. Erste Ergebnisse aus den Krankenkassenjahresberichten bestätigen, dass die Muskel-Skelett-Erkrankungen, die häufigste Krankheitsursache in der Entsorgungsbranche, in den letzten Jahren relativ konstant geblieben ist, trotz Altersanstiegs. Die Angebote zur Weiterbildung

im Unternehmen zum Thema Gesundheit und demografischer Wandel reichen von der Teilnahme an einstündigen Seminaren wie z.B. Rückencoaching bis zu mehrtägigen Workshops außerhalb des Unternehmens. Im Folgenden werden 3 Beispiele herausgegriffen.

#### Workshop „4 Tage außerhalb der Stadt“

- Informationen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung bei der Berliner Stadtreinigung
- Lebensphasen und ihre Bedeutung in der Arbeitswelt
- Tipps und Anregungen für das persönliche Wohlbefinden
- Möglichkeiten und Wege der persönlichen Mitwirkung für ein gutes Betriebsklima und mehr Arbeitszufriedenheit
- Gesundheitsrisiken und -chancen im Arbeitsalltag

#### Boxenstopp für gewerbliche Mitarbeiter/-innen in der Müllabfuhr – 3 Tage

- Perspektivwechsel – ein Tag im Kundenservice
- Ergonomie – wie kann der Rücken entlastet werden beim Ziehen von schweren Tonnen – Prävention, Arbeitssicherheit, Gesundheitsförderung
- Kommunikation und Konfliktmanagement

#### Sicher führen im demografischen Wandel

- erfolgreiches Führen altersgemischter Teams: Chancen und Konfliktpotenziale
- lebensphasengerechte Führung: Eingehen auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Generationen
- Wissens- und Kompetenzverlusten vorbeugen
- Potenziale, Kompetenzen und Fähigkeiten von Beschäftigten unterschiedlicher Altersgruppen einschätzen
- Motivations-, Lernstrategien und Entwicklungsperspektiven für Beschäftigte unterschiedlicher Altersgruppen
- Förderung der Bereitschaft zu Veränderung bei erfahrenen Beschäftigten
- Umgang mit der Generation Y – über„fordert“?

Einen großen Beitrag im Rahmen der Prävention leisten auch die Betriebssportgruppen, die in einer Dienstvereinbarung über betriebliche Sozialleistungen verankert sind. Seit fast 50 Jahren gibt es organisierte Betriebssportler bei der BSR. Aktuelle und ehemalige Mitarbeiter/-innen treffen sich generationenübergreifend in ihrer Freizeit in den verschiedenen Sportgruppen, bei denen der Spaß und die Gesundheit im Vordergrund stehen.

#### Arbeitsorganisation

Trotz der guten Reputation in der Stadt hat die BSR – wie viele andere Unternehmen der Branche – mit hohen krankheitsbedingten Ausfallzeiten zu kämpfen.

Das ist auch durch die schwere körperliche Arbeit, die steigenden Leistungsanforderungen und die demografische Entwicklung zu begründen. Die BSR arbeitet kontinuierlich daran, die Rahmenbedingungen zu schaffen und weiter zu verändern, um die Ausfallzeiten zu senken. Dies ist zum einen möglich, wenn Arbeitsorganisationsmodelle sowohl neu gedacht und ausprobiert als auch politisch unterstützt werden. Die Mitarbeitenden bei Straßenreinigung und Müllabfuhr unterliegen bei ihrer Tätigkeit externen Einflüssen: von den Wetterbedingungen, über steigende Abfallmengen, bis hin zu unterschiedlichem Verkehrsaufkommen. Das Ziel „Sauberehaltung der Stadt“ bleibt dabei gleich. Um diesen Auftrag weiterhin zuverlässig zu erfüllen, muss arbeitsorganisatorisch eine Veränderung im Grad der Belastung erfolgen. Tourengebiete in der Innenstadt sind durch schwere Ladestellen, die sogenannten Kellertouren oder aufgrund des Gewerbemülls größeren körperlichen Belastungen ausgesetzt als reine Wohngebiete mit kleinen Tonnen. Aktuell arbeiten 2–3er-Teams auf festen Touren, was den Vorteil hat, dass die Standplätze und Wege bekannt sind und die Beschäftigten so effizient ihre Aufgaben bewältigen können. Dies impliziert, dass zwischen den Teams Vertrauen aufgebaut und die Eigenverantwortung der Mitarbeitenden weiter gefördert wird, was zu höherer Zufriedenheit und Gesunderhaltung beiträgt. Gleichzeitig kann zum Beispiel ein Wechsel der Tourengebiete zu einer Entlastung der/des einzelnen Mitarbeiterin/Mitarbeiters führen. Modelle, bei denen sich die Art der Tätigkeit verändert, sollten in diesem Zusammenhang überprüft werden. Der Erfolg einer möglichen Umsetzung der Veränderung hängt von der Bereitschaft der Beschäftigten, den Gremien und den Führungskräften ab. Es ist wichtig, diese Veränderungen zu evaluieren und hierbei mit den Beteiligten im Dialog zu bleiben. Zum anderen können im Rahmen einer Beschäftigtenbefragung Maßnahmen erarbeitet werden. Durch die 2017 durchgeführte Beschäftigtenbefragung konnten schon einige Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen erarbeitet und umgesetzt werden.

#### Automatisierung und Technologie

Die BSR ist in Bezug auf Automatisierung und Arbeitsmittel modern und auf dem neuesten Stand der Technik ausgestattet. Zum Beispiel sind die Fahrzeuge in der Müllabfuhr Niederflurfahrzeuge, die den Ein- und Ausstieg erleichtern. Die Arbeitsmittel in der Reinigung werden nach neuesten Erkenntnissen aus Ergonomie und Effizienz beschafft sowie mit dem BSR Ideenlabor und Herstellern gemeinsam

Abbildung 2 Lastenpedelec



weiterentwickelt, wie z.B. das Lastenpedelec (» Abbildung 2). Das Ideenlabor besteht aus einer Gruppe von Mitarbeiter/-innen, die interdisziplinär zusammenarbeiten. Sie treffen sich in regelmäßigen Abständen und tauschen ihre Erfahrungen aus oder arbeiten an Lösungen zu Themen die BSR betreffend.

Ein weiteres Projekt zur Entlastung und Unterstützung der Beschäftigten im alltäglichen Geschäft und damit zur Minimierung der Krankheitsbilder und Vorbeugung von Bandscheibenvorfällen etc., ist ein unternehmensübergreifendes Forschungsprojekt zum Thema „Exoskelette“ (» Abbildung 3). Ein

Abbildung 3 Exoskelett



Exoskelett ist eine äußere Stützstruktur für einen Organismus und wurde in der Vergangenheit im Bereich der Rehabilitation genutzt. Das Projekt dient dazu, die alternde Belegschaft zu entlasten bzw. zu unterstützen sowie die Leistungsfähigkeit zu erhalten und Fehlzeiten zu reduzieren. In unterschiedlichen Bereichen des Unternehmens soll unter medizinischer und wissenschaftlicher Betreuung die Wirkung des Exoskeletts getestet werden.

#### Funktionen der Exoskelette

- Unterstützung bei der Erledigung von Arbeitsaufgaben
- Träger wird über passive mechanische Hilfe (Feder- oder Seilzugsystem) unterstützt
- auftretende Belastung (z.B. Heben eines Gullys, Reinigung von LKW, Einlagern von Schrott) wird durch das System abgefangen, in Energie umgewandelt und auf den Körper umverteilt bzw. in den Boden abgeleitet
- Beschäftigte werden dadurch um bis zu 60% entlastet
- Entlastung findet im Wirbelsäulenbereich der unteren Rückenmuskulatur statt
- Vorbeugung von typischen Verletzungen
- Schutz von körperlicher Überbelastung

Dieses Projekt ist nur durch die Offenheit der beteiligten Beschäftigten, die Unterstützung der Gremien sowie den übergreifenden Fachaustausch der beteiligten operativen Bereiche aus den Werkstätten, Waschhallen, der Reinigung sowie der Müllabfuhr möglich. Unterstützt wird es weiterhin durch die DGUV, IFA, TU Berlin Bereich „Arbeitswissenschaften“ sowie die BKK VBU.

#### Projekt Liegenschaften – eine Perspektive für leistungsgewandelte Mitarbeiter/-innen

In den letzten Jahren ist mit dem Anstieg des Durchschnittsalters in der Belegschaft auch die Anzahl der leistungsgeminderten Beschäftigten aus den operativen Bereichen gestiegen. Der Vorstand hat deshalb 2016 ein Team Gesundheitsmanagement Integration (GMI) gegründet, welches nach wertschöpfenden Einsatzmöglichkeiten für die Beschäftigten sucht. Insgesamt gibt es in der BSR ca. 300 Stellen, die für diese Mitarbeiter/-innen zur Verfügung stehen. Es war jedoch notwendig, neu zu denken und weitere Lösungen zu finden. Eine Initiative ist das Projekt Liegenschaften, in dem Mitarbeiter/-innen außerhalb der Leistungsvorgaben die freistehenden Flächen des Unternehmens pflegen und sauber halten. Einige Beschäftigte wurden eigens für die Tätigkeiten weiterqualifiziert, zum Beispiel für den Gebrauch von Kettensägen. Ein Koordinator des

GMI-Teams unterstützt bei der Materialbeschaffung und stellt sicher, dass alle notwendigen Unterweisungen durchgeführt sind. Das Ergebnis ist sichtbar: Die Berliner loben die sauberen Flächen in den Wohngebieten, was zur guten Reputation der BSR beiträgt.

### Es gibt noch zu tun ...

Die BSR entwickelt, testet und implementiert kontinuierlich neue Ideen, um den demografischen Wandel aktiv zu gestalten. Die genannten Projekte konnten nur einen Ausschnitt davon zeigen, was getestet und auch schon für gut befunden wurde. Weitere Projekte beschäftigen sich mit den Auswirkungen der Digitalisierung und Robotik auf das Unternehmen.

Um weiterhin ein attraktiver Arbeitgeber zu bleiben, wird in der Unternehmensleitung an Konzepten gearbeitet, die die Umwelt-/Markteinflüsse auf das operative Geschäft analysieren. Fragen wie Auswirkungen des autonomen Fahrens auf das Unternehmen, Zero Waste etc. sind zu beantworten. Die Beschäftigten mit einzubeziehen und vorzubereiten, die generationenübergreifende Zusammenarbeit zu fördern, das neue Wissen und die vorhandenen Erfah-

rungen zu nutzen, ist und bleibt eine Aufgabe des Unternehmens. Im Leitbild des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist unter anderem verankert:

*„Wir unterstützen und begleiten Menschen in verschiedenen Lebensphasen und übernehmen soziale Verantwortung vom Eintritt bis zum Ausscheiden aus dem Unternehmen.“*

### Fazit

In der BSR wird kontinuierlich daran gearbeitet, geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, unseren Auftrag unter den Bedingungen des demografischen Wandels zu erfüllen. Mit Innovationsaktivitäten, altersgerechter Arbeitsplatzgestaltung, Weiterbildungsmöglichkeiten und Beratungsangeboten zu unterschiedlichen Lebenslagen unterstützt das Unternehmen seine Mitarbeiter/-innen dabei, gesund zu bleiben, auch angesichts der steigenden Erwerbszeit. Es bleibt besonders in Bereichen mit schwerer körperlicher Arbeit und Schichtdienst eine Herausforderung für die Beschäftigten und das Unternehmen. Die Mitarbeiter/-innen wertschätzen die Angebote und leisten im Gegenzug einen verlässlichen Beitrag zum Unternehmensergebnis. Sie sind Botschafter für die BSR.



Anke Brinkmann

Studium der Betriebswirtschaft an der Technischen Universität Berlin, Schwerpunkt Finanzen und Controlling. Danach von 2000–2010 Tätigkeit als Unternehmensberaterin in den Bereichen Finanzen und später Personalentwicklung im Bereich Konsumgüter, Pharma und Automotiv bei PricewaterhouseCoopers, IBM und McKinsey. Von 2010 bis 2017 Head of Training und Health bei Vattenfall; Gründungsmitglied des Vattenfall Diversity Netzwerkes. Von 2010–2013 nebenberufliche Tätigkeit als Dozentin an der Hochschule für Ökonomie und Management, FOM. Seit 2017 Geschäftseinheitenleiterin Gesundheitsmanagement bei der BSR. Seit 2018 ehrenamtliche Tätigkeit als Fachgruppenleiterin Gesundheitsmanagement im Verband der Personalmanager.

# 5

## Unverzichtbar – Wir brauchen die Generation 50+ zur Bewältigung der aktuellen Herausforderungen im Arbeits- und Wirtschaftsleben





Franz Knieps  
Vorstand des BKK Dachverbands,  
Berlin

Die Welt von heute ist in einem rasanten Wandel begriffen! Das gilt für die große Welt, in der Menschen – freiwillig oder infolge von Kriegen, Krisen, Armut, Chancenlosigkeit – ihre angestammte Heimat verlassen, in der sich Waren und Produkte rund um den Globus bewegen, in der Finanzströme in Nanosekunden fließen, in der Weltwissen unteilbar geworden ist. Das gilt aber auch für die kleine Welt, in der traditionelle Bindungen – Familien, Nachbarschaften, Kirchen, Gewerkschaften – an Kraft verlieren, traditionelle Gewissheiten, wie das lebenslange Normalarbeitsverhältnis beim gleichen Arbeitgeber, infrage gestellt werden, permanent neue Herausforderungen auftauchen und flexible Anpassungsfähigkeiten verlangen. Die Grenzen von Raum und Zeit werden insbesondere in der digitalen Transformation fließend oder treten gar völlig in den Hintergrund. Doch all dies ist keine Abfolge von Naturgewalten, sondern Menschenwerk – im Großen und im Kleinen.

Deshalb bleibt der Mensch das Maß aller Veränderungen. Nur wenn die humanitären und materiellen Vorteile auf Dauer die Risiken, Belastungen und Schwierigkeiten (deutlich) übersteigen, werden die Menschen mutig die Chancen ergreifen, die Gegenwart und Zukunft bereithalten, und Herausforderungen kreativ angehen. Dabei sind Lebens- und Berufserfahrung zentrale Erfolgsfaktoren. Nur wenn diese geschätzt, entwickelt und partizipativ eingesetzt werden, wird Wandel von Zukunftsoptimismus getragen. Andernfalls drohen Blockaden, Ressourcenvernichtung, Krisen und Auseinandersetzungen, kurz ein Abgleiten in Dystopien.

Fokussiert auf Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik heißt dies: Wenn das Land, die Volkswirtschaft, die Branche, das Unternehmen leistungsfähig, wandlungsfähig, wettbewerbsfähig bleiben wollen, muss in Menschen investiert werden. Gesundheits- und Sozialpolitik muss primär als Investition in die Zukunft und nicht als Nachteilsausgleich, Umverteilung oder Reparatur individueller oder kollektiver Fehlentwicklungen verstanden werden (auch wenn

weiterhin entsprechende Ziele verfolgt und passende Instrumente eingesetzt werden müssen). Gesundheit wird, sowohl beim einzelnen Menschen als auch bei Belegschaften und sogar in der Gesamtbevölkerung (Nur so lässt sich der Wiederaufstieg von Public Health erklären!), damit vom Kostenfaktor zum Produktivitätsfaktor. Gerade in der Gesundheitsförderung und der Prävention ist dies mittlerweile unbestritten. Dies trifft im besonderen Maße auf die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) zu – dem Markenkern der betrieblichen Krankenversicherung. Alle nationalen Studien und internationalen Vergleiche zeigen, dass sich Investitionen in BGF und Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) lohnen und eine messbare Rendite bringen. Das gilt aber nur, wenn die konkreten Maßnahmen von BGF und BGM über symbolische Akte, wie der berühmte Obstkorb im Foyer oder die Förderung von Bewegung, hinausgehen. Solche Maßnahmen, die auch im Haus des BKK Dachverbands angeboten werden, sind der Einstieg, aber dahinter müssen weiterreichende Angebote liegen, die auf die speziellen Bedürfnisse der Arbeitnehmer\*innen abgestellt sind und in den Kern von Führung und Arbeitsorganisation zielen. Dies ist nur in Kooperation mit dem Arbeitgeber, den Belegschaftsvertretern, den Arbeitsschützern und weiteren Akteuren zu schaffen und nur erfolgsversprechend, wenn es keine Tabus, Denk- und Sprechverbote gibt und alle am gleichen Strang in die gleiche Richtung ziehen. Schließlich müssen Betroffene zu Beteiligten werden und die Schwelle von der unterstützenden Hilfestellung zur Selbstorganisation überschritten werden.

Das gilt exemplarisch für die Zielgruppe, die im Mittelpunkt des BKK Gesundheitsreports 2018 steht. Diese Zielgruppe wurde nicht zufällig ausgewählt. Denn mehr als ein Drittel der beschäftigten BKK Mitglieder – genau 33,9%, sind aktuell 50 Jahre oder älter. Und diese Zielgruppe ist in den letzten 10 Jahren schnell gewachsen. Der Anteil ist seit 2007 von 20,8% auf heute 33,9% – also um satte 13,1 Prozentpunkte – gestiegen. Der Report zeigt, dass die Zahlen stark variieren, sowohl zwischen den Branchen (von 25,1% bis 44,4%) als auch zwischen den Regionen (von 24,9% bis 40,6%). Diese Zahlen bestätigen Erkenntnisse, die in viel beachteten früheren Sonderauswertungen des Gesundheitsreports, wie beispielsweise in der Schwerpunktausgabe zu Regionen im Jahr 2014, gewonnen wurden.

Wer den konkreten Handlungs- und Entwicklungsbedarf für die Zielgruppe Arbeitnehmer\*innen 50+ näher bestimmen will, muss eine genauere Datenanalyse vornehmen. Dies übernimmt der BKK

Gesundheitsreport traditionell durch eine Auswertung krankheitsbedingter Fehlzeiten sowie stationärer Krankenhausaufenthalte. Es lohnt sich, einen gerafften Blick auf die wichtigsten Ergebnisse zu werfen:

- Bei der diagnoseorientierten Analyse der Arbeitsunfähigkeit (AU) wird deutlich, dass der stärkste altersbedingte Anstieg bei den Muskel- und Skeletterkrankungen zu beobachten ist. Geringer liegt er bei den psychischen Erkrankungen, und kaum merklich ist er bei den Atemwegserkrankungen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartige Neubildungen (Krebs) werden erst ab 50 Jahren zu einem Massenphänomen. Generell nehmen – wie schon im **»» BKK Gesundheitsreport 2017** näher untersucht wurde – mit zunehmendem Alter die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit und folglich auch der Anteil der Langzeiterkrankungen an den Fehlzeiten zu.
- Bei der Auswertung der Diagnosegruppen in der Krankenhausbehandlung fällt auf, dass mehr als jeder fünfte Behandlungstag auf die Behandlung psychischer Erkrankungen fokussiert ist. Mit weitem Abstand folgen Krebs und Muskel-Skelett-Erkrankungen als Ursache der stationären Behandlungsbedürftigkeit. Die Abnahme der durch psychische Erkrankungen bedingten Behandlungstage ab dem 60. Lebensjahr lässt sich vor allem so deuten, dass viele psychisch schwer Kranke da bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Auffällig ist bei Herz-Kreislauf-Behandlungstagen der geschlechtsspezifische Unterschied. Bei Männern sind diese Diagnosegruppen zweithäufigste Ursache für die Krankenhauseinweisung; bei Frauen in dieser Altersgruppe fallen in dieser Gruppe nur halb so viele Behandlungstage an.
- Eine Analyse der regionalen Daten in der Altersgruppe 50+ bestätigt alle bisherigen Erkenntnisse. Die Varianzen zwischen den Bundesländern sind groß und in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen sehr groß. Wie bei den jüngeren Beschäftigten arbeitet es sich am gesündesten in Baden-Württemberg. Dort fehlen Arbeitnehmer\*innen dieser Altersgruppe im Jahresdurchschnitt krankheitsbedingt 27,1 Tage, während Thüringen mit 42,1 Tagen den höchsten Wert aufweist. Bei den stationären Behandlungstagen führt das Saarland diesen Vergleich mit 1,6 Krankenhaustagen an. Zugleich ist dort auch die altersbedingte Differenz der Krankenhaustage besonders auffällig; ältere Beschäftigte ab 50 Jahren liegen fast doppelt so viele Tage im Krankenhaus wie die Jüngeren.
- Auch bei einem Vergleich nach Wirtschaftsgruppen werden bekannte Ergebnisse bestätigt. Zwischen den Wirtschaftsgruppen unterscheiden sich die AU-Tage der Beschäftigten 50+ um bis das Zweieinhalbfache. Mit 34,3 AU-Tagen weisen die in der Abfallbeseitigung Beschäftigten die meisten Fehltag auf, die wenigsten sind hingegen mit 13,5 AU-Tagen bei im Film- und Fernsehbereich Berufstätigen dieser Altersgruppe zu finden. Besondere Auffälligkeiten weisen die Muskel- und Skeletterkrankungen auf; hier betragen die Differenzen das Fünffache. Insgesamt ist festzustellen, dass die Unterschiede zwischen den Wirtschaftsgruppen auch schon bei jüngeren Beschäftigten in ähnlicher Reihung auftauchen. Bei der Analyse stationärer Behandlungstage zeichnet der jüngste Vergleich ebenfalls bestehende Entwicklungslinien nach. Besonders belastet sind die Bereiche Verkehr und Logistik sowie Wasserversorgung, Abwasser und Abfallentsorgung, vergleichsweise geringer auffällig sind zum Beispiel die Branchen Information und Kommunikation und private Haushalte. Erneut auffällig wird das Gesundheits- und Sozialwesen. Gerade in der Altersgruppe 50+ sind die meisten Krankenhaustage für die Behandlung von psychischen Erkrankungen und für Muskel- und Skelett-Erkrankungen zu finden. Dies bestätigt eine Sondererhebung, die der BKK Dachverband bereits 2017 für diese Branche durchgeführt hat (**»» BKK Gesundheitsatlas 2017**).
- Die schwierigen Arbeitsbedingungen im Gesundheits- und Sozialwesen fallen auch bei einem Vergleich nach Berufsgruppen ins Auge. Ältere Beschäftigte in sozialen, erzieherischen und pflegerischen Berufen weisen besonders viele Abwesenheitstage wegen psychischer Erkrankungen auf. Körperlich besonders belastete Berufe, vor allem im Baubereich oder in der Produktion, haben besonders viele Fehltag wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen. Die meisten Behandlungstage im Krankenhaus betreffen Beschäftigte in den Sicherheitsberufen sowie in den Verkehrs- und Logistikberufen. Bösartige Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachen speziell in den Berufen des Lebensmittel- und des Gastgewerbes besonders viele Krankenhaustage. Vergleichsweise wenige AU- und Krankenhaustage haben Beschäftigte in IT-Berufen und in naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen. Dies gilt sogar unabhängig vom Lebensalter und scheint für relativ gute Arbeitsbedingungen zu sprechen (was einmal näher zu untersuchen wäre).

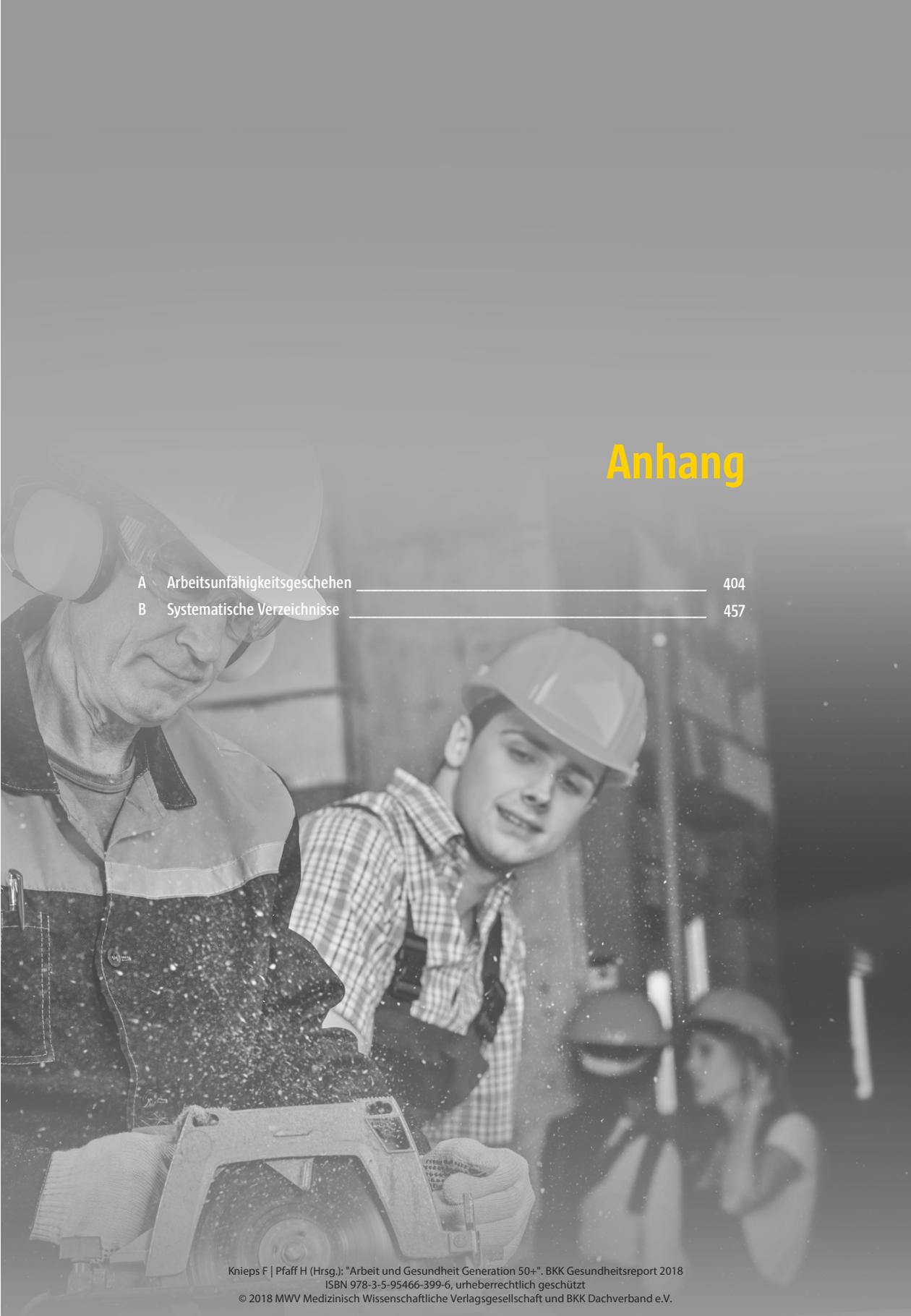
Aus diesen Analysen sollten politische und praktische Konsequenzen gezogen werden, die an dieser Stelle nur kurz angerissen werden können. Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes sind nicht nur die materiellen Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention erweitert worden, sondern es wurden neue Instrumente für Kommunikation, Koordination und Kooperation der unterschiedlichen Akteure geschaffen sowie die Möglichkeiten für Zielorientierung, Priorisierung und Fokussierung erweitert. Die Nationale Präventionskonferenz sollte sich mit der gesundheitlichen Lage der älteren Arbeitnehmer\*innen befassen, ein auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe 50+ orientiertes, messbares Gesundheitsziel formulieren und danach ausgerichtete Maßnahmen in den Nationalen Präventionsplan aufnehmen.

Die Erfahrungen, die Großunternehmen mit speziellen Angeboten gemacht haben, die auf die Gesundheitsförderung und Gesunderhaltung älterer Beschäftigter abzielen, müssen an kleine und mittlere Unternehmen weitergegeben werden. Die vielfältigen Instrumente, die unter Federführung des BKK Dachverbandes mit Förderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Projekt „Gesund. Stark. Erfolgreich.“ entwickelt und implementiert

wurden, müssen – auch über die neu geschaffenen Regionalen Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung – in die Fläche „exportiert“ werden. Diesem Zweck dient auch das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt „BGM Innovativ“, das Erfahrungen der Salzgitter AG und seiner BKK an über 15 Betriebskrankenkassen in mehr als 30 Betriebe in ganz Deutschland weitergibt und zugleich fortentwickelt. Schließlich beabsichtigen der BKK Dachverband und seine Mitgliedskassen, unter dem Rubrum „BGM 4.0“ neue Konzepte von BGF und BGM zu entwickeln und insbesondere die in den von der Bundesregierung geförderten Initiativen Gesundheit und Arbeit (iga) und Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA) erarbeiteten Instrumente auf die spezifischen Bedürfnisse der Belegschaften in Trägerbetrieben der BKK zuzuschneiden.

Das kursorische Fazit kann also hier nur lauten: Wenn die Generation 50+ unerlässlich für die Bewältigung der sozio-ökonomischen Herausforderungen sowie die Gestaltung des kulturellen und technologischen Wandels ist, dann ist es also absolut notwendig, in ihre Gesundheit zu investieren. Geld dafür ist da; Konzepte sind entwickelt; Instrumente können implementiert werden. Fokussieren wir unsere Anstrengungen darauf!





