

A.-K. Klemm
B. Meyer (Hrsg.)



Vielfalt und gesunde Arbeit



BKK Gesundheitsreport 2025

Anne-Kathrin Klemm | Bertolt Meyer (Hrsg.)

Vielfalt und gesunde Arbeit



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Klemm | Meyer (Hrsg.): Vielfalt und gesunde Arbeit.

[BKK Gesundheitsreport 2025] © MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG 2025

BKK Gesundheitsreport 2025

Anne-Kathrin Klemm | Bertolt Meyer (Hrsg.)

Vielfalt und gesunde Arbeit

mit Gastbeiträgen aus
Wissenschaft, Politik und Praxis von

E. Becher | T. Borde | R. Cruces | M. Danner | N. Dragano | J. Eicher | T. Ellwart
G. Genster | J.-P. Goroncy | S. Hartig | P. Heufers | A. Holleder | K. Inger | L. Janßen
A.-K. Klemm | K. Kliner | B. Lehmann | A. Lenz | B. Meyer | I. Oehse
S. Oertelt-Prigione | R. Rapp-Engels | D. Rennert | M. Richter | S. Schulz | J. Sehouli
U. Siebert | M. Stamm | J. Weyer | T. Yalçinkaya | H. Zeeb



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Klemm | Meyer (Hrsg.): Vielfalt und gesunde Arbeit.

[BKK Gesundheitsreport 2025] © MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG 2025

Der BKK Gesundheitsreport 2025 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Dachverband erstellt.

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

Redaktion: Karin Kliner, Isabelle Oehse, Matthias Richter, Florian Sado

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
www.bkk-dachverband.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 978-3-95466-994-3
ISSN 2199-6814

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:

Klemm A-K, Meyer B (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2025. Vielfalt und gesunde Arbeit. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2025

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, Dezember 2025

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, Florian Mürmann, Berlin

Copy-Editing: Monika Laut-Zimmermann, Berlin

Layout & Satz: primustype Hurler GmbH, Notzingen

Druck: Beltz Grafische Betriebe GmbH, Bad Langensalza

Coverbild: New Africa/Adobe Stock

Das Herausgeber-Team

Anne-Kathrin Klemm
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Prof. Dr. Bertolt Meyer
Professur für Arbeits-, Organisations- und
Wirtschaftspsychologie
TU Chemnitz

Die Autorinnen und Autoren

Dr. rer. nat. Eva Becher, M.Sc.
Medizinische Fakultät OWL
Universität Bielefeld

Prof. Dr. Theda Borde
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Rafael Cruces
Charta der Vielfalt e.V.
Berlin

Dr. Martin Danner
BAG Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und
chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
Düsseldorf

Nico Dragano
Institut für Medizinische Soziologie
Universitätsklinikum Düsseldorf

Jennifer Eicher
Berliner Stadtreinigung

Univ.-Prof. Dr. Thomas Ellwart
Wirtschaftspsychologie
Universität Trier

Grit Genster
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)
Berlin

Jan-Paul Goroncy
HAMBURG WASSER
Hamburg

Dr. Sandra Hartig
Deutsche Industrie- und Handelskammer (DIHK)
Berlin

Dr. Patricia Heufers
EY Corporate Solutions
Stuttgart

Prof. Dr. Alfons Holleeder
Institut für Sozialwesen
Universität Kassel

Katinka Inger
Charta der Vielfalt e.V.
Berlin

Lina Janßen
Institut für Medizinische Soziologie
Universitätsklinikum Düsseldorf

Anne-Kathrin Klemm
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Karin Klüner
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Birgit Lehmann
Berliner Stadtreinigung

Andreas Lenz
BKK Pfalz
Ludwigshafen

Prof. Dr. Bertolt Meyer
Professur für Arbeits-, Organisations- und
Wirtschaftspsychologie
TU Chemnitz

Isabelle Oehse
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Prof. Dr. med. Sabine Oertelt-Prigione, M.Sc.
Medizinische Fakultät OWL
Universität Bielefeld
und
Department of Primary and Community Care
Radboud University Medical Center
Nijmegen
Niederlande

Dr. Regine Rapp-Engels
Deutscher Frauenrat
Berlin

Dirk Rennert
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Dr. Matthias Richter
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Sybill Schulz
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jalid Sehouli
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dr. phil. Ute Siebert
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Martina Stamm
BKK Pfalz
Ludwigshafen

Julia Weyer
Merck KGaA
Darmstadt

Tuğba Yalçinkaya
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Hajo Zeeb
Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie
– BIPS
Bremen

Vorwort

Die Arbeitswelt war schon immer vielfältig. Unterschiedliche Tätigkeiten erfordern unterschiedliche Expertisen, die in Teams, Projektgruppen und/oder Organisationen zusammengeführt werden, um komplexe Aufgaben zu bewältigen. Entsprechend ist Vielfalt eben auch eine wichtige Grundlage für Produktivität und Innovation und somit ein Wesensmerkmal unserer modernen Arbeitswelt – und damit eine ihrer größten Stärken. In Zeiten tiefgreifender gesellschaftlicher, technologischer und politischer Veränderungen gewinnt das Thema Diversität zunehmend an Bedeutung und dies auch insbesondere im Arbeitskontext. Die Arbeitswelt ist heute nicht nur durch unterschiedliche Tätigkeiten und Qualifikationen geprägt, sondern auch durch die Vielfalt der Menschen, die in ihr tätig sind. Diese Vielfalt umfasst Alter, Geschlecht, kulturelle Herkunft, Lebensstile, gesundheitliche Voraussetzungen, Bildung und vieles mehr. Sie ist ein fester Bestandteil und vor allem eine große Chance – insbesondere dann, wenn sie bewusst wahrgenommen, wertgeschätzt und gestaltet wird. Doch Vielfalt geht weit über den beruflichen Kontext hinaus: Menschen bringen ihre individuellen Erfahrungen, Perspektiven und Lebensrealitäten mit an den Arbeitsplatz. Somit ist auch dies Teil der Arbeitswelt und beeinflusst, wie Menschen miteinander arbeiten, kommunizieren und sich entwickeln.

In der bewussten Berücksichtigung dieser Vielfalt liegt ein enormes Potenzial. Sie ermöglicht es zudem, Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit differenziert zu erkennen und positiv zu beeinflussen. Die Relevanz von Diversität zeigt sich nicht zuletzt in den Gesundheitskennzahlen, wie sie etwa auch schon in vorherigen Ausgaben des BKK Gesundheitsreports dokumentiert worden sind. Dort werden zudem regelmäßig Unterschiede in Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen in der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten sichtbar und es wird deutlich, dass Gesundheit kein isoliertes Phänomen, sondern eng mit der sozialen und organisationalen Umwelt verknüpft ist. Wer Vielfalt in der Arbeitswelt annimmt, ver-

steht und in seinem Handeln berücksichtigt, kann somit differenziert auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Beschäftigtengruppen eingehen und dadurch einen wirksamen Beitrag zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden leisten. Auf dieser Basis lassen sich Maßnahmen entwickeln, die darauf abzielen gesundheitsbelastende Faktoren zu reduzieren, ein gesundes Arbeitsumfeld zu schaffen und Arbeit insgesamt gesundheitsförderlicher zu gestalten. Vielfalt ist somit eine wichtige Stellschraube zur Prävention und zur Förderung von Gesundheit in der Arbeitswelt.

Der BKK Gesundheitsreport 2025

Die diesjährige Ausgabe des BKK Gesundheitsreports widmet sich der Vielfalt in der Arbeitswelt aus unterschiedlichen Perspektiven. Es wird aufgezeigt, wie Diversität erkannt, verstanden und genutzt werden kann – im Sinne einer gesunden und zukunftsfähigen Arbeitsgestaltung und nicht zuletzt als Grundlage von zielgerichteter Prävention. Unser besonderer Dank gilt dabei den diesjährigen Gastautorinnen und Gastautoren, deren Beiträge spannende und neue Einblicke in verschiedene Aspekte des Schwerpunktthemas bieten. Zudem bedanken wir uns bei allen weiteren Beteiligten, die zum Gelingen des diesjährigen BKK Gesundheitsreports beigetragen haben, vor allem bei dem Mitherausgeber Prof. Dr. Bertolt Meyer, sowie dem Team der Gesundheitsberichterstattung Karin Kliner, Isabelle Oehse, Dr. Matthias Richter und Florian Sado. Der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft, insbesondere Anna-Lena Spies und Susann Weber, danken wir für die hervorragende verlegerische Betreuung und Zusammenarbeit.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!

Anne-Kathrin Klemm
Vorständin des BKK Dachverbandes e.V.

Inhalt

Vorwort	vii
Methodische Hinweise	1
Die Bedeutung von Diversität in Prävention und Gesundheitsförderung <i>Bertolt Meyer</i>	7
Vielfalt und gesunde Arbeit – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2025	21
<i>Matthias Richter, Karin Kliner, Dirk Rennert und Isabelle Oehse</i>	
Stichprobenbeschreibung	23
Vielfalt und gesunde Arbeit – Unternehmenskultur	26
Vielfalt und gesunde Arbeit – Führung	29
Vielfalt und gesunde Arbeit – wahrgenommene Auswirkungen	32
Vielfalt und gesunde Arbeit – persönliche Einstellungen	35
Vielfalt und gesunde Arbeit – Diskriminierung und ihre Auswirkungen	37
Vielfalt und gesunde Arbeit – organisationale Maßnahmen	42
Fazit und Ausblick	48
1 Arbeitsunfähigkeit	51
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner, Isabelle Oehse und Matthias Richter</i>	
1.1 AU-Geschehen im Überblick	53
1.2 AU-Geschehen nach Diagnosen und Diagnosehauptgruppen	56
1.3 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht	62
1.4 AU-Geschehen nach Regionen	68
1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt	72
1.6 Zusammenfassung und Ausblick	85
2 Ambulante Versorgung	87
<i>Isabelle Oehse, Karin Kliner, Dirk Rennert und Matthias Richter</i>	
2.1 Ambulante Versorgung im Überblick	89
2.2 Ambulante Versorgung nach Diagnosen und Diagnosehauptgruppen	91
2.3 Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht	95
2.4 Ambulante Versorgung nach Regionen	103
2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt	105
2.6 Zusammenfassung und Ausblick	122

Schwerpunkt Wissenschaft	125
Gesundheitsversorgung – eine für Alle? <i>Eva Becher und Sabine Oertelt-Prigione</i>	126
Keine Gleichheit bei der Arbeitsgesundheit: wie soziale und ökonomische Benachteiligung Krankenstände erhöht <i>Nico Dragano und Lina Janßen</i>	133
Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung in Deutschland <i>Alfons Holleederer</i>	139
Vielfalt in der Arbeitswelt. Potenzial, Störfaktor oder Nebensache? <i>Thomas Ellwart</i>	146

3 Stationäre Versorgung	157
<i>Isabelle Oehse, Karin Kliner, Dirk Rennert und Matthias Richter</i>	
3.1 Stationäre Versorgung im Überblick	159
3.2 Stationäre Versorgung nach Diagnosen und Diagnosehauptgruppen	163
3.3 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht	167
3.4 Stationäre Versorgung nach Regionen	174
3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt	179
3.6 Zusammenfassung und Ausblick	194

Schwerpunkt Politik	197
3 Fragen an Dr. Martin Danner	198
3 Fragen an Prof. Dr. Hajo Zeeb	200
3 Fragen an Dr. Regine Rapp-Engels	202
3 Fragen an Grit Genster	204
3 Fragen an Dr. Sandra Hartig	206

4 Arzneimittelverordnungen	209
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner, Isabelle Oehse und Matthias Richter</i>	
4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick	211
4.2 Die wichtigsten Verordnungshauptgruppen	213
4.3 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht	216
4.4 Arzneimittelverordnungen nach Regionen	221
4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt	225
4.6 Zusammenfassung und Ausblick	239

Schwerpunkt Praxis _____	241
Von Diskriminierung zu Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung: Das Programm „Empowerment für Diversität“ _____	242
<i>Ute Siebert, Sybill Schulz, Tuğba Yalçınkaya, Jalid Sehouli und Theda Borde</i>	
Digitale Barrierefreiheit – Zugang für alle ermöglichen. Wie Inklusion im digitalen Raum gelingt. ____	252
<i>Julia Weyer</i>	
Vielfalt im Unternehmenskontext: ein Plädoyer zur Einführung eines Diversity Managements am Beispiel HAMBURG WASSER _____	256
<i>Jan-Paul Goroncy</i>	
Die Charta der Vielfalt: Eine Arbeitswelt für alle _____	266
<i>Rafael Cruces und Katinka Inger</i>	
3 Fragen an Andreas Lenz und Martina Stamm _____	270
3 Fragen an Dr. Patricia Heufers _____	272
3 Fragen an Birgit Lehmann und Jennifer Eicher _____	274
5 Fazit: Vielfalt leben, Gesundheit stärken – Wegbereiter für die Arbeitswelt der Zukunft ____	277
<i>Anne-Kathrin Klemm</i>	

Methodische Hinweise

In den einzelnen Kapiteln des BKK Gesundheitsreports werden unterschiedliche Versichertengruppen zur Auswertung zugrunde gelegt. Welche Gruppen jeweils betrachtet werden, ist in den entsprechenden Kapiteln bzw. Abschnitten des Gesundheitsreports beschrieben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um die Gruppe der BKK Versicherten insgesamt bzw. die der beschäftigten Mitglieder insgesamt. In **»»** Abbildung 1 sind diese und weitere Versichertengruppen, deren jeweilige Anzahl, sowie deren Beziehungen zueinander im Überblick dargestellt.

Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten

Den Analysen im vorliegenden BKK Gesundheitsreport liegen die Versorgungs- und Verordnungsdaten von insgesamt 9,71 Millionen BKK Versicherten zugrunde. Diese sind im Jahr 2024 im Durchschnitt 43,6 Jahre alt und weisen einen Frauenanteil von 50,0% auf. Bei etwa jedem zweitem (49,2%) BKK Ver-

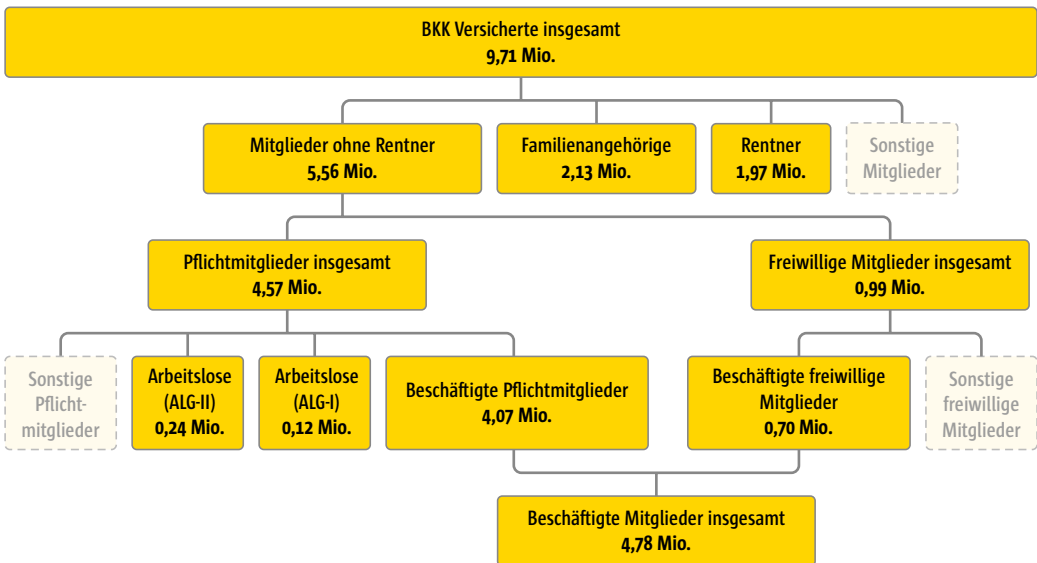
sicherten handelt es sich um ein beschäftigtes Mitglied, wobei in dieser Gruppe das Durchschnittsalter bei 43,4 Jahren und der Frauenanteil bei 46,4% liegt. Da die beschäftigten Mitglieder im Zentrum der folgenden Betrachtungen stehen, werden ergänzende soziodemografische Merkmale in den zugehörigen Kapiteln bzw. im zugehörigen digital verfügbaren Tabellenanhang aufgeführt.

Qualitätssicherung

Bevor die Daten für Auswertungen verwendet werden können, durchlaufen sie zahlreiche Vollständigkeits- und Plausibilisierungsprüfungen, u.a. für:

- **Datenumfang/Vollständigkeit:** Liegen die Daten nicht im erwarteten Umfang/in erwarteter Anzahl – gemessen am Vorjahr bzw. an amtlichen Statistiken – vor, so werden ggf. Nach- bzw. Neulieferungen veranlasst.
- **Doppelsätze:** Die Daten werden auf Doppelsätze geprüft und entsprechend bereinigt.

Abbildung 1 Struktur und Anzahl der BKK Versicherten nach Versichertengruppen* (Berichtsjahr 2024)



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

- **Kodierung:** Die für die einzelnen Leistungsbereiche vergebenen Kodierungen nach den verschiedenen Klassifikationssystemen müssen denen der amtlichen Verzeichnisse entsprechen, um für die Auswertungen berücksichtigt zu werden.
- **Falldauer:** Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) mit einer Falldauer von mehr als 600 Kalendertagen bzw. Krankenhausfälle (KH-Fälle) mit einer Dauer von mehr als 365 bzw. 366 Kalendertagen werden aus den Auswertungen ausgeschlossen.

Versichertenstammdaten

Die für den Report verwendeten Versichertendaten stammen aus dem sogenannten Versichertenkurzsatz, der quartalsweise von den Kassen übermittelt wird und neben den notwendigen Versichertenmerkmalen auch die zugehörigen Versichertenzeiten abbildet. Folgende Merkmale werden daraus für den Report verwendet:

- Versicherungszeitraum,
- Alter,
- Geschlecht,
- Versichertengruppe,
- Wohnort,
- berufliche Tätigkeit und
- Wirtschaftsgruppe des Arbeitgebers

Alle genannten Merkmale anhand der jeweils gemeldeten Versichertenzeiten in die entsprechenden Auswertungen ein.

Ein Beispiel für die Zuordnung zu Versichertengruppen bzw. die Berücksichtigung von Versichertenzeiten: Ist ein Versicherter sechs Monate berufstätig und weitere sechs Monate arbeitslos, so wird dieser mit 0,5 Versichertenjahren als Beschäftigter und mit weiteren 0,5 Versichertenjahren als Arbeitsloser im entsprechenden Berichtszeitraum in die Auswertungen einbezogen.

Arbeitsunfähigkeitsdaten

Jahresdaten

Die für den Report verwendeten Arbeitsunfähigkeitsdaten basieren hauptsächlich auf den quartalsweisen Datenlieferungen der BKK im Rahmen der Erstellung der amtlichen Leistungsstatistiken (KG2 und KG5: Leistungsfälle und -tage). Dabei werden in der Regel alle im benannten Berichtsjahr abgeschlossenen Leistungsfälle in die Auswertung aufgenommen. Die Auswertungen orientieren sich dabei wei-

testgehend an den inhaltlichen Bestimmungen der benannten amtlichen Statistiken, z. B. wird die Falldauer als Differenz zwischen Beginn und Ende des AU-Falls in Kalendertagen ermittelt. Die Falldauer enthält dabei sowohl Zeiten mit Entgeltfortzahlung als auch solche mit Krankengeldbezug. Zudem werden auch Arbeitsunfähigkeitszeiten in den Auswertungen berücksichtigt, die im Rahmen von Wege- und Arbeitsunfällen sowie während einer medizinischen Rehabilitation anfallen. Jedem AU-Fall wird eine Haupt- oder erstgenannte Diagnose entsprechend der dokumentierten AU-Bescheinigung zugeordnet. Nicht in den AU-Daten enthalten sind die Ausnahmetatbestände, wie sie in § 3 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA (z. B. Betreuung bzw. Pflege eines erkrankten Kindes) definiert sind, sowie auch sogenannte *Karenztage*, die der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer nach § 5 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz ohne AU-Bescheinigung zubilligen kann.

Für die Berechnung der Jahresdaten werden alle AU-Fälle einbezogen, deren Ende im jeweils aktuellen Berichtsjahr liegt. Beginnt ein AU-Fall bspw. am 1. Oktober 2023 und endet am 31. Januar 2024, so wird die komplette AU-Dauer von 123 Kalendertagen in die Berechnung der Jahresdaten 2024 einbezogen.

Monatsdaten

Neben den Ergebnissen des zurückliegenden Berichtsjahres werden zusätzlich die aktuellen Entwicklungen im AU-Geschehen anhand einer speziellen BKK Monatsstatistik der beschäftigten BKK Mitglieder für die ersten beiden Quartale des aktuellen Berichtsjahres dargestellt. Diese geben, aufgrund ihrer Aktualität, erste Hinweise auf derzeitige und zukünftige Trends im AU-Geschehen, die u. a. für den Report des Folgejahres von Bedeutung sind. Die BKK Monatsstatistik weicht aufgrund ihrer Erhebungs- und Auswertungsmethodik von der Jahresstatistik ab. Ein Vergleich der Monatsdaten mit den Jahresdaten, die diesem Report zugrunde liegen, ist deshalb nur eingeschränkt möglich. Im Unterschied zur amtlichen Monatsstatistik (KM1-Statistik¹), die stichtagsbezogen am jeweils ersten Kalendertag eines Monats ermittelt wird, basiert die Monatsstatistik der Betriebskrankenkassen auf den AU-Meldungen des gesamten Berichtsmonats. Da jährlich ein erheblicher Teil der o. g. Stichtage ein gesetzlicher Feiertag bzw. ein Wochenende ist und gleich-

1 Bundesministerium für Gesundheit (2024) Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand, Monatswerte (KM1-Statistik).

zeitig nur ein geringer Teil der AU-Zeiten auf solche Tage fällt, unterschätzt die KM1-Statistik systematisch das Ausmaß des AU-Geschehens.

Krankenhausdaten

Die im Report verwendeten Krankenhausdaten basieren, genau wie die Arbeitsunfähigkeitsdaten, auf den Datenlieferungen der BKK im Rahmen der Erstellung der amtlichen Leistungsstatistiken KG2 und KG5, wobei auch hier alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Leistungsfälle in die Auswertung aufgenommen werden und die Falldauer kalendertäglich ermittelt wird. Zusätzlich ist hier zu beachten, dass nur die stationären bzw. teilstationären KH-Fälle berücksichtigt werden. KH-Tage werden bei den vorliegenden Auswertungen stets inklusive der Aufnahme- und Entlassungstage gezählt. Für die Zuordnung der KH-Fälle zu den Diagnosen wird die pro Fall dokumentierte Entlassungsdiagnose verwendet.

Daten der ambulanten Versorgung

Die Daten der ambulanten Versorgung basieren auf den Vereinbarungen zum Datenaustausch mit den Leistungserbringern (DALE). Die entsprechenden Quartalslieferungen erfolgen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Bei den ambulanten Diagnosen fließen alle Einzelfallnachweise aus dem Berichtsjahr mit einer gültigen Diagnose in die Auswertungen ein. Dabei werden nur gesicherte Diagnosen in die Analyse aufgenommen. Im Unterschied zu den Arbeitsunfähigkeit- bzw. Krankenhausdaten, wo nur die jeweilige Haupt- bzw. Entlassungsdiagnose für die Auswertung verwendet wird, werden hier alle gesicherten Diagnosen pro Versicherten und Berichtsjahr berücksichtigt. In diesem Leistungsbereich wird als Kennzahl der Anteil Betroffener mit entsprechender Diagnose in Prozent berichtet.

Der Anteil Betroffener in der ambulanten Versorgung wird anhand des Vorkommens mindestens einer Diagnose ermittelt. Hat ein Versicherter beispielsweise im Laufe des Jahres zunächst eine akute Atemwegserkrankung (J06) und später eine akute Bronchitis (J20) diagnostiziert bekommen, so wird er für jede Diagnose separat als Betroffener gezählt. Auf Ebene der Atemwegserkrankungen (J00-J99) allgemein geht der Betroffene trotz zweier Diagnosen nur einfach in die Zählung ein. Deshalb verhalten sich die Angaben in diesem Leistungsbereich nicht kumulativ zueinander.

Arzneimittelverordnungsdaten

Die Arzneimittelverordnungsdaten basieren ebenfalls auf den Vereinbarungen zum Datenaustausch mit den Leistungserbringern (DALE) und werden quartalsweise durch die Apothekenabrechnungszentren übermittelt. Bei den Arzneimitteldaten werden alle erstattungsfähigen Einzelverordnungen (EVO) von apothekenpflichtigen Arzneimitteln berücksichtigt, deren Verordnungsdatum im für diesen Report relevanten Berichtsjahr liegt. Hiervon ausgenommen sind Hilfsmittel und Zahnarztverordnungen. Die hier berichteten Kennzahlen basieren ausschließlich auf Verordnungen aus dem ambulanten Sektor. Daten zu Arzneimittelverordnungen für den stationären Sektor liegen aufgrund der Besonderheiten der DRG-Systematik nicht vor. Für den BKK Gesundheitsreport werden vorrangig die Einzelverordnungen (EVO), die definierten Tagesdosen (DDD) sowie der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung in Prozent als Kennzahlen verwendet. Für den Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung gilt die gleiche Methodik, wie bei der Berechnung der Anteile in der ambulanten Versorgung.

Verwendete Kennzahlen

Im Folgenden sind noch einmal die wichtigsten verwendeten Kennzahlen aus den einzelnen Leistungsbereichen optional mit Berechnungsvorschrift aufgezählt:

- **AU-Fälle:** Das ist die Anzahl der Fälle, die mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden sind. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt ($AU\text{-Fälle je Mitglied}$).
- **AU-Tage:** Das ist die Anzahl der Kalendertage, die mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden sind. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt ($AU\text{-Tage je Mitglied}$).
- **AU-Tage je Fall:** Diese Kennzahl gibt die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit pro AU-Fall wieder ($AU\text{-Dauer} = AU\text{-Tage} : AU\text{-Fälle}$).
- **AU-Quote:** Diese Kennzahl stellt den Prozentanteil derjenigen Mitglieder dar, die im jeweiligen Berichtsjahr gar keinen bzw. einen, zwei oder drei und mehr AU-Fälle hatten.
- **Krankenstand:** Das ist der Prozentanteil der Kalendertage, die jeder Beschäftigte durchschnittlich pro Kalenderjahr arbeitsunfähig ist ($Krankenstand = AU\text{-Tage} : Mitgliederjahre : Kalendertage \text{ pro Jahr} \times 100$).

- **KG-Fälle:** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der AU-Fälle die mit einer Krankengeldzahlung in Verbindung stehen an. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (KG-Fälle je Mitglied).
- **KG-Tage:** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der AU-Tage die mit einer Krankengeldzahlung in Verbindung stehen an. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (KG-Tage je Mitglied).
- **KH-Fälle:** Das ist die Anzahl der Fälle, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Versichertenjahren ins Verhältnis gesetzt (KH-Fälle je Versicherten).
- **KH-Tage:** Das ist die Anzahl der Kalendertage, die durch einen Krankenhausaufenthalt verursacht werden. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Versichertenjahren ins Verhältnis gesetzt (KH-Tage je Versicherten).
- **KH-Tage je Fall:** Diese Kennzahl gibt die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts pro KH-Fall wieder ($\text{KH-Dauer} = \text{KH-Tage} : \text{KH-Fälle}$).
- **KH-Quote:** Diese Kennzahl stellt den Prozentanteil derjenigen Versicherten dar, die im jeweiligen Berichtsjahr gar keinen bzw. einen, zwei oder drei und mehr KH-Fälle hatten.
- **Anteil Versicherter mit Diagnose in Prozent:** Diese Kennzahl gibt den Anteil derjenigen Versicherten wieder, die mindestens eine bestimmte Diagnose in der ambulanten Versorgung erhalten haben.
- **Anteil Versicherter mit Arzneimittelverordnung in Prozent:** Diese Kennzahl gibt den Prozentanteil derjenigen Versicherten wieder, die mindestens ein erstattungsfähiges Arzneimittel verordnet bekommen haben.
- **Einzelverordnungen (EVO):** Diese Kennzahl gibt die Anzahl der Verordnungen wieder. In der Regel werden diese Angaben zur Vergleichbarkeit mit Versichertenjahren ins Verhältnis gesetzt (EVO je Versicherten).
- **Definierte Tagesdosen (DDD):** Diese Kennzahl ist ein Maß für die verordnete Arzneimittelmenge, die typischerweise pro Kalendertag angewendet werden soll. In der Regel werden diese Angaben zur Vergleichbarkeit mit Versichertenjahren ins Verhältnis gesetzt (DDD je Versicherten).

Rundungsfehler: Die verwendeten Kennzahlen werden auf mehrere Kommastellen genau berechnet, für den Report selbst allerdings mit maximal zwei Nachkommastellen dargestellt. Hierdurch kann es vereinzelt zu minimalen Abweichungen bei den Summenergebnissen aufgrund von Rundungsfehlern kommen. Die genaueren Kennzahlen sind in den jeweiligen Excel-Dateien der zugehörigen Tabellen und Diagramme auf der Internetseite des BKK Dachverbands zu finden.

Zusätzliche Anmerkungen zu den ermittelten Kenngrößen

Besonderheiten in den Arbeitsunfähigkeitsdaten

- Bei den im Gesundheitsreport berichteten Arbeitsunfähigkeitstagen handelt es sich stets um Kalendertage und nicht um Arbeitstage. Aus Analysen der AU-Daten geht hervor, dass etwa ein Viertel aller AU-Tage auf einen Samstag oder Sonntag fallen.
- Beim Krankenstand handelt es sich um eine Kenngröße, die den Prozentanteil der Kalendertage angibt, die ein Beschäftigter durchschnittlich pro Kalenderjahr arbeitsunfähig ist. Insofern kann diese Kennzahl auch bei der Betrachtung betrieblicher Ausfalltage verwendet werden.
- Ab dem Berichtsjahr 2016 gelten für die 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 diesem Zeitpunkt vollständig (zuvor nur teilweise) enthalten. Zum anderen werden Arbeitsunfähigkeitszeiten, die während eines Heilverfahrens bzw. einer Anschlussheilbehandlung (medizinische Rehabilitation) entstehen, ebenfalls erstmals ab diesem Zeitpunkt vollständig (zuvor nicht enthalten) in den AU-Daten abgebildet. Somit kann – insbesondere im Vergleich zu den AU-Kennzahlen aus den Vorjahren – ein vermeintlicher Anstieg sichtbar werden, der aber vor allem durch die beschriebene Änderung der Auswertungsmethodik bedingt ist.
- Ab dem Berichtsjahr 2020 liegen aufgrund von Änderungen in der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) Angaben zur Anzahl von Beschäftigten in Unternehmen nur noch in 2 Größenklassen (weniger bzw. 31 und mehr Beschäftigte) vor. Differenzierte Auswer-

tungen der gesundheitlichen Lage von Beschäftigten im Zusammenhang mit der Betriebsgröße sind somit nicht mehr möglich.

Zusatzinformationen in der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)

Die Auswertung der Berufe erfolgt seit dem Berichtsjahr 2015 anhand der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) nach Berufssektoren, Berufssegmenten und Berufshauptgruppen. Neben der ausgeübten Tätigkeit des Beschäftigten, enthält die KldB 2010 noch weitere relevante Informationen, z. B. zum höchsten schulischen bzw. beruflichen Abschluss, zum Anforderungsniveau der Tätigkeit, zur Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung und zur Vertragsform. Für eine kleine Gruppe (ca. 1%) der beschäftigten BKK Mitglieder liegen keine validen Angaben zum Tätigkeitsschlüssel vor. In den arbeitsweltlichen Analysen wird diese Gruppe deshalb nicht separat betrachtet, sie geht aber grundsätzlich in die Berechnungen zu den jeweiligen Gesamtwerten der Beschäftigten ein.

Standardisierung

In einzelnen Kapiteln des BKK Gesundheitsreports werden aus Vergleichsgründen auch alters- und geschlechtsstandardisierte Kenngrößen berechnet. 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 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 bzw. den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland insgesamt. Die Standardisierung ermöglicht zudem einen Vergleich der BKK Daten mit den Angaben anderer Krankenkassen, insofern die gleiche Methode der Standardisierung Anwendung findet.

Datenschutz und Fallzahlgrenzen

Sowohl aus statistischen (Minimierung von Ergebnisverzerrungen durch Ausreißer) als auch aus Datenschutzgründen (Anonymität der BKK Versicherten) werden für die Analysen der Leistungsdaten der BKK Versicherten verschiedene Grenzwerte zugrunde gelegt. Gruppen mit weniger als 50 Mitglie-

dern 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 Grenzwerte gilt, dass die nicht dargestellten Kennzahlen wiederum in den jeweils übergeordneten Aggregaten der Gesamt- oder Summenwerte enthalten sind. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der diversen Personen, die weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet sind: Aufgrund ihrer geringen Anzahl (< 100) sowie den entsprechend geringen Leistungsfällen in den verschiedenen Versorgungsbereichen wird diese Gruppe aus Datenschutzgründen für die Analysen nicht berücksichtigt.

Externe Datenquellen und verwendete Klassifikationen

Folgende externe Datenquellen werden im Zusammenhang mit den Auswertungen der o.g. Leistungsdaten verwendet:

- Amtliche Daten und Klassifikationen des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS)
- Amtliche Statistiken für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
- Amtliche Daten und Klassifikationen der Bundesagentur für Arbeit (BA)
- Klassifikationen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Dabei handelt es sich im Einzelnen um folgende Klassifikationen bzw. Statistiken:

- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM Version 2024) [1]
- Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation (ATC-Klassifikation Version 2024) [2]
- Klassifikation der Wirtschaftszweige Ausgabe 2008 (WZ 2008) [3]
- Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) [4]
- Amtlicher Gemeindeschlüssel des Statistischen Bundesamtes (AGS) [5]
- Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Mitglieder und Versicherte (GKV Statistik – KM1/KM6) [6]

- Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Geschäftsergebnisse (GKV Statistik – KGz/KG5) [7]
- Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen für Männer, Frauen und insgesamt – Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) [8]

Literatur

1. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2024 <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/index.htm>
2. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation 2024 <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/ATC/atc-ddd-amtlich-2024.html>
3. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008) <https://www.klassifikationsserver.de/klassService/index.jsp?variant=wz2008>
4. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010), Nürnberg <https://www.klassifikationsserver.de/klassService/index.jsp?variant=kldb2010>
5. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Kreisfreie Städte und Landkreise nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte. Gebietsstand: 31.12.2023 <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/04-kreise.html>
6. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Mitglieder und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>

7. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Geschäftsergebnisse <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschaeftergebnisse.html>
8. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen für Männer, Frauen und insgesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/altersgruppen.html>

Abkürzungsverzeichnis

Abschließend werden die im BKK Gesundheitsreport am häufigsten verwendeten fachlichen Abkürzungen alphabetisch aufgelistet. Nähere Erläuterungen sind in diesem Abschnitt unter anderem im Punkt *verwendete Kennzahlen* bzw. an den jeweils einschlägigen Stellen in den folgenden Kapiteln zu finden.

- **ATC** Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
- **AU** Arbeitsunfähigkeit
- **BKK** Betriebskrankenkasse(n)
- **DDD** Defined Daily Doses (definierte Tagesdosen)
- **EVO** Einzelverordnungen
- **GKV** Gesetzliche Krankenversicherung
- **ICD-10 GM** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – German Modification (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – deutsche Fassung)
- **KH** Krankenhaus
- **KldB 2010** Klassifikation der Berufe Ausgabe 2010
- **WZ 2008** Klassifikation der Wirtschaftszweige Ausgabe 2008

Die Bedeutung von Diversität in Prävention und Gesundheitsförderung

Bertolt Meyer

Einleitung

Arbeit prägt unser Leben wie kaum ein anderer Bereich. Erwachsene verbringen einen großen Teil ihrer Lebenszeit im Arbeitskontext [1]. Arbeit erfüllt nicht nur materielle Bedürfnisse, sondern auch zentrale psychische Grundbedürfnisse nach Leistung, Anerkennung und sozialer Zugehörigkeit [2]. Damit ist die Arbeitswelt ein Schlüsselort für Prävention und Gesundheitsförderung [3]: Sie kann Gesundheit und Wohlbefinden stärken oder Belastungen erzeugen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken.

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Arbeitswelt in Deutschland wie auch international stark verändert. Globalisierung, Migration, der demografische Wandel, die höhere Erwerbstätigkeit von Frauen und nicht zuletzt die Digitalisierung haben die Zusammensetzung von Belegschaften vielfältiger gemacht [4].

» In nahezu allen Branchen arbeiten heute Menschen unterschiedlichen Alters, Geschlechts, mit unterschiedlicher Herkunft, Bildungsbiografie, religiösen oder kulturellen Hintergründen sowie unterschiedlichen gesundheitlichen Voraussetzungen zusammen. Diese Vielfalt kann eine große Ressource für Organisationen sein – sie eröffnet neue Perspektiven, fördert Kreativität und erleichtert den Zugang zu vielfältigen Kund:innen und Märkten.

Gleichzeitig ist Vielfalt im Betrieb kein Selbstläufer. Forschung zu Teams zeigt, dass Diversität positive Effekte auf Kreativität und Problemlösefähigkeit haben kann, aber auch Konflikte und Spannungen auslösen kann, wenn Unterschiede zwischen Gruppenmitgliedern betont werden [5]. Bisher lag der Schwerpunkt der wissenschaftlichen Diskussion oft auf der Frage, wie sich Vielfalt auf **Leistung und Produktivität** auswirkt [6]. Erst in jüngerer Zeit wird deutlicher untersucht, welche Folgen sie für die **Gesundheit und das Wohlbefinden** von Beschäftigten hat. Erste Ergebnisse zeigen: Diversität kann Be-

schäftigte stärken, etwa wenn verschiedene Perspektiven zu gegenseitiger Unterstützung führen – sie kann aber auch zur Belastung werden, wenn sich Subgruppen im Team bilden und daraus Konflikte oder soziale Spannungen entstehen [7].

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage an Bedeutung, wie Prävention und Gesundheitsförderung gestaltet sein müssen, um der wachsenden Vielfalt gerecht zu werden. Programme „von der Stange“ stoßen schnell an Grenzen, wenn sie die unterschiedlichen Bedarfe von jungen und älteren Beschäftigten, Frauen und Männern, Menschen mit und ohne Migrationshintergrund oder Beschäftigten mit besonderen gesundheitlichen Voraussetzungen nicht berücksichtigen. Forschung aus der COVID-19-Pandemie zeigt beispielsweise, dass Frauen mit Kindern, die gleichzeitig im Homeoffice arbeiten mussten, besonders stark von Erschöpfung betroffen waren – während andere Beschäftigtengruppen ganz andere Belastungen erlebten [8].

Schließlich lässt sich die Bedeutung von Vielfalt in der Gesundheitsförderung nicht losgelöst von gesellschaftlichen Entwicklungen betrachten. Auf der einen Seite ist Diversität sichtbarer und selbstverständlicher geworden: Arbeitskräfte sind heute heterogener, und moderne Organisationen setzen zunehmend auf Inklusion und Gleichstellung. Auf der anderen Seite sehen wir in vielen europäischen Ländern und auch in Deutschland rechtspopulistische Strömungen, die diese Vielfalt infrage stellen oder gar aktiv angreifen [9]. In einer solchen gesellschaftlichen Gemengelage kommt diversitätsorientierter Gesundheitsförderung eine doppelte Bedeutung zu: Sie trägt nicht nur zur individuellen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit bei, sondern stärkt auch das Miteinander im Betrieb und wirkt so Polarisierungstendenzen entgegen.

Dieses Kapitel geht drei zentralen Fragen nach: Es untersucht, wie die Berücksichtigung der Vielfalt der Beschäftigten die Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung steigern kann, welche spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen

dabei für verschiedene demografische Gruppen bestehen und welche Best Practices sich für die Entwicklung und Umsetzung diversitätsorientierter Gesundheitsprogramme ableiten lassen. Das übergeordnete Ziel ist es, deutlich zu machen, dass Diversität kein „Sonderthema“ darstellt, sondern eine Grundbedingung wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert ist.

Warum Diversität entscheidend ist für Prävention und Gesundheitsförderung

Definition von Diversität im Arbeitskontext

Im Kern beschreibt Diversität Unterschiede zwischen Menschen, die gemeinsam in Organisationen arbeiten – und umfasst beides: sichtbare Merkmale wie Alter, Geschlecht, Nationalität oder körperliche/geistige Fähigkeiten sowie weniger offensichtliche Aspekte wie Bildungsbiografien, Werthaltungen, Lebenslagen oder psychische Gesundheit.

Definition von Diversität

Diversität bezeichnet jede Form von zwischenmenschlichen Unterschieden, die dazu führen können, dass Menschen sich zueinander als unterschiedlich wahrnehmen [10].

Wichtig ist damit nicht allein das Vorhandensein objektiver Unterschiede, sondern deren individuelle Wahrnehmung und Bedeutung [11].

Die frühe Diversitätsforschung betrachtete typischerweise unterschiedliche Arten von Vielfalt als unterschiedlich wirkungsvoll – etwa demografische Merkmale wie Alter oder Geschlecht gegenüber kognitiven oder erfahrungsbezogenen Unterschieden. Diese Annahme, dass bestimmte Diversitätsformen spezifische Effekte entfalten, konnte jedoch in mehreren Meta-Analysen nicht bestätigt werden [4].

Stattdessen zeigte sich: Die Wirkung von Vielfalt hängt weniger von der Art der Vielfalt ab, als vielmehr von Kontextfaktoren wie Teamprozessen, Organisationskultur oder Führungsstil. Aus diesem Grund empfiehlt es sich heute, zumindest zwischen demografischer Vielfalt (Alter, Geschlecht, Herkunft etc.) und anderen, eher psychologischen oder erfahrungsbasierten Formen zu unterscheiden – ohne jedoch diese Trennung dogmatisch zu sehen.

Eine aktuell gebräuchliche Orientierung bieten die Kerndimensionen der Charta der Vielfalt, die in der deutschen Diversity-Debatte weit verbreitet sind. Sie identifiziert sieben zentrale Aspekte, die Vielfalt in der Arbeitswelt strukturieren: Alter, Nationalität

und Migrationsgeschichte, Geschlecht und geschlechtliche Identität, körperliche und geistige Fähigkeiten, Religion und Weltanschauung, sexuelle Orientierung und soziale Herkunft¹. Diese Dimensionen sind stark verankert im deutschen Kontext des Diversity Managements und bieten zudem eine nützliche Grundlage für Praxisanwendungen – etwa in Unternehmen oder Institutionen, die sich an der Charta orientieren. Sie verdeutlichen, was in der Forschung häufig als die „demografische Vielfalt“ verstanden wird, und bilden in vielen betrieblichen Programmen eine operative Orientierung.

Allerdings bleibt wichtig: In der Forschung hat sich die Definition von van Knippenberg et al. [10] durchgesetzt, weil sie die Vielfalt nicht auf starre Kategorien reduziert, sondern die **Wahrnehmung von Unterschieden**. Diese subjektive Dimension ist entscheidend dafür, ob Unterschiede sich psychologisch, sozial oder gesundheitlich auswirken. Die Kerndimensionen der Charta der Vielfalt sind hilfreich, um Vielfalt sichtbar und gestaltbar zu machen – besonders in der beruflichen Praxis. Aber für die wissenschaftliche Analyse bleibt die subjektive Wahrnehmung von Vielfalt ein zentrales Element für das Verständnis, wie Diversität in Teams wirkt.

Unterschiedliche Forschungstraditionen

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Diversität am Arbeitsplatz hat sich historisch in zwei große Stränge entwickelt. Ein erster Strang war in den 1980er- und 1990er-Jahren stark leistungsorientiert. Im Vordergrund stand die Frage, wie Vielfalt die Effektivität und Produktivität von Teams beeinflusst. Die Ergebnisse fielen dabei ambivalent aus: Auf der einen Seite konnte gezeigt werden, dass Diversität Kreativität, Problemlösefähigkeit und die Qualität von Entscheidungen fördert, da mehr Perspektiven und Wissensbestände in Diskussionen eingebracht werden. Auf der anderen Seite wurde ebenso deutlich, dass Vielfalt mit Risiken verbunden ist. So können Missverständnisse, Koordinationsprobleme und Konflikte entstehen, wenn Unterschiede zwischen den Teammitgliedern stark in den Vordergrund treten.

Neuere Ansätze versuchen, diese widersprüchlichen Befunde besser zu erklären. So wird heute angenommen, dass in diversen Teams Stereotype in bestimmten Situationen aktiviert werden [5]. Unterschiedliche Kontexte – etwa die Art der Aufgabe, soziale Interaktionen oder auch die Art und Weise, wie Führung gestaltet wird – können dazu führen,

1 <https://www.charta-der-vielfalt.de/vielfaltdimensionen>

dass Unterschiede zwischen Teammitgliedern besonders deutlich werden. Diese Hervorhebung von Unterschieden wiederum aktiviert stereotype Erwartungen [12]. Stereotype können auch dazu führen, dass bestimmte Potenziale im Team sichtbarer werden und gezielt genutzt werden, was die Leistungsfähigkeit steigert. Umgekehrt können sie Spannungen und Vorurteile verstärken und damit Prozesse wie Vertrauen, Zusammenarbeit und Kommunikation beeinträchtigen.

Der zweite große Strang der Forschung richtet den Blick nicht primär auf Leistung, sondern auf die gesundheitlichen Folgen von Diversität. Lange Zeit war dieser Aspekt in den Hintergrund getreten, da Organisationen vor allem den ökonomischen Nutzen von Vielfalt im Auge hatten. Erst in den letzten 15 Jahren ist ein deutlicher Perspektivwechsel zu beobachten: Zunehmend wird untersucht, wie sich Diversität auf das psychische Wohlbefinden, auf Stressbelastungen oder auf das Risiko von Erschöpfung auswirkt [7], [13], [14], [15]. Auch hier zeigt sich ein ambivalentes Bild. Vielfalt kann eine Ressource sein, wenn unterschiedliche Perspektiven im Team zu sozialer Unterstützung und höherer Resilienz führen. Sie kann aber auch zur Belastung werden, wenn Unterschiede zur Bildung von Subgruppen beitragen, die Spannungen verstärken und das Risiko emotionaler Erschöpfung erhöhen [16]. Studien belegen außerdem, dass Alters- oder Geschlechterzusammensetzungen je nach Kontext sehr unterschiedliche gesundheitliche Folgen haben können – in manchen Fällen tragen sie zum Wohlbefinden bei, in anderen erhöhen sie das Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen.