# Anhang

A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	404
B	Systematische Verzeichnisse	457



## Verzeichnis des Anhangs

<b>A</b>	<b>Arbeitsunfähigkeitsgeschehen</b>	<b>404</b>
A.1	AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	404
A.1.1	Pflichtmitglieder insgesamt	404
A.1.2	Beschäftigte Pflichtmitglieder	405
A.1.3	Teilzeitbeschäftigte	406
A.1.4	Arbeitslose (ALG-I)	407
A.1.5	Freiwillige Mitglieder insgesamt	408
A.1.6	Beschäftigte freiwillige Mitglieder	409
A.1.7	Mitglieder ohne Rentner	410
A.1.8	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	411
A.2	Krankengeld-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	412
A.3	AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – mit Gliederung nach AU-Dauer in Kalendertagen und Wochen (Berichtsjahr 2017)	413
A.4	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2017)	414
A.4.1	Männer – sortiert nach Fallzahl	414
A.4.2	Männer – sortiert nach Tagen	414
A.4.3	Frauen – sortiert nach Fallzahl	415
A.4.4	Frauen – sortiert nach Tagen	415
A.4.5	Gesamt – sortiert nach Fallzahl	416
A.4.6	Gesamt – sortiert nach Tagen	416
A.5	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	417
A.5.1	AU-Fälle je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 1)	417
A.5.1	AU-Fälle je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 2)	418
A.5.2	AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 1)	419
A.5.2	AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 2)	420
A.6	BKK Mitgliederzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt und Anteile an Beschäftigten in Deutschland – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2017)	421
A.7	AU-Tage, Frauenanteil und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2017)	422
A.8	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	423
A.8 – Teil 1	BKK Wirtschaftsgruppen	423
A.8 – Teil 2	Wirtschaftsabschnitte und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008	423

A.9	BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage, Durchschnittsalter und Krankenstand der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Wirtschaftsabschnitten und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008 (Berichtsjahr 2017)	424
A.9	(Teil 1)	424
A.9	(Teil 2)	425
A.10	BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage, Durchschnittsalter und Krankenstand der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen aus der KldB 2010 (Berichtsjahr 2017)	426
A.11	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)	427
A.11.1	Baden-Württemberg	427
A.11.2	Bayern	428
A.11.3	Berlin	429
A.11.4	Bremen	430
A.11.5	Hamburg	431
A.11.6	Hessen	432
A.11.7	Niedersachsen	433
A.11.8	Nordrhein-Westfalen	434
A.11.9	Rheinland-Pfalz	435
A.11.10	Saarland	436
A.11.11	Schleswig-Holstein	437
A.11.12	Brandenburg	438
A.11.13	Mecklenburg-Vorpommern	439
A.11.14	Sachsen	440
A.11.15	Sachsen-Anhalt	441
A.11.16	Thüringen	442
A.11.17	Bund West	443
A.11.18	Bund Ost	444
A.11.19	Gesamt	445
A.12	AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2017)	446
A.12.1	Landkreise Baden-Württemberg	446
A.12.2	Landkreise Bayern	447
A.12.3	Landkreise Berlin	448
A.12.4	Landkreise Bremen	449
A.12.5	Landkreise Hamburg	449
A.12.6	Landkreise Hessen	449
A.12.7	Landkreise Niedersachsen	450
A.12.8	Landkreise Nordrhein-Westfalen	451
A.12.9	Landkreise Rheinland-Pfalz	452
A.12.10	Landkreise Saarland	453
A.12.11	Landkreise Schleswig-Holstein	453
A.12.12	Landkreise Brandenburg	454
A.12.13	Landkreise Mecklenburg-Vorpommern	454
A.12.14	Landkreise Sachsen	455
A.12.15	Landkreise Sachsen-Anhalt	455
A.12.16	Landkreise Thüringen	456

<b>B</b>	<b>Systematische Verzeichnisse</b>	<b>457</b>
B.1	Verzeichnis der Diagnoseschlüssel nach ICD-10-GM 2017	457
	Diagnosehauptgruppen und Diagnoseuntergruppen nach dem ICD-10-GM Schlüssel	457
B.2	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC)	463
	ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC Klassifikation	463
B.3	Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008)	466
	Wirtschaftsabschnitte und -abteilungen nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008)	466
B.4	Klassifikation der Berufe, Ausgabe 2010 (KldB 2010)	469
	Berufssektoren, -segmente und Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)	469

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.1.1 Pflichtmitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	273.615	1.564.574	15,06	86,1	5,7	0,24
	Frauen	258.599	1.497.864	14,62	84,7	5,8	0,23
	Gesamt	532.214	3.062.438	14,84	85,4	5,8	0,23
Neubildungen (C00–D48)	Männer	36.169	1.055.978	1,99	58,1	29,2	0,16
	Frauen	46.370	1.647.777	2,62	93,2	35,5	0,26
	Gesamt	82.539	2.703.755	2,30	75,4	32,8	0,21
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14.344	258.315	0,79	14,2	18,0	0,04
	Frauen	13.981	238.633	0,79	13,5	17,1	0,04
	Gesamt	28.325	496.948	0,79	13,9	17,5	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	122.957	4.859.389	6,77	267,4	39,5	0,73
	Frauen	174.421	6.741.900	9,86	381,2	38,7	1,04
	Gesamt	297.378	11.601.289	8,29	323,5	39,0	0,89
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	52.381	835.814	2,88	46,0	16,0	0,13
	Frauen	74.655	951.711	4,22	53,8	12,8	0,15
	Gesamt	127.036	1.787.525	3,54	49,9	14,1	0,14
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	33.531	257.020	1,85	14,1	7,7	0,04
	Frauen	31.122	221.343	1,76	12,5	7,1	0,03
	Gesamt	64.653	478.363	1,80	13,3	7,4	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	28.438	270.736	1,56	14,9	9,5	0,04
	Frauen	33.239	311.067	1,88	17,6	9,4	0,05
	Gesamt	61.677	581.803	1,72	16,2	9,4	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	71.904	1.823.569	3,96	100,4	25,4	0,27
	Frauen	55.292	980.228	3,13	55,4	17,7	0,15
	Gesamt	127.196	2.803.797	3,55	78,2	22,0	0,21
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	711.690	4.843.143	39,16	266,5	6,8	0,73
	Frauen	786.145	5.212.697	44,45	294,8	6,6	0,81
	Gesamt	1.497.835	10.055.840	41,77	280,4	6,7	0,77
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	259.640	1.799.382	14,29	99,0	6,9	0,27
	Frauen	231.030	1.399.947	13,06	79,2	6,1	0,22
	Gesamt	490.670	3.199.329	13,68	89,2	6,5	0,24
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	40.345	554.571	2,22	30,5	13,8	0,08
	Frauen	29.182	327.869	1,65	18,5	11,2	0,05
	Gesamt	69.527	882.440	1,94	24,6	12,7	0,07
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	504.405	9.895.079	27,76	544,5	19,6	1,49
	Frauen	352.749	7.530.065	19,95	425,8	21,4	1,17
	Gesamt	857.154	17.425.144	23,90	486,0	20,3	1,33
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	29.111	352.257	1,60	19,4	12,1	0,05
	Frauen	83.992	735.636	4,75	41,6	8,8	0,11
	Gesamt	113.103	1.087.893	3,15	30,3	9,6	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	48.358	526.488	2,73	29,8	10,9	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	143.520	1.468.775	7,90	80,8	10,2	0,22
	Frauen	176.292	1.632.251	9,97	92,3	9,3	0,25
	Gesamt	319.812	3.101.026	8,92	86,5	9,7	0,24
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	240.591	4.943.900	13,24	272,1	20,6	0,75
	Frauen	147.535	2.972.793	8,34	168,1	20,2	0,46
	Gesamt	388.126	7.916.693	10,82	220,8	20,4	0,60
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	28.112	621.866	1,55	34,2	22,1	0,09
	Frauen	38.737	799.973	2,19	45,2	20,7	0,12
	Gesamt	66.849	1.421.839	1,86	39,7	21,3	0,11
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.596.494</b>	<b>35.515.416</b>	<b>142,88</b>	<b>1.954,4</b>	<b>13,7</b>	<b>5,35</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.588.537</b>	<b>33.852.740</b>	<b>146,37</b>	<b>1.914,2</b>	<b>13,1</b>	<b>5,24</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.185.031</b>	<b>69.368.156</b>	<b>144,60</b>	<b>1.934,6</b>	<b>13,4</b>	<b>5,30</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	91.888	2.066.266	5,06	113,7	22,5	0,31
	Frauen	43.378	895.842	2,45	50,7	20,7	0,14
	Gesamt	135.266	2.962.108	3,77	82,6	21,9	0,23
davon Refahfälle	Männer	43.985	1.419.374	2,42	78,1	32,3	0,21
	Frauen	42.031	1.374.359	2,38	77,7	32,7	0,21
	Gesamt	86.016	2.793.733	2,40	77,9	32,5	0,21

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.1.2 Beschäftigte Pflichtmitglieder

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	270.190	1.539.223	15,35	87,4	5,7	0,24
	Frauen	255.423	1.471.072	14,88	85,7	5,8	0,23
	Gesamt	525.613	3.010.295	15,12	86,6	5,7	0,24
Neubildungen (C00–D48)	Männer	34.980	986.854	1,99	56,1	28,2	0,15
	Frauen	45.059	1.567.429	2,62	91,3	34,8	0,25
	Gesamt	80.039	2.554.283	2,30	73,5	31,9	0,20
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	13.885	237.143	0,79	13,5	17,1	0,04
	Frauen	13.544	225.459	0,79	13,1	16,7	0,04
	Gesamt	27.429	462.602	0,79	13,3	16,9	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	114.975	4.248.113	6,53	241,3	37,0	0,66
	Frauen	165.634	6.044.375	9,65	352,1	36,5	0,96
	Gesamt	280.609	10.292.488	8,07	296,0	36,7	0,81
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	50.806	783.705	2,89	44,5	15,4	0,12
	Frauen	72.850	898.098	4,24	52,3	12,3	0,14
	Gesamt	123.656	1.681.803	3,56	48,4	13,6	0,13
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	33.139	248.266	1,88	14,1	7,5	0,04
	Frauen	30.714	214.395	1,79	12,5	7,0	0,03
	Gesamt	63.853	462.661	1,84	13,3	7,3	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	28.037	262.605	1,59	14,9	9,4	0,04
	Frauen	32.730	304.112	1,91	17,7	9,3	0,05
	Gesamt	60.767	566.717	1,75	16,3	9,3	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	69.617	1.723.138	3,95	97,9	24,8	0,27
	Frauen	53.960	931.803	3,14	54,3	17,3	0,15
	Gesamt	123.577	2.654.941	3,55	76,4	21,5	0,21
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	704.188	4.762.102	40,00	270,5	6,8	0,74
	Frauen	777.938	5.134.175	45,31	299,1	6,6	0,82
	Gesamt	1.482.126	9.896.277	42,63	284,6	6,7	0,78
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	256.026	1.749.529	14,54	99,4	6,8	0,27
	Frauen	227.901	1.354.933	13,27	78,9	6,0	0,22
	Gesamt	483.927	3.104.462	13,92	89,3	6,4	0,24
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	39.573	534.490	2,25	30,4	13,5	0,08
	Frauen	28.660	314.780	1,67	18,3	11,0	0,05
	Gesamt	68.233	849.270	1,96	24,4	12,5	0,07
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	494.194	9.422.103	28,08	535,3	19,1	1,47
	Frauen	343.929	7.139.966	20,03	415,9	20,8	1,14
	Gesamt	838.123	16.562.069	24,10	476,3	19,8	1,31
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	28.441	340.583	1,62	19,4	12,0	0,05
	Frauen	82.615	714.190	4,81	41,6	8,6	0,11
	Gesamt	111.056	1.054.773	3,19	30,3	9,5	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	47.239	510.143	2,75	29,7	10,8	0,08
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	140.462	1.403.007	7,98	79,7	10,0	0,22
	Frauen	172.902	1.565.011	10,07	91,2	9,1	0,25
	Gesamt	313.364	2.968.018	9,01	85,4	9,5	0,23
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	237.356	4.822.747	13,48	274,0	20,3	0,75
	Frauen	145.151	2.883.303	8,45	168,0	19,9	0,46
	Gesamt	382.507	7.706.050	11,00	221,6	20,2	0,61
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	27.435	586.923	1,56	33,3	21,4	0,09
	Frauen	37.891	758.395	2,21	44,2	20,0	0,12
	Gesamt	65.326	1.345.318	1,88	38,7	20,6	0,11
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.548.899</b>	<b>33.753.000</b>	<b>144,80</b>	<b>1.917,5</b>	<b>13,2</b>	<b>5,25</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.540.791</b>	<b>32.148.324</b>	<b>148,00</b>	<b>1.872,6</b>	<b>12,7</b>	<b>5,13</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.089.690</b>	<b>65.901.324</b>	<b>146,38</b>	<b>1.895,3</b>	<b>13,0</b>	<b>5,19</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	91.388	2.044.118	5,19	116,1	22,4	0,32
	Frauen	43.142	885.223	2,51	51,6	20,5	0,14
	Gesamt	134.530	2.929.341	3,87	84,3	21,8	0,23
davon Refahfälle	Männer	40.762	1.301.501	2,32	73,9	31,9	0,20
	Frauen	39.208	1.279.308	2,28	74,5	32,6	0,20
	Gesamt	79.970	2.580.809	2,30	74,2	32,3	0,20

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.1.3 Teilzeitbeschäftigte

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	16.970	109.201	10,78	69,4	6,4	0,19
	Frauen	108.768	663.898	12,93	79,0	6,1	0,22
	Gesamt	125.738	773.099	12,59	77,4	6,2	0,21
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.405	75.304	1,53	47,8	31,3	0,13
	Frauen	23.298	881.173	2,77	104,8	37,8	0,29
	Gesamt	25.703	956.477	2,57	95,8	37,2	0,26
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	973	18.241	0,62	11,6	18,8	0,03
	Frauen	6.324	113.101	0,75	13,5	17,9	0,04
	Gesamt	7.297	131.342	0,73	13,2	18,0	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	10.893	461.063	6,92	292,9	42,3	0,80
	Frauen	78.632	2.942.366	9,35	349,9	37,4	0,96
	Gesamt	89.525	3.403.429	8,97	340,9	38,0	0,93
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.795	67.739	2,41	43,0	17,9	0,12
	Frauen	30.694	450.922	3,65	53,6	14,7	0,15
	Gesamt	34.489	518.661	3,45	52,0	15,0	0,14
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.035	17.807	1,29	11,3	8,8	0,03
	Frauen	14.130	109.879	1,68	13,1	7,8	0,04
	Gesamt	16.165	127.686	1,62	12,8	7,9	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.942	21.965	1,23	14,0	11,3	0,04
	Frauen	15.279	155.224	1,82	18,5	10,2	0,05
	Gesamt	17.221	177.189	1,72	17,8	10,3	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.057	140.901	3,21	89,5	27,9	0,25
	Frauen	25.919	484.422	3,08	57,6	18,7	0,16
	Gesamt	30.976	625.323	3,10	62,6	20,2	0,17
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	46.575	328.341	29,58	208,6	7,1	0,57
	Frauen	345.941	2.388.324	41,14	284,0	6,9	0,78
	Gesamt	392.516	2.716.665	39,32	272,1	6,9	0,75
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	15.883	122.262	10,09	77,7	7,7	0,21
	Frauen	98.986	632.842	11,77	75,3	6,4	0,21
	Gesamt	114.869	755.104	11,51	75,6	6,6	0,21
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.448	37.975	1,55	24,1	15,5	0,07
	Frauen	12.513	147.142	1,49	17,5	11,8	0,05
	Gesamt	14.961	185.117	1,50	18,5	12,4	0,05
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	30.988	620.000	19,68	393,8	20,0	1,08
	Frauen	170.987	3.760.699	20,33	447,2	22,0	1,23
	Gesamt	201.975	4.380.699	20,23	438,8	21,7	1,20
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.327	28.423	1,48	18,1	12,2	0,05
	Frauen	36.243	359.319	4,31	42,7	9,9	0,12
	Gesamt	38.570	387.742	3,86	38,8	10,1	0,11
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	17.325	197.118	2,06	23,4	11,4	0,06
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	9.583	113.622	6,09	72,2	11,9	0,20
	Frauen	72.137	741.235	8,58	88,2	10,3	0,24
	Gesamt	81.720	854.857	8,19	85,6	10,5	0,23
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	14.500	329.088	9,21	209,0	22,7	0,57
	Frauen	66.718	1.450.121	7,93	172,5	21,7	0,47
	Gesamt	81.218	1.779.209	8,14	178,2	21,9	0,49
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.892	44.273	1,20	28,1	23,4	0,08
	Frauen	17.569	375.931	2,09	44,7	21,4	0,12
	Gesamt	19.461	420.204	1,95	42,1	21,6	0,12
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>168.704</b>	<b>2.544.231</b>	<b>107,16</b>	<b>1.616,1</b>	<b>15,1</b>	<b>4,43</b>
	<b>Frauen</b>	<b>1.144.417</b>	<b>15.906.620</b>	<b>136,09</b>	<b>1.891,6</b>	<b>13,9</b>	<b>5,18</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.313.121</b>	<b>18.450.851</b>	<b>131,53</b>	<b>1.848,2</b>	<b>14,1</b>	<b>5,06</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.076	130.363	3,22	82,8	25,7	0,23
	Frauen	18.503	407.177	2,20	48,4	22,0	0,13
	Gesamt	23.579	537.540	2,36	53,8	22,8	0,15
davon Refahfälle	Männer	2.817	91.668	1,79	58,2	32,5	0,16
	Frauen	19.925	639.953	2,37	76,1	32,1	0,21
	Gesamt	22.742	731.621	2,28	73,3	32,2	0,20

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.1.4 Arbeitslose (ALG-I)

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.584	20.915	5,34	43,2	8,1	0,12
	Frauen	2.535	23.298	5,76	53,0	9,2	0,15
	Gesamt	5.119	44.213	5,54	47,9	8,6	0,13
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.108	67.677	2,29	139,9	61,1	0,38
	Frauen	1.135	75.805	2,58	172,4	66,8	0,47
	Gesamt	2.243	143.482	2,43	155,3	64,0	0,43
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	397	20.592	0,82	42,6	51,9	0,12
	Frauen	380	12.598	0,86	28,6	33,2	0,08
	Gesamt	777	33.190	0,84	35,9	42,7	0,10
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	7.034	579.860	14,54	1.198,3	82,4	3,28
	Frauen	7.862	670.588	17,88	1.524,7	85,3	4,18
	Gesamt	14.896	1.250.448	16,13	1.353,7	84,0	3,71
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.273	48.062	2,63	99,3	37,8	0,27
	Frauen	1.435	50.043	3,26	113,8	34,9	0,31
	Gesamt	2.708	98.105	2,93	106,2	36,2	0,29
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	317	7.595	0,66	15,7	24,0	0,04
	Frauen	350	6.736	0,80	15,3	19,3	0,04
	Gesamt	667	14.331	0,72	15,5	21,5	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	330	7.730	0,68	16,0	23,4	0,04
	Frauen	425	6.006	0,97	13,7	14,1	0,04
	Gesamt	755	13.736	0,82	14,9	18,2	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.058	95.167	4,25	196,7	46,2	0,54
	Frauen	1.186	47.118	2,70	107,1	39,7	0,29
	Gesamt	3.244	142.285	3,51	154,0	43,9	0,42
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	5.840	70.105	12,07	144,9	12,0	0,40
	Frauen	6.749	69.233	15,35	157,4	10,3	0,43
	Gesamt	12.589	139.338	13,63	150,9	11,1	0,41
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.863	45.839	5,92	94,7	16,0	0,26
	Frauen	2.578	42.406	5,86	96,4	16,5	0,26
	Gesamt	5.441	88.245	5,89	95,5	16,2	0,26
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	660	18.751	1,36	38,8	28,4	0,11
	Frauen	434	12.057	0,99	27,4	27,8	0,08
	Gesamt	1.094	30.808	1,18	33,4	28,2	0,09
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	8.823	446.969	18,23	923,7	50,7	2,53
	Frauen	7.743	372.887	17,61	847,8	48,2	2,32
	Gesamt	16.566	819.856	17,93	887,6	49,5	2,43
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	588	10.897	1,22	22,5	18,5	0,06
	Frauen	1.146	20.005	2,61	45,5	17,5	0,12
	Gesamt	1.734	30.902	1,88	33,5	17,8	0,09
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	1.059	15.685	2,41	35,7	14,8	0,10
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.537	61.880	5,24	127,9	24,4	0,35
	Frauen	2.752	60.738	6,26	138,1	22,1	0,38
	Gesamt	5.289	122.618	5,73	132,8	23,2	0,36
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.802	111.601	5,79	230,6	39,8	0,63
	Frauen	2.109	84.488	4,80	192,1	40,1	0,53
	Gesamt	4.911	196.089	5,32	212,3	39,9	0,58
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	609	33.439	1,26	69,1	54,9	0,19
	Frauen	759	39.585	1,73	90,0	52,2	0,25
	Gesamt	1.368	73.024	1,48	79,1	53,4	0,22
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>39.955</b>	<b>1.655.456</b>	<b>82,57</b>	<b>3.421,1</b>	<b>41,4</b>	<b>9,37</b>
	<b>Frauen</b>	<b>40.801</b>	<b>1.616.881</b>	<b>92,77</b>	<b>3.676,3</b>	<b>39,6</b>	<b>10,07</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>80.756</b>	<b>3.272.337</b>	<b>87,43</b>	<b>3.542,6</b>	<b>40,5</b>	<b>9,71</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	398	18.801	0,82	38,9	47,2	0,11
	Frauen	179	9.355	0,41	21,3	52,3	0,06
	Gesamt	577	28.156	0,62	30,5	48,8	0,08
davon Refahfälle	Männer	2.517	103.225	5,20	213,3	41,0	0,58
	Frauen	2.297	84.223	5,22	191,5	36,7	0,52
	Gesamt	4.814	187.448	5,21	202,9	38,9	0,56

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.1.5 Freiwillige Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	47.462	270.336	7,10	40,4	5,7	0,11
	Frauen	11.856	69.806	5,22	30,7	5,9	0,08
	Gesamt	59.318	340.142	6,62	38,0	5,7	0,10
Neubildungen (C00–D48)	Männer	12.477	291.030	1,87	43,5	23,3	0,12
	Frauen	4.030	124.915	1,77	55,0	31,0	0,15
	Gesamt	16.507	415.945	1,84	46,4	25,2	0,13
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.903	42.711	0,43	6,4	14,7	0,02
	Frauen	871	13.138	0,38	5,8	15,1	0,02
	Gesamt	3.774	55.849	0,42	6,2	14,8	0,02
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	22.038	807.950	3,29	120,8	36,7	0,33
	Frauen	8.791	348.571	3,87	153,3	39,7	0,42
	Gesamt	30.829	1.156.521	3,44	129,1	37,5	0,35
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	9.599	138.220	1,44	20,7	14,4	0,06
	Frauen	3.676	41.254	1,62	18,2	11,2	0,05
	Gesamt	13.275	179.474	1,48	20,0	13,5	0,05
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	8.692	61.886	1,30	9,3	7,1	0,03
	Frauen	2.102	13.103	0,92	5,8	6,2	0,02
	Gesamt	10.794	74.989	1,20	8,4	7,0	0,02
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	7.381	71.856	1,10	10,7	9,7	0,03
	Frauen	2.023	21.626	0,89	9,5	10,7	0,03
	Gesamt	9.404	93.482	1,05	10,4	9,9	0,03
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	17.697	351.835	2,65	52,6	19,9	0,14
	Frauen	2.899	52.731	1,28	23,2	18,2	0,06
	Gesamt	20.596	404.566	2,30	45,1	19,6	0,12
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	165.464	1.024.837	24,74	153,2	6,2	0,42
	Frauen	46.404	294.327	20,41	129,5	6,3	0,35
	Gesamt	211.868	1.319.164	23,64	147,2	6,2	0,40
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	56.653	338.765	8,47	50,7	6,0	0,14
	Frauen	12.482	63.660	5,49	28,0	5,1	0,08
	Gesamt	69.135	402.425	7,71	44,9	5,8	0,12
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	6.289	64.053	0,94	9,6	10,2	0,03
	Frauen	1.318	13.133	0,58	5,8	10,0	0,02
	Gesamt	7.607	77.186	0,85	8,6	10,2	0,02
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	78.894	1.278.657	11,80	191,2	16,2	0,52
	Frauen	14.762	252.301	6,49	111,0	17,1	0,30
	Gesamt	93.656	1.530.958	10,45	170,8	16,4	0,47
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	8.324	80.671	1,24	12,1	9,7	0,03
	Frauen	4.911	38.047	2,16	16,7	7,8	0,05
	Gesamt	13.235	118.718	1,48	13,3	9,0	0,04
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	3.798	38.763	1,67	17,1	10,2	0,05
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	26.219	236.092	3,92	35,3	9,0	0,10
	Frauen	8.677	75.986	3,82	33,4	8,8	0,09
	Gesamt	34.896	312.078	3,89	34,8	8,9	0,10
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	32.758	655.854	4,90	98,1	20,0	0,27
	Frauen	7.355	143.467	3,24	63,1	19,5	0,17
	Gesamt	40.113	799.321	4,48	89,2	19,9	0,24
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7.885	128.713	1,18	19,2	16,3	0,05
	Frauen	2.570	42.095	1,13	18,5	16,4	0,05
	Gesamt	10.455	170.808	1,17	19,1	16,3	0,05
<b>Gesamt</b>	Männer	511.892	5.862.039	76,53	876,4	11,5	2,40
	Frauen	138.923	1.653.010	61,12	727,2	11,9	1,99
	Gesamt	650.815	7.515.049	72,62	838,6	11,6	2,30
davon Arbeitsunfälle	Männer	6.919	156.976	1,03	23,5	22,7	0,06
	Frauen	1.540	34.262	0,68	15,1	22,3	0,04
	Gesamt	8.459	191.238	0,94	21,3	22,6	0,06
davon Refahfälle	Männer	10.322	294.493	1,54	44,0	28,5	0,12
	Frauen	2.509	78.405	1,10	34,5	31,3	0,09
	Gesamt	12.831	372.898	1,43	41,6	29,1	0,11

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.1.6 Beschäftigte freiwillige Mitglieder

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	47.254	269.227	8,91	50,8	5,7	0,14
	Frauen	11.616	68.596	9,34	55,2	5,9	0,15
	Gesamt	58.870	337.823	8,99	51,6	5,7	0,14
Neubildungen (C00–D48)	Männer	12.400	288.739	2,34	54,4	23,3	0,15
	Frauen	3.975	122.860	3,20	98,8	30,9	0,27
	Gesamt	16.375	411.599	2,50	62,9	25,1	0,17
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.887	41.904	0,54	7,9	14,5	0,02
	Frauen	853	12.913	0,69	10,4	15,1	0,03
	Gesamt	3.740	54.817	0,57	8,4	14,7	0,02
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	21.750	795.676	4,10	150,0	36,6	0,41
	Frauen	8.522	336.843	6,86	271,0	39,5	0,74
	Gesamt	30.272	1.132.519	4,62	173,0	37,4	0,47
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	9.506	134.906	1,79	25,4	14,2	0,07
	Frauen	3.587	40.492	2,89	32,6	11,3	0,09
	Gesamt	13.093	175.398	2,00	26,8	13,4	0,07
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	8.658	61.233	1,63	11,5	7,1	0,03
	Frauen	2.084	12.979	1,68	10,4	6,2	0,03
	Gesamt	10.742	74.212	1,64	11,3	6,9	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	7.357	71.444	1,39	13,5	9,7	0,04
	Frauen	1.994	21.441	1,60	17,3	10,8	0,05
	Gesamt	9.351	92.885	1,43	14,2	9,9	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	17.576	348.706	3,31	65,7	19,8	0,18
	Frauen	2.845	52.073	2,29	41,9	18,3	0,11
	Gesamt	20.421	400.779	3,12	61,2	19,6	0,17
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	164.843	1.020.580	31,07	192,4	6,2	0,53
	Frauen	45.687	290.113	36,75	233,4	6,4	0,64
	Gesamt	210.530	1.310.693	32,15	200,2	6,2	0,55
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	56.446	337.095	10,64	63,6	6,0	0,17
	Frauen	12.261	61.939	9,86	49,8	5,1	0,14
	Gesamt	68.707	399.034	10,49	60,9	5,8	0,17
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	6.245	63.387	1,18	12,0	10,2	0,03
	Frauen	1.290	12.742	1,04	10,3	9,9	0,03
	Gesamt	7.535	76.129	1,15	11,6	10,1	0,03
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	78.463	1.267.988	14,79	239,0	16,2	0,65
	Frauen	14.465	245.496	11,64	197,5	17,0	0,54
	Gesamt	92.928	1.513.484	14,19	231,1	16,3	0,63
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	8.295	80.188	1,56	15,1	9,7	0,04
	Frauen	4.830	37.026	3,89	29,8	7,7	0,08
	Gesamt	13.125	117.214	2,00	17,9	8,9	0,05
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	3.735	38.061	3,00	30,6	10,2	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	26.030	233.641	4,91	44,0	9,0	0,12
	Frauen	8.485	73.866	6,83	59,4	8,7	0,16
	Gesamt	34.515	307.507	5,27	47,0	8,9	0,13
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	32.374	644.044	6,10	121,4	19,9	0,33
	Frauen	7.083	136.584	5,70	109,9	19,3	0,30
	Gesamt	39.457	780.628	6,03	119,2	19,8	0,33
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7.826	126.893	1,48	23,9	16,2	0,07
	Frauen	2.514	41.049	2,02	33,0	16,3	0,09
	Gesamt	10.340	167.942	1,58	25,7	16,2	0,07
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>509.062</b>	<b>5.804.211</b>	<b>95,96</b>	<b>1.094,1</b>	<b>11,4</b>	<b>3,00</b>
	<b>Frauen</b>	<b>136.219</b>	<b>1.611.131</b>	<b>109,58</b>	<b>1.296,1</b>	<b>11,8</b>	<b>3,55</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>645.281</b>	<b>7.415.342</b>	<b>98,55</b>	<b>1.132,5</b>	<b>11,5</b>	<b>3,10</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	6.716	148.371	1,27	28,0	22,1	0,08
	Frauen	1.419	28.788	1,14	23,2	20,3	0,06
	Gesamt	8.135	177.159	1,24	27,1	21,8	0,07
davon Refahfälle	Männer	10.269	292.459	1,94	55,1	28,5	0,15
	Frauen	2.484	77.610	2,00	62,4	31,2	0,17
	Gesamt	12.753	370.069	1,95	56,5	29,0	0,15

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.1.7 Mitglieder ohne Rentner

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	321.077	1.834.910	12,92	73,8	5,7	0,20
	Frauen	270.455	1.567.670	13,55	78,6	5,8	0,22
	Gesamt	591.532	3.402.580	13,20	75,9	5,8	0,21
Neubildungen (C00–D48)	Männer	48.646	1.347.008	1,96	54,2	27,2	0,15
	Frauen	50.400	1.772.692	2,53	88,8	35,2	0,24
	Gesamt	99.046	3.119.700	2,21	69,6	31,5	0,19
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	17.247	301.026	0,69	12,1	17,5	0,03
	Frauen	14.852	251.771	0,74	12,6	17,0	0,03
	Gesamt	32.099	552.797	0,72	12,3	17,2	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	144.995	5.667.339	5,83	228,0	39,1	0,62
	Frauen	183.212	7.090.471	9,18	355,3	38,7	0,97
	Gesamt	328.207	12.757.810	7,32	284,7	38,9	0,78
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	61.980	974.034	2,49	39,2	15,7	0,11
	Frauen	78.331	992.965	3,92	49,8	12,7	0,14
	Gesamt	140.311	1.966.999	3,13	43,9	14,0	0,12
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	42.223	318.906	1,70	12,8	7,6	0,04
	Frauen	33.224	234.446	1,66	11,8	7,1	0,03
	Gesamt	75.447	553.352	1,68	12,4	7,3	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	35.819	342.592	1,44	13,8	9,6	0,04
	Frauen	35.262	332.693	1,77	16,7	9,4	0,05
	Gesamt	71.081	675.285	1,59	15,1	9,5	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	89.601	2.175.404	3,60	87,5	24,3	0,24
	Frauen	58.191	1.032.959	2,92	51,8	17,8	0,14
	Gesamt	147.792	3.208.363	3,30	71,6	21,7	0,20
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	877.154	5.867.980	35,28	236,0	6,7	0,65
	Frauen	832.549	5.507.024	41,71	275,9	6,6	0,76
	Gesamt	1.709.703	11.375.004	38,15	253,8	6,7	0,70
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	316.293	2.138.147	12,72	86,0	6,8	0,24
	Frauen	243.512	1.463.607	12,20	73,3	6,0	0,20
	Gesamt	559.805	3.601.754	12,49	80,4	6,4	0,22
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	46.634	618.624	1,88	24,9	13,3	0,07
	Frauen	30.500	341.002	1,53	17,1	11,2	0,05
	Gesamt	77.134	959.626	1,72	21,4	12,4	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	583.299	11.173.736	23,46	449,5	19,2	1,23
	Frauen	367.511	7.782.366	18,41	389,9	21,2	1,07
	Gesamt	950.810	18.956.102	21,21	423,0	19,9	1,16
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	37.435	432.928	1,51	17,4	11,6	0,05
	Frauen	88.903	773.683	4,45	38,8	8,7	0,11
	Gesamt	126.338	1.206.611	2,82	26,9	9,6	0,07
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	52.156	565.251	2,61	28,3	10,8	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	169.739	1.704.867	6,83	68,6	10,0	0,19
	Frauen	184.969	1.708.237	9,27	85,6	9,2	0,23
	Gesamt	354.708	3.413.104	7,91	76,2	9,6	0,21
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	273.349	5.599.754	11,00	225,3	20,5	0,62
	Frauen	154.890	3.116.260	7,76	156,1	20,1	0,43
	Gesamt	428.239	8.716.014	9,55	194,5	20,4	0,53
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	35.997	750.579	1,45	30,2	20,9	0,08
	Frauen	41.307	842.068	2,07	42,2	20,4	0,12
	Gesamt	77.304	1.592.647	1,72	35,5	20,6	0,10
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>3.108.386</b>	<b>41.377.455</b>	<b>125,03</b>	<b>1.664,4</b>	<b>13,3</b>	<b>4,56</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.727.460</b>	<b>35.505.750</b>	<b>136,66</b>	<b>1.779,0</b>	<b>13,0</b>	<b>4,87</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.835.846</b>	<b>76.883.205</b>	<b>130,21</b>	<b>1.715,4</b>	<b>13,2</b>	<b>4,70</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	98.807	2.223.242	3,97	89,4	22,5	0,25
	Frauen	44.918	930.104	2,25	46,6	20,7	0,13
	Gesamt	143.725	3.153.346	3,21	70,4	21,9	0,19
davon Rehafälle	Männer	54.307	1.713.867	2,18	68,9	31,6	0,19
	Frauen	44.540	1.452.764	2,23	72,8	32,6	0,20
	Gesamt	98.847	3.166.631	2,21	70,7	32,0	0,19

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.1.8 Beschäftigte Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	317.444	1.808.450	13,86	79,0	5,7	0,22
	Frauen	267.039	1.539.668	14,50	83,6	5,8	0,23
	Gesamt	584.483	3.348.118	14,15	81,0	5,7	0,22
Neubildungen (C00–D48)	Männer	47.380	1.275.593	2,07	55,7	26,9	0,15
	Frauen	49.034	1.690.289	2,66	91,8	34,5	0,25
	Gesamt	96.414	2.965.882	2,33	71,8	30,8	0,20
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	16.772	279.047	0,73	12,2	16,6	0,03
	Frauen	14.397	238.372	0,78	13,0	16,6	0,04
	Gesamt	31.169	517.419	0,75	12,5	16,6	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	136.725	5.043.789	5,97	220,2	36,9	0,60
	Frauen	174.156	6.381.218	9,46	346,6	36,6	0,95
	Gesamt	310.881	11.425.007	7,52	276,5	36,8	0,76
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	60.312	918.611	2,63	40,1	15,2	0,11
	Frauen	76.437	938.590	4,15	51,0	12,3	0,14
	Gesamt	136.749	1.857.201	3,31	45,0	13,6	0,12
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	41.797	309.499	1,82	13,5	7,4	0,04
	Frauen	32.798	227.374	1,78	12,4	6,9	0,03
	Gesamt	74.595	536.873	1,81	13,0	7,2	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	35.394	334.049	1,55	14,6	9,4	0,04
	Frauen	34.724	325.553	1,89	17,7	9,4	0,05
	Gesamt	70.118	659.602	1,70	16,0	9,4	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	87.193	2.071.844	3,81	90,4	23,8	0,25
	Frauen	56.805	983.876	3,09	53,4	17,3	0,15
	Gesamt	143.998	3.055.720	3,49	74,0	21,2	0,20
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	869.031	5.782.682	37,94	252,4	6,7	0,69
	Frauen	823.625	5.424.288	44,74	294,6	6,6	0,81
	Gesamt	1.692.656	11.206.970	40,97	271,2	6,6	0,74
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	312.472	2.086.624	13,64	91,1	6,7	0,25
	Frauen	240.162	1.416.872	13,04	77,0	5,9	0,21
	Gesamt	552.634	3.503.496	13,38	84,8	6,3	0,23
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	45.818	597.877	2,00	26,1	13,1	0,07
	Frauen	29.950	327.522	1,63	17,8	10,9	0,05
	Gesamt	75.768	925.399	1,83	22,4	12,2	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	572.657	10.690.091	25,00	466,7	18,7	1,28
	Frauen	358.394	7.385.462	19,47	401,2	20,6	1,10
	Gesamt	931.051	18.075.553	22,53	437,5	19,4	1,20
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	36.736	420.771	1,60	18,4	11,5	0,05
	Frauen	87.445	751.216	4,75	40,8	8,6	0,11
	Gesamt	124.181	1.171.987	3,01	28,4	9,4	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	50.974	548.204	2,77	29,8	10,8	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	166.492	1.636.648	7,27	71,5	9,8	0,20
	Frauen	181.387	1.638.877	9,85	89,0	9,0	0,24
	Gesamt	347.879	3.275.525	8,42	79,3	9,4	0,22
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	269.730	5.466.791	11,77	238,7	20,3	0,65
	Frauen	152.234	3.019.887	8,27	164,0	19,8	0,45
	Gesamt	421.964	8.486.678	10,21	205,4	20,1	0,56
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	35.261	713.816	1,54	31,2	20,2	0,09
	Frauen	40.405	799.444	2,19	43,4	19,8	0,12
	Gesamt	75.666	1.513.260	1,83	36,6	20,0	0,10
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>3.057.961</b>	<b>39.557.211</b>	<b>133,49</b>	<b>1.726,8</b>	<b>12,9</b>	<b>4,73</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.677.010</b>	<b>33.759.455</b>	<b>145,40</b>	<b>1.833,7</b>	<b>12,6</b>	<b>5,02</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.734.971</b>	<b>73.316.666</b>	<b>138,80</b>	<b>1.774,4</b>	<b>12,8</b>	<b>4,86</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	98.104	2.192.489	4,28	95,7	22,4	0,26
	Frauen	44.561	914.011	2,42	49,7	20,5	0,14
	Gesamt	142.665	3.106.500	3,45	75,2	21,8	0,21
davon Refahfälle	Männer	51.031	1.593.960	2,23	69,6	31,2	0,19
	Frauen	41.692	1.356.918	2,26	73,7	32,6	0,20
	Gesamt	92.723	2.950.878	2,24	71,4	31,8	0,20