Diversität und Gesundheit

In der in der leistungsorientierten Forschung zu Vielfalt dominieren zwei grundlegende Sichtweisen darauf, wie Diversität wirkt. Die erste Perspektive, geht von Prozessen der sozialen Kategorisierung aus. Menschen neigen dazu, sich selbst und andere in Kategorien wie „wir“ und „sie“ einzuteilen. Diese Unterscheidungen können zu Spannungen, Misstrauen oder sogar Ausgrenzung führen [17]. Für die Gesundheit bedeutet das: Wenn in Teams Abgrenzungen und Konflikte entstehen, steigt das Risiko für Stress und psychosoziale Belastungen, die langfristig in Erschöpfung oder andere gesundheitliche Einschränkungen münden können.

Dem gegenüber steht die Informations- und Ressourcenperspektive. Sie hebt hervor, dass unterschiedliche Hintergründe, Erfahrungen und Kompetenzen in Teams zusätzliche Ressourcen darstel-

len, die sowohl die Leistung als auch das Wohlbefinden der Beschäftigten stärken können [18]. Wo es gelingt, Vielfalt produktiv zu nutzen, profitieren Mitarbeitende von gegenseitigem Lernen, von neuen Perspektiven und von gegenseitiger Unterstützung. In dieser Logik wird Diversität als eine Art „zweischneidiges Schwert“ verstanden [19]: Sie kann Leistung und Gesundheit fördern, birgt aber auch das Risiko von Konflikten. Gerade im Rahmen des viel diskutierten „Business Case for Diversity“ wurde Diversität deshalb häufig danach beurteilt, welchen wirtschaftlichen Nutzen sie stiftet und unter welchen Bedingungen positive Effekte überwiegen.

Diese utilitaristische Sichtweise greift jedoch zu kurz, wenn es um die Bedeutung von Diversität in der Prävention und Gesundheitsförderung geht. Diversität darf nicht allein deshalb anerkannt werden, weil sie unter bestimmten Bedingungen ökonomische Vorteile oder Produktivitätssteigerungen mit sich bringt. Sie hat auch einen eigenständigen normativen Wert. Die Berücksichtigung von Vielfalt am Arbeitsplatz ist Ausdruck formeller Gleichstellung, verweist auf die Würde des Menschen und trägt dazu bei, gesellschaftliche Realitäten im betrieblichen Alltag abzubilden. In diesem Verständnis ist die Anerkennung und Integration von Unterschieden kein „Zusatznutzen“, sondern ein Wert an sich, der unabhängig von wirtschaftlicher Verwertbarkeit begründet werden kann [9].



Welche Dynamik – die konfliktbelastete oder die ressourcenorientierte – letztlich überwiegt, hängt entscheidend von den Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit ab. Unternehmenskultur, Führung, Kommunikation und Arbeitsgestaltung spielen eine zentrale Rolle darin, ob Diversität als Belastung erlebt wird oder ob sie dazu beiträgt, sowohl Leistung als auch Gesundheit der Beschäftigten zu fördern.

Diversität im Betrieb spiegelt gesellschaftliche Entwicklungen wider. Auf der einen Seite nimmt die Sichtbarkeit von Vielfalt zu: Migration, Gleichstellungspolitik, Inklusion und eine pluralere Gesellschaft haben dazu geführt, dass Verschiedenheit heute selbstverständlicher ist als vor 30 Jahren. Für Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet das: Sie müssen sich an sehr unterschiedliche Lebenslagen anpassen, um wirksam zu sein.

Auf der anderen Seite wird diese Entwicklung von rechtspopulistischen Strömungen herausgefordert, die Homogenität fordern und Vielfalt als Bedrohung darstellen. Diese gesellschaftlichen Diskurse wirken auch in die Betriebe hinein. Wo Ausgren-

zung oder Feindbilder zunehmen, wächst das Risiko für Diskriminierungserfahrungen – mit negativen Folgen für Gesundheit, Teilhabe und Arbeitszufriedenheit.

Zwischenfazit

Diversität ist also ein zweischneidiges Schwert: Sie kann Gesundheitsressourcen bereitstellen oder Belastungen erzeugen. Ob sie eher zur Ressource oder zum Risiko wird, hängt davon ab, wie sie sowohl im Betrieb als auch im gesellschaftlichen Umfeld gestaltet und wahrgenommen wird. Für Prävention und Gesundheitsförderung folgt daraus, dass nur diversitätsorientierte Ansätze, die Unterschiede anerkennen und produktiv integrieren, nachhaltig wirksam sind.

Unterschiedliche Bedarfe und Herausforderungen spezifischer Gruppen

Vielfalt in der Arbeitswelt bedeutet, dass Beschäftigte unterschiedliche Voraussetzungen, Ressourcen und Belastungen einbringen, die sich auf körperliche, psychische und soziale Ebenen erstrecken. Prävention und Gesundheitsförderung dürfen daher nicht nur allgemeine, sondern müssen gezielt auf diese Unterschiede eingehen, um Wirkung zu entfalten.

Die Tatsache, dass unterschiedliche physische Konstitutionen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern unterschiedliche Bedürfnisse und Voraussetzungen bei der Arbeit haben, wurde in klassischen ökonomischen und organisationstheoretischen Modellen weitgehend unbedeutend ausgeblendet. Arbeiter wurden als ein abstraktes, geschlechtsneutrales Subjekt „erfunden“, dessen körperliche Beschaffenheit keine Rolle spielte; weder als Quelle von Differenz noch als Einflussgröße organisationaler Prozesse [20]. Besonders außerhalb ergonomischer Forschung wurde der Körper kaum thematisiert, geschweige denn als variable Größe in der Arbeitsgestaltung oder -analyse berücksichtigt.

Organisationstheorie und Managementforschung haben lange Zeit an einer solchen „bodiless worker“-Idealisierung festhielten [20]. Körperspezifische Formen von Arbeit, etwa die Anpassung von Kleidung, Körperhaltungen oder Bewegungsprofilen, waren implizit getilgt und entwickelten sich erst in jüngster Zeit zu einem Forschungsthema. Erst dadurch ist sichtbar geworden, dass Organisationen durchaus gezielt Körper in ihrer Materialität, in ihrer Funktion oder ihrer kulturellen Bedeutung

formen. Das eröffnet ein neues Verständnis dafür, wie Differenz auf körperlicher Ebene in Arbeitsprozessen wirksam wird.

Im Rahmen dieses Kapitels sind diese Einsichten entscheidend: Sie verdeutlichen, dass dem Körper – und seinem Unterschiedspotenzial – in der Forschung und in der betrieblichen Praxis vergleichsweise wenig Beachtung geschenkt wurde. Im Gegensatz dazu wird heute der Wert der Berücksichtigung diverser Körper anerkannt, etwa durch ergonomische Anpassungen, Schichtregeln oder gesundheitliche Schutzmaßnahmen, gerade auch in der Diskussion um Prävention und Inklusion.

Altersdiversität

Die deutsche Erwerbsbevölkerung altert. In vielen Betrieben arbeiten heute drei oder vier Generationen nebeneinander. Das bringt Chancen, aber auch spezifische Herausforderungen mit sich: Jüngere Beschäftigte verfügen oft über hohe Lernfähigkeit und Innovationskraft, stehen aber unter dem Druck, sich zu beweisen. Themen wie Work-Life-Balance oder mentale Gesundheit spielen für sie eine wichtige Rolle. Ältere Beschäftigte bringen reichhaltige Erfahrung ein, sind jedoch häufiger mit chronischen Erkrankungen oder Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit konfrontiert.

Studien zeigen, dass Altersdiversität je nach Arbeitsaufgabe unterschiedliche Auswirkungen hat [13], [21], [22]: Bei komplexen Tätigkeiten können gemischte Teams von unterschiedlichen Erfahrungen profitieren, während bei Routinetätigkeiten ein höheres Risiko für gesundheitliche Beschwerden besteht. Für die Gesundheitsförderung bedeutet das: Angebote müssen altersdifferenziert gestaltet werden – von ergonomischen Anpassungen bis hin zu Programmen für lebenslanges Lernen.

Geschlecht und Care-Arbeit

Frauen und Männer erleben Gesundheit und Belastung am Arbeitsplatz oft auf unterschiedlichste Weise. Eine zentrale Erklärung liegt in der weiterhin ungleichen Verteilung von Care-Arbeit, die insbesondere Frauen in der Doppelbelastung stärker erschöpfen lässt – besonders deutlich sichtbar während der COVID-19-Pandemie, als Frauen mit Kindern im Homeoffice deutlich häufiger Erschöpfung und Überlastung meldeten [8].

Eine gesellschaftspolitisch wie gesundheitlich ebenso einschneidende Dimension ist die historische Vernachlässigung von Frauen in der medizinischen Forschung. Über Jahrzehnte hinweg wurden Frauen systematisch in klinischen Studien ignoriert.

Lange Zeit galten männliche Körper als Norm, auf die alle medizinischen Erkenntnisse universell angewendet wurden. Erst ab den frühen 1990er-Jahren begann eine schrittweise, aber noch immer unvollständige Kehrtwende. Frauen nahmen bis 1993 selten an klinischen Studien teil und es mangelt heute weiterhin an Wissen darüber, wie Medikamente oder medizinische Geräte bei Frauen wirken [23].

Aktuelle Meta-Analysen belegen, dass Frauen weiterhin in klinischen Studien unterrepräsentiert sind – sie machen sie oft nur ein Drittel der Proband:innen aus und Wirkungen und Nebenwirkungen werden selten geschlechtsspezifisch ausgewertet [24]. Die Folge: Symptome werden falsch interpretiert, Therapien über- oder unterdosierte und vorbeugende Ansätze unzureichend differenziert gestaltet.

Geschlechterbezogene Unterschiede werden auch in der medizinischen Ausbildung vernachlässigt: Gender bias, etwa in der Schmerzbehandlung, wird in der Ausbildung nicht systematisch thematisiert, sodass Mediziner:innen die spezifische Erscheinung von chronischem Schmerz bei Frauen oft nicht adäquat berücksichtigen [25]

Diese Forschungslage zeigt, dass geschlechtergerechte Medizin nicht nur ein moralisches Anliegen ist, sondern eine notwendige Voraussetzung für wirksame Prävention. Sie muss das Wissen darüber integrieren, dass Frauen und Männer teilweise ganz unterschiedliche Risikoprofile, Symptomverläufe und Präventionsbedarfe aufweisen. Diese Unterschiede müssen systematisch in Programme integriert werden.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung bedeutet das: Es reicht nicht, Gesundheitsprogramme geschlechtsneutral zu gestalten. Stattdessen sollten Maßnahmen gendersensibel sein und auf den Nachholbedarf reagieren – eine wirksame Stressprävention bei Frauen, etwa durch spezifische Angebote im Bereich psychische Gesundheit oder durch flexible Arbeitszeiten, ist ein Thema zur Förderung der Chancengleichheit und Arbeitsfähigkeit zugleich.

Insgesamt zeigt sich, dass eine nachhaltige, diversitätsorientierte Prävention auch geschlechtergerecht sein muss – und damit einen Beitrag zur Schließung historischer medizinischer Forschungslücken leistet.

Migration und kulturelle Diversität

In vielen Branchen, darunter Pflege, Logistik oder Produktion, ist der Anteil von Beschäftigten mit Migrationshintergrund hoch. Diese Belegschaften bringen wertvolle Ressourcen mit sich – kulturelle Kompetenzen, Sprachkenntnisse, vielfältige Pers-

pektiven –, stoßen aber zugleich auf spezifische Hindernisse. Besonders prominent sind Sprachbarrieren, die nicht nur die Kommunikation erschweren, sondern auch den Zugang zu Gesundheitsangeboten deutlich behindern. Mangelnde Sprachkenntnisse bei Migrant:innen können bspw. zu Verzögerungen beim Zugang zur medizinischen Versorgung führen [26].

Über den individuellen Zugang hinaus wirken gesellschaftliche und strukturelle Faktoren wie restriktive Migrationsgesetze belastend. Eine systematische Literaturübersicht belegt, dass auferlegte politische Rahmenbedingungen das Risiko für Depression, Angststörungen und post-traumatische Belastungsstörungen bei undokumentierten Migrant:innen deutlich erhöhen [27]. Zudem zeigt eine epidemiologische Untersuchung in den USA, dass ethnische Minderheiten oft unter gefährlicheren Arbeitsbedingungen tätig sind, was zu einem höheren Risiko für chronische Erkrankungen wie Diabetes, Asthma und Bluthochdruck führt [28]. Mitarbeiter:innen unterschiedlicher ethnischer Hintergründe profitieren zudem ganz besonders von einer Einbeziehung bei Intervention zur Verbesserung des Arbeitsklimas [29]. Solche Befunde unterstreichen, dass kultursensible, partizipative Prozesse im Setting der Gesundheitsförderung unterschätzte Potenziale bergen. Eine jüngere Übersicht zur kulturell kompetenten Versorgung von Migrant:innen zeigt, dass dort, wo interkulturelle Kompetenzen in die medizinische Praxis integriert werden, bessere Versorgungsergebnisse erzielt werden – etwa durch den Einsatz kulturell sensibler Kommunikation und multilinguale Informationen [30].

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Gesundheitsförderung in Unternehmen unbedingt kultursensibel sein muss. Dazu gehören nicht nur mehrsprachige Informationen und niedrigschwellige Zugänge, sondern auch Maßnahmen zur Förderung von Vertrauen und Verständnis. Kommunikation sollte Migrationserfahrung, kulturelle Werte und strukturelle Unsicherheitsfaktoren thematisieren – andernfalls bleibt Prävention für viele Beschäftigte verschlossen.

Sozioökonomische Unterschiede

Gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich auch deutlich zwischen verschiedenen Einkommensgruppen und Beschäftigungsformen. Menschen mit niedrigem Einkommen oder in prekären Arbeitsverhältnissen sind häufiger von gesundheitlichen Risiken betroffen, etwa durch belastende Arbeitsbedingungen, chronische Erkrankungen oder eingeschränkte

Teilhabe an Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Zahlreiche Studien belegen, dass Beschäftigte mit geringem Einkommen oder in Niedriglohnbranchen seltener vorbeugende Angebote nutzen oder wahrnehmen können: Niedrig entlohnte Beschäftigte nehmen weniger wahrscheinlich an Präventionsprogrammen oder gesundheitsfördernden Aktivitäten teil, selbst wenn sie grundsätzlich daran interessiert sind [31]. Hinderlich sind dabei Faktoren wie Zeitmangel, Schichtarbeit oder ungünstige Arbeitszeiten sowie eine Skepsis gegenüber dem Engagement des Arbeitgebers in Gesundheitsfragen.

Betriebliche Gesundheitsförderung scheint generell bei Menschen mit geringem sozioökonomischem Status wenig effektiv zu sein [32]. Zugang und Teilnahme allein reichen nicht aus, um sozioökonomische Ungleichheiten abzubauen. Selbst bei gleicher Teilnahme bleiben Effektivität und Wirkung oft begrenzt.

Darüber hinaus existieren strukturelle Barrieren: In kleineren Betrieben, die häufig niedrig entlohnte Arbeitskräfte beschäftigen, fehlen häufig Ressourcen für umfassende Gesundheitsprogramme. Viele dieser Unternehmen verfügen weder über ein Budget noch über spezialisierte Zuständigkeiten oder Strukturen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung [33]. Gleichzeitig ist die gesundheitliche Belastung bei Beschäftigten aus niedrigen sozioökonomischen Schichten besonders hoch, was sich in erhöhtem Auftreten von ungesunder Ernährung, Übergewicht, hoher körperlicher Belastung und chronischen Erkrankungen zeigt [34].

Zusätzlich steigert finanzieller Druck, beispielsweise durch Kosten für Lebensunterhalt oder existenzielle Unsicherheit, das psychische Stressniveau erheblich. So zeigt eine aktuelle Bestandsaufnahme der britischen Arbeitswelt, dass Menschen in Niedriglohnbranchen deutlich häufiger unter mentaler Belastung leiden – verursacht durch finanzielle Sorgen –, was wiederum negative Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat [35].

Vor diesem Hintergrund muss betriebliche Gesundheitsförderung barrierefrei, zugänglich und flexibel gestaltet sein. Nur kostenfreie, arbeitszeitnahe Formate, die auch in kleinen Unternehmen realisierbar sind und mobil angeboten werden – idealerweise in Kombination mit vertrauensbildenden Maßnahmen – können den Zugang für niedrig entlohnte und zeitlich stark eingespannte Beschäftigte gewährleisten.

Zwischenfazit

Unterschiedliche Gruppen haben unterschiedliche Bedarfe (►► Abb. 1 und Abb. 2) und diese Unterschiede betreffen weit mehr als Alter oder Geschlecht. Die Forschung macht deutlich, dass auch die physische Konstitution und ihre soziale Wahrnehmung lange Zeit in der Arbeits- und Organisationsforschung kaum Beachtung fanden. Erst in jüngster Zeit wird stärker anerkannt, dass unterschiedliche physische Voraussetzungen – jung oder alt, männlich oder weiblich, leistungsfähig oder eingeschränkt – nicht nur durch ergonomische Maßnahmen berücksichtigt werden müssen, sondern auch in ihrer Vielfalt gesellschaftlich sichtbar gemacht werden sollten.

Besonders deutlich zeigt sich dies im Bereich der geschlechtergerechten Medizin: Frauen waren in der medizinischen Forschung jahrzehntelang unterrepräsentiert, was dazu führte, dass Symptome übersehen oder Therapien falsch kalibriert wurden. Für die Prävention und Gesundheitsförderung heißt das, geschlechtsspezifische Unterschiede systematisch mitzudenken, um nicht bestehende Ungleichheiten weiter zu verstärken.

Auch Migration und kulturelle Diversität sind zentrale Einflussgrößen. Beschäftigte mit Migrationsgeschichte verfügen über zahlreiche Ressourcen, stoßen aber noch immer auf Sprachbarrieren, Misstrauen gegenüber Institutionen und ungleiche Zugänge zu Präventionsangeboten. Studien zeigen, dass die Wahrnehmung von Gesundheit und die Nutzung von Angeboten stark durch kulturelle Faktoren geprägt sind – und dass partizipative, kultursensible Ansätze entscheidend sind, um Vertrauen aufzubauen und Prävention wirksam zu machen.

Darüber hinaus zeigt sich, dass sozioökonomische Unterschiede einen starken Einfluss auf Gesundheit und Prävention haben. Beschäftigte in prekären Arbeitsverhältnissen oder im Niedriglohnbereich sind nicht nur höheren Belastungen ausgesetzt, sondern können oft auch deshalb nicht an Gesundheitsangeboten teilnehmen, weil Arbeitszeiten, Schichtpläne oder Kosten Barrieren schaffen. Hier sind flexible, niedrigschwellige und kostenfreie Angebote nötig, die reale Teilhabe ermöglichen.

Abbildung 1 Ausgewählte Gesundheitsbarrieren unterschiedlicher Vielfaltsdimensionen

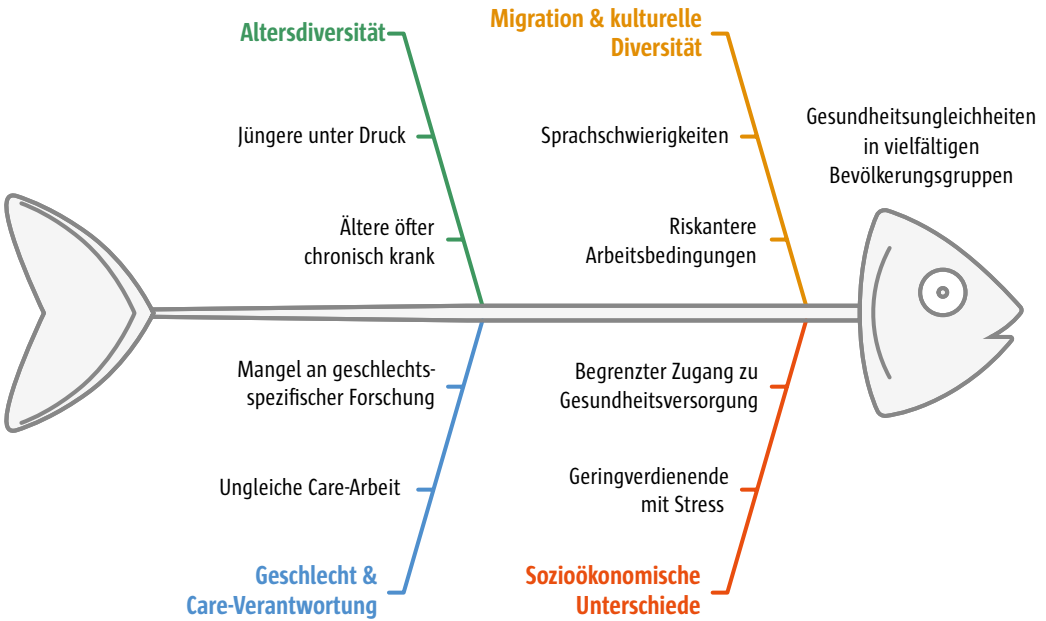
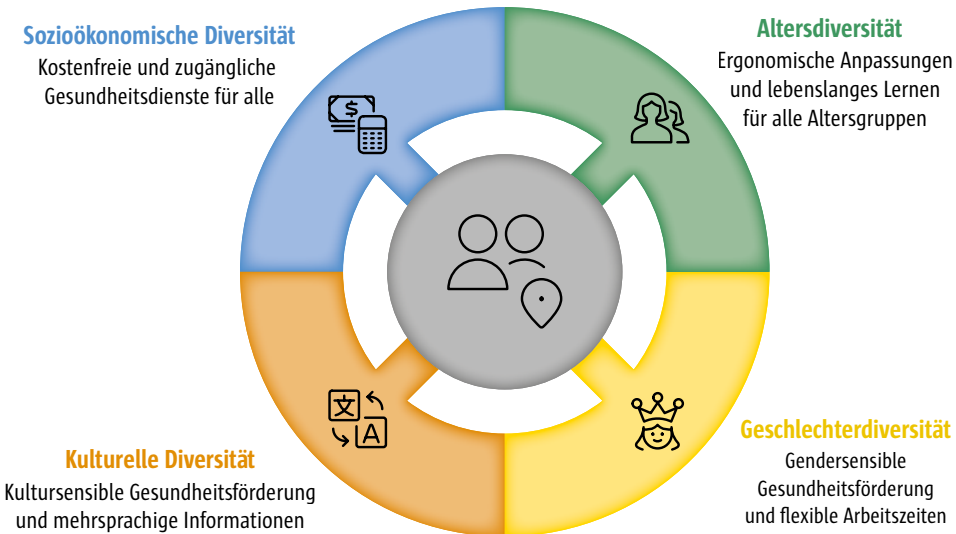


Abbildung 2 Ausgewählte Strategien für vielfaltssensible Gesundheitsförderung



Diversitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet deshalb, die **Verschiedenheit von Beschäftigten als Normalität** zu akzeptieren und Maßnahmen so zu gestalten, dass sie einerseits spezifisch auf unterschiedliche Bedarfe eingehen, andererseits aber nicht stigmatisieren oder einzelne Gruppen als „anders“ herausstellen. Entscheidend ist, dass die Vielfalt der Belegschaften nicht als Sonderfall, sondern als Ausgangspunkt wirksamer Prävention verstanden wird – und dass jedes Programm darauf ausgerichtet ist, möglichst viele Beschäftigte zu erreichen und einzubeziehen.

Best Practices für diversitätsorientierte Gesundheitsförderung

Vielfalt am Arbeitsplatz stellt Prävention und Gesundheitsförderung vor die Herausforderung, Maßnahmen so zu gestalten, dass sie **für alle Beschäftigtengruppen zugänglich und wirksam** sind. Die folgenden Best Practices zeigen, wie Unternehmen und Institutionen diese Aufgabe erfolgreich meistern können.

Verhältnisprävention: Arbeitsbedingungen diversitätsgerecht gestalten

Ein zentrales Prinzip der Gesundheitsförderung ist die Unterscheidung zwischen Verhaltensprävention, die auf individuelle Verhaltensänderungen abzielt, und Verhältnisprävention, die die Arbeitsbedingungen selbst in den Blick nimmt. Diversitätsorientierte Ansätze betonen, dass gerade die Gestaltung der Verhältnisse entscheidend ist, um den heterogenen Bedarfen verschiedener Beschäftigtengruppen gerecht zu werden. Dazu gehören beispielsweise altersgerechte Arbeitsplätze, bei denen ergonomische Anpassungen, technische Hilfen und flexible Schichtmodelle so gestaltet werden, dass sowohl jüngere als auch ältere Mitarbeitende unterstützt und entlastet werden. Ebenso wichtig ist die digitale Barrierefreiheit: IT-Systeme und Lernplattformen müssen so gestaltet sein, dass sie auch von Beschäftigten mit Seh- oder Hörbeeinträchtigungen sowie von Personen mit geringer digitaler Erfahrung genutzt werden können. Schließlich spielen flexible Arbeitszeitmodelle eine zentrale Rolle, etwa durch Homeoffice oder Teilzeioptionen, die insbesondere Beschäftigten mit Care-Verantwortung die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben erleichtern.

Studien zeigen, dass altersgemischte Teams besonders dann erfolgreich sind, wenn die Arbeitsbedingungen auf ihre unterschiedlichen Stärken und Schwächen abgestimmt sind. Verhältnisprävention bedeutet in diesem Sinne, nicht nur die individuelle

Verantwortung für Gesundheit zu betonen, sondern strukturelle Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Diversität als Ressource wirken kann und Belastungen reduziert werden.

Verhaltensprävention: Programme an unterschiedliche Lebenslagen anpassen

Während die Verhältnisprävention auf strukturelle Bedingungen abzielt, setzt die Verhaltensprävention bei den individuellen Verhaltensweisen von Beschäftigten an. Damit Maßnahmen hier wirksam werden, müssen sie die unterschiedlichen Lebensrealitäten der Beschäftigten berücksichtigen. So können etwa kultursensible Ernährungsprogramme, die religiöse und kulturelle Bedürfnisse respektieren und in der Betriebskantine entsprechende Optionen anbieten, die Teilhabe aller Beschäftigten fördern. Auch gendersensible Stressbewältigung ist zentral, da Frauen im Durchschnitt häufiger von psychischer Erschöpfung berichten, insbesondere wenn sie Care-Verantwortung tragen. Trainings, die diese spezifischen Belastungen berücksichtigen, sind nachhaltiger wirksam als generische „Einheitslösungen“. Schließlich spielt auch die psychische Gesundheit im Team eine wachsende Rolle: Programme, die nicht nur individuelle Stressbewältigung in den Blick nehmen, sondern auch die Dynamik von Subgruppen und Konflikten im Team ansprechen, können dazu beitragen, emotionale Erschöpfung zu reduzieren und die Teamidentifikation zu stärken.

Partizipation: Beschäftigte einbinden

Eine der wirksamsten Strategien für diversitätsorientierte Gesundheitsförderung liegt in der aktiven Beteiligung der Beschäftigten selbst. Nur wenn Maßnahmen gemeinsam mit den Betroffenen entwickelt werden, lassen sich ihre tatsächlichen Bedarfe erfassen und Lösungen gestalten, die Akzeptanz finden. Partizipation kann auf vielfältige Weise erfolgen: etwa durch Gesundheitszirkel, in denen Beschäftigte unterschiedlicher Alters- und Herkunftgruppen zusammenkommen, um ihre Perspektiven einzubringen, oder durch anonyme Bedarfsanalysen, die es auch bei sensiblen Themen wie psychischer Gesundheit ermöglichen, ehrliches Feedback zu erhalten. Ebenso können Pilotprojekte, die zunächst mit ausgewählten Beschäftigtengruppen getestet werden, wertvolle Erkenntnisse liefern, bevor eine Maßnahme breit eingeführt wird. Entscheidend ist, dass Beschäftigte nicht nur passive Empfänger von Gesundheitsangeboten sind, sondern aktiv in deren Gestaltung und Weiterentwicklung eingebunden werden.

Kommunikation und Zugänge diversitätsgerecht gestalten

Gesundheitsförderung kann nur wirksam sein, wenn die vorgesehenen Maßnahmen auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommen. Doch nicht alle Gruppen erreichen Gesundheitsangebote in gleicher Weise. Deshalb ist eine diversitätsgerechte Kommunikation von zentraler Bedeutung. Informationen müssen in einer Sprache vermittelt werden, die verständlich und zugänglich ist – sowohl im wörtlichen Sinn, etwa durch mehrsprachige Materialien für Belegschaften mit hohem Migrant:innenanteil, als auch im übertragenen Sinn, indem komplexe Inhalte vereinfacht und klar strukturiert präsentiert werden. Für Beschäftigte mit geringerer Lesekompetenz oder wenig Erfahrung im Umgang mit Fachtexten können visuell unterstützte Materialien wie Infografiken oder kurze Videos den Zugang erleichtern.

Darüber hinaus spielt die Wahl der Formate eine wichtige Rolle. Digitale Angebote wie Apps oder Onlinekurse bieten Flexibilität und können insbesondere für jüngere Beschäftigte oder für Mitarbeitende im Homeoffice attraktiv sein. Gleichzeitig ist es wichtig, auch analoge Angebote vorzuhalten, etwa Workshops vor Ort, die persönliche Begegnung und Austausch ermöglichen. Nur die Kombination unterschiedlicher Zugangswege stellt sicher, dass niemand ausgeschlossen wird. Eine diversitätsorientierte Gesundheitsförderung zeichnet sich daher durch niedrigschwellige, transparente und vielfältige Kommunikationskanäle aus, die die Heterogenität der Belegschaften aktiv berücksichtigen.

Praxisbeispiele

Um die Vielfalt bewährter Ansätze wirksamer Gesundheitsförderung zu veranschaulichen, fügen wir hier zwei reale Programme ein: „Fit im Forst“ sowie eine kultursensible Intervention, die migrantische Mitarbeitende aktiv in die Gestaltung einbezieht.

Das Programm „**Fit im Forst**“ zeigt, wie körperlich belastende Arbeitsbedingungen durch passgenaue Verhältnisprävention ausgeglichen werden können. In Niedersachsen initiierten die Landesforsten gemeinsam mit der Universität Göttingen ein wöchentliches Training für Forstwirte – als Mischung aus Arbeitszeit und Freizeit. Die Übungen zielten insbesondere auf muskuläre Dysbalancen ab, die durch die körperliche Waldarbeit entstanden. Der Ansatz war so erfolgreich, dass er mit dem Personalmanagement-Award für Demografiemanagement 2011 sowie dem Human Resources Award im Bereich betriebliches Gesundheitsmanagement 2012 ausgezeichnet wurde [36].

Ebenfalls eindrücklich wirkt die Intervention, die im *Journal of Occupational and Environmental Medicine* (Park et al., 2004) beschrieben wird. In einer großen US-Einzelhandelskette wurden in elf Filialen problemorientierte Teams gegründet, in denen Beschäftigte gemeinsam Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen entwickelten und umsetzten. Die Ergebnisse waren durchweg positiv: Sowohl das Betriebsklima als auch das Wohlbefinden der Beschäftigten verbesserten sich nachweislich. Besonders deutlich zeigten sich diese Effekte bei Schwarzen und hispanischen Mitarbeitenden – ein Hinweis darauf, wie partizipative Prozesse die Teilhabe und Selbstwirksamkeit ethnischer Minderheiten stärken können [29].

Diese beiden Beispiele lassen sich in einem gemeinsamen Fokus zusammenführen: Gesundheitsförderung wird wirksam, wenn sie in die Lebensrealität der Beschäftigten hineinwirkt – sei es durch körperliche Belastung am Arbeitsplatz oder durch kulturelle und strukturelle Barrieren. Dabei zeigen sie, dass Maßnahmen nicht abstrakt bleiben dürfen, sondern das Engagement der Betroffenen einbeziehen sollten, um sowohl Vertrauen als auch Effektivität zu steigern.

Zwischenfazit

Die Erfahrung zeigt: **Einheitslösungen greifen zu kurz**. Erfolgreiche Gesundheitsförderung berücksichtigt Unterschiede, ohne sie zu stigmatisieren, und macht Angebote so zugänglich, dass alle Beschäftigten profitieren. Best Practices orientieren sich dabei an den Prinzipien der Partizipation, Niedrigschwelligkeit und Flexibilität.

Chancen und Grenzen

Diversität am Arbeitsplatz ist weder per se ein Garant für Gesundheit und Wohlbefinden, noch stellt sie automatisch ein Risiko dar. Ihre Wirkung hängt maßgeblich davon ab, **wie Vielfalt gestaltet und wahrgenommen wird** – sowohl im Betrieb als auch in der Gesellschaft.

Chancen: Diversität als Ressource für Gesundheit und Innovation

Diversität kann, wenn sie bewusst gestaltet wird, eine bedeutende Ressource für Organisationen darstellen. Unterschiedliche Perspektiven und Erfahrungen fördern Kreativität, erleichtern Problemlösungen und erhöhen die Qualität von Entscheidungen. Gerade in einer komplexen Arbeitswelt ist es

von Vorteil, wenn heterogene Teams Aufgaben aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten und dadurch innovative Lösungen hervorbringen. Neben der Leistung profitieren auch Gesundheit und Wohlbefinden: Beschäftigte in vielfältigen Teams können auf ein breiteres Spektrum an sozialer Unterstützung zurückgreifen und sind dadurch oft resilienter gegenüber Belastungen. Diversitätsfreundliche Gesundheitsprogramme leisten zudem einen wichtigen Beitrag zur Gleichstellung und Inklusion. Sie machen sichtbar, dass die Bedarfe aller Beschäftigengruppen ernst genommen werden und dass Gesundheit im Betrieb nicht exklusiv, sondern inklusiv gedacht wird (»»» Abbildung 3).

Grenzen: Risiken und Belastungen durch ungestaltete Diversität

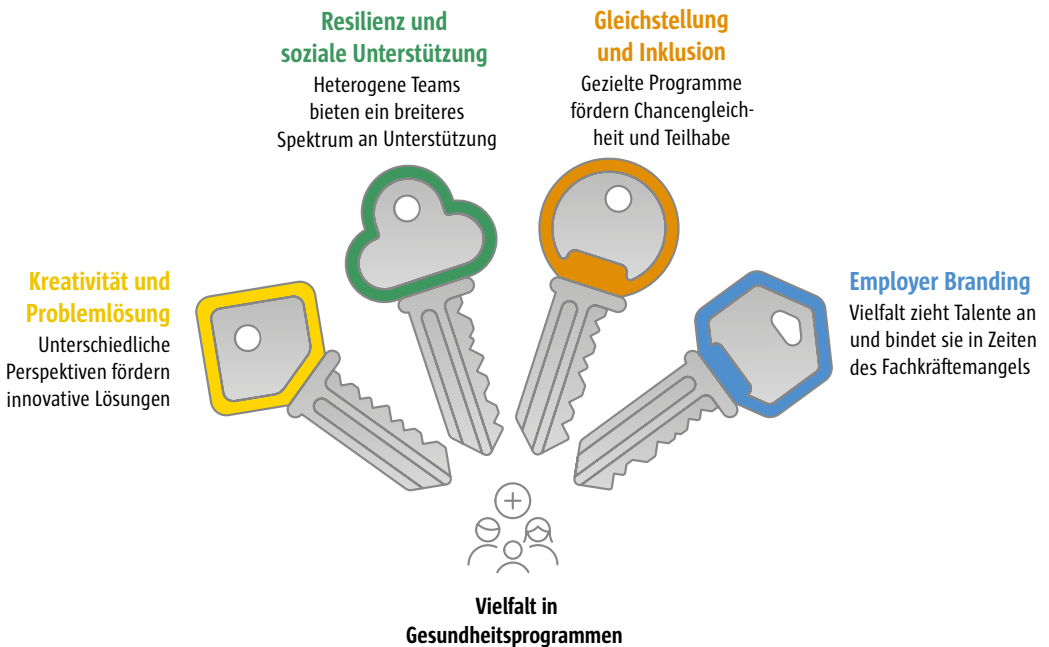
Die positiven Effekte von Vielfalt treten jedoch nicht automatisch ein. Wird Diversität nicht aktiv gestaltet, birgt sie erhebliche Risiken. Besonders häufig entstehen Spannungen, wenn Unterschiede im Team stark wahrgenommen werden und in „wir“ und „sie“ unterteilt werden. Subgruppenbildung kann das Vertrauen schwächen, Kooperation erschweren und die psychische Belastung der Beschäftigten erhöhen. Ebenso besteht die Gefahr, dass bestimmte Gruppen von Gesundheitsangeboten aus-

geschlossen bleiben, wenn diese nicht diversitätsgerecht entwickelt werden. Beschäftigte in Schichtarbeit, Menschen mit Sprachbarrieren oder Teilzeitkräfte profitieren häufig weniger von Maßnahmen, die nicht an ihre Arbeits- und Lebensrealitäten angepasst sind. Ungestaltete Diversität kann außerdem zu Überforderung führen: Wenn Organisationen keine klaren Strukturen und Regeln schaffen, wird Vielfalt von Mitarbeitenden nicht als Ressource, sondern als zusätzliche Belastung wahrgenommen.

Gesellschaftliche Dimension: Zwischen Normalisierung und Gegenbewegung

Diversität ist längst Normalität in der Arbeitswelt, und immer mehr Unternehmen integrieren sie systematisch in ihre Personal- und Gesundheitsstrategien. Doch diese positive Entwicklung wird begleitet von gesellschaftlichen Gegenbewegungen. Rechtspopulistische Strömungen stellen Vielfalt infrage und propagieren ein homogenes Gesellschaftsbild. Solche Diskurse wirken auch in die Betriebe hinein, indem sie Vorurteile verstärken und Misstrauen gegenüber bestimmten Gruppen fördern. Für betroffene Beschäftigte können diese gesellschaftlichen Spannungen zu Diskriminierungserfahrungen und erheblichen psychischen Belastungen führen. Inso-

Abbildung 3 Vielfalt als Ressource im Kontext der Gesundheitsprävention



fern ist diversitätsorientierte Gesundheitsförderung nicht nur eine betriebliche Aufgabe, sondern auch ein gesellschaftlicher Auftrag: Sie stärkt den sozialen Zusammenhalt und trägt dazu bei, Polarisierungstendenzen entgegenzuwirken.

Notwendigkeit der strategischen Verankerung

Damit die Chancen von Diversität genutzt und die Risiken minimiert werden können, ist eine strategische Verankerung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement unverzichtbar.

Diversität sollte nicht als isoliertes Projekt verstanden werden, sondern als Querschnittsthema, das sich in Leitbildern, Unternehmensstrategien und konkreten Maßnahmen widerspiegelt.

Dazu gehören verbindliche Leitlinien zu Inklusion, gezielte Schulungen für Führungskräfte im Umgang mit heterogenen Teams und eine systematische Evaluation von Gesundheitsprogrammen im Hinblick auf ihre Reichweite und Wirkung für unterschiedliche Beschäftigtengruppen. Nur wenn Diversität im BGM als strategisches Handlungsfeld verankert wird, lässt sich verhindern, dass Maßnahmen oberflächlich bleiben oder ins Leere laufen.

Zwischenfazit

Diversität ist kein Selbstzweck. Sie kann sowohl zur **Ressource** als auch zur **Belastung** werden. Ob sie im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung wirkt, hängt davon ab, ob Unternehmen Unterschiede bewusst anerkennen, Konflikte konstruktiv bearbeiten und Rahmenbedingungen schaffen, die Teilhabe ermöglichen. Diversitätsorientierte Gesundheitsförderung ist damit nicht nur ein Instrument zur Steigerung individueller Gesundheit, sondern auch ein Beitrag zur **Stärkung des sozialen Zusammenhalts und der demokratischen Resilienz** in einer pluralen Gesellschaft.

Fazit und Ausblick

Die Arbeitswelt ist vielfältiger denn je – und diese Vielfalt wird in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Alterung der Gesellschaft, Migration, veränderte Geschlechterrollen, technologische Entwicklungen und neue Arbeitsformen prägen Belegschaften, die in sich heterogener und pluraler werden. Diese Entwicklungen stellen Prävention und Gesundheitsförderung vor neue Aufgaben.

Take Home Messages

Prävention und Gesundheitsförderung sind nur dann wirksam, wenn sie Diversität berücksichtigen.

- **Wirksamkeit durch Diversität:** Unterschiedliche Beschäftigtengruppen haben unterschiedliche Bedarfe. Einheitslösungen greifen zu kurz. Wer Vielfalt berücksichtigt, sei es in der Gestaltung von Arbeitsbedingungen, in der Ansprache von Zielgruppen oder in der Entwicklung von Programmen, steigert die Wirksamkeit und Reichweite von Gesundheitsmaßnahmen.
- **Spezifische Bedarfe und Herausforderungen:** Alter, Geschlecht, Herkunft, sozioökonomischer Status und psychische Gesundheit beeinflussen, welche Risiken, Ressourcen und Hürden Beschäftigte mitbringen. Gesundheitsförderung, die diese Unterschiede erkennt, verhindert Ausgrenzung und macht Angebote zugänglicher.
- **Best Practices:** Erfolgreiche Beispiele zeigen, dass diversitätsorientierte Gesundheitsförderung möglich ist – von altersgerechten Arbeitsplätzen über gendersensible Stressprävention bis hin zu kultursensiblen Programmen für Belegschaften mit hohem Migrant:innenanteil. Entscheidend ist Partizipation, Niedrigschwelligkeit und Flexibilität.

Diversität ist dabei Chance und Herausforderung zugleich: Sie kann Gesundheit und Innovation fördern, birgt aber auch das Risiko von Konflikten und Ausgrenzung, wenn sie ungestaltet bleibt. Angesichts gesellschaftlicher Polarisierung und rechtspopulistischer Angriffe auf Vielfalt gewinnt die Aussage zusätzlich an Relevanz: **Diversitätsorientierte Gesundheitsförderung ist auch ein Beitrag zum gesellschaftlichen Zusammenhalt.**

Für die kommenden Jahre lassen sich drei Leitlinien ableiten:

- **Integration von Diversität in das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM):** Vielfalt darf kein Randthema sein, sondern muss systematisch in Leitbildern, Programmen und Evaluationsprozessen verankert werden.
- **Stärkung der Partizipation:** Beschäftigte aus unterschiedlichen Gruppen sollten aktiv in die Entwicklung von Maßnahmen einbezogen werden – nur so lassen sich Bedürfnisse realistisch erfassen und Lösungen tragfähig umsetzen.
- **Politische und gesellschaftliche Verantwortung:** Gesundheitliche Prävention in Unternehmen kann dazu beitragen, soziale Ungleichheiten abzubauen, Chancengleichheit zu fördern und demokratische Resilienz zu stärken.

Der **BKK Gesundheitsreport 2025** widmet sich deshalb nicht zufällig diesem Thema. Er will dazu beitragen, dass Diversität nicht als Sonderfall, sondern als Normalität verstanden wird – und dass Prävention und Gesundheitsförderung in einer vielfältigen Gesellschaft so gestaltet werden, dass **alle Beschäftigten gleichermaßen profitieren können**.