A.2 Krankengeld-Kennzahlen – **der Mitglieder ohne Rentner** –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		KG-Fälle	KG-Tage	KG-Fälle	KG-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	3.143	144.766	0,13	5,8	46,1
	Frauen	2.813	127.674	0,14	6,4	45,4
	Gesamt	5.956	272.440	0,13	6,1	45,7
Neubildungen (C00-D48)	Männer	6.879	808.185	0,28	32,5	117,5
	Frauen	8.759	1.069.073	0,44	53,6	122,1
	Gesamt	15.638	1.877.258	0,35	41,9	120,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	1.177	101.057	0,05	4,1	85,9
	Frauen	1.003	74.954	0,05	3,8	74,7
	Gesamt	2.180	176.011	0,05	3,9	80,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	25.438	2.886.202	1,02	116,1	113,5
	Frauen	30.716	3.703.952	1,54	185,6	120,6
	Gesamt	56.154	6.590.154	1,25	147,0	117,4
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	4.320	379.869	0,17	15,3	87,9
	Frauen	4.309	345.227	0,22	17,3	80,1
	Gesamt	8.629	725.096	0,19	16,2	84,0
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.208	71.424	0,05	2,9	59,1
	Frauen	748	47.309	0,04	2,4	63,3
	Gesamt	1.956	118.733	0,04	2,7	60,7
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	867	62.814	0,03	2,5	72,5
	Frauen	823	65.864	0,04	3,3	80,0
	Gesamt	1.690	128.678	0,04	2,9	76,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	10.450	992.068	0,42	39,9	94,9
	Frauen	3.830	409.660	0,19	20,5	107,0
	Gesamt	14.280	1.401.728	0,32	31,3	98,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	6.456	339.893	0,26	13,7	52,7
	Frauen	6.492	289.761	0,33	14,5	44,6
	Gesamt	12.948	629.654	0,29	14,1	48,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	7.241	369.267	0,29	14,9	51,0
	Frauen	4.094	247.669	0,21	12,4	60,5
	Gesamt	11.335	616.936	0,25	13,8	54,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	2.511	134.082	0,10	5,4	53,4
	Frauen	1.147	73.974	0,06	3,7	64,5
	Gesamt	3.658	208.056	0,08	4,6	56,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	53.131	3.855.151	2,14	155,1	72,6
	Frauen	37.931	2.997.016	1,90	150,2	79,0
	Gesamt	91.062	6.852.167	2,03	152,9	75,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.917	99.954	0,08	4,0	52,1
	Frauen	2.984	140.988	0,15	7,1	47,3
	Gesamt	4.901	240.942	0,11	5,4	49,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.537	46.994	0,08	2,4	30,6
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	5.312	478.085	0,21	19,2	90,0
	Frauen	4.902	423.430	0,25	21,2	86,4
	Gesamt	10.214	901.515	0,23	20,1	88,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	20.922	1.179.664	0,84	47,5	56,4
	Frauen	12.964	786.563	0,65	39,4	60,7
	Gesamt	33.886	1.966.227	0,76	43,9	58,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	3.694	314.332	0,15	12,6	85,1
	Frauen	3.761	323.524	0,19	16,2	86,0
	Gesamt	7.455	637.856	0,17	14,2	85,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>155.256</b>	<b>12.270.435</b>	<b>6,25</b>	<b>493,6</b>	<b>79,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>129.462</b>	<b>11.222.701</b>	<b>6,49</b>	<b>562,3</b>	<b>86,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>284.718</b>	<b>23.493.136</b>	<b>6,35</b>	<b>524,2</b>	<b>82,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	498	56.994	0,02	2,3	114,5
	Frauen	181	21.284	0,01	1,1	117,6
	Gesamt	679	78.278	0,02	1,8	115,3

A.3 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner –  
mit Gliederung nach AU-Dauer in Kalendertagen und Wochen (Berichtsjahr 2017)

Dauer der Arbeitsunfähigkeit		Mitglieder ohne Rentner: 4.481.898					
		Zahl der AU-Fälle		Summe der AU-Tage		AU-Tage je Fall	
in Kalendertagen		absolut	in %	absolut	in %	in der Woche	bis zur Woche
1. Woche	1	648.092	11,1	648.092	0,8	1,0	1,0
	2	635.160	10,9	1.270.320	1,7	2,0	1,5
	3	725.300	12,4	2.175.900	2,8	3,0	2,0
	4	562.716	9,6	2.250.864	2,9	4,0	2,5
	5	795.152	13,6	3.975.760	5,2	5,0	3,1
	6	224.713	3,9	1.348.278	1,8	6,0	3,3
	7	186.201	3,2	1.303.407	1,7	7,0	3,4
	Summe/Durchschnitt	3.777.334	64,7	12.972.621	16,9	3,4	3,4
2. Woche	8	214.292	3,7	1.714.336	2,2	8,0	3,7
	9	180.830	3,1	1.627.470	2,1	9,0	3,9
	10	168.363	2,9	1.683.630	2,2	10,0	4,2
	11	139.192	2,4	1.531.112	2,0	11,0	4,4
	12	195.643	3,4	2.347.716	3,1	12,0	4,7
	13	62.000	1,1	806.000	1,1	13,0	4,8
	14	59.057	1,0	826.798	1,1	14,0	4,9
	Summe/Durchschnitt	1.019.377	17,5	10.537.062	13,7	10,3	4,9
3. Woche	15	77.646	1,3	1.164.690	1,5	15,0	5,1
	16	59.640	1,0	954.240	1,2	16,0	5,2
	17	53.664	0,9	912.288	1,2	17,0	5,3
	18	48.134	0,8	866.412	1,1	18,0	5,4
	19	63.204	1,1	1.200.876	1,6	19,0	5,6
	20	24.015	0,4	480.300	0,6	20,0	5,7
	21	26.648	0,5	559.608	0,7	21,0	5,8
	Summe/Durchschnitt	352.951	6,1	6.138.414	8,0	17,4	5,8
4. Woche	22	53.970	0,9	1.187.340	1,5	22,0	5,9
	23	25.872	0,4	595.056	0,8	23,0	6,0
	24	24.905	0,4	597.720	0,8	24,0	6,1
	25	24.473	0,4	611.825	0,8	25,0	6,2
	26	34.299	0,6	891.774	1,2	26,0	6,3
	27	14.266	0,2	385.182	0,5	27,0	6,4
	28	17.570	0,3	491.960	0,6	28,0	6,4
	Summe/Durchschnitt	195.355	3,4	4.760.857	6,2	24,4	6,4
5. Woche	29	30.286	0,5	878.294	1,1	29,0	6,6
	30	17.005	0,3	510.150	0,7	30,0	6,6
	31	15.663	0,3	485.553	0,6	31,0	6,7
	32	15.851	0,3	507.232	0,7	32,0	6,8
	33	19.784	0,3	652.872	0,9	33,0	6,9
	34	9.166	0,2	311.644	0,4	34,0	6,9
	35	9.969	0,2	348.915	0,5	35,0	7,0
	Summe/Durchschnitt	117.724	2,0	3.694.660	4,8	31,4	7,0
6. Woche	36	17.559	0,3	632.124	0,8	36,0	7,1
	37	10.485	0,2	387.945	0,5	37,0	7,1
	38	10.808	0,2	410.704	0,5	38,0	7,2
	39	11.783	0,2	459.537	0,6	39,0	7,3
	40	16.724	0,3	668.960	0,9	40,0	7,4
	41	8.236	0,1	337.676	0,4	41,0	7,4
	42	27.667	0,5	1.162.014	1,5	42,0	7,6
	Summe/Durchschnitt	103.262	1,8	4.058.960	5,3	39,3	7,6
7. Woche	Summe/Durchschnitt	50.013	0,9	2.251.815	2,9	45,0	7,9
8. Woche	Summe/Durchschnitt	26.043	0,5	1.376.785	1,8	52,9	8,1
9. Woche	Summe/Durchschnitt	19.968	0,3	1.195.288	1,6	59,9	8,3
10. Woche	Summe/Durchschnitt	15.399	0,3	1.031.409	1,3	67,0	8,5
11. Woche	Summe/Durchschnitt	13.453	0,2	994.681	1,3	73,9	8,6
12. Woche	Summe/Durchschnitt	11.245	0,2	911.084	1,2	81,0	8,8
13.–26. Woche	Summe/Durchschnitt	79.428	1,4	9.735.155	12,7	122,6	10,3
27.–52. Woche	Summe/Durchschnitt	38.099	0,7	9.658.098	12,6	253,5	11,9
53.–78. Woche	Summe/Durchschnitt	15.457	0,3	7.153.457	9,3	462,8	13,1
>78 Wochen	Summe/Durchschnitt	738	0,0	412.859	0,5	559,4	13,2
<b>Gesamt</b>	<b>Summe/Durchschnitt</b>	<b>5.835.846</b>	<b>100</b>	<b>76.883.205</b>	<b>100</b>	<b>13,2</b>	<b>13,2</b>

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2017)

A.4.1 Männer – sortiert nach Fallzahl

ICD-10-Code	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	453.564	2.722.429	182,44	1.095,1	6,0
M54	Rückenschmerzen	232.438	3.251.175	93,50	1.307,8	14,0
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	164.941	759.412	66,35	305,5	4,6
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	102.100	267.917	41,07	107,8	2,6
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	79.564	476.391	32,00	191,6	6,0
J20	Akute Bronchitis	72.126	550.014	29,01	221,2	7,6
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	64.796	305.664	26,06	123,0	4,7
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	55.247	416.073	22,22	167,4	7,5
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	39.823	1.048.319	16,02	421,7	26,3
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	39.525	532.341	15,90	214,1	13,5
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	38.870	283.960	15,64	114,2	7,3
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	37.503	204.220	15,09	82,2	5,5
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	34.942	605.037	14,06	243,4	17,3
J03	Akute Tonsillitis	34.444	209.517	13,85	84,3	6,1
F32	Depressive Episode	33.653	1.860.579	13,54	748,4	55,3
J01	Akute Sinusitis	33.060	204.081	13,30	82,1	6,2
J02	Akute Pharyngitis	32.632	183.379	13,13	73,8	5,6
J32	Chronische Sinusitis	32.337	221.952	13,01	89,3	6,9
K29	Gastritis und Duodenitis	31.241	188.012	12,57	75,6	6,0
M75	Schulterläsionen	29.856	972.232	12,01	391,1	32,6

A.4.2 Männer – sortiert nach Tagen

ICD-10-Code	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	232.438	3.251.175	93,50	1.307,8	14,0
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	453.564	2.722.429	182,44	1.095,1	6,0
F32	Depressive Episode	33.653	1.860.579	13,54	748,4	55,3
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	39.823	1.048.319	16,02	421,7	26,3
M75	Schulterläsionen	29.856	972.232	12,01	391,1	32,6
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	26.564	856.498	10,69	344,5	32,2
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	164.941	759.412	66,35	305,5	4,6
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	24.899	750.510	10,02	301,9	30,1
F33	Rezidivierende depressive Störung	9.570	618.280	3,85	248,7	64,6
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	34.942	605.037	14,06	243,4	17,3
J20	Akute Bronchitis	72.126	550.014	29,01	221,2	7,6
F48	Andere neurotische Störungen	20.410	542.043	8,21	218,0	26,6
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	14.079	539.856	5,66	217,2	38,3
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	17.284	539.575	6,95	217,0	31,2
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	39.525	532.341	15,90	214,1	13,5
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	79.564	476.391	32,00	191,6	6,0
M77	Sonstige Enthesopathien	27.382	465.958	11,01	187,4	17,0
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	55.247	416.073	22,22	167,4	7,5
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	25.814	401.067	10,38	161,3	15,5
F45	Somatoforme Störungen	14.006	385.377	5,63	155,0	27,5

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2017)

A.4.3 Frauen – sortiert nach Fallzahl

ICD-10-Code	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	410.480	2.508.178	205,67	1.256,7	6,1
M54	Rückenschmerzen	137.448	2.031.262	68,87	1.017,7	14,8
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	130.803	616.094	65,54	308,7	4,7
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	78.648	227.980	39,41	114,2	2,9
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	71.434	438.359	35,79	219,6	6,1
J20	Akute Bronchitis	61.737	474.020	30,93	237,5	7,7
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	59.238	1.568.951	29,68	786,1	26,5
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	56.096	395.181	28,11	198,0	7,0
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	49.920	244.916	25,01	122,7	4,9
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	49.220	368.683	24,66	184,7	7,5
J01	Akute Sinusitis	43.040	265.142	21,56	132,9	6,2
F32	Depressive Episode	41.200	2.262.079	20,64	1.133,4	54,9
G43	Migräne	40.816	168.688	20,45	84,5	4,1
J32	Chronische Sinusitis	40.635	264.451	20,36	132,5	6,5
J03	Akute Tonsillitis	38.111	227.991	19,10	114,2	6,0
J02	Akute Pharyngitis	36.670	204.450	18,37	102,4	5,6
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	34.286	188.608	17,18	94,5	5,5
K29	Gastritis und Duodenitis	32.775	201.387	16,42	100,9	6,1
F48	Andere neurotische Störungen	29.346	803.862	14,70	402,8	27,4
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	26.963	169.755	13,51	85,1	6,3

A.4.4 Frauen – sortiert nach Tagen

ICD-10-Code	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	410.480	2.508.178	205,67	1.256,7	6,1
F32	Depressive Episode	41.200	2.262.079	20,64	1.133,4	54,9
M54	Rückenschmerzen	137.448	2.031.262	68,87	1.017,7	14,8
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	59.238	1.568.951	29,68	786,1	26,5
F33	Rezidivierende depressive Störung	12.538	872.049	6,28	436,9	69,6
F48	Andere neurotische Störungen	29.346	803.862	14,70	402,8	27,4
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	10.173	726.281	5,10	363,9	71,4
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	130.803	616.094	65,54	308,7	4,7
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	16.454	603.285	8,24	302,3	36,7
M75	Schulterläsionen	18.204	600.007	9,12	300,6	33,0
F45	Somatoforme Störungen	18.624	517.163	9,33	259,1	27,8
J20	Akute Bronchitis	61.737	474.020	30,93	237,5	7,7
F41	Andere Angststörungen	9.269	470.114	4,64	235,6	50,7
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	71.434	438.359	35,79	219,6	6,1
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	12.148	410.415	6,09	205,6	33,8
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	56.096	395.181	28,11	198,0	7,0
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	49.220	368.683	24,66	184,7	7,5
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	7.973	353.452	3,99	177,1	44,3
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	17.973	351.967	9,01	176,4	19,6
M77	Sonstige Enthesopathien	15.996	317.008	8,01	158,8	19,8

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2017)

A.4.5 Gesamt – sortiert nach Fallzahl

ICD-10-Code	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	864.044	5.230.607	192,79	1.167,1	6,1
M54	Rückenschmerzen	369.886	5.282.437	82,53	1.178,6	14,3
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	295.744	1.375.506	65,99	306,9	4,7
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	180.748	495.897	40,33	110,6	2,7
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	150.998	914.750	33,69	204,1	6,1
J20	Akute Bronchitis	133.863	1.024.034	29,87	228,5	7,7
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	114.716	550.580	25,60	122,9	4,8
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	104.467	784.756	23,31	175,1	7,5
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	99.061	2.617.270	22,10	584,0	26,4
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	94.966	679.141	21,19	151,5	7,2
J01	Akute Sinusitis	76.100	469.223	16,98	104,7	6,2
F32	Depressive Episode	74.853	4.122.658	16,70	919,9	55,1
J32	Chronische Sinusitis	72.972	486.403	16,28	108,5	6,7
J03	Akute Tonsillitis	72.555	437.508	16,19	97,6	6,0
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	71.789	392.828	16,02	87,7	5,5
J02	Akute Pharyngitis	69.302	387.829	15,46	86,5	5,6
K29	Gastritis und Duodenitis	64.016	389.399	14,28	86,9	6,1
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	59.914	781.236	13,37	174,3	13,0
G43	Migräne	56.901	234.020	12,70	52,2	4,1
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	55.132	348.663	12,30	77,8	6,3

A.4.6 Gesamt – sortiert nach Tagen

ICD-10-Code	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	369.886	5.282.437	82,53	1.178,6	14,3
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	864.044	5.230.607	192,79	1.167,1	6,1
F32	Depressive Episode	74.853	4.122.658	16,70	919,9	55,1
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	99.061	2.617.270	22,10	584,0	26,4
M75	Schulterläsionen	48.060	1.572.239	10,72	350,8	32,7
F33	Rezidivierende depressive Störung	22.108	1.490.329	4,93	332,5	67,4
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	43.018	1.459.783	9,60	325,7	33,9
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	295.744	1.375.506	65,99	306,9	4,7
F48	Andere neurotische Störungen	49.756	1.345.905	11,10	300,3	27,1
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	37.047	1.160.925	8,27	259,0	31,3
J20	Akute Bronchitis	133.863	1.024.034	29,87	228,5	7,7
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	52.915	957.004	11,81	213,5	18,1
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	150.998	914.750	33,69	204,1	6,1
F45	Somatoforme Störungen	32.630	902.540	7,28	201,4	27,7
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	22.052	893.308	4,92	199,3	40,5
F41	Andere Angststörungen	16.680	825.468	3,72	184,2	49,5
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	25.428	812.736	5,67	181,3	32,0
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	104.467	784.756	23,31	175,1	7,5
M77	Sonstige Enthesopathien	43.378	782.966	9,68	174,7	18,1
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	59.914	781.236	13,37	174,3	13,0

A.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tag – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.5.1 AU-Fälle je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 1)

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	AU-Fälle je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					
		<20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	33,1	25,5	16,3	13,7	13,0	11,9
	Frauen	31,8	25,4	16,5	13,3	12,8	12,0
	Gesamt	32,6	25,5	16,4	13,5	12,9	11,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	0,5	0,5	0,6	0,8	1,0	1,3
	Frauen	0,6	0,8	1,0	1,2	1,7	2,5
	Gesamt	0,5	0,7	0,8	1,0	1,3	1,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,6
	Frauen	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7
	Gesamt	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3,8	4,9	4,8	4,8	5,4	5,9
	Frauen	7,3	8,2	7,5	7,2	8,0	8,8
	Gesamt	5,1	6,4	6,1	5,9	6,6	7,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3,7	3,3	2,3	1,9	2,0	2,3
	Frauen	6,2	6,1	4,1	3,3	3,4	3,7
	Gesamt	4,6	4,5	3,1	2,5	2,7	2,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1,4	1,2	1,0	1,1	1,3	1,5
	Frauen	1,8	1,6	1,3	1,2	1,3	1,3
	Gesamt	1,6	1,4	1,1	1,2	1,3	1,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2,1	1,5	1,2	1,2	1,4	1,5
	Frauen	2,5	2,3	1,7	1,5	1,6	1,7
	Gesamt	2,2	1,9	1,5	1,4	1,5	1,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1,6	1,3	1,1	1,3	1,7	2,4
	Frauen	2,9	2,1	1,8	1,7	1,8	2,3
	Gesamt	2,1	1,7	1,4	1,4	1,7	2,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	67,7	51,7	36,8	34,9	35,5	34,7
	Frauen	75,3	61,7	45,7	39,8	40,1	39,5
	Gesamt	70,7	56,1	41,0	37,1	37,7	37,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	18,8	15,7	11,0	9,8	10,3	11,3
	Frauen	21,1	17,3	11,0	8,9	9,3	10,4
	Gesamt	19,7	16,4	11,0	9,4	9,8	10,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3,5	2,9	2,1	1,7	1,6	1,6
	Frauen	2,7	2,3	1,4	1,2	1,2	1,4
	Gesamt	3,2	2,6	1,8	1,5	1,4	1,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11,9	14,4	14,4	15,0	17,9	22,1
	Frauen	10,9	11,8	10,7	10,4	12,8	16,8
	Gesamt	11,5	13,3	12,7	12,9	15,5	19,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	0,9	1,0	0,9	1,0	1,2	1,4
	Frauen	8,6	6,6	4,8	4,2	4,4	4,3
	Gesamt	4,0	3,5	2,8	2,5	2,7	2,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	0,7	2,4	6,7	8,4	5,2	1,4
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	15,8	10,9	6,5	5,4	5,4	5,8
	Frauen	22,0	15,5	10,5	8,7	8,3	8,1
	Gesamt	18,3	12,9	8,4	6,9	6,7	6,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	24,8	19,7	13,1	10,1	9,5	9,6
	Frauen	14,5	11,2	7,4	5,7	5,7	6,5
	Gesamt	20,7	16,0	10,5	8,1	7,7	8,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	0,9	1,0	0,9	0,9	1,0	1,3
	Frauen	1,4	1,7	2,0	2,1	2,0	1,8
	Gesamt	1,1	1,3	1,4	1,5	1,5	1,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>191,0</b>	<b>156,4</b>	<b>113,5</b>	<b>103,9</b>	<b>108,9</b>	<b>115,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>211,2</b>	<b>177,8</b>	<b>135,2</b>	<b>119,6</b>	<b>120,5</b>	<b>123,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>199,0</b>	<b>165,8</b>	<b>123,6</b>	<b>111,0</b>	<b>114,3</b>	<b>119,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	8,4	6,0	4,1	3,4	3,5	3,6
	Frauen	4,6	3,3	2,1	1,6	1,6	1,8
	Gesamt	6,9	4,8	3,2	2,5	2,6	2,8
davon Refahfälle	Männer	0,4	0,4	0,5	0,7	1,0	1,6
	Frauen	0,9	0,4	0,6	0,8	1,2	1,7
	Gesamt	0,6	0,4	0,5	0,7	1,1	1,7

A.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.5.1 AU-Fälle je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 2)

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	AU-Fälle je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					Gesamt
		45-49	50-54	55-59	60-64	≥ 65	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	10,6	10,0	9,9	8,1	1,3	12,9
	Frauen	11,4	11,5	11,5	10,2	1,8	13,6
	Gesamt	10,9	10,6	10,6	9,0	1,5	13,2
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1,9	2,6	4,3	4,5	1,1	2,0
	Frauen	3,3	3,9	4,2	3,8	1,0	2,5
	Gesamt	2,5	3,2	4,3	4,2	1,1	2,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	0,7	1,0	1,3	1,3	0,2	0,7
	Frauen	0,8	0,9	1,0	0,9	0,2	0,7
	Gesamt	0,8	0,9	1,1	1,2	0,2	0,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	6,1	6,8	7,4	6,9	1,1	5,8
	Frauen	9,7	10,8	11,8	11,9	2,2	9,2
	Gesamt	7,7	8,6	9,2	8,9	1,5	7,3
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	2,5	2,7	3,0	2,8	0,4	2,5
	Frauen	4,0	4,3	3,8	3,0	0,7	3,9
	Gesamt	3,2	3,4	3,4	2,9	0,5	3,1
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1,6	2,0	2,8	2,8	0,7	1,7
	Frauen	1,5	1,9	2,5	3,1	0,9	1,7
	Gesamt	1,6	2,0	2,7	2,9	0,7	1,7
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1,5	1,5	1,6	1,4	0,2	1,4
	Frauen	1,8	1,8	1,9	1,7	0,4	1,8
	Gesamt	1,6	1,6	1,8	1,6	0,3	1,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	3,7	5,2	7,4	8,4	1,9	3,6
	Frauen	3,0	3,8	4,9	5,8	1,3	2,9
	Gesamt	3,4	4,6	6,3	7,3	1,7	3,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	32,8	32,2	33,5	28,5	5,4	35,3
	Frauen	37,9	38,5	40,8	37,2	7,6	41,7
	Gesamt	35,1	35,0	36,6	32,0	6,2	38,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	12,4	14,1	16,6	13,7	2,1	12,7
	Frauen	11,6	13,7	15,5	14,3	2,9	12,2
	Gesamt	12,1	13,9	16,1	13,9	2,4	12,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	1,7	1,8	2,0	1,8	0,3	1,9
	Frauen	1,6	1,7	1,7	1,6	0,3	1,5
	Gesamt	1,7	1,8	1,9	1,7	0,3	1,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	25,5	29,7	36,4	36,1	6,1	23,5
	Frauen	21,0	25,5	29,1	29,9	6,1	18,4
	Gesamt	23,5	27,9	33,3	33,6	6,1	21,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1,6	1,9	2,3	2,3	0,4	1,5
	Frauen	4,4	4,4	3,8	3,4	0,7	4,5
	Gesamt	2,9	3,0	3,0	2,7	0,5	2,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	0,2	0,1	0,1	0,1	-	2,6
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	6,0	6,7	7,8	7,5	1,4	6,8
	Frauen	8,0	8,3	8,8	8,6	1,9	9,3
	Gesamt	6,9	7,4	8,2	8,0	1,6	7,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	10,0	10,0	10,2	8,5	1,5	11,0
	Frauen	7,4	8,5	9,6	9,0	2,2	7,8
	Gesamt	8,8	9,3	9,9	8,7	1,8	9,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1,3	1,7	2,7	2,4	0,5	1,5
	Frauen	1,7	2,1	2,9	2,7	0,7	2,1
	Gesamt	1,5	1,9	2,8	2,5	0,5	1,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>120,1</b>	<b>130,1</b>	<b>149,4</b>	<b>137,3</b>	<b>24,6</b>	<b>125,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>129,6</b>	<b>141,9</b>	<b>154,3</b>	<b>147,5</b>	<b>30,9</b>	<b>136,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>124,4</b>	<b>135,3</b>	<b>151,5</b>	<b>141,4</b>	<b>26,9</b>	<b>130,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	3,9	4,0	4,0	3,4	0,6	4,0
	Frauen	2,2	2,5	2,9	2,6	0,8	2,3
	Gesamt	3,1	3,3	3,5	3,1	0,6	3,2
davon Rehafälle	Männer	2,3	3,4	4,8	4,8	0,7	2,2
	Frauen	2,6	3,6	4,6	5,0	0,8	2,2
	Gesamt	2,4	3,5	4,7	4,9	0,7	2,2

A.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.5.2 AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 1)

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	AU-Fälle je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					
		<20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	113,8	103,5	77,5	68,0	68,5	67,7
	Frauen	119,3	110,2	81,5	70,4	71,1	68,1
	Gesamt	116,0	106,5	79,4	69,1	69,7	67,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	5,2	9,2	10,4	13,8	19,4	28,3
	Frauen	9,7	10,4	17,0	25,0	47,0	78,3
	Gesamt	7,0	9,7	13,5	18,9	32,3	51,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2,0	2,4	3,8	4,4	6,1	9,0
	Frauen	3,0	5,3	7,8	8,4	10,5	11,1
	Gesamt	2,4	3,7	5,6	6,2	8,2	10,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	51,1	124,0	144,8	162,0	201,2	228,3
	Frauen	123,7	211,2	232,9	252,1	298,7	328,2
	Gesamt	79,9	162,4	185,7	203,0	246,9	274,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	13,7	18,5	20,1	21,7	26,4	35,1
	Frauen	21,5	31,1	30,6	32,6	39,1	47,3
	Gesamt	16,8	24,0	25,0	26,7	32,4	40,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4,3	5,1	5,1	6,5	7,5	9,7
	Frauen	5,4	5,6	6,7	6,7	6,6	7,8
	Gesamt	4,7	5,4	5,9	6,6	7,1	8,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	8,3	7,1	7,6	9,0	11,1	13,2
	Frauen	9,9	11,5	12,0	10,8	13,3	16,1
	Gesamt	9,0	9,1	9,6	9,8	12,1	14,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	8,9	9,8	13,1	17,3	27,3	45,9
	Frauen	12,6	12,9	17,7	18,7	25,4	33,6
	Gesamt	10,4	11,2	15,2	17,9	26,4	40,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	268,3	242,3	201,0	201,8	214,5	223,7
	Frauen	320,6	299,7	252,0	238,0	245,6	251,6
	Gesamt	289,0	267,6	224,7	218,3	229,1	236,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	72,9	76,2	63,1	57,8	64,6	77,1
	Frauen	89,3	82,9	60,8	52,2	57,7	62,6
	Gesamt	79,4	79,2	62,1	55,3	61,3	70,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	29,8	34,6	26,1	20,4	18,8	18,7
	Frauen	18,2	19,4	13,8	12,0	13,3	13,4
	Gesamt	25,2	27,9	20,4	16,6	16,2	16,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	81,5	147,9	177,7	204,2	272,3	366,8
	Frauen	80,3	129,6	145,8	159,1	215,3	306,8
	Gesamt	81,0	139,8	162,9	183,7	245,6	338,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6,3	7,4	8,1	9,2	11,2	12,6
	Frauen	29,0	28,9	28,5	31,9	38,5	39,9
	Gesamt	15,3	16,9	17,6	19,5	24,0	25,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	4,9	24,9	71,7	91,7	56,7	15,3
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	51,3	48,3	42,0	42,5	45,4	58,9
	Frauen	83,0	78,5	76,3	70,6	73,3	76,3
	Gesamt	63,9	61,6	57,9	55,3	58,5	66,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	276,6	280,7	221,1	180,3	188,1	203,4
	Frauen	124,9	135,1	107,4	91,2	98,0	121,6
	Gesamt	216,6	216,5	168,3	139,8	145,9	165,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7,8	13,0	14,3	15,3	18,1	23,5
	Frauen	15,2	22,9	29,8	31,5	35,2	35,7
	Gesamt	10,7	17,3	21,5	22,7	26,1	29,2
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>1.005,3</b>	<b>1.134,1</b>	<b>1.039,3</b>	<b>1.038,2</b>	<b>1.204,9</b>	<b>1.426,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>1.075,0</b>	<b>1.227,3</b>	<b>1.198,7</b>	<b>1.208,5</b>	<b>1.351,4</b>	<b>1.520,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.032,9</b>	<b>1.175,1</b>	<b>1.113,4</b>	<b>1.115,6</b>	<b>1.273,5</b>	<b>1.470,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	94,0	84,6	70,1	63,6	73,2	85,1
	Frauen	40,4	40,8	32,5	26,6	28,2	35,1
	Gesamt	72,8	65,3	52,7	46,8	52,1	61,9
davon Refahfälle	Männer	8,3	14,6	17,2	24,2	34,8	51,1
	Frauen	16,8	14,0	18,8	25,0	39,0	54,5
	Gesamt	11,6	14,3	17,9	24,5	36,7	52,7

A.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.5.2 AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 2)

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	AU-Fälle je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					Gesamt
		45-49	50-54	55-59	60-64	≥ 65	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	67,6	69,8	79,9	75,5	12,2	73,8
	Frauen	71,0	78,2	86,8	88,0	18,6	78,6
	Gesamt	69,1	73,5	82,9	80,6	14,6	75,9
Neubildungen (C00-D48)	Männer	43,5	73,8	127,2	174,6	49,1	54,2
	Frauen	118,2	149,1	163,5	198,8	56,2	88,8
	Gesamt	77,5	106,9	142,5	184,4	51,8	69,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	13,1	18,9	22,3	28,8	5,8	12,1
	Frauen	14,6	16,9	19,9	20,4	3,2	12,6
	Gesamt	13,8	18,0	21,3	25,4	4,8	12,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	250,1	286,8	326,0	345,1	56,3	228,0
	Frauen	384,2	444,8	510,6	623,0	133,2	355,3
	Gesamt	311,0	356,2	404,2	457,6	84,9	284,7
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	41,8	49,4	68,1	74,6	11,9	39,2
	Frauen	57,0	69,1	71,4	73,6	13,3	49,8
	Gesamt	48,7	58,0	69,5	74,2	12,4	43,9
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	11,2	15,5	25,6	31,0	11,2	12,8
	Frauen	10,4	15,5	21,6	32,2	7,4	11,8
	Gesamt	10,8	15,5	23,9	31,5	9,8	12,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	15,1	17,5	21,7	21,2	2,6	13,8
	Frauen	18,1	19,7	24,8	28,1	3,7	16,7
	Gesamt	16,4	18,4	23,0	24,0	3,0	15,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	82,9	124,0	204,5	273,8	78,4	87,5
	Frauen	54,2	72,6	105,8	155,7	41,9	51,8
	Gesamt	69,9	101,5	162,7	226,0	64,8	71,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	227,7	248,1	292,4	299,2	66,0	236,0
	Frauen	261,1	288,2	343,7	364,1	84,4	275,9
	Gesamt	242,9	265,7	314,1	325,4	72,8	253,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	89,6	103,0	126,6	119,9	23,6	86,0
	Frauen	73,5	83,7	99,8	102,4	27,2	73,3
	Gesamt	82,3	94,5	115,2	112,8	25,0	80,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	23,6	25,4	29,8	33,7	6,9	24,9
	Frauen	17,3	22,0	21,9	24,5	5,8	17,1
	Gesamt	20,7	23,9	26,4	29,9	6,5	21,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	466,9	609,3	837,2	995,5	209,4	449,5
	Frauen	444,0	590,9	732,8	900,7	219,7	389,9
	Gesamt	456,5	601,2	793,0	957,1	213,2	423,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	16,9	21,1	33,9	38,4	8,7	17,4
	Frauen	46,2	46,1	41,8	48,3	7,1	38,8
	Gesamt	30,2	32,1	37,2	42,4	8,1	26,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	1,7	0,4	0,5	0,9	-	28,3
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	62,0	83,0	112,7	131,4	29,3	68,6
	Frauen	82,8	96,2	111,4	121,0	35,5	85,6
	Gesamt	71,4	88,8	112,2	127,2	31,6	76,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	223,9	240,3	265,2	258,7	43,4	225,3
	Frauen	155,7	197,5	261,5	287,3	82,8	156,1
	Gesamt	192,9	221,5	263,6	270,2	58,0	194,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	27,0	39,1	56,7	69,7	17,3	30,2
	Frauen	39,7	50,6	67,3	82,3	17,0	42,2
	Gesamt	32,7	44,2	61,2	74,8	17,2	35,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>1.667,9</b>	<b>2.031,0</b>	<b>2.637,9</b>	<b>2.978,2</b>	<b>632,7</b>	<b>1.664,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>1.856,0</b>	<b>2.248,1</b>	<b>2.692,7</b>	<b>3.158,0</b>	<b>758,6</b>	<b>1.779,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.753,4</b>	<b>2.126,4</b>	<b>2.661,1</b>	<b>3.051,0</b>	<b>679,5</b>	<b>1.715,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	97,7	102,7	113,2	120,1	18,2	89,4
	Frauen	45,9	59,2	78,5	87,2	33,1	46,6
	Gesamt	74,2	83,6	98,5	106,8	23,7	70,4
davon Refahfälle	Männer	73,5	105,6	144,0	149,5	27,3	68,9
	Frauen	82,5	116,5	153,9	167,0	24,8	72,8
	Gesamt	77,6	110,4	148,2	156,6	26,4	70,7

A.6 BKK Mitgliederzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt und Anteile an Beschäftigten in Deutschland – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2017)

Wirtschaftsgruppen	WZ-2008-Code*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			Beschäftigte Gesamtdeutschland**			Anteil BKK in %
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
Land- und Forstwirtschaft	13	8.909	5.702	14.611	172.368	79.932	252.300	5,8
Nahrung, Genuss	10-12	32.237	32.024	64.262	374.965	335.095	710.060	9,1
Textil, Bekleidung, Leder	13-15	7.352	7.773	15.125	61.577	66.703	128.280	11,8
Holz, Papier, Druck	16-18	35.241	12.325	47.566	276.929	95.482	372.411	12,8
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	16	7.453	1.842	9.295	92.339	18.560	110.899	8,4
Papiergewerbe	17	16.604	4.206	20.810	96.529	28.976	125.505	16,6
Druck	18	11.185	6.277	17.462	88.061	47.946	136.007	12,8
Chemie	19-22	113.610	44.993	158.603	636.707	267.401	904.108	17,5
Kokerei, Mineralölverarbeitung	19	4.078	743	4.822	20.304	4.667	24.971	19,3
Chemische Industrie	20-21	71.017	31.155	102.173	320.169	162.220	482.389	21,2
Gummi- und Kunststoffwaren	22	38.514	13.095	51.609	296.234	100.514	396.748	13,0
Glas, Keramik, Steine/Erden	23	17.305	4.650	21.955	165.159	39.370	204.529	10,7
Metallerzeugung	24-25	113.685	24.922	138.606	924.068	192.129	1.116.197	12,4
Metallerzeugung und -bearbeitung	24	45.541	5.915	51.456	257.314	34.995	292.309	17,6
Herstellung von Metallerzeugnissen	25	68.144	19.007	87.151	666.754	157.134	823.888	10,6
Metallverarbeitung	26-30	602.497	152.323	754.821	2.324.290	584.644	2.908.934	25,9
Elektronische und elektrotechnische Fertigung	26-27	122.388	52.000	174.389	553.288	227.284	780.572	22,3
Maschinenbau	28	151.202	32.563	183.765	876.513	175.051	1.051.564	17,5
Kfz-Bau	29	305.198	63.590	368.788	759.501	157.430	916.931	40,2
Sonstiger Fahrzeugbau	30	23.709	4.170	27.879	134.988	24.879	159.867	17,4
Möbel und sonstige Erzeugnisse	31-32	30.367	20.067	50.434	224.572	145.166	369.738	13,6
Energie- und Wasserwirtschaft	35-37	45.645	15.399	61.044	221.724	78.370	300.094	20,3
Abfallbeseitigung und Recycling	38-39	15.598	3.617	19.215	147.239	29.169	176.408	10,9
Baugewerbe	41-43	132.930	26.010	158.940	1.608.074	238.820	1.846.894	8,6
Handel	45-47	244.492	275.389	519.882	2.163.734	2.310.050	4.473.784	11,6
Kfz-Werkstätten	45	71.838	21.267	93.105	531.451	137.134	668.585	13,9
Großhandel	46	99.796	63.267	163.063	896.962	487.841	1.384.743	11,8
Einzelhandel	47	72.858	190.856	263.714	735.381	1.685.075	2.420.456	10,9
Verkehr	49-52	154.625	49.827	204.452	1.141.504	318.470	1.459.974	14,0
Landverkehr	49	78.472	16.976	95.447	547.365	98.512	645.877	14,8
Schiff- und Luftfahrt, sonstige	50-52	76.153	32.852	109.005	594.139	219.958	814.097	13,4
Postdienste	53	13.203	9.672	22.875	177.283	113.101	290.384	7,9
Gastgewerbe	55-56	32.370	48.261	80.631	489.603	585.445	1.075.048	7,5
Verlage und Medien	58-60	11.739	14.188	25.927	122.488	121.018	243.506	10,6
Telekommunikation	61	4.596	1.825	6.421	43.444	14.205	57.649	11,1
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	62-63	65.583	30.690	96.273	523.774	219.383	743.157	13,0
Kredit- und Versicherungsgewerbe	64-66	73.403	103.734	177.137	435.630	547.787	983.417	18,0
Dienstleistungen	68-82	279.691	270.006	549.697	2.634.396	2.228.528	4.862.924	11,3
Grundstücks- und Wohnungswesen	68	12.427	15.704	28.131	127.746	133.494	261.240	10,8
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	69-75	139.878	158.421	298.299	1.055.163	1.123.068	2.178.231	13,7
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	78	52.572	25.325	77.897	663.817	260.679	924.496	8,4
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	77, 79-82	74.814	70.556	145.369	787.670	711.287	1.498.957	9,7
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	84	64.459	122.142	186.601	645.568	1.143.705	1.789.273	10,4
Erziehung und Unterricht	85	33.038	98.883	131.921	365.292	901.559	1.266.851	10,4
Gesundheits- und Sozialwesen	86-88	79.130	373.195	452.326	1.096.052	3.668.151	4.764.203	9,5
Gesundheitswesen	86	38.942	216.986	255.929	466.564	1.970.621	2.437.185	10,5
Sozialwesen	87-88	40.188	156.209	196.397	629.488	1.697.530	2.327.018	8,4
Kultur, Sport und Unterhaltung	90-93	12.764	15.056	27.819	141.697	149.710	291.407	9,5
<b>Gesamt</b>		<b>2.290.739</b>	<b>1.841.082</b>	<b>4.131.821</b>	<b>17.601.961</b>	<b>15.129.791</b>	<b>32.731.752</b>	<b>12,6</b>

\* Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Statistisches Bundesamt

\*\* Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ2008); Stichtag: 30. September 2017, Bundesagentur für Arbeit

A.7 AU-Tage, Frauenanteil und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2017)

Wirtschaftsgruppen	AU-Tage je beschäftigtes Pflichtmitglied			AU-Tage je beschäftigtes Mitglied insgesamt			Frauenanteil in %	Durchschnittsalter Mitglieder insgesamt		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt		Männer	Frauen	Gesamt
Land- und Forstwirtschaft	14,6	16,2	15,2	14,3	16,0	14,9	39,0	39,1	41,5	40,0
Nahrung, Genuss	20,5	20,7	20,6	19,6	20,5	20,1	49,8	41,9	42,6	42,3
Textil, Bekleidung, Leder	20,7	17,4	18,9	18,8	17,1	17,9	51,4	44,0	43,8	43,9
Holz, Papier, Druck	21,5	18,2	20,6	20,4	18,0	19,8	25,9	44,1	43,3	43,9
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	19,3	14,5	18,4	18,7	14,6	17,9	19,8	41,5	41,9	41,6
Papiergewerbe	22,9	19,8	22,2	21,4	19,3	21,0	20,2	45,1	43,6	44,8
Druck	21,2	18,2	20,1	20,1	18,1	19,4	36,0	44,4	43,6	44,1
Chemie	22,2	19,9	21,5	19,6	18,7	19,4	28,4	44,4	42,9	44,0
Kokerei, Mineralölverarbeitung	19,6	19,6	19,6	17,2	18,3	17,4	15,4	45,0	40,4	44,3
Chemische Industrie	22,5	19,2	21,3	19,4	17,8	19,0	30,5	44,8	42,5	44,1
Gummi- und Kunststoffwaren	22,0	21,4	21,8	20,2	20,9	20,4	25,4	43,4	44,0	43,6
Glas, Keramik, Steine/Erden	21,9	17,3	20,9	20,6	16,8	19,8	21,2	44,3	43,3	44,1
Metallerzeugung	22,1	18,2	21,4	20,7	17,8	20,2	18,0	43,1	43,7	43,2
Metallerzeugung und -bearbeitung	24,7	17,5	23,9	22,9	17,1	22,2	11,5	45,3	43,5	45,1
Herstellung von Metallzeugnissen	20,4	18,4	19,9	19,2	18,0	19,0	21,8	41,6	43,8	42,1
Metallverarbeitung	20,2	20,5	20,3	17,0	18,8	17,4	20,2	43,5	41,9	43,1
Elektronische und elektrotechnische Fertigung	18,2	22,2	19,7	14,7	20,8	16,5	29,8	43,9	44,5	44,1
Maschinenbau	18,9	15,4	18,2	16,7	14,9	16,4	17,7	42,6	41,7	42,4
Kfz-Bau	21,5	22,2	21,7	18,0	19,3	18,2	17,2	43,7	39,8	43,0
Sonstiger Fahrzeugbau	22,6	17,7	21,8	19,0	16,4	18,6	15,0	44,1	41,9	43,8
Möbel und sonstige Erzeugnisse	18,4	18,9	18,6	16,7	18,5	17,4	39,8	41,8	42,2	42,0
Energie- und Wasserwirtschaft	17,7	16,6	17,3	16,1	16,6	16,2	25,2	45,5	42,8	44,8
Abfallbeseitigung und Recycling	28,6	17,5	26,4	27,5	17,4	25,6	18,8	45,8	43,3	45,3
Baugewerbe	20,2	13,6	19,1	19,8	13,6	18,8	16,4	40,1	42,7	40,5
Handel	16,4	18,6	17,6	15,6	18,4	17,1	53,0	40,1	41,7	40,9
Kfz-Werkstätten	16,8	14,7	16,3	16,3	14,5	15,9	22,8	38,7	39,2	38,8
Großhandel	16,8	15,2	16,1	15,5	15,1	15,3	38,8	42,6	42,0	42,4
Einzelhandel	15,6	20,0	18,9	15,2	20,0	18,7	72,4	38,2	41,8	40,8
Verkehr	24,5	24,0	24,4	23,8	23,6	23,8	24,4	45,2	42,9	44,7
Landverkehr	25,8	28,0	26,2	25,5	27,6	25,9	17,8	46,6	44,5	46,2
Schiff- und Luftfahrt, sonstige	23,1	21,8	22,7	22,1	21,5	21,9	30,1	43,8	42,1	43,3
Postdienste	20,3	28,8	23,9	20,2	28,6	23,8	42,3	40,9	45,3	42,7
Gastgewerbe	13,1	18,8	16,5	13,0	18,8	16,4	59,9	37,5	40,2	39,1
Verlage und Medien	9,0	12,4	11,1	8,7	12,3	10,7	54,7	41,8	41,9	41,8
Telekommunikation	15,0	20,0	16,7	13,0	20,0	15,0	28,4	43,2	40,4	42,4
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	9,6	13,2	11,0	8,9	13,1	10,2	31,9	40,9	40,8	40,9
Kredit- und Versicherungsgewerbe	13,1	15,3	14,6	11,6	15,2	13,7	58,6	42,4	42,4	42,4
Dienstleistungen	16,4	16,6	16,5	14,6	16,2	15,4	49,1	41,2	41,3	41,2
Grundstücks- und Wohnungswesen	15,2	14,4	14,7	14,0	14,3	14,2	55,8	45,2	43,5	44,2
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	11,1	12,7	12,1	9,9	12,5	11,3	53,1	40,9	40,3	40,6
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	19,7	21,2	20,2	19,5	21,2	20,0	32,5	38,5	39,1	38,7
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	20,7	23,2	22,0	20,2	23,0	21,5	48,5	42,8	43,8	43,3
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	21,7	21,1	21,3	20,9	21,1	21,0	65,5	44,9	44,1	44,4
Erziehung und Unterricht	11,2	16,6	15,3	11,1	16,6	15,2	75,0	39,6	41,6	41,1
Gesundheits- und Sozialwesen	17,9	19,9	19,5	17,1	19,8	19,3	82,5	41,2	41,3	41,3
Gesundheitswesen	16,8	16,8	16,8	15,7	16,8	16,6	84,8	40,9	40,0	40,2
Sozialwesen	18,9	24,0	23,0	18,5	23,9	22,8	79,5	41,5	43,1	42,8
Kultur, Sport und Unterhaltung	14,2	17,0	15,8	14,2	16,9	15,7	54,1	39,3	41,4	40,4
<b>Gesamt</b>	<b>19,2</b>	<b>18,7</b>	<b>19,0</b>	<b>17,3</b>	<b>18,3</b>	<b>17,7</b>	<b>44,6</b>	<b>42,5</b>	<b>42,0</b>	<b>42,3</b>

## A.8 – Teil 1 BKK Wirtschaftsgruppen

### A.8 – Teil 2 Wirtschaftsabschnitte und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008

Beginnend mit dem BKK Gesundheitsreport 2018 wird die **»»** Tabelle A.8 nicht mehr in gedruckter, sondern nur noch ausschließlich in digitaler Form über die Homepage des BKK Dachverbandes zur Verfügung gestellt: (<https://www.bkk-dachverband.de/>)

Dabei gliedert sich die digitale Variante der **»»** Tabelle A.8 in zwei Teile:

- Teil 1 beinhaltet die Auswertung der AU-Kennzahlen nach **BKK Wirtschaftsgruppen** entsprechend ihrer Zusammensetzungen in den **»»** Tabellen A.6 bzw. A.7
- Teil 2 beinhaltet die Auswertung der AU-Kennzahlen nach **Wirtschaftsabschnitten und Wirtschaftsabteilungen** aus der Klassifikation der Wirtschaftszweige Ausgabe 2008 (WZ 2008) deren Zusammensetzung in **»»** Tabelle A.9 bzw. in **»»** Tabelle B.3 zu finden sind.

Weitere Informationen zu den beiden verwendeten Systematiken sind im Kapitel **»»** Methodische Hinweise zu finden.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an: [Gesundheitsberichte@bkk-dv.de](mailto:Gesundheitsberichte@bkk-dv.de)

A.9 BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage, Durchschnittsalter und Krankenstand der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Wirtschaftsabschnitten und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008 (Berichtsjahr 2017)

A.9 (Teil 1)

Wirtschaftsabschnitte/Wirtschaftsabteilungen	WZ-2008-Code*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			AU-Tage je beschäftigtes Mitglied			Durchschnittsalter in Jahren	Krankenstand in %
		Männer	Frauen	Gesamt**	Männer	Frauen	Gesamt		
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	A	8.909	5.702	14.611	14,3	16,0	14,9	40,0	4,09
Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	1	7.774	5.337	13.111	13,5	16,1	14,5	39,9	3,98
Forstwirtschaft und Holzeinschlag	2	1.057	324	1.381	20,1	16,0	19,1	41,5	5,24
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	B	3.553	784	4.337	18,6	14,6	17,9	43,4	4,89
Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	8	2.531	525	3.056	20,1	14,7	19,2	44,1	5,26
Dienstleistungen für den Bergbau	9	529	120	649	14,9	20,5	15,9	42,4	4,36
Verarbeitendes Gewerbe	C	972.567	303.500	1.276.067	18,0	18,7	18,2	43,2	4,99
Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	10	26.678	29.782	56.460	19,8	20,8	20,3	42,2	5,56
Getränkeherstellung	11	4.996	1.931	6.927	19,2	16,0	18,3	43,0	5,00
Tabakverarbeitung	12	564	311	875	18,7	25,9	21,2	42,6	5,82
Herstellung von Textilien	13	5.308	3.605	8.913	21,1	19,0	20,2	45,2	5,54
Herstellung von Bekleidung	14	1.250	3.275	4.525	9,1	15,1	13,4	41,8	3,68
Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	15	794	893	1.687	18,7	16,9	17,7	42,7	4,86
Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren	16	7.453	1.842	9.295	18,7	14,6	17,9	41,6	4,90
Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	17	16.604	4.206	20.810	21,4	19,3	21,0	44,8	5,74
Herstellung von Druckerzeugnissen	18	11.185	6.277	17.462	20,1	18,1	19,4	44,1	5,30
Kokerei und Mineralölverarbeitung	19	4.078	743	4.822	17,2	18,3	17,4	44,3	4,76
Herstellung von chemischen Erzeugnissen	20	55.055	16.694	71.749	20,3	17,5	19,6	44,8	5,38
Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	21	15.963	14.462	30.424	16,4	18,3	17,3	42,5	4,74
Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	22	38.514	13.095	51.609	20,2	20,9	20,4	43,6	5,58
Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik	23	17.305	4.650	21.955	20,6	16,8	19,8	44,1	5,43
Metallerzeugung und -bearbeitung	24	45.541	5.915	51.456	22,9	17,1	22,2	45,1	6,08
Herstellung von Metallerzeugnissen	25	68.144	19.007	87.151	19,2	18,0	19,0	42,1	5,19
Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten	26	55.792	26.430	82.222	12,0	19,2	14,3	43,8	3,92
Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	27	66.596	25.570	92.166	17,0	22,3	18,5	44,3	5,06
Maschinenbau	28	151.202	32.563	183.765	16,7	14,9	16,4	42,4	4,48
Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	29	305.198	63.590	368.788	18,0	19,3	18,2	43,0	4,99
Sonstiger Fahrzeugbau	30	23.709	4.170	27.879	19,0	16,4	18,6	43,8	5,09
Herstellung von Möbeln	31	9.263	3.091	12.354	19,3	17,1	18,8	41,8	5,14
Herstellung von sonstigen Waren	32	21.104	16.976	38.080	15,6	18,7	17,0	42,0	4,65
Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen	33	20.273	4.422	24.695	17,0	18,0	17,2	43,1	4,70
Energieversorgung	D	39.813	13.387	53.200	15,3	16,0	15,5	44,8	4,24
Energieversorgung	35	39.813	13.387	53.200	15,3	16,0	15,5	44,8	4,24
Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung	E	21.431	5.628	27.059	25,8	18,5	24,3	45,1	6,66
Wasserversorgung	36	3.173	1.332	4.505	22,6	23,1	22,7	45,1	6,22
Abwasserentsorgung	37	2.659	679	3.339	20,2	15,3	19,2	44,2	5,26
Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	38	15.405	3.560	18.965	27,6	17,6	25,7	45,3	7,04
Baugewerbe	F	132.930	26.010	158.940	19,8	13,6	18,8	40,5	5,14
Hochbau	41	19.331	4.518	23.849	19,8	12,1	18,4	42,5	5,03
Tiefbau	42	16.973	2.191	19.165	23,7	13,0	22,5	43,6	6,16
Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation	43	96.626	19.301	115.926	19,1	14,0	18,2	39,6	5,00
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	G	244.492	275.389	519.882	15,6	18,4	17,1	40,9	4,69
Handel mit Kraftfahrzeugen, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	45	71.838	21.267	93.105	16,3	14,5	15,9	38,8	4,35
Großhandel	46	99.796	63.267	163.063	15,5	15,1	15,3	42,4	4,20
Einzelhandel	47	72.858	190.856	263.714	15,2	20,0	18,7	40,8	5,11
Verkehr und Lagerei	H	167.828	59.499	227.328	23,5	24,4	23,8	44,5	6,51
Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	49	78.472	16.976	95.447	25,5	27,6	25,9	46,2	7,09
Schifffahrt	50	1.002	726	1.728	15,2	14,5	14,9	42,0	4,07
Luffahrt	51	2.337	4.582	6.919	14,8	22,8	20,1	40,6	5,51
Lagerei sowie sonstige Dienstleistungen für den Verkehr	52	72.814	27.543	100.357	22,4	21,5	22,2	43,5	6,07
Post-, Kurier- und Expressdienste	53	13.203	9.672	22.875	20,2	28,6	23,8	42,7	6,51
Gastgewerbe	I	32.370	48.261	80.631	13,0	18,8	16,4	39,1	4,51
Beherbergung	55	9.348	17.006	26.353	13,5	16,6	15,5	37,3	4,25
Gastronomie	56	23.022	31.256	54.278	12,8	19,9	16,9	40,0	4,63

\* Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Statistisches Bundesamt

\*\* Wirtschaftszweige mit weniger als 500 beschäftigten Mitgliedern insgesamt werden nicht gesondert ausgewiesen – sind aber in den jeweiligen Summenwerten enthalten.

A.9 BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage, Durchschnittsalter und Krankenstand der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Wirtschaftsabschnitten und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008 (Berichtsjahr 2017)

A.9 (Teil 2)

Wirtschaftsabschnitte/Wirtschaftsabteilungen	WZ-2008-Code*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			AU-Tage je beschäftigtes Mitglied			Durchschnittsalter in Jahren	Krankenstand in %
		Männer	Frauen	Gesamt**	Männer	Frauen	Gesamt		
Information und Kommunikation	J	81.919	46.702	128.621	9,1	13,1	10,6	41,1	2,90
Verlagswesen	58	7.242	9.450	16.693	9,1	12,8	11,2	43,1	3,07
Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	59	2.253	2.095	4.348	6,7	10,0	8,3	37,4	2,27
Rundfunkveranstalter	60	2.244	2.642	4.886	9,3	12,3	10,9	41,5	2,99
Telekommunikation	61	4.596	1.825	6.421	13,0	20,0	15,0	42,4	4,11
Dienstleistungen der Informationstechnologie	62	61.153	26.953	88.106	8,7	12,7	9,9	41,0	2,71
Informationsdienstleistungen	63	4.430	3.737	8.167	12,5	16,1	14,1	40,0	3,87
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	K	73.403	103.734	177.137	11,6	15,2	13,7	42,4	3,75
Finanzdienstleistungen	64	48.189	70.358	118.547	10,5	15,0	13,2	42,5	3,61
Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen	65	16.174	17.436	33.609	14,7	17,2	16,0	42,1	4,38
Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	66	9.040	15.940	24.980	11,6	13,8	13,0	42,2	3,56
Grundstücks- und Wohnungswesen	L	12.427	15.704	28.131	14,0	14,3	14,2	44,2	3,89
Grundstücks- und Wohnungswesen	68	12.427	15.704	28.131	14,0	14,3	14,2	44,2	3,89
Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	M	139.878	158.421	298.299	9,9	12,5	11,3	40,6	3,10
Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	69	16.061	50.653	66.713	6,5	11,1	10,0	39,8	2,73
Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben, Unternehmensberatung	70	55.398	55.786	111.185	10,4	13,9	12,2	41,6	3,33
Architektur- und Ingenieurbüros	71	42.064	23.780	65.844	10,4	12,2	11,1	40,5	3,04
Forschung und Entwicklung	72	15.739	11.622	27.361	10,6	14,0	12,0	41,8	3,29
Werbung und Marktforschung	73	6.913	9.514	16.427	9,8	11,4	10,7	37,7	2,93
Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	74	3.457	3.946	7.403	9,3	12,4	11,0	39,1	3,00
Veterinärwesen	75	246	3.119	3.365	11,6	11,4	11,4	32,9	3,13
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	N	127.386	95.881	223.267	19,9	22,5	21,0	41,7	5,75
Vermietung von beweglichen Sachen	77	5.905	3.381	9.286	16,1	17,5	16,6	41,3	4,54
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	78	52.572	25.325	77.897	19,5	21,2	20,0	38,7	5,48
Reisebüros, Reiseveranstalter, sonstige Reservierungen	79	2.897	7.953	10.849	14,3	14,9	14,7	40,5	4,03
Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	80	15.070	5.089	20.159	23,7	27,3	24,6	45,2	6,75
Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	81	31.345	31.691	63.036	21,1	25,4	23,3	44,7	6,37
Wirtschaftliche Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen	82	19.597	22.442	42.039	18,0	22,4	20,3	41,5	5,57
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	O	64.459	122.142	186.601	20,9	21,1	21,0	44,4	5,76
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	84	64.459	122.142	186.601	20,9	21,1	21,0	44,4	5,76
Erziehung und Unterricht	P	33.038	98.883	131.921	11,1	16,6	15,2	41,1	4,17
Erziehung und Unterricht	85	33.038	98.883	131.921	11,1	16,6	15,2	41,1	4,17
Gesundheits- und Sozialwesen	Q	79.130	373.195	452.326	17,1	19,8	19,3	41,3	5,28
Gesundheitswesen	86	38.942	216.986	255.929	15,7	16,8	16,6	40,2	4,54
Heime	87	19.976	80.592	100.568	19,6	26,0	24,7	43,1	6,76
Sozialwesen	88	20.212	75.617	95.829	17,4	21,8	20,8	42,4	5,71
Kunst, Unterhaltung und Erholung	R	12.764	15.056	27.819	14,2	16,9	15,7	40,4	4,30
Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten	90	3.269	2.772	6.040	15,8	14,3	15,1	42,5	4,14
Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	91	1.348	2.161	3.509	17,3	19,0	18,4	45,2	5,03
Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	92	1.597	3.595	5.192	12,1	20,7	18,0	43,0	4,93
Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	93	6.550	6.528	13.078	13,4	15,4	14,3	37,2	3,93
Sonstige Dienstleistungen	S	25.077	61.047	86.124	14,2	16,0	15,5	42,6	4,24
Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen	94	14.815	36.087	50.901	11,9	15,5	14,4	44,4	3,95
Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	95	2.744	1.163	3.906	17,7	16,8	17,4	41,9	4,78
Sonstige überwiegend persönliche Dienstleistungen	96	7.519	23.797	31.316	17,4	16,8	17,0	39,8	4,65
Private Haushalte	T	553	3.561	4.114	11,4	14,0	13,7	49,3	3,75
Private Haushalte mit Hauspersonal	97	529	3.528	4.058	10,7	14,0	13,6	49,4	3,71
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	U	1.122	728	1.850	26,4	26,6	26,5	48,4	7,25
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	99	1.122	728	1.850	26,4	26,6	26,5	48,4	7,25
<b>Gesamt</b>		<b>2.290.739</b>	<b>1.841.082</b>	<b>4.131.821</b>	<b>17,3</b>	<b>18,3</b>	<b>17,7</b>	<b>42,25</b>	<b>4,86</b>

\* Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Statistisches Bundesamt

\*\* Wirtschaftszweige mit weniger als 500 beschäftigten Mitgliedern insgesamt werden nicht gesondert ausgewiesen – sind aber in den jeweiligen Summenwerten enthalten.

A.10 BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage, Durchschnittsalter und Krankenstand der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen aus der KldB 2010 (Berichtsjahr 2017)

Berufssektoren/Berufsegmente/Berufshauptgruppen	KldB-2010-Code*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			AU-Tage je beschäftigtes Mitglied			Durchschnittsalter in Jahren	Krankenstand in %
		Männer	Frauen	Gesamt**	Männer	Frauen	Gesamt		
<b>Produktionsberufe</b>	<b>S1</b>	<b>1.103.077</b>	<b>165.818</b>	<b>1.268.895</b>	<b>18,9</b>	<b>21,6</b>	<b>19,2</b>	<b>42,13</b>	<b>5,27</b>
Land-, Forst- und Gartenbauberufe	S11	22.441	11.271	33.712	18,3	18,9	18,5	39,28	5,06
Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	11	9.784	4.622	14.405	14,7	18,1	15,8	38,44	4,32
Gartenbauberufe und Floristik	12	12.657	6.649	19.307	21,0	19,5	20,5	39,91	5,61
Fertigungsberufe	S12	262.422	48.004	310.426	22,3	22,9	22,4	42,33	6,12
Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikerstellung und -verarbeitung	21	9.283	1.490	10.773	24,9	27,7	25,3	44,13	6,94
Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	22	49.781	9.328	59.110	22,4	28,4	23,4	41,74	6,40
Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung	23	23.661	11.674	35.335	20,3	18,1	19,6	41,72	5,37
Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	24	169.240	14.731	183.970	22,5	25,9	22,8	42,49	6,24
Textil- und Lederberufe	28	6.652	7.039	13.692	22,3	21,2	21,7	44,22	5,95
Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	93	3.805	3.741	7.546	14,2	13,3	13,7	39,73	3,77
Fertigungstechnische Berufe	S13	655.290	94.376	749.666	17,0	21,9	17,6	42,10	4,83
Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	25	322.622	35.962	358.585	19,5	26,7	20,3	41,96	5,55
Mechatronik, Energie- und Elektroberufe	26	148.675	19.341	168.016	15,9	24,2	16,9	40,20	4,62
Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe	27	183.993	39.073	223.065	13,5	16,4	14,0	43,77	3,83
Bau- und Ausbauberufe	S14	162.924	12.167	175.091	21,0	15,8	20,6	42,43	5,64
Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	31	17.011	6.697	23.708	12,1	11,6	12,0	42,95	3,28
Hoch- und Tiefbauberufe	32	43.274	737	44.012	23,3	14,9	23,1	41,71	6,34
(Innen-)Ausbauberufe	33	29.201	1.174	30.375	20,7	20,4	20,7	39,46	5,66
Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	34	73.438	3.559	76.997	21,7	22,2	21,8	43,85	5,96
<b>Personenbezogene Dienstleistungsberufe</b>	<b>S2</b>	<b>175.287</b>	<b>577.557</b>	<b>752.844</b>	<b>14,5</b>	<b>18,7</b>	<b>17,7</b>	<b>40,10</b>	<b>4,84</b>
Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe	S21	55.861	79.237	135.098	15,8	20,8	18,7	39,92	5,12
Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	29	35.026	29.043	64.069	17,8	26,2	21,7	41,66	5,93
Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	63	20.835	50.194	71.029	12,3	17,6	16,0	38,35	4,39
Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe	S22	51.658	294.628	346.287	15,9	18,5	18,1	39,41	4,96
Medizinische Gesundheitsberufe	81	36.706	224.217	260.923	15,5	16,9	16,7	39,37	4,57
Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	82	14.952	70.411	85.364	17,0	23,5	22,4	39,54	6,12
Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	S23	67.768	203.692	271.460	12,3	18,1	16,7	41,06	4,56
Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	83	27.745	158.082	185.827	16,0	19,9	19,3	41,41	5,29
Lehrende und auszubildende Berufe	84	29.880	36.307	66.187	8,6	11,5	10,2	40,29	2,79
Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	91	3.783	6.055	9.839	10,6	14,2	12,8	41,10	3,50
Darstellende und unterhaltende Berufe	94	6.360	3.247	9.607	14,3	13,6	14,1	39,50	3,85
<b>Kaufmännische und unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe</b>	<b>S3</b>	<b>512.985</b>	<b>902.425</b>	<b>1.415.409</b>	<b>11,5</b>	<b>16,0</b>	<b>14,4</b>	<b>42,33</b>	<b>3,94</b>
Handelsberufe	S31	148.453	234.742	383.195	12,6	19,5	16,8	41,51	4,60
Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe	61	84.897	59.150	144.047	11,1	14,0	12,3	42,17	3,37
Verkaufsberufe	62	63.556	175.592	239.149	14,5	21,3	19,5	41,11	5,34
Berufe in Unternehmensführung und -organisation	S32	211.660	382.558	594.218	10,8	14,3	13,1	43,01	3,58
Berufe in Unternehmensführung und -organisation	71	211.660	382.558	594.218	10,8	14,3	13,1	43,01	3,58
Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe	S33	152.872	285.124	437.997	11,5	15,4	14,0	42,11	3,84
Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	72	92.621	150.542	243.164	10,4	13,8	12,5	42,18	3,43
Berufe in Recht und Verwaltung	73	26.135	91.309	117.444	13,8	17,3	16,5	43,03	4,53
Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	92	34.116	43.273	77.389	12,6	16,8	14,9	40,53	4,09
<b>IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe</b>	<b>S4</b>	<b>136.608</b>	<b>42.646</b>	<b>179.254</b>	<b>12,1</b>	<b>16,1</b>	<b>13,0</b>	<b>41,37</b>	<b>3,57</b>
IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe	S41	136.608	42.646	179.254	12,1	16,1	13,0	41,37	3,57
Mathematik, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	41	44.637	22.724	67.361	18,9	18,9	18,9	42,57	5,18
Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	42	3.287	1.305	4.591	12,8	11,4	12,4	39,16	3,39
Informatik, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	43	88.685	18.617	107.302	8,6	13,0	9,4	40,71	2,57
<b>Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungsberufe</b>	<b>S5</b>	<b>333.441</b>	<b>140.767</b>	<b>474.208</b>	<b>23,9</b>	<b>27,3</b>	<b>24,9</b>	<b>45,45</b>	<b>6,82</b>
Sicherheitsberufe	S51	31.535	11.633	43.168	22,6	27,5	23,9	45,94	6,55
Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	53	31.402	11.527	42.929	22,6	27,7	23,9	45,97	6,56
Verkehrs- und Logistikberufe	S52	286.084	78.230	364.314	24,1	27,1	24,7	44,90	6,78
Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	51	177.175	71.236	248.411	23,1	26,5	24,0	43,75	6,58
Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	52	108.909	6.994	115.902	25,8	33,7	26,2	47,38	7,19
Reinigungsberufe	S53	15.822	50.904	66.726	23,6	27,4	26,5	48,17	7,27
Reinigungsberufe	54	15.822	50.904	66.726	23,6	27,4	26,5	48,17	7,27
<b>Gesamt</b>	<b>S9</b>	<b>2.290.739</b>	<b>1.841.082</b>	<b>4.131.821</b>	<b>17,3</b>	<b>18,3</b>	<b>17,7</b>	<b>42,25</b>	<b>4,86</b>

\* Klassifikation der Berufe, Ausgabe 2010 (KldB 2010), Bundesagentur für Arbeit

\*\* Berufsgruppen mit weniger als 500 beschäftigten Mitgliedern insgesamt werden nicht gesondert ausgewiesen – sind aber in den jeweiligen Summenwerten enthalten.