Literatur

1. US Bureau of Labor Statistics, "American Time Use Survey – 2014 results," 2015. Accessed: Oct. 25, 2015. [Online]. Available: <http://www.bls.gov/news.release/pdf/atus.pdf>
2. F.W. Nerdinger, G. Blicke, and N. Schaper, *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Berlin: Springer, 2019.
3. T. Uhle and M. Treier, *Betriebliches Gesundheitsmanagement*, 2nd ed. Berlin: Springer Medizin, 2013. doi: 10.1007/978-3-642-34367-4.
4. B. Meyer, "Team Diversity: A Review of the Literature," in *The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Team Working and Collaborative Processes*, E. Salas, R. Rico, and J. Passmore, Eds., Chichester, UK: Wiley Blackwell, 2017, pp. 151–175. doi: 10.1002/9781118909997.ch7.
5. H. van Dijk, B. Meyer, M. van Engen, and D.L. Loyd, "Microdynamics in Diverse Teams: A Review and Integration of the Diversity and Stereotyping Literatures," *Academy of Management Annals*, vol. 11, no. 1, pp. 517–557, 2017, doi: 10.5465/annals.2014.0046.
6. M. Shemla, B. Meyer, and J. Grgic, "Perceived diversity in teams: Conceptualizations, effects, and new research avenues," Dec. 01, 2024, Elsevier B.V. doi: 10.1016/j.copsyc.2024.101925.
7. N. Schulte, F.M. Götz, F. Partsch, T. Goldmann, L. Smidt, and B. Meyer, "Linking Diversity and Mental Health: Task Conflict Mediates Between Perceived Subgroups and Emotional Exhaustion," *Front Psychol*, vol. 11, no. June, 2020, doi: 10.3389/fpsyg.2020.01245.
8. B. Meyer, A. Zill, D. Dilba, R. Gerlach, and S. Schumann, "Employee psychological well-being during the COVID-19 pandemic in Germany: A longitudinal study of demands, resources, and exhaustion," *International Journal of Psychology*, vol. 56, no. 4, pp. 532–550, 2021, doi: 10.1002/ijop.12743.
9. B. Meyer, Anders: Was wir aus der Psychologie über den Umgang mit Unterschieden lernen können. Ullstein, 2025.
10. D. Van Knippenberg, C.K.W. De Dreu, and A.C. Homan, "Work group diversity and group performance: An integrative model and research agenda," *Journal of Applied Psychology*, vol. 89, no. 6, pp. 1008–1022, 2004, doi: 10.1037/0021-9010.89.6.1008.
11. M. Shemla, B. Meyer, L. Greer, and K.A. Jehn, "A review of perceived diversity in teams: Does how members perceive their team's composition affect team processes and outcomes?," *J Organ Behav*, vol. 37, pp. S89–S106, 2016, doi: 10.1002/job.1957.
12. B. Meyer, H. van Dijk, and M. van Engen, "(Mitigating) the self-fulfillment of gender stereotypes in teams: The interplay of competence attributions, behavioral dominance, individual performance, and diversity beliefs," *Journal of Applied Psychology*, vol. 107, no. 11, pp. 1907–1925, Nov. 2022, doi: 10.1037/apl0000995.
13. J. Wegge, C. Roth, B. Neubach, K.H. Schmidt, and R. Kanfer, "Age and gender diversity as determinants of performance and health in a public organization: {T}he role of task complexity and group size," *Journal of Applied Psychology*, vol. 93, pp. 1301–1313, 2008, doi: 10.1037/a0012680.
14. A. Hoppe, K. Fujishiro, and C.A. Heaney, "Workplace racial/ethnic similarity, job satisfaction, and lumbar back health among warehouse workers: Asymmetric reactions across racial/ethnic groups," *J Organ Behav*, vol. 35, pp. 172–193, 2014, doi: 10.1002/job.1860.
15. K.E. Tiede, S.K. Schultheis, and B. Meyer, "Subgroup Splits in Diverse Work Teams: Subgroup Perceptions but Not Demographic Faultlines Affect Team Identification and Emotional Exhaustion," *Front Psychol*, vol. 12, Feb. 2021, doi: 10.3389/fpsyg.2021.595720.
16. S.M.B. Thatcher, B. Meyer, Y. Kim, and P.C. Patel, "A meta-analytic integration of the faultlines literature," *Organizational Psychology Review*, vol. 14, no. 2, pp. 238–281, May 2024, doi: 10.1177/20413866231225064.
17. H. Tajfel and J.C. Turner, "The social identity theory of intergroup behavior," in *The Social Psychology of Intergroup Relations*, S. Worchel and W.G. Austin, Eds., Chicago: Nelson-Hall, 1986, pp. 7–24.
18. K.Y. Williams and C.A.O'Reilly, "Demography and diversity in organizations: {A} review of 40 years of research," *Res Organ Behav*, vol. 20, pp. 77–140, 1998.
19. A.B. Carter and K.W. Phillips, "The double-edged sword of diversity: Toward a dual pathway model," *Soc Personal Psychol Compass*, vol. 11, no. 5, 2017, doi: 10.1111/spc3.12313.
20. T.B. Lawrence, E. Schindwein, R. Jalan, and E.D. Heaphy, "ORGANIZATIONAL BODY WORK: EFFORTS TO SHAPE HUMAN BODIES IN ORGANIZATIONS," *Academy of Management Annals*, vol. 17, no. 1, pp. 37–73, Jan. 2023, doi: 10.5465/annals.2021.0047.
21. J. Wegge and K.H. Schmidt, "The impact of age diversity in teams on group performance, innovation and health," in *Handbook of Managerial Behavior and Occupational Health*, A.S.G. Antoniou, C.L. Cooper, G.P. Chrousos, C.D. Spielberger, and M.W. Eysenck, Eds., Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 2009, pp. 79–94.
22. J. Wegge et al., "What makes age diverse teams effective? {R}esults from a six-year research program," *Work*, vol. 41, pp. 5145–5151, 2012, doi: 10.3233/WOR-2012-0084-5145.
23. B. Balch, "Why we know so little about women's health," <https://www.aamc.org/news/why-we-know-so-little-about-women-s-health>.
24. E. Harris, "Women Continue to Be Underrepresented in Medical Device Trials," *JAMA*, vol. 332, no. 4, p. 274, Jul. 2024, doi: 10.1001/jama.2024.11037.
25. C. Moretti, E. De Luca, C. D'Apice, G. Artioli, L. Sarli, and A. Bonacaro, "Gender and sex bias in prevention and clinical treatment of women's chronic pain: hypotheses of a curriculum development," *Front Med (Lausanne)*, vol. 10, Jul. 2023, doi: 10.3389/fmed.2023.1189126.
26. M. Pandey et al., "Impacts of English language proficiency on health-care access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study," *BMC Health Serv Res*, vol. 21, no. 1, p. 741, Dec. 2021, doi: 10.1186/s12913-021-06750-4.
27. O. Martinez et al., "Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review," *J Immigr Minor Health*, vol. 17, no. 3, pp. 947–970, Jun. 2015, doi: 10.1007/s10903-013-9968-4.
28. A. Shkemi, J. Zelter, S.K. Park, and R. Neitzel, "Workplace Exposures Vary Across Neighborhoods in the US: Implications on Social Vulnerability and Racial/Ethnic Health Disparities," *J Racial Ethn Health Disparities*, Aug. 2024, doi: 10.1007/s40615-024-02143-5.
29. K.-O. Park, B.S. Schaffer, C.S. Griffin-Blake, D.M. Dejoy, M.G. Wilson, and R.J. Vandenberg, "Effectiveness of a Healthy Work Organization Inter-

- vention: Ethnic Group Differences,” *J Occup Environ Med*, vol. 46, no. 7, pp. 623–634, Jul. 2004, doi: 10.1097/01.jom.0000131793.44014.91.
30. L. Theodosopoulos, E.C. Fradelos, A. Panagiotou, A. Dreliozzi, and F. Tzavella, “Delivering Culturally Competent Care to Migrants by Healthcare Personnel: A Crucial Aspect of Delivering Culturally Sensitive Care,” *Soc Sci*, vol. 13, no. 10, p. 530, Oct. 2024, doi: 10.3390/socsci13100530.
 31. E. Stiehl et al., “Worksite Health Promotion for Low-Wage Workers: A Scoping Literature Review,” *American Journal of Health Promotion*, vol. 32, no. 2, pp. 359–373, Feb. 2018, doi: 10.1177/0890117117728607.
 32. P. Coenen et al., “Socioeconomic inequalities in effectiveness of and compliance to workplace health promotion programs: an individual participant data (IPD) meta-analysis,” *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 17, no. 1, p. 112, Dec. 2020, doi: 10.1186/s12966-020-01002-w.
 33. P.A. Hannon, J.R. Harris, and D.R. Doody, “Opportunities to Improve Health Equity for Employees in Low-Wage Industries in the United States,” *Annu Rev Public Health*, vol. 46, no. 1, pp. 295–313, Apr. 2025, doi: 10.1146/annurev-publhealth-071723-120104.
 34. S.J. Robroek, P. Coenen, and K.M. Oude Hengel, “Decades of workplace health promotion research: marginal gains or a bright future ahead,” *Scand J Work Environ Health*, vol. 47, no. 8, pp. 561–564, Nov. 2021, doi: 10.5271/sjweh.3995.
 35. H. Kuchler, “Employers urged to help workers navigate stresses of cost of living crisis,” <https://www.ft.com/content/ce396934-23f0-4721-abcd-5b491d8c828>.
 36. K. Nielsen, M. Stage, J.S. Abildgaard, and C.V. Brauer, “Participatory Intervention from an Organizational Perspective: Employees as Active Agents in Creating a Healthy Work Environment,” in *Salutogenic organizations and change*, Dordrecht: Springer Netherlands, 2013, pp. 327–350. doi: 10.1007/978-94-007-6470-5_18.



© Smina Bluth

Prof. Dr. Bertolt Meyer

Bertolt Meyer ist Professor für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der TU Chemnitz. Gemeinsam mit seinem Team forscht er zu Diversität und Stereotypen am Arbeitsplatz, betrieblichem Gesundheitsmanagement und den gesellschaftlichen Auswirkungen der Verschmelzung von Mensch und Technik. Von 2022 bis 2024 war er Sprecher des DFG-Sonderforschungsbereichs „Hybrid Societies“. Er moderiert die Wissenschaftsreihe „Agree to Disagree“ bei Arte und den Wissenschaftspodcast „People of Science“ bei DLF Kultur. Der Deutsche Hochschulverband kürte ihn zum „Hochschullehrer des Jahres 2024“.

Vielfalt und gesunde Arbeit – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2025

Matthias Richter, Karin Kliner, Dirk Rennert und Isabelle Oehse



Im Juni 2025 wurden im Auftrag des BKK Dachverbands im Rahmen einer Online-Umfrage insgesamt 3.019 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ab 16 Jahren mit Hauptwohnsitz in Deutschland zu verschiedenen Aspekten ihrer Gesundheit und Arbeit durch das Marktforschungsinstitut Kantar befragt¹. Dabei wurde insbesondere das Schwerpunktthema mit Fragen zur Vielfalt im jeweiligen Unternehmen und in dessen Führung,

wahrgenommene Auswirkungen sowie persönlichen Einstellungen zu Vielfalt in der Arbeitswelt vertieft. Die Operationalisierung des Konstrukts Vielfalt ist dabei orientiert an den Kern-Dimensionen nach Gardenswartz und Rowe (siehe **»»»** Beitrag von Cruces und Inger im Block Praxis in diesem Buch). Die Ergebnisse der diesjährigen Umfrage werden im Folgenden berichtet.

1 An dieser Stelle bedanken wir uns bei allen am Projekt beteiligten Personen bei Kantar für die hervorragende Zusammenarbeit!

Stichprobenbeschreibung

Soziodemografische Merkmale

Für die Befragung wurde eine Quotierung nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesländern (Wohnort) der Beschäftigten vorgenommen. Zur Bewertung, inwieweit die Stichprobe der befragten Beschäftigten auf die Grundgesamtheit der Beschäftigten in Deutschland generalisierbar ist, sei auf die

»» Tabelle 1 verwiesen. Frauen und Männer sind sowohl unter den Befragten als auch unter den Beschäftigten in Deutschland insgesamt in etwa anteilig gleichverteilt. In der Umfrage wurde außerdem von 0,3% der Teilnehmenden bei der Frage nach dem Geschlecht *divers* angegeben. Da es sich hierbei um eine für statistische Analysen zu kleine Gruppe handelt, wird diese in den folgenden Abschnitten

Tabelle 1 Beschäftigtenbefragung 2025 – Vergleich der Umfrageteilnehmenden mit allen Beschäftigten in Deutschland nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte in der Umfrage 2025	Beschäftigte in Deutschland ¹
		Anteile in Prozent	
Geschlecht	Männer	51,2	53,4
	Frauen	48,5	46,6
	Divers	0,3	*
Alter	Unter 25 Jahre	11,7	10,1
	25 bis 34 Jahre	20,8	21,4
	35 bis 44 Jahre	20,7	23,3
	45 bis 54 Jahre	21,7	20,9
	55 bis 64 Jahre	21,7	22,4
	65 Jahre und älter	3,4	1,9
Beschäftigungsverhältnis	Vollzeit	72,5	69,2
	Teilzeit	27,5	30,8
	Unbefristet	92,3	93,0
	Befristet	7,7	7,0
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	1,0	2,1
	Haupt-/Volksschulabschluss	14,8	15,6
	Mittlere Reife oder gleichwertig	40,0	33,1
	Abitur/Fachabitur	44,3	37,4
	Abschluss unbekannt	*	11,7

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte in der Umfrage 2025	Beschäftigte in Deutschland ¹
		Anteile in Prozent	
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	8,0	13,4
	Mit anerkanntem Berufsabschluss	65,8	58,1
	Mit akademischem Berufsabschluss	26,2	20,2
	Ausbildung unbekannt	*	8,3
Wohnort	Baden-Württemberg	11,9	13,8
	Bayern	15,4	17,0
	Berlin	4,4	4,3
	Brandenburg	3,0	3,0
	Bremen	0,8	0,8
	Hamburg	2,3	2,4
	Hessen	7,1	7,6
	Mecklenburg-Vorpommern	2,0	1,8
	Niedersachsen	10,0	9,5
	Nordrhein-Westfalen	22,2	20,9
	Rheinland-Pfalz	5,1	4,7
	Saarland	1,2	1,1
	Sachsen	5,3	4,8
	Sachsen-Anhalt	2,9	2,5
	Schleswig-Holstein	3,6	3,4
	Thüringen	2,7	2,4

* keine Angaben vorhanden

¹ Statistisches Bundesamt (2025). Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen, Stichtag 31.12.2024 (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/altersgruppen.html>)

Statistisches Bundesamt (2025). Befristet Beschäftigte (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-4/befristet-beschaeftigte.html>)

Statistisches Bundesamt (2025). Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach der ausgeübten Tätigkeit (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/berufsbereiche.html>)

Bundesagentur für Arbeit (2025). Arbeitsmarkt nach Qualifikationen (Jahreszahlen). (<https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202412/qualifikation/amq/amq-dwol-0-202412-xlsx.xlsx>)

Bundesagentur für Arbeit (2025). Gemeindedaten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Wohn- und Arbeitsort (<https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202406/iiia6/beschaeftigung-sozbe-gemband/gemband-dlk-0-202406-xlsx.xlsx>)

des Kapitels nicht separat betrachtet, geht aber mit in die Auswertung der jeweiligen Gesamtwerte ein. Die Altersverteilung bei den Umfrageteilnehmenden ist ähnlich zu der Altersstruktur von allen Beschäftigten in Deutschland. Allerdings fällt die Verteilungskurve für die Befragten etwas flacher aus mit leicht geringeren Anteilen in der mittleren Kategorie

der 35- bis 44-Jährigen (20,7% vs. 23,3%). Dafür sind wiederum die Anteile bei der jüngsten und ältesten Altersgruppe gegenüber der Gesamtpopulation der Beschäftigten in Deutschland höher (+1,6 Prozentpunkte bei den unter 25-Jährigen, +1,5 Prozentpunkte bei den ab 65-Jährigen). Hinsichtlich ihres Beschäftigungsverhältnisses arbeiten sowohl die Um-

frageteilnehmenden als auch die Beschäftigten insgesamt bei weitem am häufigsten unbefristet (92,3% bzw. 93,0%), zudem wird diese Tätigkeit in beiden Gruppen von einer deutlichen Mehrheit in Vollzeit ausgeführt (72,5% bzw. 69,2%). Für beide Gruppen gilt außerdem, dass jeweils die meisten über einen Abitur- oder Fachabitur-Abschluss (44,3% bzw. 37,4%), sowie in deutlich mehr als der Hälfte der Fälle über einen anerkannten Berufsabschluss (65,8% bzw. 58,1%) verfügen. Die Abweichungen der Anteile beim Schul- und Berufsabschluss zwischen den Umfrageteilnehmenden und Beschäftigten insgesamt sind aber auch teilweise beeinflusst durch die fehlenden Angaben in den amtlichen Meldedaten (Schul- bzw. Ausbildungsabschluss unbekannt). Vermutlich handelt es sich dabei um Beschäftigte, deren Abschlüsse im Rahmen der Umstellung der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) in den Jahren 2011–2012 nicht bzw. nicht mehr eindeutig zuzuordnen waren. Bei Ausschluss dieser unbekanntem Abschlüsse würde sich die mittlere Differenz zwischen den Anteilswerten der Umfragedaten und der gesamten Beschäftigtenpopulation deutlich verringern. Auch hinsichtlich der geografischen Lokalisation nach Wohnort der Beschäftigten ist die Umfrage Stichprobe sehr ähnlich wie die Gesamtheit der Beschäftigten verteilt. Die Befragten verteilen sich auf alle 16 Bundesländer, wobei davon mit 22,2% (alle Beschäftigten: 20,9%) die meisten in Nordrhein-Westfalen leben, gefolgt von Bayern mit 15,4% und Baden-Württemberg mit 11,9% (alle Beschäftigten: 17,0% bzw. 13,8%). Wohnhaft in den Ostbundesländern (inklusive Berlin) waren 20,3% (alle Beschäftigten: 18,8%).

Auf Basis der aufgeführten Kennwerte beider Gruppen kann somit davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Befragung auf die Grundgesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland verallgemeinerbar sind.

Weitere tätigkeitsbezogene Merkmale

Die Befragten sollten darüber hinaus auch die Vielfalt in dem Unternehmen, für das sie tätig sind, beschreiben, indem sie Merkmale der dortigen Beschäftigtenstruktur angeben bzw. einschätzen.

Dabei wurde der Frauenanteil im Durchschnitt auf 53,3% geschätzt und der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund wurde mit 35,5% angegeben. Die Altersstruktur wird als ausgewogen, aber tendenziell älter wahrgenommen: Etwas weniger als die Hälfte (44,7%) der Mitarbeitenden werden über 50 Jahre alt geschätzt, etwa ein Drittel (30,9%) jünger als 25 Jahre. Der Anteil von Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung wird im Durchschnitt auf knapp ein Viertel (23,5%) geschätzt, gleichzeitig geben aber drei von zehn Befragten an, keine Angabe zu gesundheitlichen Einschränkungen der Mitarbeitenden machen zu können. Hierbei spielt sicherlich die teilweise geringe Sichtbarkeit von bestimmten Einschränkungen (bspw. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Beeinträchtigungen o.ä.) eine Rolle, zudem dürfte dies aber auch von einer Tabuisierung bestimmter Merkmale (insbesondere hinsichtlich der psychischen Gesundheit) beeinflusst sein.

Zu den Unternehmen, in denen die Befragten tätig sind, wurden außerdem weitere Merkmale erfragt, so u.a. die Betriebsgröße und Wirtschaftsgruppen-Zuordnung. Mit einem Anteil von 27,3% aller Befragten arbeitet der größte Anteil in Großbetrieben mit mehr als 500 Mitarbeitenden. Mit 22,6% folgt der Anteil derer, die in einem Unternehmen mit 50 bis 249 Mitarbeitenden arbeiten, 13,9% sind in Unternehmen mit 20 und 49 Mitarbeitenden tätig. Mit 11,5% stellen Beschäftigte in Kleinstunternehmen mit weniger als zehn Mitarbeitenden die kleinste Gruppe dar. Die meisten Befragten sind im verarbeitenden Gewerbe tätig (12,9%), gefolgt vom Gesundheits- und Sozialwesen (12,4%) sowie dem Groß- bzw. Einzelhandel und dem KFZ-Handel samt Instandhaltung und Reparatur (9,1%). Zudem sollten die Befragten angeben, wie oft sie ihre Arbeit von zu Hause oder unterwegs verrichten (Mobiles Arbeiten). Während 44,6% laut eigener Aussage nie mobil arbeiten (davon geben drei Viertel der Befragten an, dass ihre Tätigkeit nur vor Ort ausgeübt werden kann), berichteten 27,6%, dass sie dies oft bzw. immer tun. Damit bestätigt sich annähernd die Verbreitung der Nutzung von mobiler Arbeit, wie sie schon in der Beschäftigtenbefragung im **III** Gesundheitsreport 2021 festgestellt wurde.

Vielfalt und gesunde Arbeit – Unternehmenskultur

- Die meisten Befragten berichten von einer insgesamt offenen und vielfältigen Unternehmenskultur. So stimmen mehr als zwei Drittel der Aussage eher bzw. voll und ganz zu, dass in ihrem Unternehmen alle Mitarbeitenden unabhängig von persönlichen Merkmalen fair und gerecht behandelt werden.
- Mehr als ein Drittel gibt hingegen an, dass Vielfalt im Arbeitsalltag keine Rolle spielt.
- Ob Vielfalt im Unternehmen als Vorteil gesehen wird, hängt auch von der Unternehmensgröße ab: Von den Befragten, die in Kleinunternehmen (< 10 Beschäftigte) arbeiten, stimmen 45,7% dieser Aussage zu, von den Beschäftigten in Großunternehmen (500 und mehr Beschäftigte) waren es hingegen 54,9%.

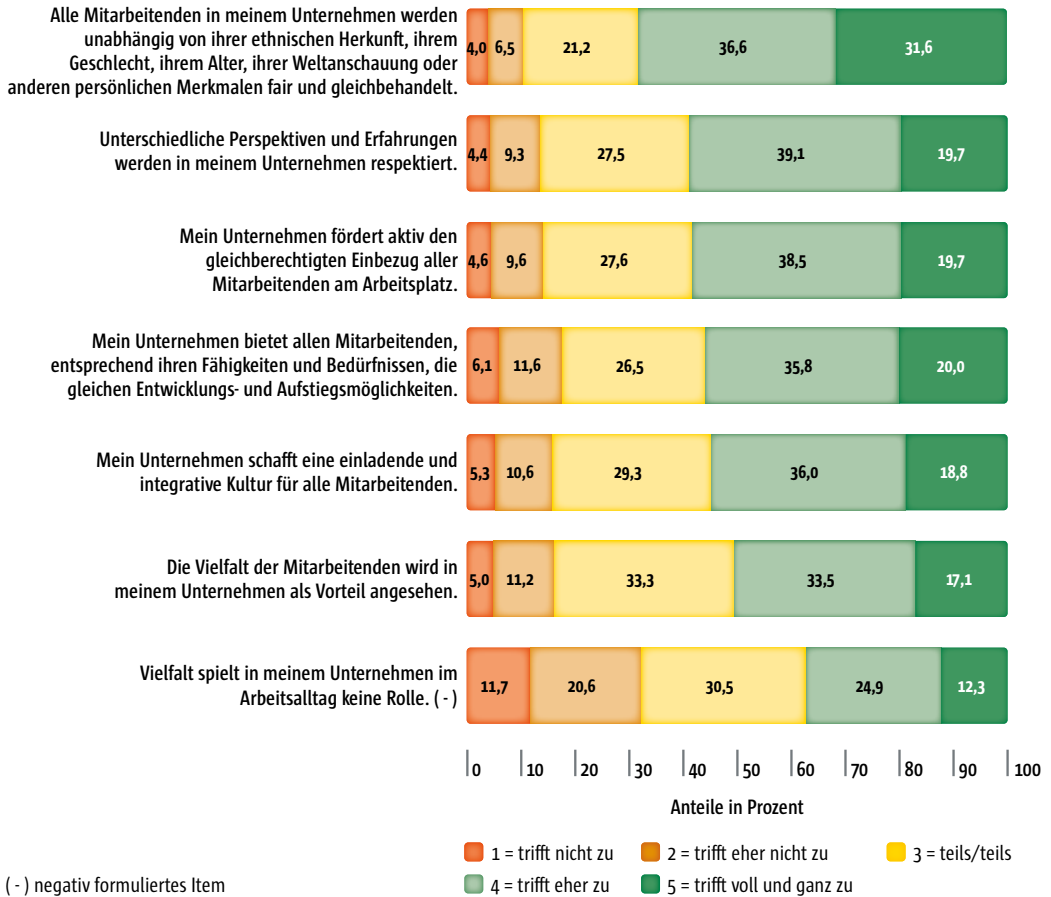
Zur Erfassung verschiedener Facetten von Vielfalt in Unternehmen wurden die teilnehmenden Personen gebeten, unterschiedliche Aussagen hinsichtlich ihrer Zustimmung zu bewerten. Sieben Items davon beziehen sich auf Vielfalt im Zusammenhang mit der Unternehmenskultur. Dabei reichten die Antwortmöglichkeiten von „trifft nicht zu“ bis „trifft voll und ganz zu“.