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.1 Baden-Württemberg

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	55.840	300.251	13,35	71,8	5,4	0,20
	Frauen	46.668	252.303	13,60	73,5	5,4	0,20
	Gesamt	102.508	552.554	13,47	72,6	5,4	0,20
Neubildungen (C00–D48)	Männer	7.903	197.998	1,89	47,4	25,1	0,13
	Frauen	8.292	292.156	2,42	85,2	35,2	0,23
	Gesamt	16.195	490.154	2,13	64,4	30,3	0,18
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.347	40.924	0,56	9,8	17,4	0,03
	Frauen	1.985	30.891	0,58	9,0	15,6	0,02
	Gesamt	4.332	71.815	0,57	9,4	16,6	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	20.950	794.481	5,01	190,0	37,9	0,52
	Frauen	26.408	943.620	7,70	275,1	35,7	0,75
	Gesamt	47.358	1.738.101	6,22	228,3	36,7	0,63
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	9.399	138.080	2,25	33,0	14,7	0,09
	Frauen	12.080	143.919	3,52	42,0	11,9	0,11
	Gesamt	21.479	281.999	2,82	37,1	13,1	0,10
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	6.498	47.099	1,55	11,3	7,3	0,03
	Frauen	5.139	37.194	1,50	10,8	7,2	0,03
	Gesamt	11.637	84.293	1,53	11,1	7,2	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	5.618	47.901	1,34	11,5	8,5	0,03
	Frauen	5.337	45.811	1,56	13,4	8,6	0,04
	Gesamt	10.955	93.712	1,44	12,3	8,6	0,03
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	12.862	287.347	3,08	68,7	22,3	0,19
	Frauen	8.434	144.475	2,46	42,1	17,1	0,12
	Gesamt	21.296	431.822	2,80	56,7	20,3	0,16
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	147.636	908.523	35,31	217,3	6,2	0,60
	Frauen	136.214	827.641	39,70	241,3	6,1	0,66
	Gesamt	283.850	1.736.164	37,29	228,1	6,1	0,62
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	47.405	296.304	11,34	70,9	6,3	0,19
	Frauen	35.389	200.427	10,32	58,4	5,7	0,16
	Gesamt	82.794	496.731	10,88	65,3	6,0	0,18
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	7.121	86.882	1,70	20,8	12,2	0,06
	Frauen	4.548	47.590	1,33	13,9	10,5	0,04
	Gesamt	11.669	134.472	1,53	17,7	11,5	0,05
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	87.390	1.594.230	20,90	381,3	18,2	1,04
	Frauen	55.027	1.125.489	16,04	328,1	20,5	0,90
	Gesamt	142.417	2.719.719	18,71	357,3	19,1	0,98
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	5.810	58.898	1,39	14,1	10,1	0,04
	Frauen	13.996	110.777	4,08	32,3	7,9	0,09
	Gesamt	19.806	169.675	2,60	22,3	8,6	0,06
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	7.935	80.083	2,31	23,3	10,1	0,06
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	25.887	225.752	6,19	54,0	8,7	0,15
	Frauen	27.973	235.655	8,15	68,7	8,4	0,19
	Gesamt	53.860	461.407	7,08	60,6	8,6	0,17
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	42.272	811.021	10,11	194,0	19,2	0,53
	Frauen	23.525	442.517	6,86	129,0	18,8	0,35
	Gesamt	65.797	1.253.538	8,64	164,7	19,1	0,45
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	5.702	100.700	1,36	24,1	17,7	0,07
	Frauen	6.456	115.890	1,88	33,8	18,0	0,09
	Gesamt	12.158	216.590	1,60	28,5	17,8	0,08
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>491.710</b>	<b>5.955.068</b>	<b>117,60</b>	<b>1.424,2</b>	<b>12,1</b>	<b>3,90</b>
	<b>Frauen</b>	<b>426.548</b>	<b>5.097.885</b>	<b>124,33</b>	<b>1.486,0</b>	<b>12,0</b>	<b>4,07</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>918.258</b>	<b>11.052.953</b>	<b>120,63</b>	<b>1.452,1</b>	<b>12,0</b>	<b>3,98</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	14.056	288.565	3,36	69,0	20,5	0,19
	Frauen	6.074	115.409	1,77	33,6	19,0	0,09
	Gesamt	20.130	403.974	2,64	53,1	20,1	0,15
davon Refahfälle	Männer	9.267	288.992	2,22	69,1	31,2	0,19
	Frauen	7.535	243.108	2,20	70,9	32,3	0,19
	Gesamt	16.802	532.100	2,21	69,9	31,7	0,19

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.2 Bayern

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	72.543	377.861	12,14	63,2	5,2	0,17
	Frauen	63.002	333.327	12,90	68,3	5,3	0,19
	Gesamt	135.545	711.188	12,48	65,5	5,3	0,18
Neubildungen (C00–D48)	Männer	10.759	295.220	1,80	49,4	27,4	0,14
	Frauen	11.012	375.059	2,26	76,8	34,1	0,21
	Gesamt	21.771	670.279	2,00	61,7	30,8	0,17
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	3.422	60.892	0,57	10,2	17,8	0,03
	Frauen	3.432	58.832	0,70	12,1	17,1	0,03
	Gesamt	6.854	119.724	0,63	11,0	17,5	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	30.985	1.191.684	5,18	199,4	38,5	0,55
	Frauen	39.220	1.487.012	8,03	304,6	37,9	0,83
	Gesamt	70.205	2.678.696	6,47	246,7	38,2	0,68
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	14.232	216.256	2,38	36,2	15,2	0,10
	Frauen	18.878	217.034	3,87	44,5	11,5	0,12
	Gesamt	33.110	433.290	3,05	39,9	13,1	0,11
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	8.837	64.683	1,48	10,8	7,3	0,03
	Frauen	6.919	48.468	1,42	9,9	7,0	0,03
	Gesamt	15.756	113.151	1,45	10,4	7,2	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	8.412	74.302	1,41	12,4	8,8	0,03
	Frauen	8.318	68.875	1,70	14,1	8,3	0,04
	Gesamt	16.730	143.177	1,54	13,2	8,6	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	19.118	461.793	3,20	77,3	24,2	0,21
	Frauen	13.005	217.737	2,66	44,6	16,7	0,12
	Gesamt	32.123	679.530	2,96	62,6	21,2	0,17
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	205.137	1.239.246	34,32	207,4	6,0	0,57
	Frauen	194.633	1.162.530	39,86	238,1	6,0	0,65
	Gesamt	399.770	2.401.776	36,81	221,2	6,0	0,61
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	69.973	466.429	11,71	78,0	6,7	0,21
	Frauen	52.467	305.440	10,75	62,6	5,8	0,17
	Gesamt	122.440	771.869	11,28	71,1	6,3	0,19
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	10.628	131.473	1,78	22,0	12,4	0,06
	Frauen	6.767	74.600	1,39	15,3	11,0	0,04
	Gesamt	17.395	206.073	1,60	19,0	11,9	0,05
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	135.427	2.497.468	22,66	417,9	18,4	1,14
	Frauen	83.884	1.723.908	17,18	353,1	20,6	0,97
	Gesamt	219.311	4.221.376	20,20	388,8	19,3	1,07
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	8.462	91.322	1,42	15,3	10,8	0,04
	Frauen	20.829	164.745	4,27	33,7	7,9	0,09
	Gesamt	29.291	256.067	2,70	23,6	8,7	0,06
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	13.010	139.609	2,66	28,6	10,7	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	41.485	342.141	6,94	57,3	8,3	0,16
	Frauen	45.508	346.685	9,32	71,0	7,6	0,19
	Gesamt	86.993	688.826	8,01	63,4	7,9	0,17
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	70.667	1.421.854	11,82	237,9	20,1	0,65
	Frauen	38.625	783.201	7,91	160,4	20,3	0,44
	Gesamt	109.292	2.205.055	10,06	203,1	20,2	0,56
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7.312	152.692	1,22	25,6	20,9	0,07
	Frauen	8.455	165.842	1,73	34,0	19,6	0,09
	Gesamt	15.767	318.534	1,45	29,3	20,2	0,08
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>718.851</b>	<b>9.115.760</b>	<b>120,28</b>	<b>1.525,3</b>	<b>12,7</b>	<b>4,18</b>
	<b>Frauen</b>	<b>629.418</b>	<b>7.698.842</b>	<b>128,91</b>	<b>1.576,8</b>	<b>12,2</b>	<b>4,32</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.348.269</b>	<b>16.814.602</b>	<b>124,16</b>	<b>1.548,5</b>	<b>12,5</b>	<b>4,24</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	24.812	546.420	4,15	91,4	22,0	0,25
	Frauen	10.945	221.437	2,24	45,4	20,2	0,12
	Gesamt	35.757	767.857	3,29	70,7	21,5	0,19
davon Refahfälle	Männer	13.608	411.898	2,28	68,9	30,3	0,19
	Frauen	10.060	312.297	2,06	64,0	31,0	0,18
	Gesamt	23.668	724.195	2,18	66,7	30,6	0,18

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.3 Berlin

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	12.803	90.233	11,03	77,7	7,1	0,21
	Frauen	13.427	99.548	13,55	100,5	7,4	0,28
	Gesamt	26.230	189.781	12,19	88,2	7,2	0,24
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.877	56.993	1,62	49,1	30,4	0,13
	Frauen	2.392	84.510	2,41	85,3	35,3	0,23
	Gesamt	4.269	141.503	1,98	65,8	33,2	0,18
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	770	14.348	0,66	12,4	18,6	0,03
	Frauen	831	18.437	0,84	18,6	22,2	0,05
	Gesamt	1.601	32.785	0,74	15,2	20,5	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	7.480	287.843	6,44	247,9	38,5	0,68
	Frauen	11.498	461.302	11,61	465,6	40,1	1,28
	Gesamt	18.978	749.145	8,82	348,2	39,5	0,95
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.427	42.397	2,09	36,5	17,5	0,10
	Frauen	3.885	58.308	3,92	58,9	15,0	0,16
	Gesamt	6.312	100.705	2,93	46,8	16,0	0,13
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.794	17.463	1,55	15,0	9,7	0,04
	Frauen	1.944	15.151	1,96	15,3	7,8	0,04
	Gesamt	3.738	32.614	1,74	15,2	8,7	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.466	15.988	1,26	13,8	10,9	0,04
	Frauen	1.906	19.454	1,92	19,6	10,2	0,05
	Gesamt	3.372	35.442	1,57	16,5	10,5	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.585	119.065	3,95	102,6	26,0	0,28
	Frauen	3.361	61.686	3,39	62,3	18,4	0,17
	Gesamt	7.946	180.751	3,69	84,0	22,8	0,23
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	34.796	284.240	29,97	244,8	8,2	0,67
	Frauen	43.104	352.254	43,51	355,6	8,2	0,97
	Gesamt	77.900	636.494	36,20	295,8	8,2	0,81
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	12.716	106.395	10,95	91,6	8,4	0,25
	Frauen	12.656	90.570	12,77	91,4	7,2	0,25
	Gesamt	25.372	196.965	11,79	91,5	7,8	0,25
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.732	25.136	1,49	21,7	14,5	0,06
	Frauen	1.488	19.525	1,50	19,7	13,1	0,05
	Gesamt	3.220	44.661	1,50	20,8	13,9	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	21.805	472.051	18,78	406,6	21,7	1,11
	Frauen	19.112	430.865	19,29	434,9	22,5	1,19
	Gesamt	40.917	902.916	19,02	419,6	22,1	1,15
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.540	19.411	1,33	16,7	12,6	0,05
	Frauen	4.492	44.730	4,53	45,2	10,0	0,12
	Gesamt	6.032	64.141	2,80	29,8	10,6	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	2.740	31.109	2,77	31,4	11,4	0,09
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	6.832	80.959	5,88	69,7	11,9	0,19
	Frauen	9.049	101.545	9,13	102,5	11,2	0,28
	Gesamt	15.881	182.504	7,38	84,8	11,5	0,23
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	10.526	257.325	9,07	221,6	24,5	0,61
	Frauen	7.657	179.162	7,73	180,9	23,4	0,50
	Gesamt	18.183	436.487	8,45	202,9	24,0	0,56
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.723	45.495	1,48	39,2	26,4	0,11
	Frauen	2.267	52.431	2,29	52,9	23,1	0,14
	Gesamt	3.990	97.926	1,85	45,5	24,5	0,12
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>125.125</b>	<b>1.940.052</b>	<b>107,77</b>	<b>1.670,9</b>	<b>15,5</b>	<b>4,58</b>
	<b>Frauen</b>	<b>142.206</b>	<b>2.128.098</b>	<b>143,54</b>	<b>2.148,1</b>	<b>15,0</b>	<b>5,89</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>267.331</b>	<b>4.068.150</b>	<b>124,24</b>	<b>1.890,6</b>	<b>15,2</b>	<b>5,18</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.596	126.229	3,96	108,7	27,5	0,30
	Frauen	2.851	72.585	2,88	73,3	25,5	0,20
	Gesamt	7.447	198.814	3,46	92,4	26,7	0,25
davon Refahfälle	Männer	1.841	60.154	1,59	51,8	32,7	0,14
	Frauen	2.167	68.928	2,19	69,6	31,8	0,19
	Gesamt	4.008	129.082	1,86	60,0	32,2	0,16

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.4 Bremen

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.273	18.876	15,55	89,7	5,8	0,25
	Frauen	2.254	12.610	15,51	86,8	5,6	0,24
	Gesamt	5.527	31.486	15,53	88,5	5,7	0,24
Neubildungen (C00–D48)	Männer	333	9.602	1,58	45,6	28,8	0,12
	Frauen	294	10.269	2,02	70,7	34,9	0,19
	Gesamt	627	19.871	1,76	55,9	31,7	0,15
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel- krankheiten (E00–E90)	Männer	121	2.137	0,57	10,2	17,7	0,03
	Frauen	105	1.486	0,72	10,2	14,2	0,03
	Gesamt	226	3.623	0,64	10,2	16,0	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.308	52.848	6,21	251,1	40,4	0,69
	Frauen	1.479	60.288	10,18	414,8	40,8	1,14
	Gesamt	2.787	113.136	7,83	318,0	40,6	0,87
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	514	7.769	2,44	36,9	15,1	0,10
	Frauen	510	6.473	3,51	44,5	12,7	0,12
	Gesamt	1.024	14.242	2,88	40,0	13,9	0,11
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	383	3.605	1,82	17,1	9,4	0,05
	Frauen	256	1.603	1,76	11,0	6,3	0,03
	Gesamt	639	5.208	1,80	14,6	8,2	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	270	2.588	1,28	12,3	9,6	0,03
	Frauen	247	2.162	1,70	14,9	8,8	0,04
	Gesamt	517	4.750	1,45	13,4	9,2	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	645	14.186	3,06	67,4	22,0	0,18
	Frauen	371	8.307	2,55	57,2	22,4	0,16
	Gesamt	1.016	22.493	2,86	63,2	22,1	0,17
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	7.290	48.680	34,64	231,3	6,7	0,63
	Frauen	5.745	40.319	39,53	277,4	7,0	0,76
	Gesamt	13.035	88.999	36,63	250,1	6,8	0,69
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.842	17.691	13,50	84,1	6,2	0,23
	Frauen	1.731	10.514	11,91	72,3	6,1	0,20
	Gesamt	4.573	28.205	12,85	79,3	6,2	0,22
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	419	5.082	1,99	24,2	12,1	0,07
	Frauen	260	2.592	1,79	17,8	10,0	0,05
	Gesamt	679	7.674	1,91	21,6	11,3	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	5.349	94.154	25,41	447,4	17,6	1,23
	Frauen	2.880	60.793	19,81	418,3	21,1	1,15
	Gesamt	8.229	154.947	23,13	435,5	18,8	1,19
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	367	4.048	1,74	19,2	11,0	0,05
	Frauen	629	5.330	4,33	36,7	8,5	0,10
	Gesamt	996	9.378	2,80	26,4	9,4	0,07
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	313	3.458	2,15	23,8	11,1	0,07
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.786	17.422	8,49	82,8	9,8	0,23
	Frauen	1.652	15.644	11,37	107,6	9,5	0,29
	Gesamt	3.438	33.066	9,66	92,9	9,6	0,25
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.281	49.115	10,84	233,4	21,5	0,64
	Frauen	1.226	25.597	8,44	176,1	20,9	0,48
	Gesamt	3.507	74.712	9,86	210,0	21,3	0,58
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	316	5.869	1,50	27,9	18,6	0,08
	Frauen	331	8.375	2,28	57,6	25,3	0,16
	Gesamt	647	14.244	1,82	40,0	22,0	0,11
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>27.549</b>	<b>355.015</b>	<b>130,89</b>	<b>1.686,8</b>	<b>12,9</b>	<b>4,62</b>
	<b>Frauen</b>	<b>20.323</b>	<b>276.815</b>	<b>139,82</b>	<b>1.904,5</b>	<b>13,6</b>	<b>5,22</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>47.872</b>	<b>631.830</b>	<b>134,54</b>	<b>1.775,7</b>	<b>13,2</b>	<b>4,86</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	852	20.453	4,05	97,2	24,0	0,27
	Frauen	391	9.586	2,69	66,0	24,5	0,18
	Gesamt	1.243	30.039	3,49	84,4	24,2	0,23
davon Refahfälle	Männer	382	12.625	1,81	60,0	33,1	0,16
	Frauen	292	10.269	2,01	70,7	35,2	0,19
	Gesamt	674	22.894	1,89	64,3	34,0	0,18

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.5 Hamburg

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.712	21.437	11,69	67,5	5,8	0,18
	Frauen	3.609	22.773	13,26	83,7	6,3	0,23
	Gesamt	7.321	44.210	12,41	75,0	6,0	0,21
Neubildungen (C00–D48)	Männer	396	10.829	1,25	34,1	27,4	0,09
	Frauen	455	18.890	1,67	69,4	41,5	0,19
	Gesamt	851	29.719	1,44	50,4	34,9	0,14
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	209	2.670	0,66	8,4	12,8	0,02
	Frauen	176	1.988	0,65	7,3	11,3	0,02
	Gesamt	385	4.658	0,65	7,9	12,1	0,02
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.832	83.844	5,77	264,0	45,8	0,72
	Frauen	2.479	116.300	9,11	427,4	46,9	1,17
	Gesamt	4.311	200.144	7,31	339,4	46,4	0,93
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	616	9.555	1,94	30,1	15,5	0,08
	Frauen	827	8.380	3,04	30,8	10,1	0,08
	Gesamt	1.443	17.935	2,45	30,4	12,4	0,08
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	379	2.578	1,19	8,1	6,8	0,02
	Frauen	394	3.080	1,45	11,3	7,8	0,03
	Gesamt	773	5.658	1,31	9,6	7,3	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	389	3.601	1,22	11,3	9,3	0,03
	Frauen	401	3.433	1,47	12,6	8,6	0,03
	Gesamt	790	7.034	1,34	11,9	8,9	0,03
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	784	19.091	2,47	60,1	24,4	0,16
	Frauen	633	11.054	2,33	40,6	17,5	0,11
	Gesamt	1.417	30.145	2,40	51,1	21,3	0,14
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	9.590	62.866	30,19	197,9	6,6	0,54
	Frauen	10.610	67.271	38,99	247,2	6,3	0,68
	Gesamt	20.200	130.137	34,25	220,7	6,4	0,60
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.999	21.038	9,44	66,2	7,0	0,18
	Frauen	2.623	15.584	9,64	57,3	5,9	0,16
	Gesamt	5.622	36.622	9,53	62,1	6,5	0,17
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	452	6.341	1,42	20,0	14,0	0,05
	Frauen	347	3.034	1,28	11,2	8,7	0,03
	Gesamt	799	9.375	1,35	15,9	11,7	0,04
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	5.231	99.778	16,47	314,2	19,1	0,86
	Frauen	3.652	75.245	13,42	276,5	20,6	0,76
	Gesamt	8.883	175.023	15,06	296,8	19,7	0,81
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	375	4.209	1,18	13,3	11,2	0,04
	Frauen	958	7.694	3,52	28,3	8,0	0,08
	Gesamt	1.333	11.903	2,26	20,2	8,9	0,06
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	822	8.295	3,02	30,5	10,1	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.985	23.044	6,25	72,6	11,6	0,20
	Frauen	2.541	25.963	9,34	95,4	10,2	0,26
	Gesamt	4.526	49.007	7,67	83,1	10,8	0,23
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.608	56.590	8,21	178,2	21,7	0,49
	Frauen	1.668	30.448	6,13	111,9	18,3	0,31
	Gesamt	4.276	87.038	7,25	147,6	20,4	0,40
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	412	9.777	1,30	30,8	23,7	0,08
	Frauen	606	11.576	2,23	42,5	19,1	0,12
	Gesamt	1.018	21.353	1,73	36,2	21,0	0,10
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>32.044</b>	<b>438.378</b>	<b>100,89</b>	<b>1.380,2</b>	<b>13,7</b>	<b>3,78</b>
	<b>Frauen</b>	<b>32.881</b>	<b>432.326</b>	<b>120,83</b>	<b>1.588,7</b>	<b>13,2</b>	<b>4,35</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>64.925</b>	<b>870.704</b>	<b>110,09</b>	<b>1.476,4</b>	<b>13,4</b>	<b>4,04</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.056	23.546	3,32	74,1	22,3	0,20
	Frauen	520	10.216	1,91	37,5	19,7	0,10
	Gesamt	1.576	33.762	2,67	57,3	21,4	0,16
davon Refahfälle	Männer	318	10.707	1,00	33,7	33,7	0,09
	Frauen	316	10.496	1,16	38,6	33,2	0,11
	Gesamt	634	21.203	1,08	36,0	33,4	0,10

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.6 Hessen

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	23.755	134.415	12,88	72,9	5,7	0,20
	Frauen	20.459	121.469	12,99	77,1	5,9	0,21
	Gesamt	44.214	255.884	12,93	74,8	5,8	0,20
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.470	96.709	1,88	52,4	27,9	0,14
	Frauen	4.089	145.266	2,60	92,2	35,5	0,25
	Gesamt	7.559	241.975	2,21	70,8	32,0	0,19
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.446	24.880	0,78	13,5	17,2	0,04
	Frauen	1.223	21.267	0,78	13,5	17,4	0,04
	Gesamt	2.669	46.147	0,78	13,5	17,3	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	11.211	438.149	6,08	237,5	39,1	0,65
	Frauen	14.365	560.964	9,12	356,0	39,1	0,98
	Gesamt	25.576	999.113	7,48	292,1	39,1	0,80
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.175	70.238	2,81	38,1	13,6	0,10
	Frauen	6.733	75.187	4,27	47,7	11,2	0,13
	Gesamt	11.908	145.425	3,48	42,5	12,2	0,12
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.066	22.624	1,66	12,3	7,4	0,03
	Frauen	2.587	18.076	1,64	11,5	7,0	0,03
	Gesamt	5.653	40.700	1,65	11,9	7,2	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.992	31.568	1,62	17,1	10,6	0,05
	Frauen	3.052	27.413	1,94	17,4	9,0	0,05
	Gesamt	6.044	58.981	1,77	17,2	9,8	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	6.415	154.847	3,48	83,9	24,1	0,23
	Frauen	4.392	72.505	2,79	46,0	16,5	0,13
	Gesamt	10.807	227.352	3,16	66,5	21,0	0,18
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	72.271	490.357	39,18	265,8	6,8	0,73
	Frauen	71.548	472.771	45,41	300,1	6,6	0,82
	Gesamt	143.819	963.128	42,05	281,6	6,7	0,77
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	24.121	161.354	13,08	87,5	6,7	0,24
	Frauen	19.601	119.461	12,44	75,8	6,1	0,21
	Gesamt	43.722	280.815	12,78	82,1	6,4	0,22
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.630	48.723	1,97	26,4	13,4	0,07
	Frauen	2.573	28.939	1,63	18,4	11,3	0,05
	Gesamt	6.203	77.662	1,81	22,7	12,5	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	44.025	809.002	23,86	438,5	18,4	1,20
	Frauen	28.841	583.106	18,31	370,1	20,2	1,01
	Gesamt	72.866	1.392.108	21,30	407,0	19,1	1,12
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.797	33.713	1,52	18,3	12,1	0,05
	Frauen	7.069	60.253	4,49	38,2	8,5	0,10
	Gesamt	9.866	93.966	2,88	27,5	9,5	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	4.365	45.987	2,77	29,2	10,5	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	13.406	127.638	7,27	69,2	9,5	0,19
	Frauen	15.466	137.908	9,82	87,5	8,9	0,24
	Gesamt	28.872	265.546	8,44	77,6	9,2	0,21
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	19.633	385.504	10,64	209,0	19,6	0,57
	Frauen	11.646	223.257	7,39	141,7	19,2	0,39
	Gesamt	31.279	608.761	9,14	178,0	19,5	0,49
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.685	54.796	1,46	29,7	20,4	0,08
	Frauen	3.517	75.018	2,23	47,6	21,3	0,13
	Gesamt	6.202	129.814	1,81	38,0	20,9	0,10
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>240.586</b>	<b>3.092.609</b>	<b>130,41</b>	<b>1.676,4</b>	<b>12,9</b>	<b>4,59</b>
	<b>Frauen</b>	<b>222.082</b>	<b>2.797.879</b>	<b>140,95</b>	<b>1.775,8</b>	<b>12,6</b>	<b>4,87</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>462.668</b>	<b>5.890.488</b>	<b>135,27</b>	<b>1.722,2</b>	<b>12,7</b>	<b>4,72</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	6.932	144.397	3,76	78,3	20,8	0,21
	Frauen	3.287	62.746	2,09	39,8	19,1	0,11
	Gesamt	10.219	207.143	2,99	60,6	20,3	0,17
davon Refahfälle	Männer	3.903	133.732	2,12	72,5	34,3	0,20
	Frauen	3.457	118.777	2,19	75,4	34,4	0,21
	Gesamt	7.360	252.509	2,15	73,8	34,3	0,20

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.7 Niedersachsen

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	30.605	171.168	14,59	81,6	5,6	0,22
	Frauen	23.443	128.280	15,24	83,4	5,5	0,23
	Gesamt	54.048	299.448	14,86	82,4	5,5	0,23
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4.369	116.444	2,08	55,5	26,7	0,15
	Frauen	3.752	145.231	2,44	94,4	38,7	0,26
	Gesamt	8.121	261.675	2,23	72,0	32,2	0,20
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.527	25.564	0,73	12,2	16,7	0,03
	Frauen	1.123	22.512	0,73	14,6	20,1	0,04
	Gesamt	2.650	48.076	0,73	13,2	18,1	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	13.338	511.289	6,36	243,7	38,3	0,67
	Frauen	15.014	582.621	9,76	378,8	38,8	1,04
	Gesamt	28.352	1.093.910	7,80	300,8	38,6	0,82
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.148	86.005	2,45	41,0	16,7	0,11
	Frauen	6.236	77.258	4,05	50,2	12,4	0,14
	Gesamt	11.384	163.263	3,13	44,9	14,3	0,12
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.789	28.678	1,81	13,7	7,6	0,04
	Frauen	2.541	17.681	1,65	11,5	7,0	0,03
	Gesamt	6.330	46.359	1,74	12,8	7,3	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.347	31.029	1,60	14,8	9,3	0,04
	Frauen	2.749	28.010	1,79	18,2	10,2	0,05
	Gesamt	6.096	59.039	1,68	16,2	9,7	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	7.930	195.250	3,78	93,1	24,6	0,25
	Frauen	4.447	82.593	2,89	53,7	18,6	0,15
	Gesamt	12.377	277.843	3,40	76,4	22,5	0,21
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	76.955	508.738	36,57	242,5	6,6	0,66
	Frauen	65.862	421.170	42,82	273,8	6,4	0,75
	Gesamt	142.817	929.908	39,27	255,7	6,5	0,70
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	30.378	198.137	14,48	94,4	6,5	0,26
	Frauen	20.807	115.968	13,53	75,4	5,6	0,21
	Gesamt	51.185	314.105	14,08	86,4	6,1	0,24
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.283	56.584	2,04	27,0	13,2	0,07
	Frauen	2.495	29.607	1,62	19,3	11,9	0,05
	Gesamt	6.778	86.191	1,86	23,7	12,7	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	56.603	1.082.512	26,98	515,9	19,1	1,41
	Frauen	31.200	690.821	20,28	449,1	22,1	1,23
	Gesamt	87.803	1.773.333	24,15	487,7	20,2	1,34
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.371	36.298	1,61	17,3	10,8	0,05
	Frauen	7.058	62.720	4,59	40,8	8,9	0,11
	Gesamt	10.429	99.018	2,87	27,2	9,5	0,07
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	4.222	45.864	2,74	29,8	10,9	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	15.394	157.896	7,34	75,3	10,3	0,21
	Frauen	15.304	143.121	9,95	93,1	9,4	0,25
	Gesamt	30.698	301.017	8,44	82,8	9,8	0,23
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	23.681	463.666	11,29	221,0	19,6	0,61
	Frauen	12.994	244.049	8,45	158,7	18,8	0,43
	Gesamt	36.675	707.715	10,09	194,6	19,3	0,53
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.040	59.384	1,45	28,3	19,5	0,08
	Frauen	3.642	72.152	2,37	46,9	19,8	0,13
	Gesamt	6.682	131.536	1,84	36,2	19,7	0,10
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>284.685</b>	<b>3.742.190</b>	<b>135,67</b>	<b>1.783,4</b>	<b>13,2</b>	<b>4,89</b>
	<b>Frauen</b>	<b>223.738</b>	<b>2.922.942</b>	<b>145,46</b>	<b>1.900,3</b>	<b>13,1</b>	<b>5,21</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>508.423</b>	<b>6.665.132</b>	<b>139,81</b>	<b>1.832,9</b>	<b>13,1</b>	<b>5,02</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	8.642	180.857	4,12	86,2	20,9	0,24
	Frauen	3.905	72.604	2,54	47,2	18,6	0,13
	Gesamt	12.547	253.461	3,45	69,7	20,2	0,19
davon Refahfälle	Männer	5.159	160.561	2,46	76,5	31,1	0,21
	Frauen	3.707	120.794	2,41	78,5	32,6	0,22
	Gesamt	8.866	281.355	2,44	77,4	31,7	0,21

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.8 Nordrhein-Westfalen

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	58.966	344.103	12,30	71,8	5,8	0,20
	Frauen	48.365	279.280	12,73	73,5	5,8	0,20
	Gesamt	107.331	623.383	12,49	72,6	5,8	0,20
Neubildungen (C00–D48)	Männer	9.485	273.005	1,98	56,9	28,8	0,16
	Frauen	10.169	358.151	2,68	94,3	35,2	0,26
	Gesamt	19.654	631.156	2,29	73,5	32,1	0,20
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	3.511	63.339	0,73	13,2	18,0	0,04
	Frauen	2.866	46.215	0,75	12,2	16,1	0,03
	Gesamt	6.377	109.554	0,74	12,8	17,2	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	29.675	1.281.824	6,19	267,3	43,2	0,73
	Frauen	35.085	1.454.430	9,24	382,9	41,5	1,05
	Gesamt	64.760	2.736.254	7,54	318,4	42,3	0,87
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	12.614	203.884	2,63	42,5	16,2	0,12
	Frauen	14.429	206.730	3,80	54,4	14,3	0,15
	Gesamt	27.043	410.614	3,15	47,8	15,2	0,13
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	8.565	63.946	1,79	13,3	7,5	0,04
	Frauen	6.473	41.077	1,70	10,8	6,4	0,03
	Gesamt	15.038	105.023	1,75	12,2	7,0	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	6.336	63.601	1,32	13,3	10,0	0,04
	Frauen	6.544	65.162	1,72	17,2	10,0	0,05
	Gesamt	12.880	128.763	1,50	15,0	10,0	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	17.968	441.962	3,75	92,2	24,6	0,25
	Frauen	10.508	193.223	2,77	50,9	18,4	0,14
	Gesamt	28.476	635.185	3,31	73,9	22,3	0,20
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	159.753	1.091.736	33,32	227,7	6,8	0,62
	Frauen	148.716	982.066	39,15	258,6	6,6	0,71
	Gesamt	308.469	2.073.802	35,90	241,3	6,7	0,66
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	61.487	412.872	12,82	86,1	6,7	0,24
	Frauen	46.882	288.663	12,34	76,0	6,2	0,21
	Gesamt	108.369	701.535	12,61	81,6	6,5	0,22
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	9.053	120.601	1,89	25,2	13,3	0,07
	Frauen	5.700	64.591	1,50	17,0	11,3	0,05
	Gesamt	14.753	185.192	1,72	21,6	12,6	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	112.071	2.217.903	23,37	462,6	19,8	1,27
	Frauen	68.682	1.482.582	18,08	390,3	21,6	1,07
	Gesamt	180.753	3.700.485	21,03	430,6	20,5	1,18
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	7.574	88.488	1,58	18,5	11,7	0,05
	Frauen	16.260	142.928	4,28	37,6	8,8	0,10
	Gesamt	23.834	231.416	2,77	26,9	9,7	0,07
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	9.484	103.455	2,50	27,2	10,9	0,07
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	32.129	357.465	6,70	74,6	11,1	0,20
	Frauen	33.926	342.104	8,93	90,1	10,1	0,25
	Gesamt	66.055	699.569	7,69	81,4	10,6	0,22
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	48.617	997.556	10,14	208,1	20,5	0,57
	Frauen	28.517	573.102	7,51	150,9	20,1	0,41
	Gesamt	77.134	1.570.658	8,98	182,8	20,4	0,50
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	8.187	177.135	1,71	36,9	21,6	0,10
	Frauen	8.692	181.297	2,29	47,7	20,9	0,13
	Gesamt	16.879	358.432	1,96	41,7	21,2	0,11
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>587.240</b>	<b>8.225.146</b>	<b>122,47</b>	<b>1.715,4</b>	<b>14,0</b>	<b>4,70</b>
	<b>Frauen</b>	<b>502.658</b>	<b>6.831.646</b>	<b>132,34</b>	<b>1.798,7</b>	<b>13,6</b>	<b>4,93</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.089.898</b>	<b>15.056.792</b>	<b>126,84</b>	<b>1.752,2</b>	<b>13,8</b>	<b>4,80</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	17.812	408.562	3,71	85,2	22,9	0,23
	Frauen	7.821	165.663	2,06	43,6	21,2	0,12
	Gesamt	25.633	574.225	2,98	66,8	22,4	0,18
davon Refahfälle	Männer	10.409	334.335	2,17	69,7	32,1	0,19
	Frauen	8.878	298.902	2,34	78,7	33,7	0,22
	Gesamt	19.287	633.237	2,24	73,7	32,8	0,20