Die höchste Zustimmung zeigt sich bei der Bewertung der Aussage, dass alle Mitarbeitenden unabhängig von ethnischer Herkunft, Geschlecht, Alter, Weltanschauung oder anderen persönlichen Merkmalen fair und gleichbehandelt werden (III Diagramm 1). Insgesamt stimmen 68,2% der Befragten dieser Aussage entweder „eher“ (36,6%) oder „voll und ganz“ (31,6%) zu. Auch die weiteren Items bezüglich der aktuell herrschenden Unternehmenskultur sind überwiegend positiv bewertet worden. So befinden 58,8% die Aussage, dass unterschiedliche Perspektiven und Erfahrungen im Unternehmen respektiert werden, als eher (39,1%) bzw. voll und ganz (19,7%) zutreffend. Die Hälfte der Befragten (50,6%) stimmt außerdem der Aussage zu, dass in ihrem Unternehmen Vielfalt als Vorteil gesehen wird. Wiederum mit 37,2% deutlich geringer fällt die

Zustimmung beim negativ formulierten Item „Vielfalt spielt in meinem Unternehmen im Arbeitsalltag keine Rolle“ aus. Hier geben 11,7% der Befragten an, dass diese Aussage nicht zutrifft, und weitere 20,6% stimmen „eher nicht“ zu. Die kumulierte Nicht-Zustimmung von 32,3% zu dieser Aussage lässt wiederum darauf schließen, dass ein signifikanter Anteil der Beschäftigten Vielfalt sehr wohl als relevant für den Arbeitsalltag wahrnimmt. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse der Befragung auf eine überwiegend positive Wahrnehmung von Gleichbehandlung und Vielfalt im Unternehmen aus Sicht der Beschäftigten hindeuten und somit die Relevanz von Diversität als wichtigen Bestandteil der Unternehmenskultur verdeutlichen.

Für die dargestellten Aussagen wurde zusätzlich geprüft, ob sich bei der Bewertung durch die Befragten Unterschiede aufgrund soziodemografischer Merkmale ergeben. Dabei zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich ihrer Bewertungen, beide Geschlechter beurteilten die entsprechenden Items weitgehend gleich. Auch hinsichtlich des Alters sind nur geringe Differenzen festzustellen. Am deutlichsten treten diese bei der Einschätzung zutage, ob Mitarbeitende unabhängig von persönlichen Merkmalen fair und gleichbehandelt werden. Dabei steigt der Anteil derer, für welche die Aussage eher bzw. voll und ganz zutrifft, von 61,6% bei den unter 30-Jährigen mit zunehmendem Alter bis hin zur ältesten Gruppe der ab 60-Jährigen auf 78,2% an. Ein leicht positiver Zusammenhang zeigt sich wiederum mit dem Bildungsgrad: Personen mit höherer Bildung haben Aussagen zur wahrgenommenen Gleichbehandlung tendenziell stärker zugestimmt. Dies trifft am stärksten auf die Aussage bezüglich gleicher Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten zu (59,5% Zustimmung bei Befragten mit [Fach-]Abitur vs. 50,0% bei Befragten mit Haupt-/Volksschulabschluss).

Diagramm 1 Beschäftigtenbefragung 2025 – Unternehmenskultur und Vielfalt



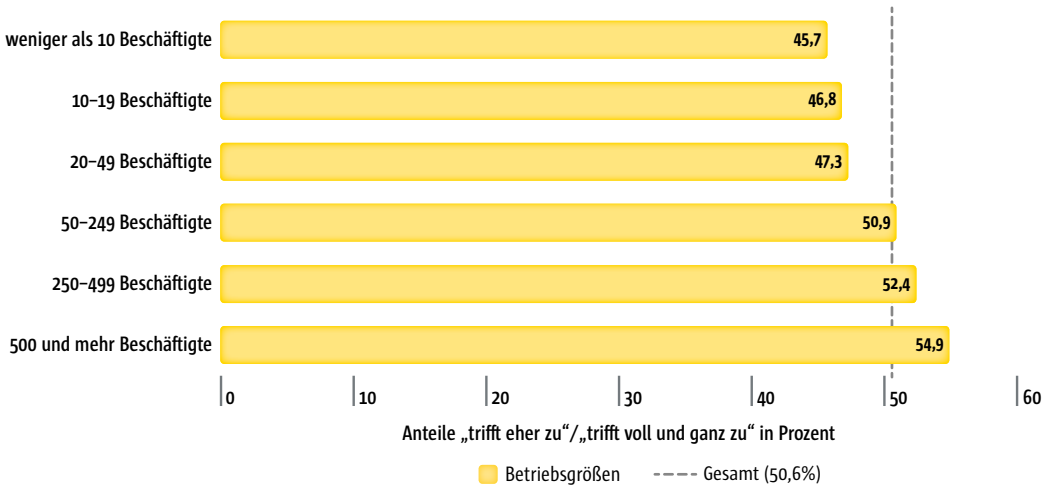
Auch hinsichtlich der Unternehmensmerkmale sind Unterschiede in den Bewertungen der Befragten nur in geringem Maße zu verzeichnen. Eine recht gleichmäßige Steigerung der Zustimmung lässt sich dabei im Zusammenhang mit der Betriebsgröße für die Aussage, dass im Unternehmen Vielfalt als Vorteil angesehen wird, beobachten (»»» Diagramm 2). Dabei ist der niedrigste Zustimmungswert bei denjenigen zu verzeichnen, die in Unternehmen mit weniger als zehn Beschäftigten tätig sind. Hier stimmen lediglich 45,7% der Befragten der Aussage zu („trifft eher zu“ bzw. „trifft voll und ganz zu“). Mit zunehmender Betriebsgröße steigt dann auch der Anteil an Zustimmung zur besagten Aussage. Die höchste Zustimmung wird schließlich bei Unternehmen mit

500 und mehr Beschäftigten erreicht: 54,9% der Befragten, die in solchen Großunternehmen arbeiten, stimmen der besagten Aussage zu. Dieser Befund legt nahe, dass größere Unternehmen tendenziell stärker auf Vorteile von Vielfalt setzen. Mögliche Erklärungen hierfür könnten in strukturellen Faktoren liegen, etwa in etablierten Diversitätsstrategien, professionellen Personalentwicklungsprozessen oder einer höheren Sensibilisierung für inklusive Unternehmenskultur. Dies ist wahrscheinlich dadurch bedingt, dass größere Organisationen aufgrund ihrer Größe auch in der Regel mehr Vielfalt in der Belegschaft aufweisen und auch eher über die nötigen Ressourcen und institutionellen Rahmenbedingungen verfügen. Außerdem zeigt sich bei der Be-

wertung von Vielfalt als Vorteil auch ein Unterschied, zwischen Beschäftigten, die oft bzw. immer von zu Hause oder unterwegs arbeiten (58,5% stimmen der Aussage eher bzw. voll und ganz zu) und denen, die dies nicht tun (47,5% stimmen der Aus-

sage eher bzw. voll und ganz zu). Hier wirkt sich möglicherweise auch eine grundsätzliche Ausrichtung der Unternehmenskultur aus, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die den Bedürfnissen und Wünschen der Beschäftigten entgegenkommen.

Diagramm 2 Beschäftigtenbefragung 2025 – Zustimmung zur Aussage „Die Vielfalt der Mitarbeitenden wird in meinem Unternehmen als Vorteil angesehen“ nach Betriebsgröße

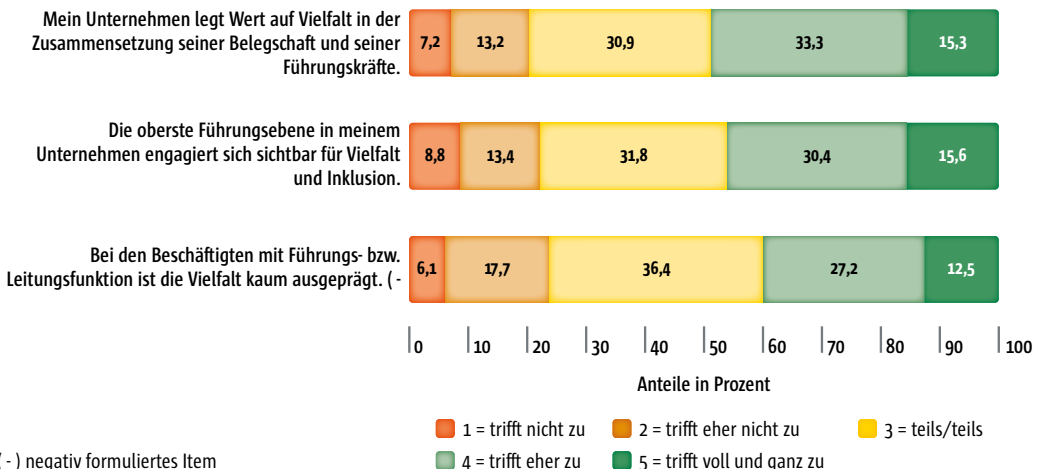


Vielfalt und gesunde Arbeit – Führung

- Prinzipiell wird in zahlreichen Unternehmen auf eine vielfältige Zusammensetzung von Belegschaft genauso wie die der Führungskräfte Wert gelegt (48,6% Zustimmung vs. 20,4% Nicht-Zustimmung). Auch die Führungsebene engagiert sich nach Einschätzung der befragten Beschäftigten sichtbar dafür (46,0% Zustimmung vs. 22,2% Nicht-Zustimmung).
- Dagegen geben 39,7% der Befragten an, dass die Vielfalt bei den Führungs- bzw. Leitungspositionen in ihrem Unternehmen kaum ausgeprägt ist (23,8% Nicht-Zustimmung).
- Im Vergleich zwischen einzelnen Wirtschaftsgruppen gibt es deutliche Unterschiede: In den freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungsunternehmen geben 47,5% eine geringe Vielfalt der Führung an, bei den sonstigen (wirtschaftlichen) Dienstleistungen sowie in Erziehung und Unterricht sind es hingegen jeweils nur etwa ein Drittel.

Bei der Betrachtung von Aussagen, welche die Rolle von Führung im Zusammenhang mit Vielfalt thematisieren, zeigen sich im Unterschied zur Unternehmenskultur etwas geringere Zustimmungswerte (»» Diagramm 3). Die größte Zustimmung erhielt die Aussage: „Mein Unternehmen legt Wert auf Vielfalt in der Zusammensetzung seiner Belegschaft und seiner Führungskräfte.“ Hier gibt ein Drittel (33,3%) der Befragten an, dass die Aussage eher zutrifft, und weitere 15,3% stimmen „voll und ganz“ zu. Demgegenüber zeigt sich die geringste Zustimmung bei der Aussage: „Bei den Beschäftigten mit Führungs- bzw. Leitungsfunktion ist die Vielfalt kaum ausgeprägt.“ Diese negativ formulierte Aussage wurde von 17,7% der Befragten mit „trifft eher nicht zu“ und von 6,1% mit „trifft nicht zu“ bewertet. Mehr als ein Drittel der Befragten (36,4%) stimmt der Aussage teilweise zu, während 39,7% eher oder vollständig zustimmen Entsprechend scheint ein Teil der Beschäftigten

Diagramm 3 Beschäftigtenbefragung 2025 – Führung und Vielfalt



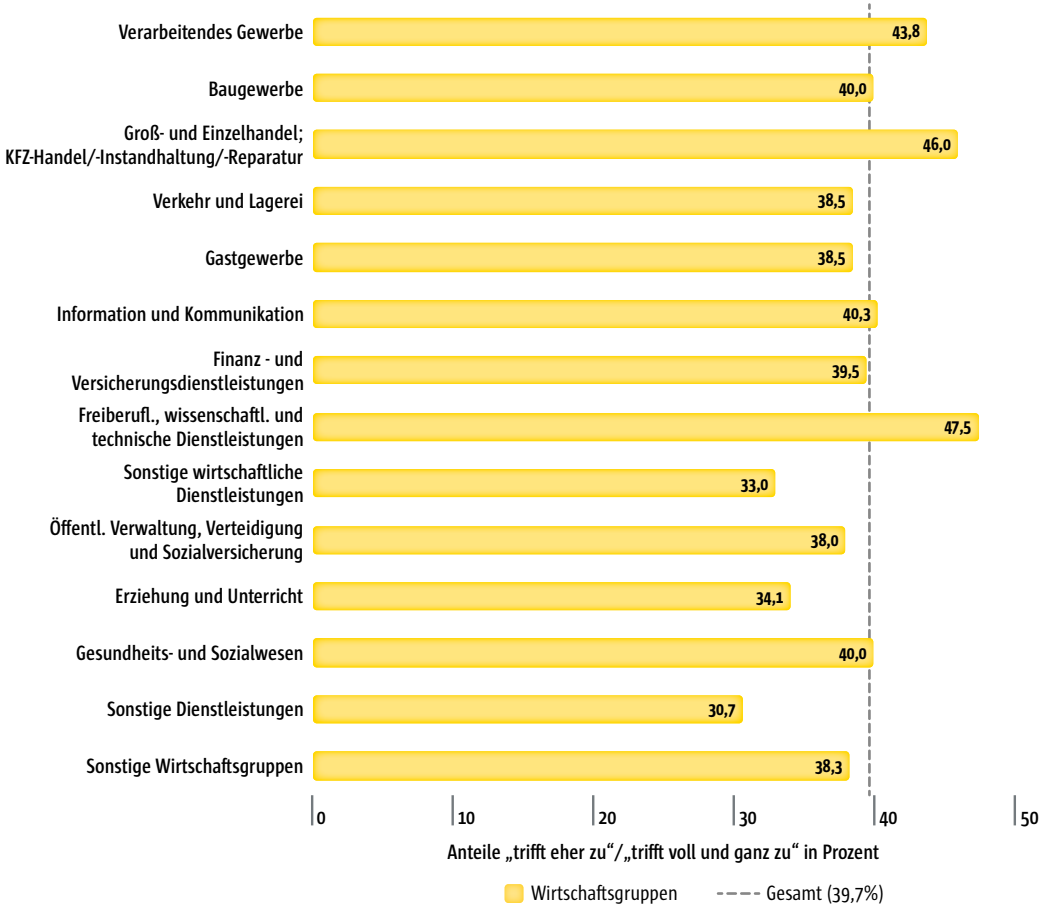
Vielfalt in Führungspositionen durchaus wahrzunehmen. Gleichzeitig lässt sich aus der Formulierung und den übrigen Antwortverteilungen ableiten, dass die Wahrnehmung von Diversität auf Leitungsebene aus Sicht der Beschäftigten insgesamt weniger ausgeprägt ist als in der allgemeinen Belegschaft.

Bei den Aussagen mit Bezug zur Unternehmensführung zeigt sich, wie schon bei den Items zur wahrgenommenen Unternehmenskultur, ebenfalls ein Zusammenhang mit der Unternehmensgröße: Je größer das Unternehmen, desto höher die Zustimmung. Am größten ist dabei der Unterschied bei der Aussage, dass das Unternehmen Wert auf Vielfalt in der Belegschaft und Führung legen. Während bei Kleinunternehmen (< 10 Mitarbeitende) 41,9% dieser Aussage zustimmen, liegt dieser Anteil in Großunternehmen mit mehr als 500 Mitarbeitenden bei 53,8%. Außerdem zeigt sich, anders als bei der Unternehmenskultur allgemein, dass insbesondere Aussagen zum Verhalten der Führungskräfte von Befragten, die oft/immer mobil arbeiten, in größerem Maße positiv bewertet werden: Hinsichtlich der Vielfalt bei Belegschaft und Führungskräften sowie des sichtbaren Engagements der Führungsebene ist den Zustimmung zu den entsprechenden Items rund +12 Prozentpunkte höher als bei denen, die nie oder höchstens manchmal von zu Hause oder unterwegs ihrer Arbeit nachgehen. Möglicherweise bewerten Beschäftigte, die häufig mobil arbeiten, das Verhalten ihrer Führungskräfte positiver, da (nicht nur) Führungskräfte in digitalen Kontexten formeller und damit gezielter kommunizieren müssen. Zudem erleben mobil arbeitende Mitarbeitende wahrschein-

lich mehr Autonomie und Vertrauen in ihre Arbeit, was sich auch positiv auf die Wahrnehmung der Führung auswirkt. Auch eine geringere direkte Konfrontation mit kritischem Führungsverhalten durch die räumliche Distanz kann zu einer mildereren Bewertung beitragen.

Zur weiteren Detailanalyse sind im **»»»** Diagramm 4 die Zustimmungsgliederungen für die Aussage „Bei den Beschäftigten mit Führungs- bzw. Leitungsfunktion ist die Vielfalt kaum ausgeprägt.“ differenziert dargestellt nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen. Hierbei zeigen sich teils deutliche Unterschiede. So findet sich die höchste Zustimmung zur Aussage bei den Befragten im Bereich der freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen mit einem Anteil von 47,5%. Auch im Groß- und Einzelhandel sowie in KFZ-Handel, -Instandhaltung und -Reparatur ist die Zustimmung mit 46,0% vergleichsweise hoch. Das verarbeitende Gewerbe folgt mit 43,8%. Die geringste Zustimmung findet sich bei den sonstigen Dienstleistungen mit lediglich 30,7%. Das lässt sich im Umkehrschluss schließen, dass Beschäftigte in dieser Branche die Vielfalt auf Führungsebene im Vergleich noch am höchsten ausgeprägt sehen. Auch die Bereiche der sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (33,0%) sowie Erziehung und Unterricht (34,1%) weisen relativ geringe Zustimmungswerte auf. Insgesamt zeigt sich also im Vergleich der Branchen ein heterogenes Bild, was bedingt sein könnte durch branchenspezifische Rekrutierungspraktiken, tradierte Rollenbilder oder einem geringeren Anteil diversitätsbezogener Maßnahmen.

Diagramm 4 Beschäftigtenbefragung 2025 – Zustimmung zur Aussage „Bei den Beschäftigten mit Führungs- bzw. Leitungsfunktion ist die Vielfalt kaum ausgeprägt“ nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen



Vielfalt und gesunde Arbeit – wahrgenommene Auswirkungen

- Bei den Befragten überwiegt die positive Bewertung von Arbeit in vielfältigen Teams: Rund die Hälfte stimmt zu, dass Arbeit in vielfältigen Teams überwiegend zu besseren Arbeitsergebnissen genauso wie zu besserem Arbeitsklima beitragen kann.
- Andererseits wird auch antizipiert, dass es in vielfältigen Teams häufiger zu Kommunikationsproblemen und Missverständnissen (35,6% Zustimmung) oder sogar Konflikten (30,5% Zustimmung) kommen kann.
- Solche Herausforderungen scheinen dann für die Befragten wahrscheinlicher, wenn der persönliche bzw. inhaltliche Einbezug ins Team fehlt oder erschwert ist. So stimmen diejenigen, die oft oder immer von zu Hause oder unterwegs arbeiten, sowie die in Leih- und Zeitarbeit Tätigen häufiger als andere zu, dass es zu Missverständnissen oder Konflikten kommen kann.

Die Befragten sollten des Weiteren eine Einschätzung von Chancen und Herausforderungen beim Arbeiten in vielfältigen Teams angeben. Insgesamt lässt sich eine überwiegend positive Bewertung erkennen, wobei gleichzeitig ambivalente Einschätzungen und potenzielle Problemlagen sichtbar werden.

Die stärkste Zustimmung („trifft voll und ganz zu“ sowie „trifft eher zu“) erhält die Aussage, dass ein vielfältiges Team bessere Arbeitsergebnisse erzielt (III Diagramm 5). Hier stimmen insgesamt 52,0% der Befragten zu, während nur 14,4% diese Aussage ablehnen („trifft nicht zu“ bzw. „trifft eher nicht zu“). Ein ähnlich positives Bild zeigt sich bei der Aussage, dass das Arbeitsklima in vielfältigen Teams angenehmer sei: 50,5% stimmen zu, während 14,7% (eher) ablehnen. Demgegenüber zeigt sich bei Aussagen zu potenziellen Herausforderungen in diversen Teams ein etwas anderes Bild. So stimmt mehr als ein Drittel der Befragten (35,6%) der Aussage zu, dass es häufiger zu Kommunikationsproblemen und Missverständnissen komme, während

29,7% dieser Aussage nicht bzw. eher nicht zustimmen. Ähnlich verhält es sich bei der Aussage, dass vielfältige Teams zu mehr Konflikten führen: 30,5% stimmen zu, während 34,4% dem nicht zustimmen. Insgesamt scheint demnach die Vielfalt in Teams überwiegend als produktivitäts- und klimafördernd wahrgenommen zu werden, gleichzeitig scheinen Missverständnisse und Konflikte nicht selten zu sein. Dies könnte aber möglicherweise auch auf ambivalente Erfahrungen oder Unsicherheit in der Beurteilung hindeuten, vielleicht spielt dabei auch soziale Erwünschtheit eine Rolle.

Das III Diagramm 6 verdeutlicht zudem exemplarisch Unterschiede in der Wahrnehmung von Vielfalt in Abhängigkeit vom Nutzungsumfang der Möglichkeit zur mobilen Arbeit. So zeigt sich, dass Beschäftigte, die oft bzw. immer mobil arbeiten, tendenziell stärkere positive wie auch negative Einschätzungen zu vielfältigen Teams äußern. So stimmen 57,5% der Befragten mit hohem Nutzungsgrad mobiler Arbeit der Aussage zu, dass vielfältige Teams bessere Arbeitsergebnisse erzielen. Die Zustimmung ist damit höher als bei jenen mit geringer Nutzung mobiler Arbeit (49,9%). Auch die Einschätzung, dass das Arbeitsklima in diversen Teams angenehmer sei, fällt bei der Gruppe derer, die oft oder immer mobil arbeiten mit 56,3% Zustimmung höher aus als bei der Gruppe derjenigen, welche die Möglichkeit zur mobilen Arbeit nie, selten oder manchmal nutzen (48,2%). Gleichzeitig zeigen sich unter den Beschäftigten, die häufig oder immer im mobil arbeiten, auch höhere Zustimmungswerte zu potenziellen Herausforderungen. Besonders deutlich ist der Unterschied bei der Aussage, dass es in vielfältigen Teams zu mehr Konflikten kommt: Hier zeigt sich mit 39,6% eine deutlich größere Zustimmung bei denjenigen, die oft bzw. immer von zuhause oder unterwegs arbeiten, gegenüber lediglich 27,0%, die

Diagramm 5 Beschäftigtenbefragung 2025 – Wahrgenommene Auswirkungen von Arbeit in vielfältigen Teams

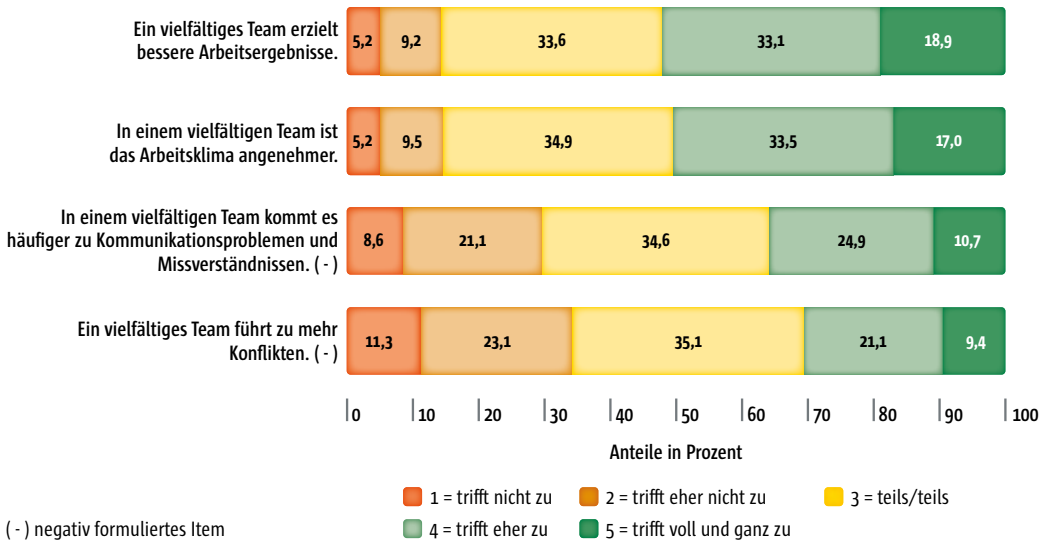
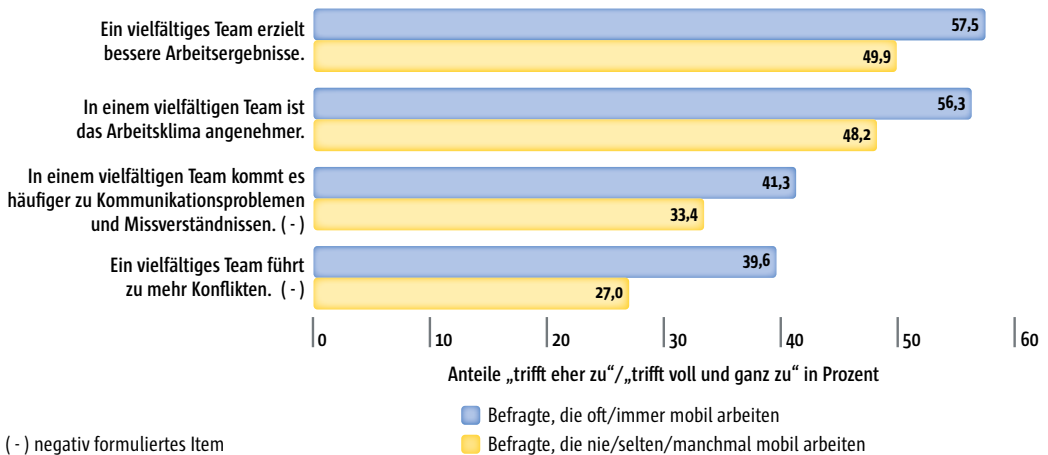


Diagramm 6 Beschäftigtenbefragung 2025 – Zustimmung zu Aussagen bezüglich wahrgenommener Auswirkungen von vielfältigen Teams nach Nutzung mobiler Arbeit



dies nie, selten oder manchmal tun. Mobile Arbeit scheint demnach die Teamdynamiken in vielfältigen Gruppen an sich sowie deren Wahrnehmung zu beeinflussen. Mögliche Erklärungen könnten in einer durch die mobile Arbeit eingeschränkten informellen Kommunikation, geringeren nonverbalen Signalen und der erhöhten Notwendigkeit von Abstimmungsprozessen bei virtueller Zusammenarbeit liegen.

Noch stärker ist der Kontrast zwischen regulär Angestellten und denen, die in Leih- bzw. Zeitarbeit tä-

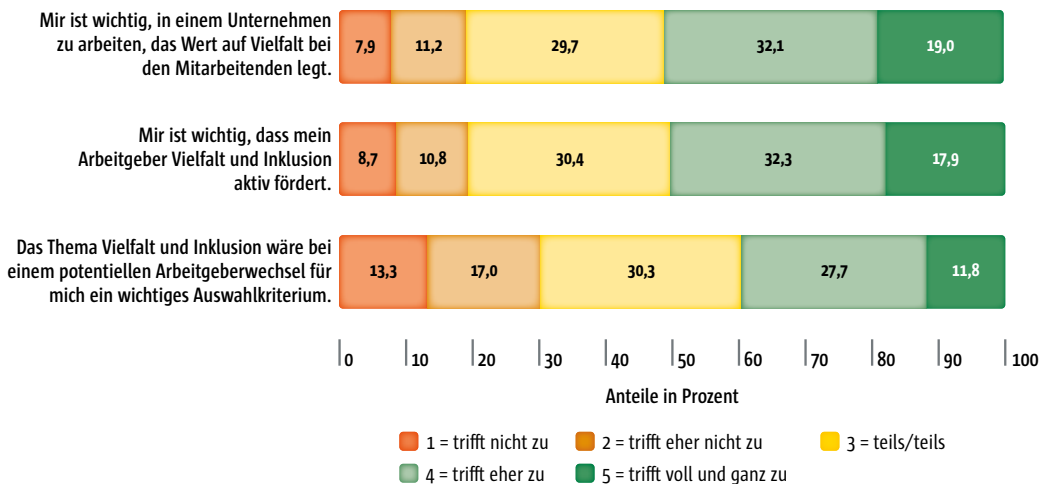
tig sind. Letztere stimmen deutlich häufiger den Aussagen zu, dass es zu Kommunikationsproblemen und Missverständnissen (48,3% vs. 33,0%) oder sogar zu Konflikten (43,6% vs. 27,8%) kommen kann. Hier spielt wahrscheinlich insgesamt das geringere Eingebundensein ins Team eine Rolle, aber auch die damit einhergehende größere Notwendigkeit von formellen Abstimmungen sowie u.U. auch die fehlende Möglichkeit zur gemeinsamen Festlegung von zu erreichenden Zielen und der dafür notwendigen Prozesse.

Vielfalt und gesunde Arbeit – persönliche Einstellungen

- Auch bei der persönlichen Wichtigkeit von Vielfalt überwiegt die Zustimmung: Rund die Hälfte der Befragten (51,1%) gibt an, dass es ihnen wichtig ist, in einem Unternehmen zu arbeiten, das Wert auf Vielfalt legt und diese auch aktiv fördert.
- In geringerem Maße scheint hingegen das Thema Vielfalt und Inklusion bei einem potenziellen Arbeitgeberwechsel relevant zu sein (39,5% Zustimmung, 30,3% Nicht-Zustimmung).
- Dabei zeigen sich aber auch deutliche Altersunterschiede: Während für die Hälfte der unter 30-jährigen das Thema beim Arbeitgeberwechsel wichtig ist, gilt dies bei Befragten ab 40 Jahren nur für rund ein Drittel.

Die Befragungsergebnisse zu persönlichen Einstellungen (»» Diagramm 7) zeigen, dass das Thema Vielfalt im Arbeitskontext von der Mehrheit der Befragten als bedeutsam bewertet wird. Am deutlichsten fällt die Zustimmung bei der Aussage aus, dass es wichtig sei, in einem Unternehmen zu arbeiten, das Wert auf Vielfalt bei den Mitarbeitenden legt. Hier stimmen insgesamt 51,1% der Befragten (eher) zu, während 19,1% diese Aussage (eher) ablehnen. Ähnlich hoch ist die Zustimmung zur Aussage, dass der Arbeitgeber Vielfalt und Inklusion aktiv fördern sollte: 50,2% stimmen (eher) zu, während für 19,5% diese Aussage (eher) nicht zutrifft. Deutlich zurückhaltender äußern sich die Befragten wiederum bei der Frage, ob Vielfalt und Inklusion ein wichtiges Auswahlkriterium ist, ob Vielfalt und Inklusion ein wichtiges Auswahl-

Diagramm 7 Beschäftigtenbefragung 2025 – Persönliche Präferenzen bezüglich Vielfalt in der Arbeitswelt

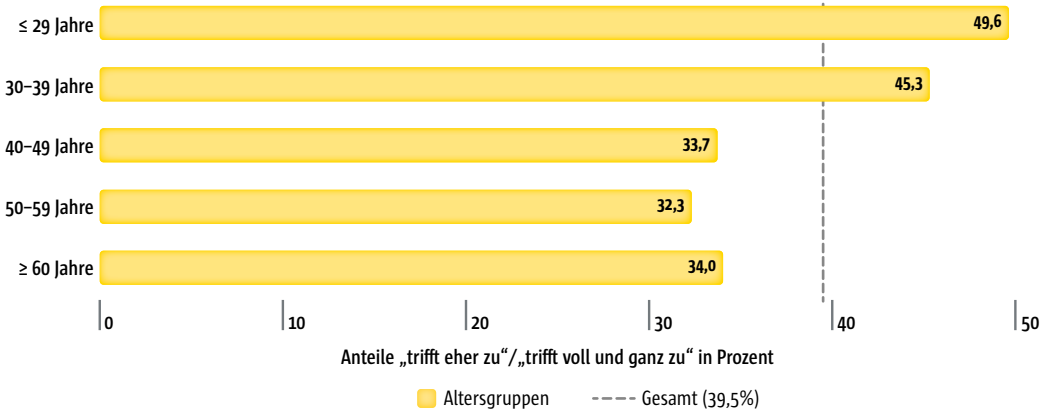


kriterium bei einem potenziellen Arbeitgeberwechsel wären. Hier stimmen immerhin 39,5% der Aussage (eher) zu, während 30,3% (eher) ablehnend antworten. Dies legt nahe, dass Vielfalt und Inklusion zwar als wünschenswerte Merkmale gelten, jedoch nicht für alle Beschäftigten ausschlaggebend bei der Auswahl einer neuen Arbeitsstelle sind.

Bei der Bewertung der persönlichen Wichtigkeit zeigt sich zudem, dass insbesondere die jüngste Altersgruppe hier einen klaren Schwerpunkt einnimmt. So sind die höchsten Zustimmungswerte bei allen zur Bewertung gegebenen Aussagen bei den unter 30-Jährigen zu finden. So geben von diesen jeweils knapp 60% an, dass es ihnen wichtig ist, in einem Unternehmen zu arbeiten, das Wert auf Vielfalt legt und das Vielfalt und Inklusion aktiv fördert. Die größte Varianz über alle Altersgruppen tritt wiederum für die Aussage bezüglich der Relevanz des Themas Vielfalt und Inklusion bei einem potenziel-

len Arbeitgeberwechsel auf (» Diagramm 8). Am höchsten ist dabei die Zustimmung mit 49,6% bei den jüngsten Befragten unter 30 Jahren. Auch die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen zeigt mit 45,3% noch eine hohe Zustimmung. Ab dem mittleren Erwerbsalter nimmt die Relevanz dieses Themas jedoch deutlich ab: Nur etwa ein Drittel der Befragten im Alter von 40 Jahren und älter erachten Vielfalt und Inklusion bei einem potenziellen Arbeitgeberwechsel als wichtig. Hierbei spielen sicherlich unterschiedliche Lebenslagen genauso wie ein unterschiedlicher beruflicher Entwicklungsstand eine Rolle. Schließlich ist gerade bei jungen Beschäftigten am Anfang ihrer Berufslaufbahn ein Jobwechsel nicht unwahrscheinlich, während Ältere möglicherweise schon eine zufriedenstellende berufliche Position gefunden haben und auch im Privatleben (z.B. durch Familiengründung, Immobilienkauf o.ä.) stärker gebunden sind.

Diagramm 8 Beschäftigtenbefragung 2025 – Zustimmung zur Aussage „Das Thema Vielfalt und Inklusion wäre bei einem potenziellen Arbeitgeberwechsel für mich ein wichtiges Auswahlkriterium“ nach Altersgruppen



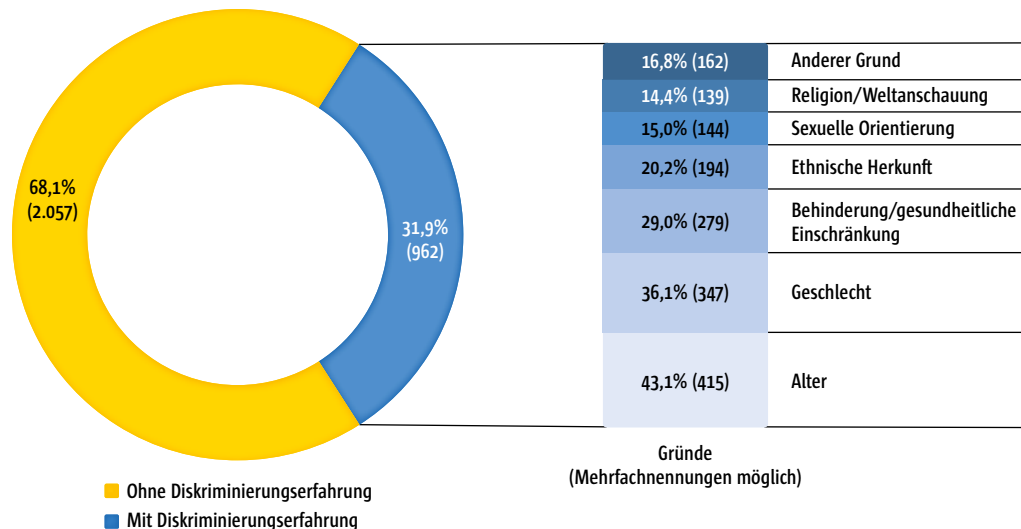
Vielfalt und gesunde Arbeit – Diskriminierung und ihre Auswirkungen

- Die überwiegende Mehrheit der Befragten (68,1%) gibt an, bislang keine ungerechtfertigte Benachteiligung bei ihrer aktuellen Arbeit erlebt zu haben.
- Wenn die Befragten Diskriminierung erlebt haben, dann war dies am häufigsten aufgrund des Alters, des Geschlechts oder aufgrund von gesundheitlicher Einschränkung/Behinderung.
- Benachteiligungserfahrungen sind bei jüngeren verbreiteter als bei Älteren: Während 53% der 18–29-jährigen eine solche Erfahrung angeben, sind es bei den ab 60-jährigen gerade einmal 14,4%.

Die teilnehmenden Personen in dieser Befragung wurden zudem gefragt, ob Sie schon einmal bei ihrer derzeitigen Tätigkeit eine ungerechtfertigte Benach-

teiligung erfahren haben. Mehr als zwei Drittel der Befragten (68,1%) haben laut eigener Aussage keine solche Diskriminierungserfahrung gemacht (»»» Diagramm 9). 31,9% geben hingegen an, mindestens einmal eine solche Benachteiligung erlebt zu haben. Von diesen gibt knapp die Hälfte (46,0%) mehr als nur einen Diskriminierungsgrund an. Die am häufigsten genannten Diskriminierungsmerkmale sind dabei das Alter (43,1% aller Nennungen) sowie das Geschlecht (36,1% aller Nennungen), wobei Frauen deutlich häufiger als Männer – mehr als doppelt so häufig – von einer Benachteiligung aufgrund ihres Geschlechts berichten. An dritter Stelle folgt die Diskriminierung aufgrund einer Behinderung oder gesundheitlichen Beeinträchtigung (29,0%).

Diagramm 9 Beschäftigtenbefragung 2025 – Diskriminierungserfahrungen bei der derzeitigen Tätigkeit insgesamt sowie differenziert nach angegebenen Gründen, Anteile in Prozent (Anzahl der Befragten)



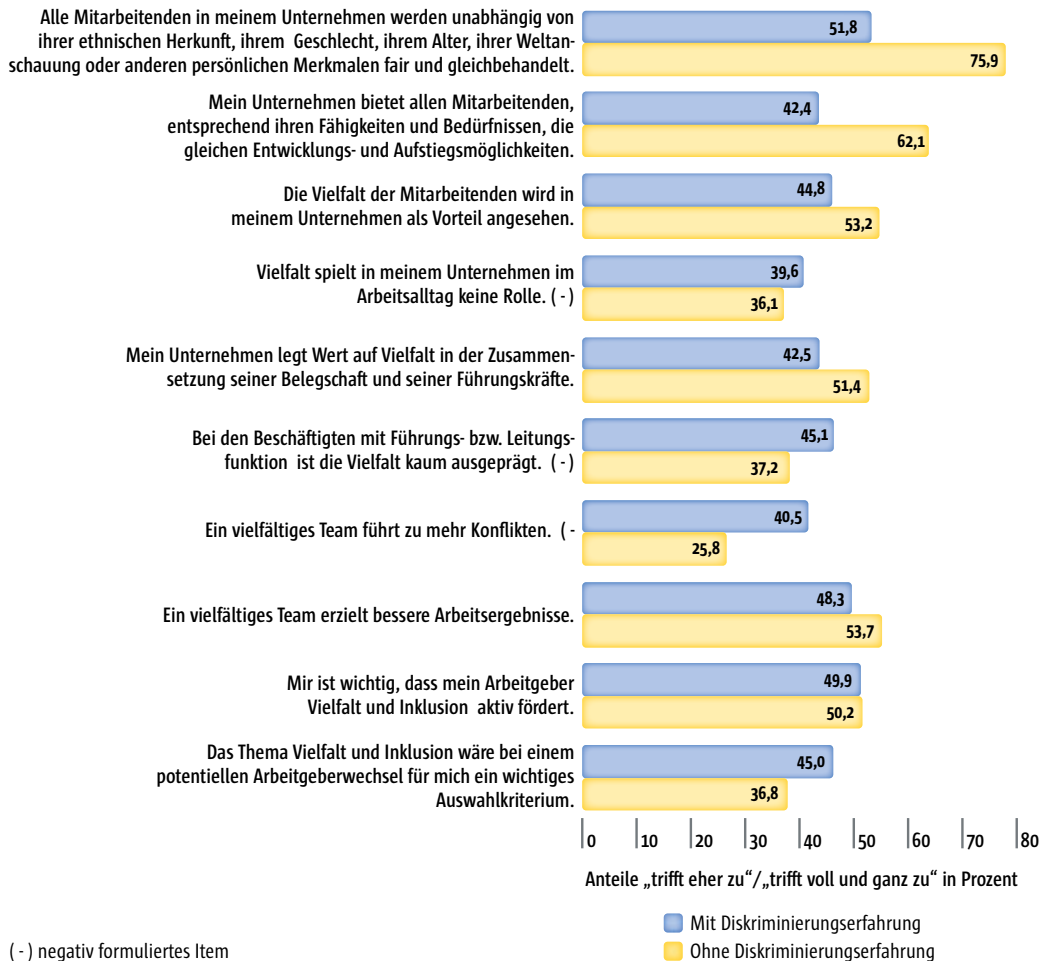
Ausgeprägt sind auch die Unterschiede nach Altersgruppen: Während 53,0% der unter 30-Jährigen angeben, bereits eine ungerechtfertigte Benachteiligung erfahren zu haben, sinkt dieser Anteil mit zunehmendem Alter erheblich. Bei den ab 60-Jährigen liegt der Anteil mit Diskriminierungserfahrung „nur“ noch bei 14,4%. Dies könnte auf eine größere Sensibilität jüngerer Beschäftigter gegenüber Diskriminierung oder auf unterschiedliche Erfahrungen gerade zu Beginn der Berufslaufbahn hinweisen.

Einen Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und erlebter Diskriminierung lässt sich ebenfalls erkennen: So berichten Befragte mit Migrationshintergrund – definiert als Personen, die selbst oder deren Eltern bei Geburt nicht die deutsche Staatsangehörigkeit hatten – deutlich häufiger von Diskriminierungserfahrungen (49,9%) als Personen ohne Migrationshintergrund (25,0%). Als Hauptgründe für die wahrgenommene Benachteiligung nennen diese allerdings auch das Alter und das Geschlecht. Dennoch ist bei Personen mit Migrationshintergrund der Anteil jener, die Diskriminierung aufgrund ihrer ethnischen Herkunft, religiösen Zugehörigkeit bzw. Weltanschauung oder sexuellen Orientierung erlebt haben, deutlich erhöht. Zudem zeigt sich ein Zusammenhang von Diskriminierungserfahrungen mit der Unternehmensgröße: Beschäftigte in kleineren Unternehmen erleben ungerechtfertigte Benachteiligung häufiger als Beschäftigte in größeren Betrieben. Während der Anteil der Betroffenen in Unternehmen mit weniger als zehn Mitarbeitenden bei rund 39,9% liegt, sind es in Unternehmen mit 500 und mehr Beschäftigten lediglich 25,4%.

- Befragte mit Diskriminierungserfahrung bewerten die Vielfalt und Inklusion in ihrem Unternehmen deutlich kritischer als Personen ohne eine solche Erfahrung. Zudem berichten diejenigen mit einer Diskriminierungserfahrung deutlich häufiger von Konflikten (40,5% vs. 25,8%).
- Die Arbeitszufriedenheit ist deutlich geringer bei denjenigen mit Diskriminierungserfahrung: Von diesen geben 70,5% an eher bzw. sehr zufrieden zu sein, während dieser Anteil bei Beschäftigten ohne eine solche Erfahrung bei 82,3% liegt.
- Während Personen ohne Diskriminierungserfahrung am häufigsten eine gute oder sehr gute Arbeitsfähigkeit aufweisen, ist die Arbeitsfähigkeit von Personen mit Diskriminierungserfahrung am häufigsten gut oder nur mäßig.

Wie das **»»»** Diagramm 10 zeigt, bewerten Befragte mit Diskriminierungserfahrung die Vielfalt und Inklusion in ihrem Unternehmen deutlich kritischer als Personen ohne eine solche Erfahrung. Darin sind exemplarisch aus allen Themenfeldern Merkmale bzw. Aussagen ausgewählt worden. So stimmen 75,9% der Befragten ohne Diskriminierungserfahrung der Aussage zu, dass alle Mitarbeitenden unabhängig von ethnischer Herkunft, Geschlecht oder anderen Merkmalen gleichbehandelt werden. Unter den Befragten mit Diskriminierungserfahrung ist dieser Anteil mit 51,8% deutlich niedriger. Auch die Einschätzung, dass das Unternehmen allen Mitarbeitenden entsprechend ihrer Fähigkeiten und Bedürfnisse Entwicklungsmöglichkeiten bietet, fällt bei der Gruppe mit Diskriminierungserfahrung mit 42,4% deutlich niedriger aus als bei der Vergleichsgruppe (62,1%). Die Wahrnehmung von Vielfalt als Vorteil wird ebenfalls unterschiedlich bewertet: Mehr als die Hälfte der Befragten (53,2%) ohne Diskriminierungserfahrung stimmen dieser Aussage zu, während es unter den Betroffenen nur 44,8% sind. Gleichzeitig geben 39,6% der diskriminierten Personen an, dass Vielfalt im Arbeitsalltag keine Rolle spiele, was ein leicht höherer Wert als bei den übrigen Befragten ist (36,1%). Auch die Einschätzung zur Zusammensetzung der Belegschaft und Führung zeigt Unterschiede: Während 51,4% der nicht diskriminierten Befragten angeben, dass ihr Unternehmen Wert auf Vielfalt in der Belegschaft und Führung legt, sind es bei den Betroffenen nur 42,5%. Die Aussage, dass Vielfalt in Führungspositionen kaum ausgeprägt ist, wird von 45,1% der Personen mit Benachteiligungserfahrung bestätigt im Vergleich zu 37,2% der Vergleichsgruppe. Bei der Einschätzung von Konflikten in diversen Teams zeigt sich ein deutlicher Unterschied: 40,5% der Befragten mit Diskriminierungserfahrung stimmen der Aussage zu, dass Vielfalt zu mehr Konflikten führt, während nur 25,8% der Personen ohne Diskriminierungserfahrung dies so sehen. Hingegen sehen 53,7% der nicht diskriminierten Befragten bessere Arbeitsergebnisse in diversen Teams, gegenüber 48,3% der diskriminierten Gruppe. Eine fast gleiche Bewertung zeigt sich bei dem Item mit Bezug auf eine aktive Förderung von Vielfalt und Inklusion durch den Arbeitgeber: Jeweils rund 50% der Personen mit und ohne Benachteiligungserfahrung erachten dies als (eher) wichtig. Hingegen ist Vielfalt und Inklusion für 45,0% der Befragten mit Diskriminierungserfahrung ein wichtiges Kriterium bei einem potenziellen Arbeitgeberwechsel, während von den Beschäftigten ohne eine solche Erfahrung nur 36,8% dies angeben.