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.9 Rheinland-Pfalz

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	22.207	122.073	18,85	103,6	5,5	0,28
	Frauen	15.889	90.448	17,57	100,0	5,7	0,27
	Gesamt	38.096	212.521	18,30	102,1	5,6	0,28
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.559	65.031	2,17	55,2	25,4	0,15
	Frauen	2.300	77.753	2,54	86,0	33,8	0,24
	Gesamt	4.859	142.784	2,33	68,6	29,4	0,19
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	968	15.746	0,82	13,4	16,3	0,04
	Frauen	707	11.115	0,78	12,3	15,7	0,03
	Gesamt	1.675	26.861	0,80	12,9	16,0	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	8.597	309.462	7,30	262,7	36,0	0,72
	Frauen	9.415	318.236	10,41	351,9	33,8	0,96
	Gesamt	18.012	627.698	8,65	301,5	34,9	0,83
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.271	51.341	3,63	43,6	12,0	0,12
	Frauen	4.441	50.561	4,91	55,9	11,4	0,15
	Gesamt	8.712	101.902	4,18	48,9	11,7	0,13
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.435	17.242	2,07	14,6	7,1	0,04
	Frauen	1.734	12.000	1,92	13,3	6,9	0,04
	Gesamt	4.169	29.242	2,00	14,0	7,0	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.308	19.647	1,96	16,7	8,5	0,05
	Frauen	1.922	17.406	2,13	19,2	9,1	0,05
	Gesamt	4.230	37.053	2,03	17,8	8,8	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.926	110.204	4,18	93,6	22,4	0,26
	Frauen	3.185	53.041	3,52	58,6	16,7	0,16
	Gesamt	8.111	163.245	3,90	78,4	20,1	0,21
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	57.329	384.671	48,67	326,6	6,7	0,89
	Frauen	48.125	317.731	53,21	351,3	6,6	0,96
	Gesamt	105.454	702.402	50,64	337,3	6,7	0,92
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	17.203	119.338	14,61	101,3	6,9	0,28
	Frauen	12.125	74.188	13,41	82,0	6,1	0,22
	Gesamt	29.328	193.526	14,08	92,9	6,6	0,25
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.795	37.285	2,37	31,7	13,3	0,09
	Frauen	1.683	16.011	1,86	17,7	9,5	0,05
	Gesamt	4.478	53.296	2,15	25,6	11,9	0,07
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	35.111	621.076	29,81	527,3	17,7	1,44
	Frauen	19.222	378.019	21,25	418,0	19,7	1,15
	Gesamt	54.333	999.095	26,09	479,8	18,4	1,31
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.113	26.857	1,79	22,8	12,7	0,06
	Frauen	4.728	41.964	5,23	46,4	8,9	0,13
	Gesamt	6.841	68.821	3,29	33,1	10,1	0,09
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	2.559	28.759	2,83	31,8	11,2	0,09
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	11.245	116.424	9,55	98,9	10,4	0,27
	Frauen	10.934	104.459	12,09	115,5	9,6	0,32
	Gesamt	22.179	220.883	10,65	106,1	10,0	0,29
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	15.562	298.471	13,21	253,4	19,2	0,69
	Frauen	7.944	146.992	8,78	162,5	18,5	0,45
	Gesamt	23.506	445.463	11,29	213,9	19,0	0,59
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.618	35.894	1,37	30,5	22,2	0,08
	Frauen	1.670	34.484	1,85	38,1	20,7	0,10
	Gesamt	3.288	70.378	1,58	33,8	21,4	0,09
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>191.649</b>	<b>2.357.402</b>	<b>162,71</b>	<b>2.001,5</b>	<b>12,3</b>	<b>5,48</b>
	<b>Frauen</b>	<b>148.950</b>	<b>1.778.793</b>	<b>164,68</b>	<b>1.966,7</b>	<b>11,9</b>	<b>5,39</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>340.599</b>	<b>4.136.195</b>	<b>163,57</b>	<b>1.986,4</b>	<b>12,1</b>	<b>5,44</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.043	116.905	4,28	99,3	23,2	0,27
	Frauen	2.028	38.730	2,24	42,8	19,1	0,12
	Gesamt	7.071	155.635	3,40	74,7	22,0	0,20
davon Refahfälle	Männer	2.798	89.153	2,38	75,7	31,9	0,21
	Frauen	2.004	68.436	2,22	75,7	34,2	0,21
	Gesamt	4.802	157.589	2,31	75,7	32,8	0,21

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.10 Saarland

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.752	18.691	14,54	98,8	6,8	0,27
	Frauen	1.814	12.410	15,65	107,1	6,8	0,29
	Gesamt	4.566	31.101	14,96	101,9	6,8	0,28
Neubildungen (C00–D48)	Männer	391	10.249	2,07	54,2	26,2	0,15
	Frauen	260	10.418	2,24	89,9	40,1	0,25
	Gesamt	651	20.667	2,13	67,7	31,8	0,19
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	144	1.853	0,76	9,8	12,9	0,03
	Frauen	65	1.031	0,56	8,9	15,9	0,02
	Gesamt	209	2.884	0,68	9,5	13,8	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.342	52.590	7,09	277,9	39,2	0,76
	Frauen	1.237	54.096	10,67	466,7	43,7	1,28
	Gesamt	2.579	106.686	8,45	349,6	41,4	0,96
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	557	11.280	2,94	59,6	20,3	0,16
	Frauen	432	8.597	3,73	74,2	19,9	0,20
	Gesamt	989	19.877	3,24	65,1	20,1	0,18
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	364	2.621	1,92	13,9	7,2	0,04
	Frauen	201	1.220	1,73	10,5	6,1	0,03
	Gesamt	565	3.841	1,85	12,6	6,8	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	307	3.510	1,62	18,6	11,4	0,05
	Frauen	194	2.235	1,67	19,3	11,5	0,05
	Gesamt	501	5.745	1,64	18,8	11,5	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	740	19.363	3,91	102,3	26,2	0,28
	Frauen	308	6.555	2,66	56,6	21,3	0,15
	Gesamt	1.048	25.918	3,43	84,9	24,7	0,23
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	7.308	55.384	38,62	292,7	7,6	0,80
	Frauen	4.824	33.285	41,62	287,2	6,9	0,79
	Gesamt	12.132	88.669	39,76	290,6	7,3	0,80
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.451	20.226	12,95	106,9	8,3	0,29
	Frauen	1.331	10.542	11,48	91,0	7,9	0,25
	Gesamt	3.782	30.768	12,39	100,8	8,1	0,28
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	396	6.216	2,09	32,9	15,7	0,09
	Frauen	187	2.520	1,61	21,7	13,5	0,06
	Gesamt	583	8.736	1,91	28,6	15,0	0,08
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.871	103.821	25,74	548,6	21,3	1,50
	Frauen	2.209	55.913	19,06	482,4	25,3	1,32
	Gesamt	7.080	159.734	23,20	523,5	22,6	1,43
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	335	3.793	1,77	20,0	11,3	0,05
	Frauen	521	5.197	4,49	44,8	10,0	0,12
	Gesamt	856	8.990	2,81	29,5	10,5	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	347	4.818	2,99	41,6	13,9	0,11
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.480	19.487	7,82	103,0	13,2	0,28
	Frauen	1.171	11.923	10,10	102,9	10,2	0,28
	Gesamt	2.651	31.410	8,69	102,9	11,9	0,28
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.282	47.641	12,06	251,8	20,9	0,69
	Frauen	1.002	21.565	8,64	186,1	21,5	0,51
	Gesamt	3.284	69.206	10,76	226,8	21,1	0,62
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	356	8.092	1,88	42,8	22,7	0,12
	Frauen	280	6.755	2,42	58,3	24,1	0,16
	Gesamt	636	14.847	2,08	48,7	23,3	0,13
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>26.129</b>	<b>385.826</b>	<b>138,07</b>	<b>2.038,8</b>	<b>14,8</b>	<b>5,59</b>
	<b>Frauen</b>	<b>16.422</b>	<b>250.197</b>	<b>141,68</b>	<b>2.158,6</b>	<b>15,2</b>	<b>5,91</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>42.551</b>	<b>636.023</b>	<b>139,44</b>	<b>2.084,3</b>	<b>15,0</b>	<b>5,71</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	676	14.540	3,57	76,8	21,5	0,21
	Frauen	270	6.262	2,33	54,0	23,2	0,15
	Gesamt	946	20.802	3,10	68,2	22,0	0,19
davon Refahfälle	Männer	375	13.563	1,98	71,7	36,2	0,20
	Frauen	256	9.777	2,21	84,4	38,2	0,23
	Gesamt	631	23.340	2,07	76,5	37,0	0,21

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.11 Schleswig-Holstein

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	7.078	41.004	13,53	78,4	5,8	0,21
	Frauen	6.388	37.363	14,11	82,5	5,9	0,23
	Gesamt	13.466	78.367	13,80	80,3	5,8	0,22
Neubildungen (C00–D48)	Männer	942	29.755	1,80	56,9	31,6	0,16
	Frauen	1.094	42.528	2,42	93,9	38,9	0,26
	Gesamt	2.036	72.283	2,09	74,1	35,5	0,20
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	385	5.586	0,74	10,7	14,5	0,03
	Frauen	321	4.649	0,71	10,3	14,5	0,03
	Gesamt	706	10.235	0,72	10,5	14,5	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.112	126.656	5,95	242,2	40,7	0,66
	Frauen	4.414	187.143	9,75	413,3	42,4	1,13
	Gesamt	7.526	313.799	7,71	321,6	41,7	0,88
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.259	23.455	2,41	44,8	18,6	0,12
	Frauen	1.674	23.271	3,70	51,4	13,9	0,14
	Gesamt	2.933	46.726	3,01	47,9	15,9	0,13
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	807	5.336	1,54	10,2	6,6	0,03
	Frauen	659	5.391	1,46	11,9	8,2	0,03
	Gesamt	1.466	10.727	1,50	11,0	7,3	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	699	5.970	1,34	11,4	8,5	0,03
	Frauen	758	7.030	1,67	15,5	9,3	0,04
	Gesamt	1.457	13.000	1,49	13,3	8,9	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.732	47.938	3,31	91,7	27,7	0,25
	Frauen	1.251	21.305	2,76	47,1	17,0	0,13
	Gesamt	2.983	69.243	3,06	71,0	23,2	0,19
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	16.963	107.739	32,43	206,0	6,4	0,56
	Frauen	17.964	117.027	39,67	258,4	6,5	0,71
	Gesamt	34.927	224.766	35,79	230,3	6,4	0,63
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.461	42.000	12,35	80,3	6,5	0,22
	Frauen	5.589	32.762	12,34	72,4	5,9	0,20
	Gesamt	12.050	74.762	12,35	76,6	6,2	0,21
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	908	13.548	1,74	25,9	14,9	0,07
	Frauen	671	8.450	1,48	18,7	12,6	0,05
	Gesamt	1.579	21.998	1,62	22,5	13,9	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.887	239.513	22,73	457,9	20,2	1,25
	Frauen	8.397	195.722	18,54	432,2	23,3	1,18
	Gesamt	20.284	435.235	20,79	446,0	21,5	1,22
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	692	9.238	1,32	17,7	13,4	0,05
	Frauen	1.804	14.247	3,98	31,5	7,9	0,09
	Gesamt	2.496	23.485	2,56	24,1	9,4	0,07
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	996	10.919	2,20	24,1	11,0	0,07
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.617	40.202	6,92	76,9	11,1	0,21
	Frauen	4.220	41.187	9,32	91,0	9,8	0,25
	Gesamt	7.837	81.389	8,03	83,4	10,4	0,23
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.514	114.987	10,54	219,9	20,9	0,60
	Frauen	3.548	74.478	7,84	164,5	21,0	0,45
	Gesamt	9.062	189.465	9,29	194,2	20,9	0,53
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	798	15.577	1,53	29,8	19,5	0,08
	Frauen	1.006	21.018	2,22	46,4	20,9	0,13
	Gesamt	1.804	36.595	1,85	37,5	20,3	0,10
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>62.991</b>	<b>870.699</b>	<b>120,44</b>	<b>1.664,7</b>	<b>13,8</b>	<b>4,56</b>
	<b>Frauen</b>	<b>60.898</b>	<b>847.531</b>	<b>134,49</b>	<b>1.871,7</b>	<b>13,9</b>	<b>5,13</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>123.889</b>	<b>1.718.230</b>	<b>126,96</b>	<b>1.760,8</b>	<b>13,9</b>	<b>4,82</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.268	54.238	4,34	103,7	23,9	0,28
	Frauen	1.078	22.295	2,38	49,2	20,7	0,13
	Gesamt	3.346	76.533	3,43	78,4	22,9	0,21
davon Rehafälle	Männer	898	30.083	1,72	57,5	33,5	0,16
	Frauen	856	28.630	1,89	63,2	33,5	0,17
	Gesamt	1.754	58.713	1,80	60,2	33,5	0,16

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.12 Brandenburg

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	8.470	62.037	11,35	83,1	7,3	0,23
	Frauen	8.127	61.434	13,54	102,4	7,6	0,28
	Gesamt	16.597	123.471	12,33	91,7	7,4	0,25
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.770	54.996	2,37	73,7	31,1	0,20
	Frauen	1.759	62.518	2,93	104,2	35,5	0,29
	Gesamt	3.529	117.514	2,62	87,3	33,3	0,24
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	665	12.749	0,89	17,1	19,2	0,05
	Frauen	653	12.395	1,09	20,7	19,0	0,06
	Gesamt	1.318	25.144	0,98	18,7	19,1	0,05
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.305	185.180	7,11	248,1	34,9	0,68
	Frauen	8.021	311.279	13,36	518,7	38,8	1,42
	Gesamt	13.326	496.459	9,90	368,7	37,3	1,01
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.707	38.603	2,29	51,7	22,6	0,14
	Frauen	2.718	42.377	4,53	70,6	15,6	0,19
	Gesamt	4.425	80.980	3,29	60,1	18,3	0,16
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.480	12.624	1,98	16,9	8,5	0,05
	Frauen	1.357	11.163	2,26	18,6	8,2	0,05
	Gesamt	2.837	23.787	2,11	17,7	8,4	0,05
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.110	13.772	1,49	18,5	12,4	0,05
	Frauen	1.174	14.431	1,96	24,0	12,3	0,07
	Gesamt	2.284	28.203	1,70	21,0	12,4	0,06
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3.710	94.328	4,97	126,4	25,4	0,35
	Frauen	2.755	55.060	4,59	91,7	20,0	0,25
	Gesamt	6.465	149.388	4,80	111,0	23,1	0,30
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	25.889	227.687	34,69	305,1	8,8	0,84
	Frauen	27.896	239.929	46,48	399,8	8,6	1,10
	Gesamt	53.785	467.616	39,95	347,3	8,7	0,95
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	11.180	85.072	14,98	114,0	7,6	0,31
	Frauen	9.667	65.728	16,11	109,5	6,8	0,30
	Gesamt	20.847	150.800	15,48	112,0	7,2	0,31
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.553	25.096	2,08	33,6	16,2	0,09
	Frauen	1.119	12.528	1,86	20,9	11,2	0,06
	Gesamt	2.672	37.624	1,98	27,9	14,1	0,08
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	19.544	418.028	26,19	560,1	21,4	1,53
	Frauen	14.708	324.231	24,51	540,2	22,0	1,48
	Gesamt	34.252	742.259	25,44	551,3	21,7	1,51
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.189	18.324	1,59	24,6	15,4	0,07
	Frauen	3.319	36.352	5,53	60,6	11,0	0,17
	Gesamt	4.508	54.676	3,35	40,6	12,1	0,11
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	1.728	20.425	2,88	34,0	11,8	0,09
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.323	58.727	5,79	78,7	13,6	0,22
	Frauen	5.453	68.705	9,09	114,5	12,6	0,31
	Gesamt	9.776	127.432	7,26	94,6	13,0	0,26
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	9.154	220.746	12,27	295,8	24,1	0,81
	Frauen	5.270	124.287	8,78	207,1	23,6	0,57
	Gesamt	14.424	345.033	10,71	256,3	23,9	0,70
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.253	29.452	1,68	39,5	23,5	0,11
	Frauen	1.520	37.297	2,53	62,1	24,5	0,17
	Gesamt	2.773	66.749	2,06	49,6	24,1	0,14
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>98.506</b>	<b>1.561.134</b>	<b>131,99</b>	<b>2.091,8</b>	<b>15,9</b>	<b>5,73</b>
	<b>Frauen</b>	<b>97.528</b>	<b>1.506.666</b>	<b>162,50</b>	<b>2.510,4</b>	<b>15,5</b>	<b>6,88</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>196.034</b>	<b>3.067.800</b>	<b>145,59</b>	<b>2.278,4</b>	<b>15,7</b>	<b>6,24</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.679	96.282	4,93	129,0	26,2	0,35
	Frauen	1.849	45.401	3,08	75,7	24,6	0,21
	Gesamt	5.528	141.683	4,11	105,2	25,6	0,29
davon Refahfälle	Männer	1.716	53.804	2,30	72,1	31,4	0,20
	Frauen	1.689	55.610	2,81	92,7	32,9	0,25
	Gesamt	3.405	109.414	2,53	81,3	32,1	0,22

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.13 Mecklenburg-Vorpommern

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.225	30.683	12,09	87,8	7,3	0,24
	Frauen	4.504	30.311	14,43	97,1	6,7	0,27
	Gesamt	8.729	60.994	13,20	92,2	7,0	0,25
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.016	26.678	2,91	76,4	26,3	0,21
	Frauen	1.137	36.594	3,64	117,3	32,2	0,32
	Gesamt	2.153	63.272	3,25	95,7	29,4	0,26
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	312	5.246	0,89	15,0	16,8	0,04
	Frauen	303	4.439	0,97	14,2	14,7	0,04
	Gesamt	615	9.685	0,93	14,6	15,8	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.150	89.307	6,15	255,6	41,5	0,70
	Frauen	3.798	157.207	12,17	503,7	41,4	1,38
	Gesamt	5.948	246.514	8,99	372,7	41,4	1,02
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	832	15.081	2,38	43,2	18,1	0,12
	Frauen	1.243	19.066	3,98	61,1	15,3	0,17
	Gesamt	2.075	34.147	3,14	51,6	16,5	0,14
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	866	6.523	2,48	18,7	7,5	0,05
	Frauen	736	4.712	2,36	15,1	6,4	0,04
	Gesamt	1.602	11.235	2,42	17,0	7,0	0,05
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	588	7.035	1,68	20,1	12,0	0,06
	Frauen	712	8.325	2,28	26,7	11,7	0,07
	Gesamt	1.300	15.360	1,97	23,2	11,8	0,06
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.783	45.082	5,10	129,0	25,3	0,35
	Frauen	1.296	23.906	4,15	76,6	18,5	0,21
	Gesamt	3.079	68.988	4,65	104,3	22,4	0,29
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	11.289	94.981	32,31	271,8	8,4	0,74
	Frauen	14.239	118.770	45,63	380,6	8,3	1,04
	Gesamt	25.528	213.751	38,59	323,1	8,4	0,89
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	5.831	40.486	16,69	115,9	6,9	0,32
	Frauen	5.753	32.136	18,43	103,0	5,6	0,28
	Gesamt	11.584	72.622	17,51	109,8	6,3	0,30
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	758	10.447	2,17	29,9	13,8	0,08
	Frauen	766	8.607	2,45	27,6	11,2	0,08
	Gesamt	1.524	19.054	2,30	28,8	12,5	0,08
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	9.539	214.022	27,30	612,5	22,4	1,68
	Frauen	7.366	158.246	23,60	507,1	21,5	1,39
	Gesamt	16.905	372.268	25,56	562,8	22,0	1,54
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	591	6.797	1,69	19,5	11,5	0,05
	Frauen	1.721	17.681	5,51	56,7	10,3	0,16
	Gesamt	2.312	24.478	3,50	37,0	10,6	0,10
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	834	8.465	2,67	27,1	10,2	0,07
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.143	29.931	6,13	85,7	14,0	0,23
	Frauen	3.079	35.908	9,87	115,1	11,7	0,32
	Gesamt	5.222	65.839	7,89	99,5	12,6	0,27
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.378	103.739	12,53	296,9	23,7	0,81
	Frauen	2.620	60.599	8,40	194,2	23,1	0,53
	Gesamt	6.998	164.338	10,58	248,4	23,5	0,68
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	622	13.793	1,78	39,5	22,2	0,11
	Frauen	880	17.520	2,82	56,1	19,9	0,15
	Gesamt	1.502	31.313	2,27	47,3	20,9	0,13
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>47.030</b>	<b>742.954</b>	<b>134,60</b>	<b>2.126,3</b>	<b>15,8</b>	<b>5,83</b>
	<b>Frauen</b>	<b>51.112</b>	<b>744.766</b>	<b>163,78</b>	<b>2.386,4</b>	<b>14,6</b>	<b>6,54</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>98.142</b>	<b>1.487.720</b>	<b>148,36</b>	<b>2.249,0</b>	<b>15,2</b>	<b>6,16</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.052	53.061	5,87	151,9	25,9	0,42
	Frauen	999	22.958	3,20	73,6	23,0	0,20
	Gesamt	3.051	76.019	4,61	114,9	24,9	0,31
davon Rehafälle	Männer	770	25.142	2,20	72,0	32,7	0,20
	Frauen	734	26.142	2,35	83,8	35,6	0,23
	Gesamt	1.504	51.284	2,27	77,5	34,1	0,21

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.14 Sachsen

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.440	36.063	11,88	78,7	6,6	0,22
	Frauen	4.314	28.629	13,36	88,6	6,6	0,24
	Gesamt	9.754	64.692	12,49	82,8	6,6	0,23
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.132	33.857	2,47	73,9	29,9	0,20
	Frauen	1.117	36.992	3,46	114,5	33,1	0,31
	Gesamt	2.249	70.849	2,88	90,7	31,5	0,25
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	451	6.884	0,98	15,0	15,3	0,04
	Frauen	346	4.096	1,07	12,7	11,8	0,03
	Gesamt	797	10.980	1,02	14,1	13,8	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.888	97.821	6,30	213,5	33,9	0,59
	Frauen	3.705	134.388	11,47	416,1	36,3	1,14
	Gesamt	6.593	232.209	8,44	297,3	35,2	0,81
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.127	18.064	2,46	39,4	16,0	0,11
	Frauen	1.413	18.537	4,37	57,4	13,1	0,16
	Gesamt	2.540	36.601	3,25	46,9	14,4	0,13
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.152	8.434	2,51	18,4	7,3	0,05
	Frauen	864	5.758	2,68	17,8	6,7	0,05
	Gesamt	2.016	14.192	2,58	18,2	7,0	0,05
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	635	6.154	1,39	13,4	9,7	0,04
	Frauen	627	7.550	1,94	23,4	12,0	0,06
	Gesamt	1.262	13.704	1,62	17,6	10,9	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.980	47.020	4,32	102,6	23,8	0,28
	Frauen	1.258	21.689	3,89	67,2	17,2	0,18
	Gesamt	3.238	68.709	4,15	88,0	21,2	0,24
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	16.855	128.568	36,79	280,7	7,6	0,77
	Frauen	15.076	115.522	46,68	357,7	7,7	0,98
	Gesamt	31.931	244.090	40,88	312,5	7,6	0,86
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.479	51.239	16,33	111,9	6,9	0,31
	Frauen	5.626	31.706	17,42	98,2	5,6	0,27
	Gesamt	13.105	82.945	16,78	106,2	6,3	0,29
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.050	15.017	2,29	32,8	14,3	0,09
	Frauen	602	6.307	1,86	19,5	10,5	0,05
	Gesamt	1.652	21.324	2,12	27,3	12,9	0,07
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.129	220.702	24,29	481,8	19,8	1,32
	Frauen	6.899	152.232	21,36	471,3	22,1	1,29
	Gesamt	18.028	372.934	23,08	477,5	20,7	1,31
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	836	11.116	1,82	24,3	13,3	0,07
	Frauen	1.891	19.122	5,85	59,2	10,1	0,16
	Gesamt	2.727	30.238	3,49	38,7	11,1	0,11
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	892	10.175	2,76	31,5	11,4	0,09
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.596	30.441	5,67	66,5	11,7	0,18
	Frauen	2.720	28.827	8,42	89,3	10,6	0,24
	Gesamt	5.316	59.268	6,81	75,9	11,2	0,21
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.661	127.400	12,36	278,1	22,5	0,76
	Frauen	2.905	60.902	8,99	188,6	21,0	0,52
	Gesamt	8.566	188.302	10,97	241,1	22,0	0,66
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	527	9.813	1,15	21,4	18,6	0,06
	Frauen	616	11.787	1,91	36,5	19,1	0,10
	Gesamt	1.143	21.600	1,46	27,7	18,9	0,08
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>61.073</b>	<b>852.021</b>	<b>133,32</b>	<b>1.859,9</b>	<b>14,0</b>	<b>5,10</b>
	<b>Frauen</b>	<b>51.006</b>	<b>695.800</b>	<b>157,92</b>	<b>2.154,3</b>	<b>13,6</b>	<b>5,90</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>112.079</b>	<b>1.547.821</b>	<b>143,49</b>	<b>1.981,7</b>	<b>13,8</b>	<b>5,43</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.045	46.663	4,46	101,9	22,8	0,28
	Frauen	959	20.730	2,97	64,2	21,6	0,18
	Gesamt	3.004	67.393	3,85	86,3	22,4	0,24
davon Refahfälle	Männer	955	29.454	2,08	64,3	30,8	0,18
	Frauen	803	24.953	2,49	77,3	31,1	0,21
	Gesamt	1.758	54.407	2,25	69,7	31,0	0,19

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.15 Sachsen-Anhalt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.052	26.911	11,88	78,9	6,6	0,22
	Frauen	3.311	22.471	12,93	87,8	6,8	0,24
	Gesamt	7.363	49.382	12,33	82,7	6,7	0,23
Neubildungen (C00–D48)	Männer	903	24.605	2,65	72,2	27,3	0,20
	Frauen	957	34.546	3,74	135,0	36,1	0,37
	Gesamt	1.860	59.151	3,12	99,1	31,8	0,27
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	503	8.615	1,47	25,3	17,1	0,07
	Frauen	353	6.205	1,38	24,2	17,6	0,07
	Gesamt	856	14.820	1,43	24,8	17,3	0,07
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.161	66.629	6,34	195,4	30,8	0,54
	Frauen	2.981	111.178	11,65	434,3	37,3	1,19
	Gesamt	5.142	177.807	8,61	297,8	34,6	0,82
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	896	17.223	2,63	50,5	19,2	0,14
	Frauen	1.107	13.693	4,32	53,5	12,4	0,15
	Gesamt	2.003	30.916	3,36	51,8	15,4	0,14
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	824	6.550	2,42	19,2	8,0	0,05
	Frauen	588	5.015	2,30	19,6	8,5	0,05
	Gesamt	1.412	11.565	2,37	19,4	8,2	0,05
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	653	7.336	1,91	21,5	11,2	0,06
	Frauen	557	6.657	2,18	26,0	12,0	0,07
	Gesamt	1.210	13.993	2,03	23,4	11,6	0,06
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.001	50.269	5,87	147,4	25,1	0,40
	Frauen	1.294	29.206	5,06	114,1	22,6	0,31
	Gesamt	3.295	79.475	5,52	133,1	24,1	0,36
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	12.145	106.202	35,61	311,4	8,7	0,85
	Frauen	11.847	106.757	46,28	417,1	9,0	1,14
	Gesamt	23.992	212.959	40,19	356,7	8,9	0,98
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.108	44.178	17,91	129,5	7,2	0,35
	Frauen	4.909	31.431	19,18	122,8	6,4	0,34
	Gesamt	11.017	75.609	18,45	126,7	6,9	0,35
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	853	13.940	2,50	40,9	16,3	0,11
	Frauen	556	6.831	2,17	26,7	12,3	0,07
	Gesamt	1.409	20.771	2,36	34,8	14,7	0,10
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	10.003	205.950	29,33	603,9	20,6	1,65
	Frauen	6.325	144.917	24,71	566,1	22,9	1,55
	Gesamt	16.328	350.867	27,35	587,7	21,5	1,61
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	585	9.659	1,72	28,3	16,5	0,08
	Frauen	1.492	16.063	5,83	62,8	10,8	0,17
	Gesamt	2.077	25.722	3,48	43,1	12,4	0,12
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	858	10.539	3,35	41,2	12,3	0,11
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.292	33.948	6,72	99,6	14,8	0,27
	Frauen	2.550	31.293	9,96	122,3	12,3	0,33
	Gesamt	4.842	65.241	8,11	109,3	13,5	0,30
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.484	96.896	13,15	284,1	21,6	0,78
	Frauen	2.428	49.258	9,49	192,4	20,3	0,53
	Gesamt	6.912	146.154	11,58	244,8	21,1	0,67
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	424	10.544	1,24	30,9	24,9	0,08
	Frauen	514	12.522	2,01	48,9	24,4	0,13
	Gesamt	938	23.066	1,57	38,6	24,6	0,11
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>49.036</b>	<b>732.125</b>	<b>143,79</b>	<b>2.146,8</b>	<b>14,9</b>	<b>5,88</b>
	<b>Frauen</b>	<b>42.747</b>	<b>639.993</b>	<b>167,00</b>	<b>2.500,2</b>	<b>15,0</b>	<b>6,85</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>91.783</b>	<b>1.372.118</b>	<b>153,74</b>	<b>2.298,4</b>	<b>15,0</b>	<b>6,30</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.761	40.027	5,16	117,4	22,7	0,32
	Frauen	815	18.516	3,18	72,3	22,7	0,20
	Gesamt	2.576	58.543	4,31	98,1	22,7	0,27
davon Refahfälle	Männer	824	23.467	2,42	68,8	28,5	0,19
	Frauen	746	22.496	2,91	87,9	30,2	0,24
	Gesamt	1.570	45.963	2,63	77,0	29,3	0,21

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.16 Thüringen

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.751	34.569	12,04	87,6	7,3	0,24
	Frauen	4.532	32.805	14,22	102,9	7,2	0,28
	Gesamt	9.283	67.374	13,01	94,5	7,3	0,26
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.196	36.994	3,03	93,7	30,9	0,26
	Frauen	1.244	38.626	3,90	121,2	31,1	0,33
	Gesamt	2.440	75.620	3,42	106,0	31,0	0,29
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	423	8.946	1,07	22,7	21,2	0,06
	Frauen	338	5.860	1,06	18,4	17,3	0,05
	Gesamt	761	14.806	1,07	20,8	19,5	0,06
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.310	83.812	5,85	212,4	36,3	0,58
	Frauen	3.798	137.071	11,92	430,1	36,1	1,18
	Gesamt	6.108	220.883	8,56	309,7	36,2	0,85
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.033	19.310	2,62	48,9	18,7	0,13
	Frauen	1.607	22.030	5,04	69,1	13,7	0,19
	Gesamt	2.640	41.340	3,70	58,0	15,7	0,16
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	877	7.386	2,22	18,7	8,4	0,05
	Frauen	791	6.585	2,48	20,7	8,3	0,06
	Gesamt	1.668	13.971	2,34	19,6	8,4	0,05
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	627	7.833	1,59	19,9	12,5	0,05
	Frauen	715	7.994	2,24	25,1	11,2	0,07
	Gesamt	1.342	15.827	1,88	22,2	11,8	0,06
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.145	57.300	5,43	145,2	26,7	0,40
	Frauen	1.601	28.797	5,02	90,4	18,0	0,25
	Gesamt	3.746	86.097	5,25	120,7	23,0	0,33
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	14.007	114.093	35,49	289,1	8,2	0,79
	Frauen	14.889	122.352	46,72	384,0	8,2	1,05
	Gesamt	28.896	236.445	40,51	331,5	8,2	0,91
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.882	48.016	17,44	121,7	7,0	0,33
	Frauen	5.992	35.954	18,80	112,8	6,0	0,31
	Gesamt	12.874	83.970	18,05	117,7	6,5	0,32
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	915	15.409	2,32	39,0	16,8	0,11
	Frauen	703	9.020	2,21	28,3	12,8	0,08
	Gesamt	1.618	24.429	2,27	34,3	15,1	0,09
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.302	240.670	28,64	609,8	21,3	1,67
	Frauen	8.285	180.248	26,00	565,6	21,8	1,55
	Gesamt	19.587	420.918	27,46	590,1	21,5	1,62
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	685	9.107	1,74	23,1	13,3	0,06
	Frauen	2.001	22.032	6,28	69,1	11,0	0,19
	Gesamt	2.686	31.139	3,77	43,7	11,6	0,12
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	947	12.288	2,97	38,6	13,0	0,11
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.483	34.472	6,29	87,3	13,9	0,24
	Frauen	3.009	32.830	9,44	103,0	10,9	0,28
	Gesamt	5.492	67.302	7,70	94,4	12,3	0,26
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.263	122.324	13,34	309,9	23,2	0,85
	Frauen	3.055	69.674	9,59	218,6	22,8	0,60
	Gesamt	8.318	191.998	11,66	269,2	23,1	0,74
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	503	13.330	1,27	33,8	26,5	0,09
	Frauen	644	14.041	2,02	44,1	21,8	0,12
	Gesamt	1.147	27.371	1,61	38,4	23,9	0,11
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>55.526</b>	<b>856.561</b>	<b>140,69</b>	<b>2.170,3</b>	<b>15,4</b>	<b>5,95</b>
	<b>Frauen</b>	<b>54.288</b>	<b>780.940</b>	<b>170,36</b>	<b>2.450,7</b>	<b>14,4</b>	<b>6,71</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>109.814</b>	<b>1.637.501</b>	<b>153,94</b>	<b>2.295,5</b>	<b>14,9</b>	<b>6,29</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.229	52.839	5,65	133,9	23,7	0,37
	Frauen	1.040	23.348	3,26	73,3	22,5	0,20
	Gesamt	3.269	76.187	4,58	106,8	23,3	0,29
davon Refahfälle	Männer	1.000	32.778	2,53	83,1	32,8	0,23
	Frauen	977	31.457	3,07	98,7	32,2	0,27
	Gesamt	1.977	64.235	2,77	90,1	32,5	0,25

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.17 Bund West

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	294.137	1.644.495	13,03	72,9	5,6	0,20
	Frauen	245.666	1.392.010	13,54	76,7	5,7	0,21
	Gesamt	539.803	3.036.505	13,26	74,6	5,6	0,20
Neubildungen (C00–D48)	Männer	42.629	1.169.878	1,89	51,8	27,4	0,14
	Frauen	44.186	1.563.416	2,43	86,2	35,4	0,24
	Gesamt	86.815	2.733.294	2,13	67,1	31,5	0,18
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14.893	258.586	0,66	11,5	17,4	0,03
	Frauen	12.859	218.776	0,71	12,1	17,0	0,03
	Gesamt	27.752	477.362	0,68	11,7	17,2	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	130.181	5.144.590	5,77	227,9	39,5	0,62
	Frauen	160.907	6.238.292	8,87	343,7	38,8	0,94
	Gesamt	291.088	11.382.882	7,15	279,6	39,1	0,77
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	56.385	865.753	2,50	38,4	15,4	0,11
	Frauen	70.243	877.262	3,87	48,3	12,5	0,13
	Gesamt	126.628	1.743.015	3,11	42,8	13,8	0,12
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	37.024	277.389	1,64	12,3	7,5	0,03
	Frauen	28.888	201.213	1,59	11,1	7,0	0,03
	Gesamt	65.912	478.602	1,62	11,8	7,3	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	32.206	300.462	1,43	13,3	9,3	0,04
	Frauen	31.477	287.736	1,73	15,9	9,1	0,04
	Gesamt	63.683	588.198	1,56	14,5	9,2	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	77.982	1.881.405	3,46	83,4	24,1	0,23
	Frauen	49.987	874.301	2,75	48,2	17,5	0,13
	Gesamt	127.969	2.755.706	3,14	67,7	21,5	0,19
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	796.967	5.196.432	35,31	230,2	6,5	0,63
	Frauen	748.601	4.803.688	41,25	264,7	6,4	0,73
	Gesamt	1.545.568	10.000.120	37,96	245,6	6,5	0,67
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	278.812	1.869.144	12,35	82,8	6,7	0,23
	Frauen	211.565	1.266.652	11,66	69,8	6,0	0,19
	Gesamt	490.377	3.135.796	12,04	77,0	6,4	0,21
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	41.505	538.715	1,84	23,9	13,0	0,07
	Frauen	26.754	297.709	1,47	16,4	11,1	0,04
	Gesamt	68.259	836.424	1,68	20,5	12,3	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	521.779	9.874.275	23,12	437,5	18,9	1,20
	Frauen	323.926	6.822.414	17,85	375,9	21,1	1,03
	Gesamt	845.705	16.696.689	20,77	410,0	19,7	1,12
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	33.549	377.925	1,49	16,7	11,3	0,05
	Frauen	78.479	662.433	4,32	36,5	8,4	0,10
	Gesamt	112.028	1.040.358	2,75	25,6	9,3	0,07
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	46.897	503.359	2,58	27,7	10,7	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	155.902	1.517.348	6,91	67,2	9,7	0,18
	Frauen	168.158	1.510.674	9,27	83,2	9,0	0,23
	Gesamt	324.060	3.028.022	7,96	74,4	9,3	0,20
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	244.407	4.928.572	10,83	218,4	20,2	0,60
	Frauen	138.612	2.751.540	7,64	151,6	19,9	0,42
	Gesamt	383.019	7.680.112	9,41	188,6	20,1	0,52
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	32.668	673.647	1,45	29,9	20,6	0,08
	Frauen	37.133	748.901	2,05	41,3	20,2	0,11
	Gesamt	69.801	1.422.548	1,71	34,9	20,4	0,10
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.797.205</b>	<b>36.632.313</b>	<b>123,93</b>	<b>1.623,0</b>	<b>13,1</b>	<b>4,45</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.430.773</b>	<b>31.136.435</b>	<b>133,94</b>	<b>1.715,6</b>	<b>12,8</b>	<b>4,70</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.227.978</b>	<b>67.768.748</b>	<b>128,39</b>	<b>1.664,3</b>	<b>13,0</b>	<b>4,56</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	87.041	1.934.370	3,86	85,7	22,2	0,23
	Frauen	39.256	799.151	2,16	44,0	20,4	0,12
	Gesamt	126.297	2.733.521	3,10	67,1	21,6	0,18
davon Rehafälle	Männer	49.042	1.549.222	2,17	68,6	31,6	0,19
	Frauen	39.591	1.292.106	2,18	71,2	32,6	0,20
	Gesamt	88.633	2.841.328	2,18	69,8	32,1	0,19

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.18 Bund Ost

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	26.940	190.415	11,76	83,2	7,1	0,23
	Frauen	24.789	175.660	13,70	97,1	7,1	0,27
	Gesamt	51.729	366.075	12,62	89,3	7,1	0,24
Neubildungen (C00–D48)	Männer	6.017	177.130	2,63	77,4	29,4	0,21
	Frauen	6.214	209.276	3,43	115,6	33,7	0,32
	Gesamt	12.231	386.406	2,98	94,3	31,6	0,26
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.354	42.440	1,03	18,5	18,0	0,05
	Frauen	1.993	32.995	1,10	18,2	16,6	0,05
	Gesamt	4.347	75.435	1,06	18,4	17,4	0,05
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	14.814	522.749	6,47	228,3	35,3	0,63
	Frauen	22.305	852.179	12,32	470,8	38,2	1,29
	Gesamt	37.119	1.374.928	9,05	335,4	37,0	0,92
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.595	108.281	2,44	47,3	19,4	0,13
	Frauen	8.088	115.703	4,47	63,9	14,3	0,18
	Gesamt	13.683	223.984	3,34	54,6	16,4	0,15
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	5.199	41.517	2,27	18,1	8,0	0,05
	Frauen	4.336	33.233	2,40	18,4	7,7	0,05
	Gesamt	9.535	74.750	2,33	18,2	7,8	0,05
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.613	42.130	1,58	18,4	11,7	0,05
	Frauen	3.785	44.957	2,09	24,8	11,9	0,07
	Gesamt	7.398	87.087	1,80	21,2	11,8	0,06
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	11.619	293.999	5,07	128,4	25,3	0,35
	Frauen	8.204	158.658	4,53	87,7	19,3	0,24
	Gesamt	19.823	452.657	4,84	110,4	22,8	0,30
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	80.187	671.548	35,02	293,3	8,4	0,80
	Frauen	83.948	703.336	46,38	388,6	8,4	1,06
	Gesamt	164.135	1.374.884	40,03	335,4	8,4	0,92
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	37.481	269.003	16,37	117,5	7,2	0,32
	Frauen	31.947	196.955	17,65	108,8	6,2	0,30
	Gesamt	69.428	465.958	16,93	113,7	6,7	0,31
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.129	79.909	2,24	34,9	15,6	0,10
	Frauen	3.746	43.293	2,07	23,9	11,6	0,07
	Gesamt	8.875	123.202	2,16	30,1	13,9	0,08
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	61.520	1.299.461	26,87	567,5	21,1	1,55
	Frauen	43.585	959.952	24,08	530,4	22,0	1,45
	Gesamt	105.105	2.259.413	25,64	551,1	21,5	1,51
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.886	55.003	1,70	24,0	14,2	0,07
	Frauen	10.424	111.250	5,76	61,5	10,7	0,17
	Gesamt	14.310	166.253	3,49	40,6	11,6	0,11
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	5.259	61.892	2,91	34,2	11,8	0,09
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	13.837	187.519	6,04	81,9	13,6	0,22
	Frauen	16.811	197.563	9,29	109,2	11,8	0,30
	Gesamt	30.648	385.082	7,48	93,9	12,6	0,26
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	28.942	671.182	12,64	293,1	23,2	0,80
	Frauen	16.278	364.720	8,99	201,5	22,4	0,55
	Gesamt	45.220	1.035.902	11,03	252,7	22,9	0,69
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.329	76.932	1,45	33,6	23,1	0,09
	Frauen	4.174	93.167	2,31	51,5	22,3	0,14
	Gesamt	7.503	170.099	1,83	41,5	22,7	0,11
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>311.181</b>	<b>4.745.142</b>	<b>135,89</b>	<b>2.072,2</b>	<b>15,3</b>	<b>5,68</b>
	<b>Frauen</b>	<b>296.687</b>	<b>4.369.315</b>	<b>163,92</b>	<b>2.414,1</b>	<b>14,7</b>	<b>6,61</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>607.868</b>	<b>9.114.457</b>	<b>148,27</b>	<b>2.223,1</b>	<b>15,0</b>	<b>6,09</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	11.766	288.872	5,14	126,2	24,6	0,35
	Frauen	5.662	130.953	3,13	72,4	23,1	0,20
	Gesamt	17.428	419.825	4,25	102,4	24,1	0,28
davon Refahfälle	Männer	5.265	164.645	2,30	71,9	31,3	0,20
	Frauen	4.949	160.658	2,73	88,8	32,5	0,24
	Gesamt	10.214	325.303	2,49	79,4	31,9	0,22

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2017)

A.11.19 Gesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	321.077	1.834.910	12,92	73,8	5,7	0,20
	Frauen	270.455	1.567.670	13,55	78,6	5,8	0,22
	Gesamt	591.532	3.402.580	13,20	75,9	5,8	0,21
Neubildungen (C00–D48)	Männer	48.646	1.347.008	1,96	54,2	27,7	0,15
	Frauen	50.400	1.772.692	2,53	88,8	35,2	0,24
	Gesamt	99.046	3.119.700	2,21	69,6	31,5	0,19
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	17.247	301.026	0,69	12,1	17,5	0,03
	Frauen	14.852	251.771	0,74	12,6	17,0	0,03
	Gesamt	32.099	552.797	0,72	12,3	17,2	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	144.995	5.667.339	5,83	228,0	39,1	0,62
	Frauen	183.212	7.090.471	9,18	355,3	38,7	0,97
	Gesamt	328.207	12.757.810	7,32	284,7	38,9	0,78
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	61.980	974.034	2,49	39,2	15,7	0,11
	Frauen	78.331	992.965	3,92	49,8	12,7	0,14
	Gesamt	140.311	1.966.999	3,13	43,9	14,0	0,12
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	42.223	318.906	1,70	12,8	7,6	0,04
	Frauen	33.224	234.446	1,66	11,8	7,1	0,03
	Gesamt	75.447	553.352	1,68	12,4	7,3	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	35.819	342.592	1,44	13,8	9,6	0,04
	Frauen	35.262	332.693	1,77	16,7	9,4	0,05
	Gesamt	71.081	675.285	1,59	15,1	9,5	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	89.601	2.175.404	3,60	87,5	24,3	0,24
	Frauen	58.191	1.032.959	2,92	51,8	17,8	0,14
	Gesamt	147.792	3.208.363	3,30	71,6	21,7	0,20
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	877.154	5.867.980	35,28	236,0	6,7	0,65
	Frauen	832.549	5.507.024	41,71	275,9	6,6	0,76
	Gesamt	1.709.703	11.375.004	38,15	253,8	6,7	0,70
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	316.293	2.138.147	12,72	86,0	6,8	0,24
	Frauen	243.512	1.463.607	12,20	73,3	6,0	0,20
	Gesamt	559.805	3.601.754	12,49	80,4	6,4	0,22
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	46.634	618.624	1,88	24,9	13,3	0,07
	Frauen	30.500	341.002	1,53	17,1	11,2	0,05
	Gesamt	77.134	959.626	1,72	21,4	12,4	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	583.299	11.173.736	23,46	449,5	19,2	1,23
	Frauen	367.511	7.782.366	18,41	389,9	21,2	1,07
	Gesamt	950.810	18.956.102	21,21	423,0	19,9	1,16
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	37.435	432.928	1,51	17,4	11,6	0,05
	Frauen	88.903	773.683	4,45	38,8	8,7	0,11
	Gesamt	126.338	1.206.611	2,82	26,9	9,6	0,07
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	52.156	565.251	2,61	28,3	10,8	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	169.739	1.704.867	6,83	68,6	10,0	0,19
	Frauen	184.969	1.708.237	9,27	85,6	9,2	0,23
	Gesamt	354.708	3.413.104	7,91	76,2	9,6	0,21
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	273.349	5.599.754	11,00	225,3	20,5	0,62
	Frauen	154.890	3.116.260	7,76	156,1	20,1	0,43
	Gesamt	428.239	8.716.014	9,55	194,5	20,4	0,53
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	35.997	750.579	1,45	30,2	20,9	0,08
	Frauen	41.307	842.068	2,07	42,2	20,4	0,12
	Gesamt	77.304	1.592.647	1,72	35,5	20,6	0,10
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>3.108.386</b>	<b>41.377.455</b>	<b>125,03</b>	<b>1.664,4</b>	<b>13,3</b>	<b>4,56</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.727.460</b>	<b>35.505.750</b>	<b>136,66</b>	<b>1.779,0</b>	<b>13,0</b>	<b>4,87</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.835.846</b>	<b>76.883.205</b>	<b>130,21</b>	<b>1.715,4</b>	<b>13,2</b>	<b>4,70</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	98.807	2.223.242	3,97	89,4	22,5	0,25
	Frauen	44.918	930.104	2,25	46,6	20,7	0,13
	Gesamt	143.725	3.153.346	3,21	70,4	21,9	0,19
davon Refahfälle	Männer	54.307	1.713.867	2,18	68,9	31,6	0,19
	Frauen	44.540	1.452.764	2,23	72,8	32,6	0,20
	Gesamt	98.847	3.166.631	2,21	70,7	32,0	0,19

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2017)

A.12.1 Landkreise Baden-Württemberg

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Stuttgart	8111	41.903	12,07	3,31	13,13	3,60
Böblingen	8115	32.638	12,48	3,42	12,59	3,45
Esslingen	8116	42.845	12,75	3,49	12,79	3,51
Göppingen	8117	19.115	15,41	4,22	15,04	4,12
Ludwigsburg	8118	53.254	14,03	3,84	13,92	3,81
Rems-Murr-Kreis	8119	27.157	13,64	3,74	13,50	3,70
Heilbronn	8121	9.089	15,10	4,14	15,67	4,29
Heilbronn	8125	36.458	14,53	3,98	14,51	3,97
Hohenlohekreis	8126	7.592	14,27	3,91	14,15	3,88
Schwäbisch Hall	8127	9.214	15,78	4,32	15,92	4,36
Main-Tauber-Kreis	8128	5.330	14,65	4,01	14,57	3,99
Heidenheim	8135	16.839	16,75	4,59	16,21	4,44
Ostalbkreis	8136	20.655	16,24	4,45	15,78	4,32
Baden-Baden	8211	2.805	15,56	4,26	15,09	4,13
Karlsruhe	8212	18.465	14,67	4,02	14,73	4,04
Karlsruhe	8215	32.533	15,75	4,32	15,46	4,24
Rastatt	8216	22.353	16,48	4,51	16,27	4,46
Heidelberg	8221	5.055	10,62	2,91	11,45	3,14
Mannheim	8222	19.611	17,17	4,70	17,57	4,81
Neckar-Odenwald-Kreis	8225	9.931	17,68	4,84	17,47	4,79
Rhein-Neckar-Kreis	8226	33.113	16,57	4,54	16,36	4,48
Pforzheim	8231	3.891	16,02	4,39	15,83	4,34
Calw	8235	9.015	14,69	4,03	14,33	3,93
Enzkreis	8236	10.563	13,31	3,65	13,09	3,59
Freudenstadt	8237	5.540	14,36	3,93	13,81	3,78
Freiburg im Breisgau	8311	8.313	10,87	2,98	11,00	3,01
Breisgau-Hochschwarzwald	8315	12.108	13,33	3,65	13,02	3,57
Emmendingen	8316	7.381	14,04	3,85	13,76	3,77
Ortenaukreis	8317	17.367	15,24	4,17	15,03	4,12
Rottweil	8325	10.144	14,83	4,06	14,65	4,01
Schwarzwald-Baar-Kreis	8326	20.213	15,44	4,23	15,17	4,16
Tuttlingen	8327	11.859	14,99	4,11	14,89	4,08
Konstanz	8335	16.482	14,55	3,98	14,27	3,91
Lörrach	8336	10.708	14,12	3,87	14,11	3,86
Waldshut	8337	7.296	13,82	3,79	13,54	3,71
Reutlingen	8415	17.569	15,62	4,28	15,51	4,25
Tübingen	8416	10.860	13,12	3,60	13,12	3,60
Zollernalbkreis	8417	8.178	14,85	4,07	14,69	4,03
Ulm	8421	9.676	13,85	3,79	14,17	3,88
Alb-Donau-Kreis	8425	15.746	15,27	4,18	14,95	4,10
Biberach	8426	18.759	14,83	4,06	14,65	4,01
Bodenseekreis	8435	30.830	14,69	4,02	14,35	3,93
Ravensburg	8436	26.239	13,53	3,71	13,45	3,69
Sigmaringen	8437	6.498	13,83	3,79	13,97	3,83
<b>Gesamt</b>	<b>8999</b>	<b>761.191</b>	<b>14,52</b>	<b>3,98</b>	<b>14,44</b>	<b>3,96</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2017)

A.12.2 Landkreise Bayern

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Ingolstadt	9161	32.468	16,10	4,41	16,84	4,61
München, Landeshauptstadt	9162	104.076	11,54	3,16	12,61	3,46
Rosenheim	9163	3.769	13,35	3,66	13,90	3,81
Altötting	9171	4.093	15,68	4,30	15,85	4,34
Berchtesgadener Land	9172	2.131	13,28	3,64	13,78	3,77
Bad Tölz-Wolfratshausen	9173	6.930	12,65	3,47	12,44	3,41
Dachau	9174	21.318	14,88	4,08	14,78	4,05
Ebersberg	9175	10.614	11,65	3,19	11,68	3,20
Eichstätt	9176	37.918	14,82	4,06	15,13	4,15
Erding	9177	9.593	14,82	4,06	15,14	4,15
Freising	9178	13.059	13,82	3,79	14,22	3,90
Fürstenfeldbruck	9179	16.068	12,80	3,51	12,82	3,51
Garmisch-Partenkirchen	9180	2.739	12,98	3,56	12,91	3,54
Landsberg am Lech	9181	7.047	12,79	3,50	12,71	3,48
Miesbach	9182	5.161	13,23	3,62	12,88	3,53
Mühldorf a.Inn	9183	5.546	15,02	4,12	15,06	4,13
München	9184	23.127	11,28	3,09	11,23	3,08
Neuburg-Schrobenhausen	9185	20.315	16,49	4,52	16,76	4,59
Pfaffenhofen a.d.Ilm	9186	22.787	15,46	4,24	15,82	4,33
Rosenheim	9187	17.066	13,51	3,70	13,41	3,67
Starnberg	9188	6.798	10,40	2,85	10,49	2,87
Traunstein	9189	11.725	15,47	4,24	15,32	4,20
Weilheim-Schongau	9190	8.552	15,06	4,13	14,71	4,03
Landshut	9261	5.387	16,20	4,44	16,80	4,60
Passau	9262	3.243	16,90	4,63	17,18	4,71
Straubing	9263	3.518	21,06	5,77	21,29	5,83
Deggendorf	9271	10.739	16,21	4,44	16,47	4,51
Freyung-Grafenau	9272	6.614	18,18	4,98	18,25	5,00
Kelheim	9273	12.777	16,54	4,53	17,07	4,68
Landshut	9274	20.006	15,01	4,11	15,29	4,19
Passau	9275	15.415	16,60	4,55	16,41	4,50
Regen	9276	8.818	17,68	4,84	17,81	4,88
Rottal-Inn	9277	9.464	14,60	4,00	14,66	4,02
Straubing-Bogen	9278	9.775	17,14	4,70	17,01	4,66
Dingolfing-Landau	9279	22.427	16,24	4,45	16,36	4,48
Amberg	9361	4.487	18,04	4,94	17,68	4,84
Regensburg	9362	12.960	14,29	3,92	15,49	4,24
Weiden i.d.OPf.	9363	3.231	19,48	5,34	19,71	5,40
Amberg-Weizsach	9371	10.177	16,86	4,62	17,06	4,67
Cham	9372	8.145	18,35	5,03	18,56	5,09
Neumarkt i.d.OPf.	9373	14.397	15,22	4,17	15,59	4,27
Neustadt a.d.Waldnaab	9374	7.498	17,94	4,91	18,29	5,01
Regensburg	9375	23.848	15,71	4,30	15,70	4,30
Schwandorf	9376	13.814	18,37	5,03	18,47	5,06
Tirschenreuth	9377	5.376	17,58	4,82	17,01	4,66
Bamberg	9461	5.188	15,95	4,37	16,36	4,48
Bayreuth	9462	1.934	13,92	3,81	14,54	3,98
Coburg	9463	4.090	17,78	4,87	17,55	4,81
Hof	9464	2.187	19,87	5,45	18,98	5,20
Bamberg	9471	17.598	18,50	5,07	18,65	5,11
Bayreuth	9472	4.143	16,73	4,58	16,88	4,63
Coburg	9473	12.603	21,49	5,89	20,80	5,70
Forchheim	9474	17.685	16,14	4,42	15,80	4,33
Hof	9475	3.964	19,18	5,26	18,23	4,99
Kronach	9476	3.272	20,52	5,62	20,15	5,52
Kulmbach	9477	2.196	15,67	4,29	15,31	4,20

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2017)

Fortsetzung: A.12.2 Landkreise Bayern

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Lichtenfels	9478	4.785	20,86	5,71	20,92	5,73
Wunsiedel i.Fichtelgebirge	9479	1.683	18,48	5,06	17,33	4,75
Ansbach	9561	3.890	18,00	4,93	17,79	4,87
Erlangen	9562	16.777	13,26	3,63	13,03	3,57
Fürth	9563	10.096	17,87	4,89	17,81	4,88
Nürnberg	9564	35.182	15,62	4,28	16,28	4,46
Schwabach	9565	-	-	-	-	-
Ansbach	9571	13.185	17,14	4,70	17,55	4,81
Erlangen-Höchstadt	9572	17.529	14,34	3,93	14,15	3,88
Fürth	9573	9.976	16,16	4,43	15,76	4,32
Nürnberger Land	9574	10.342	15,83	4,34	15,44	4,23
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	9575	5.277	16,93	4,64	17,19	4,71
Roth	9576	13.200	15,97	4,37	15,97	4,37
Weißenburg-Gunzenhausen	9577	6.517	19,61	5,37	19,53	5,35
Aschaffenburg	9661	5.743	16,13	4,42	16,48	4,52
Schweinfurt	9662	3.123	18,66	5,11	18,25	5,00
Würzburg	9663	6.505	13,84	3,79	14,45	3,96
Aschaffenburg	9671	15.555	17,51	4,80	17,06	4,67
Bad Kissingen	9672	5.361	17,43	4,78	17,04	4,67
Rhön-Grabfeld	9673	6.341	19,88	5,45	18,93	5,19
Haßberge	9674	9.808	19,61	5,37	19,46	5,33
Kitzingen	9675	4.044	16,30	4,46	16,35	4,48
Miltenberg	9676	18.277	17,76	4,87	17,65	4,84
Main-Spessart	9677	11.109	17,77	4,87	17,55	4,81
Schweinfurt	9678	11.347	17,80	4,88	17,43	4,78
Würzburg	9679	10.726	16,39	4,49	16,26	4,46
Augsburg	9761	22.589	16,75	4,59	17,03	4,67
Kaufbeuren	9762	1.414	14,51	3,98	14,66	4,02
Kempten (Allgäu)	9763	2.976	16,24	4,45	16,46	4,51
Memmingen	9764	1.453	14,74	4,04	14,79	4,05
Aichach-Friedberg	9771	13.740	14,18	3,89	14,35	3,93
Augsburg	9772	23.025	16,26	4,45	16,12	4,42
Dillingen a.d.Donau	9773	6.051	17,37	4,76	17,27	4,73
Günzburg	9774	5.641	16,91	4,63	16,97	4,65
Neu-Ulm	9775	15.448	16,28	4,46	16,12	4,42
Lindau (Bodensee)	9776	5.353	12,91	3,54	12,70	3,48
Ostallgäu	9777	6.566	14,97	4,10	14,90	4,08
Unterallgäu	9778	5.559	14,31	3,92	14,45	3,96
Donau-Ries	9779	7.068	15,68	4,30	16,30	4,47
Oberallgäu	9780	12.752	14,58	3,99	14,50	3,97
<b>Gesamt</b>	<b>9999</b>	<b>1.085.892</b>	<b>15,48</b>	<b>4,24</b>	<b>15,64</b>	<b>4,28</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.3 Landkreise Berlin

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Berlin, Stadt	11000	215.178	18,91	5,18	18,94	5,19
<b>Gesamt</b>	<b>11999</b>	<b>215.178</b>	<b>18,91</b>	<b>5,18</b>	<b>18,94</b>	<b>5,19</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2017)

A.12.4 Landkreise Bremen

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Bremen, Stadt	4011	32.663	17,48	4,79	17,38	4,76
Bremerhaven, Stadt	4012	2.919	20,82	5,70	19,88	5,45
<b>Gesamt</b>	<b>4999</b>	<b>35.582</b>	<b>17,76</b>	<b>4,86</b>	<b>17,59</b>	<b>4,82</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.5 Landkreise Hamburg

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Hamburg, Freie und Hansestadt	2000	58.975	14,76	4,04	15,82	4,34
<b>Gesamt</b>	<b>2999</b>	<b>58.975</b>	<b>14,76</b>	<b>4,04</b>	<b>15,82</b>	<b>4,34</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.6 Landkreise Hessen

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Darmstadt, Wissenschaftsstadt	6411	8.610	14,76	4,04	15,00	4,11
Frankfurt am Main, Stadt	6412	31.483	12,71	3,48	13,63	3,73
Offenbach am Main, Stadt	6413	4.613	16,09	4,41	16,48	4,52
Wiesbaden, Landeshauptstadt	6414	12.809	14,87	4,07	14,89	4,08
Bergstraße	6431	21.944	17,76	4,87	17,35	4,75
Darmstadt-Dieburg	6432	18.697	17,33	4,75	17,10	4,68
Groß-Gerau	6433	14.570	17,74	4,86	17,66	4,84
Hochtaunuskreis	6434	10.578	12,69	3,48	12,41	3,40
Main-Kinzig-Kreis	6435	27.857	18,36	5,03	18,17	4,98
Main-Taunus-Kreis	6436	12.174	13,68	3,75	13,48	3,69
Odenwaldkreis	6437	4.032	17,62	4,83	17,14	4,70
Offenbach	6438	16.133	14,87	4,07	14,64	4,01
Rheingau-Taunus-Kreis	6439	9.092	15,90	4,36	15,41	4,22
Wetteraukreis	6440	14.018	17,60	4,82	17,40	4,77
Gießen	6531	7.853	17,96	4,92	18,02	4,94
Lahn-Dill-Kreis	6532	7.154	19,52	5,35	19,33	5,30
Limburg-Weilburg	6533	6.053	18,51	5,07	18,53	5,08
Marburg-Biedenkopf	6534	6.447	17,07	4,68	16,93	4,64
Vogelsbergkreis	6535	3.986	19,45	5,33	18,97	5,20
Kassel, documenta-Stadt	6611	15.933	17,54	4,81	17,82	4,88
Fulda	6631	15.249	18,01	4,93	17,88	4,90
Hersfeld-Rotenburg	6632	6.709	21,21	5,81	20,78	5,69
Kassel	6633	23.434	19,14	5,24	18,56	5,09
Schwalm-Eder-Kreis	6634	17.697	20,13	5,51	19,79	5,42
Waldeck-Frankenberg	6635	9.665	21,94	6,01	21,40	5,86
Werra-Meißner-Kreis	6636	15.246	20,88	5,72	20,34	5,57
<b>Gesamt</b>	<b>6999</b>	<b>342.035</b>	<b>17,22</b>	<b>4,72</b>	<b>17,11</b>	<b>4,69</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2017)

A.12.7 Landkreise Niedersachsen

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Braunschweig, Stadt	3101	14.884	16,12	4,42	16,85	4,62
Salzgitter, Stadt	3102	6.694	20,56	5,63	20,40	5,59
Wolfsburg, Stadt	3103	18.610	17,89	4,90	18,50	5,07
Gifhorn	3151	18.095	18,72	5,13	18,63	5,10
Göttingen	3152	8.994	18,71	5,13	18,40	5,04
Goslar	3153	3.397	17,84	4,89	17,68	4,84
Helmstedt	3154	9.394	21,40	5,86	20,88	5,72
Northeim	3155	7.358	22,00	6,03	20,89	5,72
Osterode am Harz	3156	2.019	23,49	6,44	22,38	6,13
Peine	3157	7.404	21,20	5,81	21,04	5,77
Wolfenbüttel	3158	7.587	18,66	5,11	18,05	4,94
Region Hannover	3241	55.395	17,46	4,78	17,43	4,77
Diepholz	3251	10.099	16,63	4,56	15,77	4,32
Hamel-Pyrmont	3252	3.518	19,45	5,33	19,03	5,21
Hildesheim	3254	13.191	19,45	5,33	19,03	5,21
Holz Minden	3255	2.775	18,29	5,01	17,30	4,74
Nienburg (Weser)	3256	4.711	19,96	5,47	19,23	5,27
Schaumburg	3257	6.274	17,89	4,90	17,75	4,86
Celle	3351	3.985	19,17	5,25	18,97	5,20
Cuxhaven	3352	5.354	21,61	5,92	20,62	5,65
Harburg	3353	10.298	16,49	4,52	16,24	4,45
Lüchow-Dannenberg	3354	2.075	19,83	5,43	18,90	5,18
Lüneburg	3355	4.420	18,38	5,03	18,18	4,98
Osterholz	3356	7.918	18,90	5,18	17,87	4,90
Rotenburg (Wümme)	3357	5.417	18,81	5,15	18,23	4,99
Soltau-Fallingb.ostel	3358	4.844	19,49	5,34	18,87	5,17
Stade	3359	5.764	16,97	4,65	16,80	4,60
Uelzen	3360	1.585	22,52	6,17	22,70	6,22
Verden	3361	7.676	16,92	4,64	16,24	4,45
Delmenhorst, Stadt	3401	3.725	18,89	5,18	18,46	5,06
Emden, Stadt	3402	3.349	17,67	4,84	18,27	5,00
Oldenburg (Oldenburg), Stadt	3403	6.881	15,70	4,30	15,60	4,27
Osnabrück, Stadt	3404	8.288	16,70	4,57	16,77	4,59
Wilhelmshaven, Stadt	3405	1.668	19,07	5,23	18,66	5,11
Ammerland	3451	4.691	16,78	4,60	16,25	4,45
Aurich	3452	10.109	19,00	5,20	18,48	5,06
Cloppenburg	3453	3.719	18,02	4,94	18,41	5,04
Emsland	3454	8.853	17,65	4,84	17,11	4,69
Friesland	3455	3.086	20,15	5,52	19,46	5,33
Grafschaft Bentheim	3456	4.203	19,17	5,25	18,26	5,00
Leer	3457	5.185	17,97	4,92	17,88	4,90
Oldenburg	3458	6.067	17,28	4,73	16,71	4,58
Osnabrück	3459	21.719	18,53	5,08	18,12	4,96
Vechta	3460	3.231	13,09	3,59	13,62	3,73
Wesermarsch	3461	7.566	19,57	5,36	18,54	5,08
Wittmund	3462	1.572	20,29	5,56	19,16	5,25
<b>Gesamt</b>	<b>3999</b>	<b>363.646</b>	<b>18,33</b>	<b>5,02</b>	<b>18,03</b>	<b>4,94</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2017)

A.12.8 Landkreise Nordrhein-Westfalen

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Düsseldorf, Stadt	5111	24.159	12,59	3,45	13,31	3,65
Duisburg, Stadt	5112	29.409	20,96	5,74	20,73	5,68
Essen, Stadt	5113	24.695	17,61	4,82	17,22	4,72
Krefeld, Stadt	5114	13.851	18,39	5,04	18,08	4,95
Mönchengladbach, Stadt	5116	8.999	20,01	5,48	19,58	5,36
Mülheim an der Ruhr, Stadt	5117	8.350	16,34	4,48	15,80	4,33
Oberhausen, Stadt	5119	8.068	19,82	5,43	19,38	5,31
Remscheid, Stadt	5120	7.754	20,46	5,61	20,07	5,50
Solingen, Stadt	5122	10.461	16,37	4,49	15,75	4,32
Wuppertal, Stadt	5124	18.283	17,40	4,77	16,87	4,62
Kleve	5154	8.723	16,65	4,56	16,38	4,49
Mettmann	5158	22.440	15,15	4,15	14,63	4,01
Rhein-Kreis Neuss	5162	25.948	16,42	4,50	16,04	4,39
Viersen	5166	13.587	18,08	4,95	17,45	4,78
Wesel	5170	19.686	19,02	5,21	18,41	5,04
Bonn, Stadt	5314	10.806	12,51	3,43	12,82	3,51
Köln, Stadt	5315	72.132	16,47	4,51	16,82	4,61
Leverkusen, Stadt	5316	23.220	18,87	5,17	17,97	4,92
Städteregion Aachen	5334	24.993	18,14	4,97	17,71	4,85
Düren	5358	15.886	20,17	5,53	19,57	5,36
Rhein-Erft-Kreis	5362	29.043	17,56	4,81	17,04	4,67
Euskirchen	5366	8.591	18,12	4,96	17,75	4,86
Heinsberg	5370	13.318	19,03	5,21	18,70	5,12
Oberbergischer Kreis	5374	10.076	17,12	4,69	16,55	4,54
Rheinisch-Bergischer Kreis	5378	23.878	16,20	4,44	15,40	4,22
Rhein-Sieg-Kreis	5382	31.381	17,09	4,68	16,57	4,54
Bottrop, Stadt	5512	3.268	19,99	5,48	19,58	5,36
Gelsenkirchen, Stadt	5513	6.996	22,99	6,30	22,80	6,25
Münster, Stadt	5515	9.691	14,20	3,89	14,74	4,04
Borken	5554	11.391	15,38	4,21	15,45	4,23
Coesfeld	5558	6.629	15,80	4,33	15,32	4,20
Recklinghausen	5562	15.092	18,98	5,20	18,44	5,05
Steinfurt	5566	16.991	17,81	4,88	17,77	4,87
Warendorf	5570	13.605	16,62	4,55	16,01	4,39
Bielefeld, Stadt	5711	26.242	17,57	4,81	17,06	4,67
Gütersloh	5754	35.706	16,35	4,48	15,77	4,32
Herford	5758	18.220	17,42	4,77	16,56	4,54
Höxter	5762	5.406	17,01	4,66	16,37	4,48
Lippe	5766	16.349	16,24	4,45	15,65	4,29
Minden-Lübbecke	5770	24.416	18,52	5,07	17,80	4,88
Paderborn	5774	16.881	16,11	4,41	15,73	4,31
Bochum, Stadt	5911	10.342	19,33	5,30	19,31	5,29
Dortmund, Stadt	5913	17.548	18,00	4,93	18,22	4,99
Hagen, Stadt	5914	6.353	21,54	5,90	20,67	5,66
Hamm, Stadt	5915	4.181	19,10	5,23	18,56	5,08
Herne, Stadt	5916	5.629	24,36	6,67	23,65	6,48
Ennepe-Ruhr-Kreis	5954	14.825	19,04	5,22	18,01	4,93
Hochsauerlandkreis	5958	7.509	15,86	4,34	15,32	4,20
Märkischer Kreis	5962	13.855	19,42	5,32	18,50	5,07
Olpe	5966	4.048	15,97	4,38	16,22	4,44
Siegen-Wittgenstein	5970	17.178	17,51	4,80	17,19	4,71
Soest	5974	9.912	16,85	4,62	16,19	4,44
Unna	5978	13.307	19,95	5,47	19,42	5,32
<b>Gesamt</b>	<b>5999</b>	<b>859.304</b>	<b>17,52</b>	<b>4,80</b>	<b>17,12</b>	<b>4,69</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2017)

A.12.9 Landkreise Rheinland-Pfalz

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Koblenz, kreisfreie Stadt	7111	3.460	16,10	4,41	17,44	4,78
Ahrweiler	7131	4.576	17,63	4,83	17,34	4,75
Altenkirchen (Westerwald)	7132	5.278	21,79	5,97	21,68	5,94
Bad Kreuznach	7133	6.663	19,91	5,45	19,45	5,33
Birkenfeld	7134	1.755	17,00	4,66	16,77	4,59
Cochem-Zell	7135	1.993	20,69	5,67	20,81	5,70
Mayen-Koblenz	7137	8.324	18,81	5,15	18,65	5,11
Neuwied	7138	8.258	19,09	5,23	18,78	5,14
Rhein-Hunsrück-Kreis	7140	4.366	20,61	5,65	20,39	5,59
Rhein-Lahn-Kreis	7141	4.545	21,72	5,95	21,39	5,86
Westerwaldkreis	7143	6.008	20,57	5,64	20,25	5,55
Trier, kreisfreie Stadt	7211	1.815	15,66	4,29	16,67	4,57
Berncastel-Wittlich	7231	2.508	18,05	4,95	17,86	4,89
Eifelkreis Bitburg-Prüm	7232	1.848	18,47	5,06	18,10	4,96
Vulkaneifel	7233	1.863	21,46	5,88	20,60	5,64
Trier-Saarburg	7235	3.220	21,22	5,81	20,69	5,67
Frankenthal (Pfalz), kreisfreie Stadt	7311	4.278	21,36	5,85	20,82	5,70
Kaiserslautern, kreisfreie Stadt	7312	5.971	20,01	5,48	19,65	5,38
Landau in der Pfalz, kreisfreie Stadt	7313	-	-	-	-	-
Ludwigshafen am Rhein, kreisfreie Stadt	7314	17.931	21,73	5,95	21,42	5,87
Mainz, kreisfreie Stadt	7315	7.394	13,95	3,82	15,00	4,11
Neustadt an der Weinstraße, kreisfreie Stadt	7316	2.162	16,68	4,57	16,39	4,49
Pirmasens, kreisfreie Stadt	7317	841	22,06	6,04	21,43	5,87
Speyer, kreisfreie Stadt	7318	3.795	20,22	5,54	19,78	5,42
Worms, kreisfreie Stadt	7319	4.498	19,93	5,46	19,99	5,48
Zweibrücken, kreisfreie Stadt	7320	-	-	-	-	-
Alzey-Worms	7331	6.286	21,01	5,76	20,75	5,69
Bad Dürkheim	7332	13.314	19,84	5,44	18,95	5,19
Donnersbergkreis	7333	5.194	23,48	6,43	22,86	6,26
Germersheim	7334	11.557	19,51	5,35	19,00	5,21
Kaiserslautern	7335	8.861	21,62	5,92	20,86	5,72
Kusel	7336	4.253	21,77	5,97	20,68	5,67
Südliche Weinstraße	7337	10.029	18,65	5,11	18,50	5,07
Rhein-Pfalz-Kreis	7338	17.625	19,99	5,48	19,23	5,27
Mainz-Bingen	7339	10.638	18,10	4,96	17,63	4,83
Südwestpfalz	7340	7.120	21,63	5,93	20,68	5,67
<b>Gesamt</b>	<b>7999</b>	<b>208.229</b>	<b>19,86</b>	<b>5,44</b>	<b>19,47</b>	<b>5,33</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2017)

A.12.10 Landkreise Saarland

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Regionalverband Saarbrücken	10041	7.877	20,10	5,51	20,72	5,68
Merzig-Wadern	10042	2.553	21,24	5,82	20,70	5,67
Neunkirchen	10043	2.998	21,66	5,93	22,05	6,04
Saarlouis	10044	9.245	21,02	5,76	22,10	6,06
Saarpfalz-Kreis	10045	5.997	21,21	5,81	20,74	5,68
St. Wendel	10046	1.845	20,08	5,50	19,70	5,40
<b>Gesamt</b>	<b>10999</b>	<b>30.515</b>	<b>20,84</b>	<b>5,71</b>	<b>21,15</b>	<b>5,80</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.11 Landkreise Schleswig-Holstein

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Flensburg, Stadt	1001	1.765	13,61	3,73	14,44	3,96
Kiel, Landeshauptstadt	1002	5.949	17,22	4,72	18,88	5,17
Lübeck, Hansestadt	1003	7.745	20,59	5,64	20,14	5,52
Neumünster, Stadt	1004	2.227	21,63	5,93	22,22	6,09
Dithmarschen	1051	6.658	17,57	4,81	17,19	4,71
Herzogtum Lauenburg	1053	7.025	16,58	4,54	16,64	4,56
Nordfriesland	1054	4.179	16,05	4,40	15,95	4,37
Ostholstein	1055	5.211	20,45	5,60	19,90	5,45
Pinneberg	1056	9.830	15,19	4,16	15,46	4,24
Plön	1057	2.888	18,97	5,20	18,39	5,04
Rendsburg-Eckernförde	1058	13.769	18,01	4,93	17,31	4,74
Schleswig-Flensburg	1059	5.650	17,84	4,89	17,37	4,76
Segeberg	1060	7.964	17,02	4,66	17,16	4,70
Steinburg	1061	10.060	18,67	5,12	18,04	4,94
Stormarn	1062	6.664	15,13	4,14	15,09	4,13
<b>Gesamt</b>	<b>1999</b>	<b>97.584</b>	<b>17,61</b>	<b>4,82</b>	<b>17,45</b>	<b>4,78</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2017)

A.12.12 Landkreise Brandenburg

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Brandenburg an der Havel, Stadt	12051	3.862	21,09	5,78	20,08	5,50
Cottbus, Stadt	12052	3.211	21,25	5,82	20,04	5,49
Frankfurt (Oder), Stadt	12053	1.444	21,35	5,85	20,23	5,54
Potsdam, Stadt	12054	9.604	19,69	5,39	19,92	5,46
Barnim	12060	12.986	24,91	6,82	23,00	6,30
Dahme-Spreewald	12061	9.153	23,26	6,37	22,25	6,10
Elbe-Elster	12062	3.198	23,78	6,52	22,01	6,03
Havelland	12063	10.755	23,03	6,31	21,75	5,96
Märkisch-Oderland	12064	13.880	24,12	6,61	22,55	6,18
Oberhavel	12065	13.082	23,30	6,38	22,19	6,08
Oberspreewald-Lausitz	12066	4.645	22,57	6,18	21,02	5,76
Oder-Spree	12067	11.794	22,47	6,16	20,95	5,74
Ostprignitz-Ruppin	12068	3.812	23,70	6,49	22,65	6,21
Potsdam-Mittelmark	12069	12.563	21,12	5,79	19,88	5,45
Prignitz	12070	2.886	25,62	7,02	22,66	6,21
Spree-Neiße	12071	3.501	23,96	6,57	22,03	6,04
Teltow-Fläming	12072	10.797	21,66	5,93	21,03	5,76
Uckermark	12073	3.475	23,40	6,41	21,44	5,87
<b>Gesamt</b>	<b>12999</b>	<b>134.647</b>	<b>22,78</b>	<b>6,24</b>	<b>21,53</b>	<b>5,90</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.13 Landkreise Mecklenburg-Vorpommern

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Rostock	13003	10.031	19,87	5,44	19,45	5,33
Schwerin	13004	5.155	20,47	5,61	19,23	5,27
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	13071	8.149	21,68	5,94	20,56	5,63
Landkreis Rostock	13072	10.868	23,29	6,38	21,83	5,98
Landkreis Vorpommern-Rügen	13073	8.448	22,24	6,09	21,14	5,79
Landkreis Nordwestmecklenburg	13074	5.850	23,64	6,48	22,43	6,15
Landkreis Vorpommern-Greifswald	13075	7.275	23,42	6,42	22,03	6,03
Landkreis Ludwigslust-Parchim	13076	10.373	24,73	6,78	23,10	6,33
<b>Gesamt</b>	<b>13999</b>	<b>66.150</b>	<b>22,49</b>	<b>6,16</b>	<b>21,27</b>	<b>5,83</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2017)

A.12.14 Landkreise Sachsen

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Chemnitz, Stadt	14511	4.280	21,00	5,75	20,71	5,67
Erzgebirgskreis	14521	3.385	21,05	5,77	20,00	5,48
Mittelsachsen	14522	4.180	19,44	5,33	18,66	5,11
Vogtlandkreis	14523	2.479	20,78	5,70	20,14	5,52
Zwickau	14524	8.530	21,10	5,78	20,50	5,62
Dresden, Stadt	14612	13.932	17,29	4,74	17,17	4,70
Bautzen	14625	4.497	21,34	5,85	19,62	5,37
Görlitz	14626	3.745	22,55	6,18	21,33	5,84
Meißen	14627	6.316	21,07	5,77	19,62	5,37
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	14628	4.146	18,90	5,18	18,35	5,03
Leipzig, Stadt	14713	14.432	17,75	4,86	19,07	5,22
Leipzig	14729	4.479	21,80	5,97	20,71	5,67
Nordsachsen	14730	3.697	23,64	6,48	22,80	6,25
<b>Gesamt</b>	<b>14999</b>	<b>78.108</b>	<b>19,82</b>	<b>5,43</b>	<b>19,38</b>	<b>5,31</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.15 Landkreise Sachsen-Anhalt

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Dessau-Roßlau, Stadt	15001	2.342	24,60	6,74	23,24	6,37
Halle (Saale), Stadt	15002	7.472	20,93	5,74	20,66	5,66
Magdeburg, Landeshauptstadt	15003	5.726	19,28	5,28	19,31	5,29
Altmarkkreis Salzwedel	15081	1.673	20,12	5,51	18,83	5,16
Anhalt-Bitterfeld	15082	4.067	25,25	6,92	24,00	6,57
Börde	15083	5.717	23,08	6,32	22,15	6,07
Burgenlandkreis	15084	5.128	23,39	6,41	21,91	6,00
Harz	15085	5.504	24,18	6,62	22,86	6,26
Jerichower Land	15086	1.847	24,01	6,58	23,18	6,35
Mansfeld-Südharz	15087	2.658	25,87	7,09	25,01	6,85
Saalekreis	15088	7.746	22,98	6,30	22,01	6,03
Salzlandkreis	15089	4.443	24,24	6,64	23,12	6,33
Stendal	15090	2.375	23,64	6,48	21,78	5,97
Wittenberg	15091	3.001	23,81	6,52	22,42	6,14
<b>Gesamt</b>	<b>15999</b>	<b>59.700</b>	<b>22,98</b>	<b>6,30</b>	<b>22,02</b>	<b>6,03</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2017)

A.12.16 Landkreise Thüringen

Landkreise	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand in %	AU-Tage je Mitglied standardisiert*	Krankenstand standardisiert* in %
Erfurt, Stadt	16051	10.697	20,67	5,66	19,90	5,45
Gera, Stadt	16052	1.610	22,77	6,24	21,87	5,99
Jena, Stadt	16053	2.061	16,49	4,52	17,22	4,72
Suhl, Stadt	16054	842	21,00	5,76	19,24	5,27
Weimar, Stadt	16055	1.358	20,38	5,58	20,05	5,49
Eisenach, Stadt	16056	2.294	21,06	5,77	19,74	5,41
Eichsfeld	16061	3.067	21,14	5,79	20,38	5,58
Nordhausen	16062	3.050	23,75	6,51	22,26	6,10
Wartburgkreis	16063	5.433	25,34	6,94	23,88	6,54
Unstrut-Hainich-Kreis	16064	3.819	22,39	6,14	21,27	5,83
Kyffhäuserkreis	16065	1.263	23,38	6,40	22,64	6,20
Schmalkalden-Meiningen	16066	4.455	25,30	6,93	22,98	6,30
Gotha	16067	5.483	23,66	6,48	21,86	5,99
Sömmerda	16068	3.023	25,84	7,08	23,93	6,56
Hildburghausen	16069	2.610	26,15	7,16	24,14	6,61
Ilm-Kreis	16070	3.723	21,15	5,80	19,92	5,46
Weimarer Land	16071	2.420	22,74	6,23	22,03	6,04
Sonneberg	16072	3.392	25,56	7,00	23,20	6,36
Saalfeld-Rudolstadt	16073	2.994	23,55	6,45	21,35	5,85
Saale-Holzland-Kreis	16074	1.723	25,53	7,00	24,32	6,66
Saale-Orla-Kreis	16075	2.267	23,16	6,34	21,10	5,78
Greiz	16076	1.545	21,73	5,95	20,56	5,63
Altenburger Land	16077	2.205	23,67	6,48	21,34	5,85
<b>Gesamt</b>	<b>16999</b>	<b>71.334</b>	<b>22,96</b>	<b>6,29</b>	<b>21,51</b>	<b>5,89</b>

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

Diagnosehauptgruppen und Diagnoseuntergruppen nach dem ICD-10-GM Schlüssel

Gliederungsebene	Anzahl	ICD-10-Code
Diagnosehauptgruppen/Kapitel	21	Kapitel I–XXI
Diagnoseuntergruppen/Gruppen	234	A00–Z99

ICD-10-Code	Bezeichnung
<b>Kapitel I</b>	<b>Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)</b>
A00–A09	Infektiöse Darmkrankheiten
A15–A19	Tuberkulose
A20–A28	Bestimmte bakterielle Zoonosen
A30–A49	Sonstige bakterielle Krankheiten
A50–A64	Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden
A65–A69	Sonstige Spirochätenkrankheiten
A70–A74	Sonstige Krankheiten durch Chlamydien
A75–A79	Rickettsiosen
A80–A89	Virusinfektionen des Zentralnervensystems
A92–A99	Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber
B00–B09	Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind
B15–B19	Virushepatitis
B20–B24	HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B25–B34	Sonstige Viruskrankheiten
B35–B49	Mykosen
B50–B64	Protozoenkrankheiten
B65–B83	Helminthosen
B85–B89	Pedikulose [Läusebefall], Akarinose [Milbenbefall] und sonstiger Parasitenbefall der Haut
B90–B94	Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten
B95–B98	Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B99–B99	Sonstige Infektionskrankheiten
<b>Kapitel II</b>	<b>Neubildungen (C00–D48)</b>
C00–C14	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
C15–C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
C30–C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
C40–C41	Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
C43–C44	Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C45–C49	Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
C50–C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]
C51–C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
C60–C63	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
C64–C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane
C69–C72	Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
C73–C75	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
C76–C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81–C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet

ICD-10-Code	Bezeichnung
C97–C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D00–D09	In-situ-Neubildungen
D10–D36	Gutartige Neubildungen
D37–D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens
<b>Kapitel III</b>	<b>Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D90)</b>
D50–D53	Alimentäre Anämien
D55–D59	Hämolytische Anämien
D60–D64	Aplastische und sonstige Anämien
D65–D69	Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
D70–D77	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
D80–D90	Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
<b>Kapitel IV</b>	<b>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)</b>
E00–E07	Krankheiten der Schilddrüse
E10–E14	Diabetes mellitus
E15–E16	Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas
E20–E35	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
E40–E46	Mangelernährung
E50–E64	Sonstige alimentäre Mangelzustände
E65–E68	Adipositas und sonstige Überernährung
E70–E90	Stoffwechselstörungen
<b>Kapitel V</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)</b>
F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30–F39	Affektive Störungen
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70–F79	Intelligenzstörung
F80–F89	Entwicklungsstörungen
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99–F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
<b>Kapitel VI</b>	<b>Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)</b>
G00–G09	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
G10–G14	Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
G20–G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G30–G32	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
G35–G37	Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
G50–G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
G60–G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
G70–G73	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
G80–G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
G90–G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems

ICD-10-Code	Bezeichnung
<b>Kapitel VII</b>	<b>Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)</b>
H00–H06	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
H10–H13	Affektionen der Konjunktiva
H15–H22	Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
H25–H28	Affektionen der Linse
H30–H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut
H40–H42	Glaukom
H43–H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels
H46–H48	Affektionen des Nervus opticus und der Sehbahn
H49–H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
H53–H54	Sehstörungen und Blindheit
H55–H59	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde
<b>Kapitel VIII</b>	<b>Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)</b>
H60–H62	Krankheiten des äußeren Ohres
H65–H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
H80–H83	Krankheiten des Innenohres
H90–H95	Sonstige Krankheiten des Ohres
<b>Kapitel IX</b>	<b>Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)</b>
I00–I02	Akutes rheumatisches Fieber
I05–I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
I10–I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten
I26–I28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
I30–I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit
I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
I70–I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
I80–I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert
I95–I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
<b>Kapitel X</b>	<b>Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)</b>
J00–J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege
J09–J18	Grippe und Pneumonie
J20–J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege
J30–J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
J40–J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
J60–J70	Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen
J80–J84	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
J85–J86	Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege
J90–J94	Sonstige Krankheiten der Pleura
J95–J99	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems
<b>Kapitel XI</b>	<b>Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)</b>
K00–K14	Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer
K20–K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums
K35–K38	Krankheiten der Appendix
K40–K46	Hernien

ICD-10-Code	Bezeichnung
K50-K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis
K55-K64	Sonstige Krankheiten des Darms
K65-K67	Krankheiten des Peritoneums
K70-K77	Krankheiten der Leber
K80-K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas
K90-K93	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
<b>Kapitel XII</b>	<b>Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)</b>
L00-L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut
L10-L14	Bullöse Dermatosen
L20-L30	Dermatitis und Ekzem
L40-L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten
L50-L54	Urtikaria und Erythem
L55-L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
L60-L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde
L80-L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut
<b>Kapitel XIII</b>	<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)</b>
M00-M03	Infektiöse Arthropathien
M05-M14	Entzündliche Polyarthropathien
M15-M19	Arthrose
M20-M25	Sonstige Gelenkrankheiten
M30-M36	Systemkrankheiten des Bindegewebes
M40-M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M45-M49	Spondylopathien
M50-M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M60-M63	Krankheiten der Muskeln
M65-M68	Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
M70-M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
M80-M85	Veränderungen der Knochendichte und -struktur
M86-M90	Sonstige Osteopathien
M91-M94	Chondropathien
M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
<b>Kapitel XIV</b>	<b>Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)</b>
N00-N08	Glomeruläre Krankheiten
N10-N16	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
N17-N19	Niereninsuffizienz
N20-N23	Urolithiasis
N25-N29	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters
N30-N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
N40-N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane
N60-N64	Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
N70-N77	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
N80-N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
N99-N99	Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems

ICD-10-Code	Bezeichnung
<b>Kapitel XV</b>	<b>Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)</b>
O00–O08	Schwangerschaft mit abortivem Ausgang
O09–O09	Schwangerschaftsdauer
O10–O16	Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
O20–O29	Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
O30–O48	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
O60–O75	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
O80–O82	Entbindung
O85–O92	Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
O94–O99	Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind
<b>Kapitel XVI</b>	<b>Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)</b>
P00–P04	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung
P05–P08	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum
P10–P15	Geburtstrauma
P20–P29	Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P35–P39	Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P50–P61	Hämorrhagische und hämatologische Krankheiten beim Feten und Neugeborenen
P70–P74	Transitorische endokrine und Stoffwechselstörungen, die für den Feten und das Neugeborene spezifisch sind
P75–P78	Krankheiten des Verdauungssystems beim Feten und Neugeborenen
P80–P83	Krankheitszustände mit Beteiligung der Haut und der Temperaturregulation beim Feten und Neugeborenen
P90–P96	Sonstige Störungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
<b>Kapitel XVII</b>	<b>Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)</b>
Q00–Q07	Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
Q10–Q18	Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses
Q20–Q28	Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
Q30–Q34	Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
Q35–Q37	Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte
Q38–Q45	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems
Q50–Q56	Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane
Q60–Q64	Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems
Q65–Q79	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems
Q80–Q89	Sonstige angeborene Fehlbildungen
Q90–Q99	Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert
<b>Kapitel XVIII</b>	<b>Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)</b>
R00–R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen
R10–R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen
R20–R23	Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen
R25–R29	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
R30–R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen
R40–R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen
R47–R49	Symptome, die die Sprache und die Stimme betreffen
R50–R69	Allgemeinsymptome
R70–R79	Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose

ICD-10-Code	Bezeichnung
R80-R82	Abnorme Urinuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
R83-R89	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei der Untersuchung anderer Körperflüssigkeiten, Substanzen und Gewebe
R90-R94	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen
R95-R99	Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen
<b>Kapitel XIX</b>	<b>Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)</b>
S00-S09	Verletzungen des Kopfes
S10-S19	Verletzungen des Halses
S20-S29	Verletzungen des Thorax
S30-S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40-S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50-S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60-S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70-S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80-S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90-S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00-T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen
T15-T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung
T20-T25	Verbrennungen oder Verätzungen der äußeren Körperoberfläche, Lokalisation bezeichnet
T26-T28	Verbrennungen oder Verätzungen, die auf das Auge und auf innere Organe begrenzt sind
T29-T32	Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und nicht näher bezeichneter Körperregionen
T33-T35	Erfrierungen
T36-T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T51-T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
T66-T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen
T79-T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas
T80-T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
T89-T89	Sonstige Komplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert
T90-T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen
<b>Kapitel XX</b>	<b>Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y84)</b>
V01-X59	Unfälle
X60-X84	Vorsätzliche Selbstbeschädigung
X85-Y09	Tätlicher Angriff
Y10-Y34	Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind
Y35-Y36	Gesetzliche Maßnahmen und Kriegshandlungen
Y40-Y84	Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung
<b>Kapitel XXI</b>	<b>Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)</b>
Z00-Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen
Z20-Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten
Z30-Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen
Z40-Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen
Z55-Z65	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
Z70-Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
Z80-Z99	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen

ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC Klassifikation

Gliederungsebene	Anzahl	ATC-Code
Anatomische Hauptgruppen	15	A-V
Therapeutische Untergruppen	99	A01-V90

ATC-Code	Bezeichnung
<b>A</b>	<b>Alimentäres System und Stoffwechsel</b>
A01	Stomatologika
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen
A03	Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen
A04	Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit
A05	Gallen- und Lebertherapie
A06	Mittel gegen Obstipation
A07	Antidiarrhoika und Intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva
A08	Antiadiposita, exklusive Diätetika
A09	Digestiva, inklusive Enzyme
A10	Antidiabetika
A11	Vitamine
A12	Mineralstoffe
A13	Tonika
A14	Anabolika zur systemischen Anwendung
A15	Appetit stimulierende Mittel
A16	Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel
<b>B</b>	<b>Blut und blutbildende Organe</b>
B01	Antithrombotische Mittel
B02	Antihämorrhagika
B03	Antianämika
B05	Blutersatzmittel und Perfusionslösungen
B06	Andere Hämatologika
<b>C</b>	<b>Kardiovaskuläres System</b>
C01	Herztherapie
C02	Antihypertensiva
C03	Diuretika
C04	Periphere Vasodilatatoren
C05	Vasoprotektoren
C06	Andere Herz- und Kreislaufmittel
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten
C08	Calciumkanalblocker
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen

ATC-Code	Bezeichnung
<b>D</b>	<b>Dermatika</b>
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung
D02	Emollientia und Hautschutzmittel
D03	Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren
D04	Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc.
D05	Antipsoriatika
D06	Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen
D08	Antiseptika und Desinfektionsmittel
D09	Medizinische Verbände
D10	Aknemittel
D11	Andere Dermatika
<b>G</b>	<b>Urogenitalsystem und Sexualhormone</b>
G01	Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika
G02	Andere Gynäkologika
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems
G04	Urologika
<b>H</b>	<b>Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline</b>
H01	Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung
H03	Schilddrüsenherapie
H04	Pankreashormone
H05	Calciumhomöostase
<b>J</b>	<b>Antiinfektiva zur systemischen Anwendung</b>
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung
J02	Antimykotika zur systemischen Anwendung
J04	Mittel gegen Mykobakterien
J05	Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung
J06	Immunsera und Immunglobuline
J07	Impfstoffe
<b>L</b>	<b>Antineoplastische und immunmodulierende Mittel</b>
L01	Antineoplastische Mittel
L02	Endokrine Therapie
L03	Immunstimulanzien
L04	Immunsuppressiva
<b>M</b>	<b>Muskel- und Skelettsystem</b>
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika
M02	Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen
M03	Muskelrelaxanzien
M04	Gichtmittel
M05	Mittel zur Behandlung von Knochenkrankungen
M09	Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems

ATC-Code	Bezeichnung
<b>N</b>	<b>Nervensystem</b>
N01	Anästhetika
N02	Analgetika
N03	Antiepileptika
N04	Antiparkinsonmittel
N05	Psycholeptika
N06	Psychoanaleptika
N07	Andere Mittel für das Nervensystem
<b>P</b>	<b>Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien</b>
P01	Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen
P02	Anthelmintika
P03	Mittel gegen Ektoparasiten, inklusive Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien
<b>R</b>	<b>Respirationstrakt</b>
R01	Rhinologika
R02	Hals- und Rachentherapeutika
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
R04	Brusteinreibungen und andere Inhalate
R05	Husten- und Erkältungsmittel
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung
R07	Andere Mittel für den Respirationstrakt
<b>S</b>	<b>Sinnesorgane</b>
S01	Ophthalmika
S02	Otologika
S03	Ophthalmologische und otologische Zubereitungen
<b>V</b>	<b>Verschiedene</b>
V01	Allergene
V03	Alle übrigen therapeutischen Mittel
V04	Diagnostika
V06	Allgemeine Diätetika
V07	Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel
V08	Kontrastmittel
V09	Radiodiagnostika
V10	Radiotherapeutika
V20	Wundverbände
V60	Homöopathika und Anthroposophika
V70	Rezepturen
V90	Sondergruppen
<b>X</b>	<b>Ohne ATC-Angabe</b>

Wirtschaftsabschnitte und -abteilungen nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008)

Gliederungsebene	Anzahl	WZ-2008-Code
Wirtschaftsabschnitte	21	A-U
Wirtschaftsabteilungen	88	01-99

WZ-2008-Code	Bezeichnung
<b>Abschnitt A</b>	<b>Land- und Forstwirtschaft, Fischerei</b>
01	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag
03	Fischerei und Aquakultur
<b>Abschnitt B</b>	<b>Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden</b>
05	Kohlenbergbau
06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas
07	Erzbergbau
08	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau
09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden
<b>Abschnitt C</b>	<b>Verarbeitendes Gewerbe</b>
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln
11	Getränkeherstellung
12	Tabakverarbeitung
13	Herstellung von Textilien
14	Herstellung von Bekleidung
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden
24	Metallerzeugung und -bearbeitung
25	Herstellung von Metallerzeugnissen
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen
28	Maschinenbau
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen
30	Sonstiger Fahrzeugbau
31	Herstellung von Möbeln
32	Herstellung von sonstigen Waren
33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen
<b>Abschnitt D</b>	<b>Energieversorgung</b>
35	Energieversorgung

WZ-2008-Code	Bezeichnung
<b>Abschnitt E</b>	<b>Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen</b>
36	Wasserversorgung
37	Abwasserentsorgung
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung
39	Beseitigung von Umweltverschmutzungen und sonstige Entsorgung
<b>Abschnitt F</b>	<b>Baugewerbe</b>
41	Hochbau
42	Tiefbau
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe
<b>Abschnitt G</b>	<b>Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen</b>
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
<b>Abschnitt H</b>	<b>Verkehr und Lagerei</b>
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen
50	Schifffahrt
51	Luftfahrt
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr
53	Post-, Kurier- und Expressdienste
<b>Abschnitt I</b>	<b>Gastgewerbe</b>
55	Beherbergung
56	Gastronomie
<b>Abschnitt J</b>	<b>Information und Kommunikation</b>
58	Verlagswesen
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios und Verlegen von Musik
60	Rundfunkveranstalter
61	Telekommunikation
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie
63	Informationsdienstleistungen
<b>Abschnitt K</b>	<b>Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen</b>
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten
<b>Abschnitt L</b>	<b>Grundstücks- und Wohnungswesen</b>
68	Grundstücks- und Wohnungswesen
<b>Abschnitt M</b>	<b>Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen</b>
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung
72	Forschung und Entwicklung
73	Werbung und Marktforschung
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten
75	Veterinärwesen

WZ-2008-Code	Bezeichnung
<b>Abschnitt N</b>	<b>Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen</b>
77	Vermietung von beweglichen Sachen
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.
<b>Abschnitt O</b>	<b>Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung</b>
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
<b>Abschnitt P</b>	<b>Erziehung und Unterricht</b>
85	Erziehung und Unterricht
<b>Abschnitt Q</b>	<b>Gesundheits- und Sozialwesen</b>
86	Gesundheitswesen
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
88	Sozialwesen (ohne Heime)
<b>Abschnitt R</b>	<b>Kunst, Unterhaltung und Erholung</b>
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung
<b>Abschnitt S</b>	<b>Erbringung von sonstigen Dienstleistungen</b>
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen
<b>Abschnitt T</b>	<b>Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt</b>
97	Private Haushalte mit Hauspersonal
98	Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
<b>Abschnitt U</b>	<b>Exterritoriale Organisationen und Körperschaften</b>
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften

Berufssektoren, -segmente und Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)

Gliederungsebene	Anzahl	KldB-2010-Code
Berufssektoren	5	S1-S5
Berufssegmente	14	S11-S53
Berufshauptgruppen	37	01-99

KldB-2010-Code	Bezeichnung
S1	<b>Produktionsberufe</b>
S11	Land-, Forst- und Gartenbauberufe
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe
12	Gartenbauberufe und Floristik
S12	<b>Fertigungsberufe</b>
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe
28	Textil- und Lederberufe
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau
S13	<b>Fertigungstechnische Berufe</b>
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe
26	Mechatronik, Energie- und Elektroberufe
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe
S14	<b>Bau- und Ausbauberufe</b>
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe
32	Hoch- und Tiefbauberufe
33	(Innen-)Ausbauberufe
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe
S2	<b>Personenbezogene Dienstleistungsberufe</b>
S21	<b>Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe</b>
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe
S22	<b>Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe</b>
81	Medizinische Gesundheitsberufe
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik
S23	<b>Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe</b>
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie
84	Lehrende und ausbildende Berufe
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe
94	Darstellende und unterhaltende Berufe

KldB-2010-Code	Bezeichnung
<b>S3</b>	<b>Kaufmännische und unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe</b>
S31	Handelsberufe
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe
62	Verkaufsberufe
S32	Berufe in Unternehmensführung und -organisation
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation
S33	Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung
73	Berufe in Recht und Verwaltung
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe
<b>S4</b>	<b>IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe</b>
S41	IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe
41	Mathematik, Biologie-, Chemie- und Physikberufe
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe
43	Informatik, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe
<b>S5</b>	<b>Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungsberufe</b>
S51	Sicherheitsberufe
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe
01	Angehörige der regulären Streitkräfte
S52	Verkehrs- und Logistikberufe
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten
S53	Reinigungsberufe
54	Reinigungsberufe