Diagramm 10 Beschäftigtenbefragung 2025 – Ausgewählte Aussagen zur Unternehmenskultur, Führung, Auswirkungen und persönlichen Einstellungen zur Vielfalt in der Arbeitswelt nach Diskriminierungserfahrung



Insgesamt legen die vorliegenden Ergebnisse den Schluss nahe, dass Diskriminierungserfahrungen die Wahrnehmung von organisationaler Vielfalt und Inklusion nachhaltig beeinflussen.

Die vorliegenden Befragungsergebnisse deuten auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen und der allgemeinen Arbeitszufriedenheit hin, wie das **III** Diagramm 11 zeigt. Personen, die Diskriminierung am Arbeitsplatz erlebt haben, bewerten ihre Arbeitssituation insgesamt weniger positiv als jene ohne entsprechende Erfahrungen. Unter den Befragten mit Diskriminierungserfahrung geben 33,5% an, mit ihrer Arbeit „sehr zufrieden“ zu sein, während 37,0% „eher

zufrieden“ sind (kumuliert 70,5%). Gleichzeitig berichten insgesamt 8,7% (eher) unzufrieden zu sein. Im Vergleich dazu zeigt sich bei den Befragten ohne Diskriminierungserfahrung ein anderes Bild: So ist der Anteil der „eher“ sowie „sehr“ Zufriedenen mit insgesamt 82,3% erheblich größer und der Anteil der (eher) Unzufriedenen wiederum mit 3,6% deutlich niedriger als bei denen mit Diskriminierungserfahrung. Die Ergebnisse zeigen, dass Befragte mit Diskriminierungserfahrungen insgesamt niedrigere Zufriedenheitswerte angeben als jene ohne solche Erfahrungen. Da die Arbeitszufriedenheit allerdings von vielfältigen Faktoren beeinflusst wird, sollte in weiteren Untersuchungen geprüft werden, ob Dis-

Diagramm 11 Beschäftigtenbefragung 2025 – Diskriminierungserfahrung und Arbeitszufriedenheit

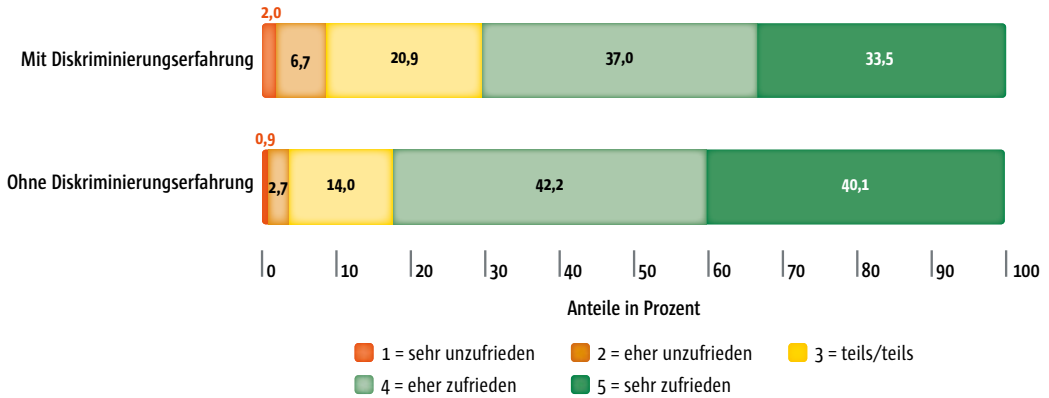
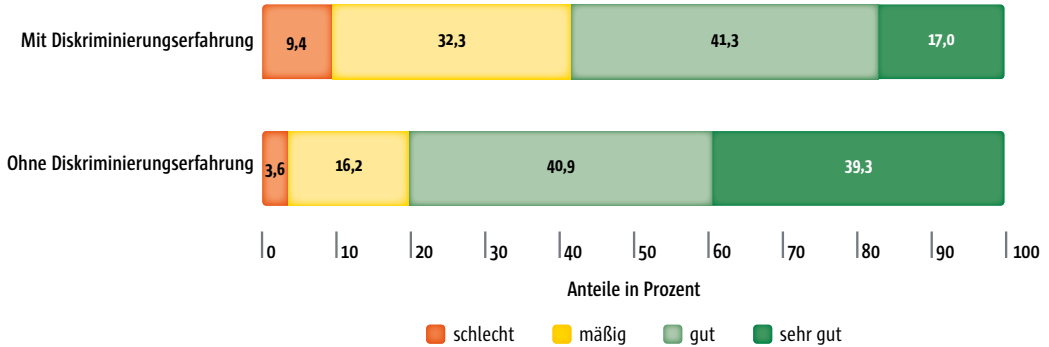


Diagramm 12 Beschäftigtenbefragung 2025 – Diskriminierungserfahrung und Arbeitsfähigkeit²



kriminierungserfahrungen eine kausale Rolle für die beobachteten Unterschiede spielen. Organisationen, die Diskriminierung wirksam vorbeugen und Vielfalt aktiv fördern, können damit nicht nur das Wohlbefinden ihrer Mitarbeitenden stärken, sondern auch deren Bindung zum Arbeitgebenden und deren Leistungsbereitschaft positiv beeinflussen.

In der Befragung wurde auch die Arbeitsfähigkeit mittels des *Work Ability Index* (WAI) erfasst, welche im **»»»** Diagramm 12 in Beziehung zu Diskriminierungserfahrungen gesetzt worden ist. Der WAI ist ein ursprünglich vom Finnish Institute of Occupational Health entwickeltes Fragebogen-Instrument³, das

weltweit etabliert und in diversen Studien verwendet worden ist. Unter Arbeitsfähigkeit wird dabei das Verhältnis der individuellen Leistungsfähigkeit zur tatsächlichen, vom Unternehmen bzw. der Tätigkeit gestellten Arbeitsanforderung verstanden. Insgesamt weisen die weitaus meisten Befragten eine gute (41,0%) bis sehr gute (32,2%) Arbeitsfähigkeit auf. Differenziert nach den Erfahrungen mit Diskriminierung finden sich die höchsten Anteile in der Kategorie „sehr gute Arbeitsfähigkeit“ bei Beschäftigten ohne Diskriminierungserfahrung (39,3%), während dieser Anteil bei Personen mit Diskriminierungserfahrung deutlich geringer ausfällt

2 Hasselhorn, H. M. & Freude, G. (2007). Der Work Ability Index – ein Leitfaden. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin).
 3 In der aktuellen Befragung wurde dabei die sogenannte „Ultrakurzversion“ verwendet. Diese besteht aus insgesamt zehn Fragen, welche sieben Dimension abbilden, die wiederum zu einem Gesamtwert ver-

rechnet werden. Dieser Gesamtwert liegt zwischen 7 bis 49 Punkten, wobei eine höhere Punktzahl eine bessere Arbeitsfähigkeit anzeigt. Diese Punktwerte lassen sich wiederum in insgesamt vier Kategorien einordnen: Sehr gute Arbeitsfähigkeit (44–49 Punkte), Gute Arbeitsfähigkeit (37–43 Punkte), Mäßige Arbeitsfähigkeit (28–36 Punkte) und Kritische/Schlechte Arbeitsfähigkeit (7–27 Punkte).

(17,0%). Umgekehrt ist der Anteil niedriger Skalenwerte („schlecht“ und „mäßig“) bei Diskriminierungserfahrenen deutlich erhöht: 9,4% erreichen nur einen als schlecht zu bewertenden Arbeitsfähigkeitswert, 32,3% liegen im mäßigen Bereich. In der Gruppe ohne Diskriminierungserfahrung liegen diese Anteile hingegen bei lediglich 3,6% bzw. 16,2%. Die Kategorie „gut“ zeigt sich in beiden Gruppen mit rund 41% relativ stabil. Somit gibt es zwischen den beiden Vergleichsgruppen eine deutliche Verschiebung: Während Personen ohne Diskriminierungserfahrung am häufigsten eine gute oder sehr gute

Arbeitsfähigkeit aufweisen, ist die Arbeitsfähigkeit von Personen mit Diskriminierungserfahrung am häufigsten gut oder nur mäßig. Zudem ist auch der Anteil derjenigen mit einer schlechten Arbeitsfähigkeit deutlich erhöht. Diskriminierungserfahrungen hängen also demnach mit einer geringeren Arbeitsfähigkeit zusammen. Ursächlich dafür könnte sein, dass in der Arbeitsfähigkeit Eingeschränkte genau deswegen diskriminiert werden, andererseits kann auch angenommen werden, dass Arbeitsfähigkeit durch Diskriminierungserfahrungen herabgesetzt werden kann.

Vielfalt und gesunde Arbeit – organisationale Maßnahmen

- Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, dass es in ihrem Unternehmen Richtlinien oder Handlungsanweisungen zum Schutz vor Diskriminierung gibt. Bei fast einem Drittel ist im Unternehmen eine konkrete Person bekannt, die zuständig für Diversitätsmanagement ist.
- Bei beiden Merkmalen zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang mit der Größe des Unternehmens. So berichten etwa 68,6% der in Großunternehmen (> 500 Beschäftigte) tätigen Befragten von solchen Schutzmaßnahmen, während es in Kleinunternehmen (< 10 Beschäftigte) nur 37,9% sind.
- Zudem zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Wirtschaftsgruppen. Im Bereich Information und Kommunikation sind solche Organisationsmaßnahmen häufig anzutreffen, während im Dienstleistungssektor, im Handel sowie im Bau- und Gastgewerbe wesentlich seltener Richtlinien/Handanweisungen oder sogar ein Diversitätsmanagement vorzufinden sind.

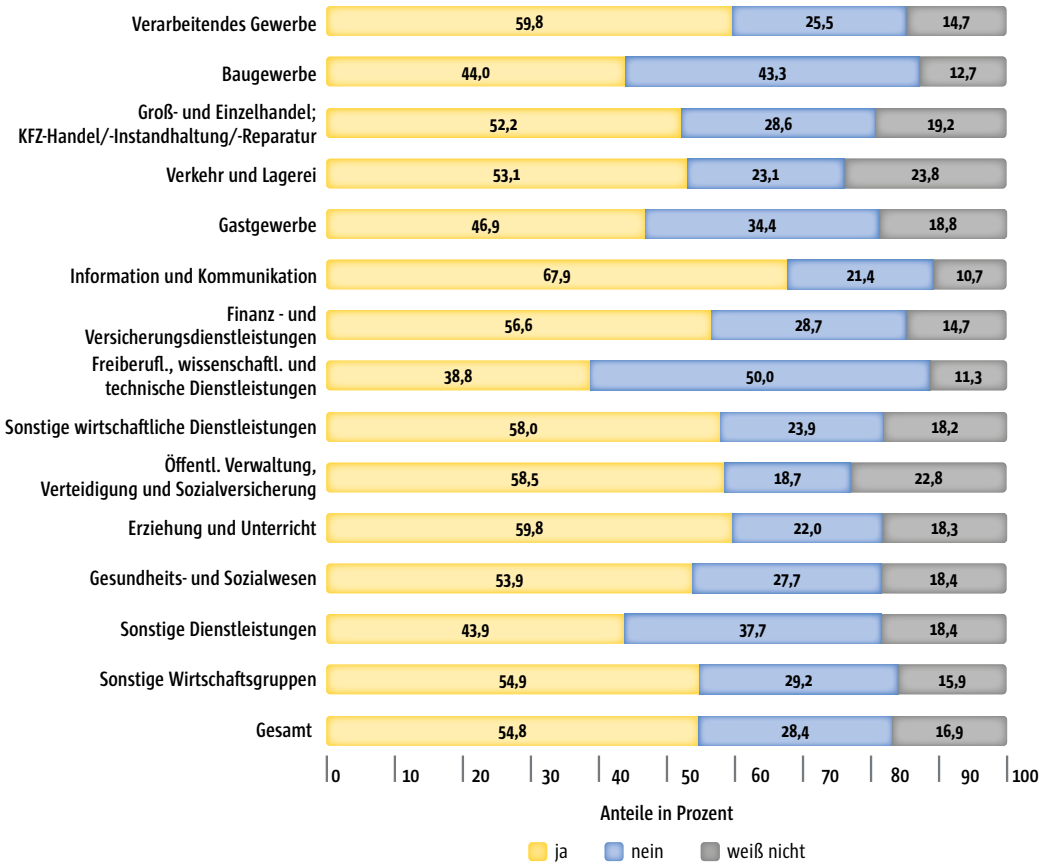
In der Befragung wurde zudem das Vorhandensein von zwei konkreten organisationalen Strukturmerkmalen im Hinblick auf Vielfalt erfragt. Zum einem sollten die teilnehmenden Personen angeben, ob es in ihrem Unternehmen Richtlinien bzw. Handlungsanweisungen gegen Diskriminierung gibt.

Das **»»»** Diagramm 13 stellt dazu das Ergebnis differenziert nach Wirtschaftsgruppen dar. Dabei hat von allen Befragten etwas mehr als die Hälfte (54,8%) angegeben, dass in ihrem Unternehmen Richtlinien oder Handlungsanweisungen gegen Diskriminierung vorhanden sind. 28,4% verneinen dies, während 16,8% keine Angabe machen konnten („Weiß nicht“). Bei den einzelnen Wirtschaftsgruppen sticht besonders die Branche Information und Kommunikation mit dem erkennbar höchsten Anteil an „Ja“-Antworten heraus, mit 67,9% liegt dieser

+13 Prozentpunkte über dem Gesamtdurchschnitt. Am unteren Ende der Rangreihe stehen hingegen die freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen, hier bestätigten nur 38,8% der Befragten das Vorhandensein entsprechender Regelungen. Für diese Wirtschaftsgruppe ist auch mit 50,3% der deutlich größte Anteil an „Nein“-Antworten zu finden. Auffällig ist zudem, dass in den Bereichen Sonstige Dienstleistungen, Bau- sowie im Gastgewerbe überdurchschnittlich häufig keine Richtlinien bzw. Handlungsanweisungen gegen Diskriminierung bekannt sind zu sein. Die höchsten Anteile an „Weiß nicht“-Antworten zeigen sich im Bereich Verkehr und Lagerei (23,8%) sowie bei den bei der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (22,8%). Möglicherweise führen mangelnde interne Kommunikation oder geringe Sichtbarkeit entsprechender Maßnahmen zu diesem hohen Anteilswert. Somit zeigen die Ergebnisse eine deutliche Varianz in der institutionellen Verankerung von Antidiskriminierungsrichtlinien. Diese Unterschiede lassen sich möglicherweise durch u.a. branchenspezifische Organisationskulturen, unterschiedliche Größen und Ressourcen der Unternehmen sowie durch den unterschiedlichen Grad der Professionalisierung im Umgang mit Vielfalt erklären. Insgesamt deuten die vorliegenden Befunde darauf hin, dass die institutionelle Verankerung von Maßnahmen gegen Diskriminierung am Arbeitsplatz von der Branche und dem jeweiligen organisationalen Kontext abhängt.

Für das Vorhandensein von Richtlinien bzw. Handlungsanweisungen zum Schutz vor Diskriminierung zeigt sich ein klarer Zusammenhang mit der Betriebsgröße (**»»»** Diagramm 14). So steigt mit zunehmender Betriebsgröße der Anteil der Befragten, die das Vorhandensein solcher Richtlinien bestätigen, erheblich an: In Unternehmen mit 500 und

Diagramm 13 Beschäftigtenbefragung 2025 – Vorhandensein von Richtlinien bzw. Handlungsanweisungen zum Schutz vor Diskriminierung im Unternehmen nach Wirtschaftsgruppen



mehr Beschäftigten liegt der „Ja“-Anteil bei 68,6%, der höchste Wert im Vergleich aller Größenklassen. Auch in Betrieben mit 250 bis 499 Beschäftigten ist der Anteil mit 59,3% deutlich überdurchschnittlich. Demgegenüber bestätigen in Kleinstbetrieben mit weniger als zehn Beschäftigten nur 37,9% der Befragten das Vorhandensein entsprechender Regelungen. Entsprechend findet sich mit 49,1% der höchste „Nein“-Anteil ebenfalls bei den Kleinstbetrieben, bei diesen ist zudem auch der Anteil derer, die von solchen Richtlinien bzw. Handlungsanweisungen wissen am geringsten (13,0%). Das Muster „Je größer der Betrieb, desto wahrscheinlicher ist das Vorhandensein formalisierter Maßnahmen zum Schutz vor Diskriminierung“ könnte damit zusammenhängen, dass mit steigender Größe die Personalstrukturen in den Aufgaben ebenfalls vielfältiger sowie professio-

neller werden und auch klarer und sichtbarer über diversitätsbezogene Themen kommuniziert wird.

Das Vorhandensein einer konkreten Person, die im Unternehmen für das Thema Vielfalt zuständig ist (Diversitätsmanagement), ist im Vergleich zu allgemeinen Richtlinien/Handlungsanweisungen gegen Diskriminierung weniger wahrscheinlich, wie das **III** Diagramm 15 zeigt. Insgesamt geben 30,7% der Befragten an, dass in ihrem Unternehmen ein Diversitätsmanagement existiert. 48,7% verneinen dies, während 20,6% keine Angabe machen konnten („Weiß nicht“). Im Vergleich dazu besonders deutlich über dem Durchschnitt liegt der Bereich Information und Kommunikation, in dem 50,3% der Befragten das Vorhandensein eines Diversitätsmanagements bestätigten – ein Plus von knapp 20 Prozentpunkten gegenüber dem Gesamtdurchschnitt. Auch die Branche der Finanz- und Versiche-

Diagramm 14 Beschäftigtenbefragung 2025 – Vorhandensein von Richtlinien bzw. Handlungsanweisungen zum Schutz vor Diskriminierung im Unternehmen nach Betriebsgröße

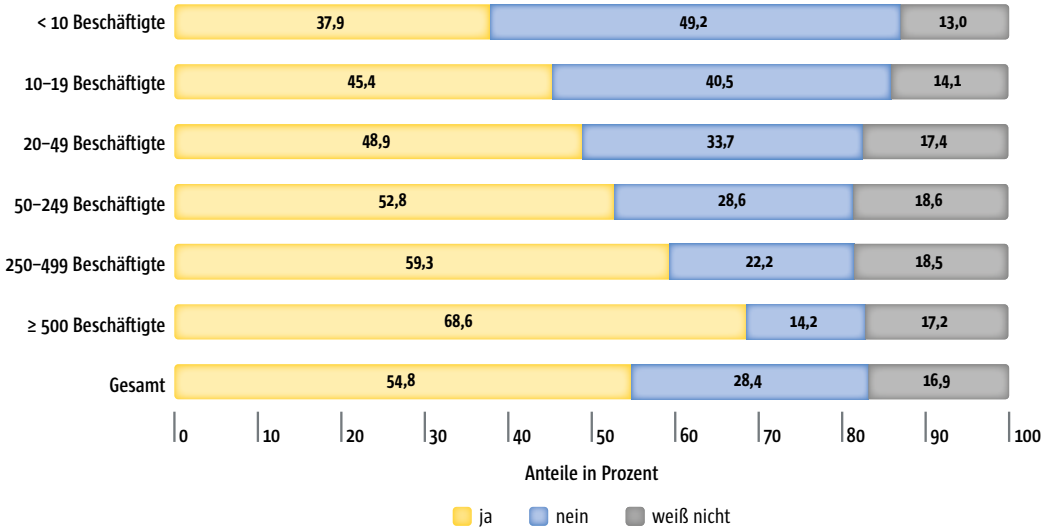
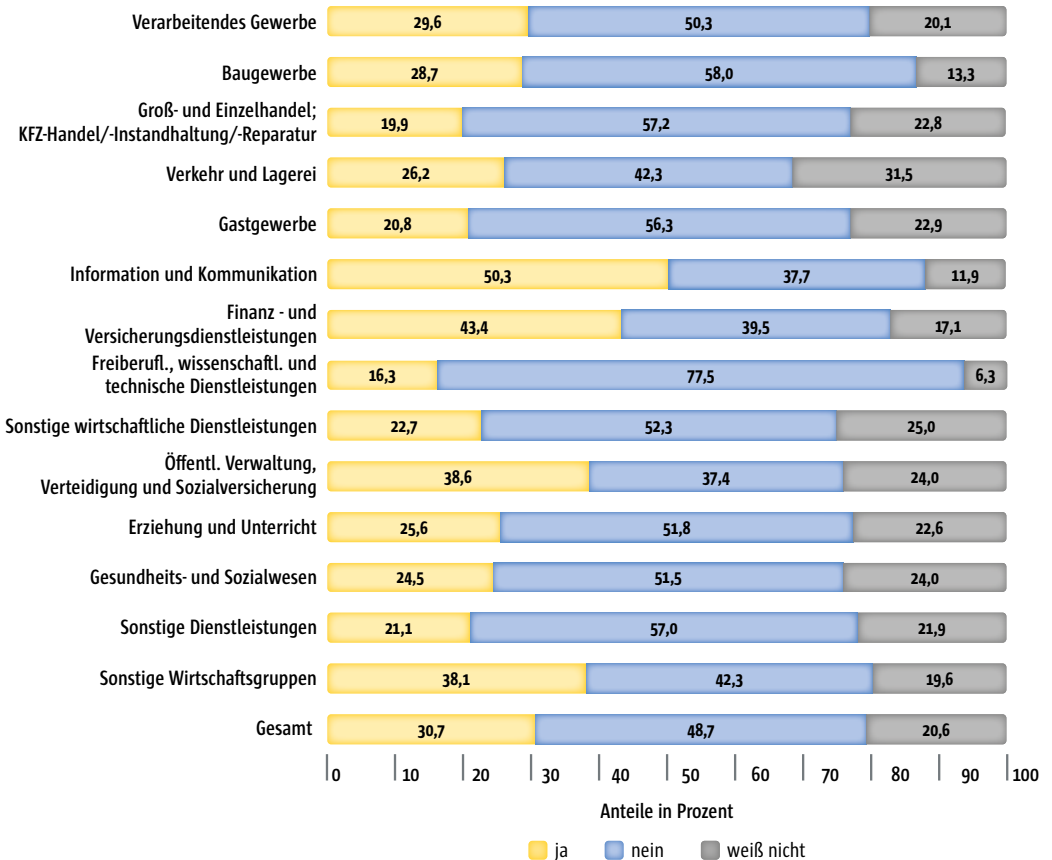


Diagramm 15 Beschäftigtenbefragung 2025 – Vorhandensein von Diversitätsmanagement im Unternehmen nach Wirtschaftsgruppen

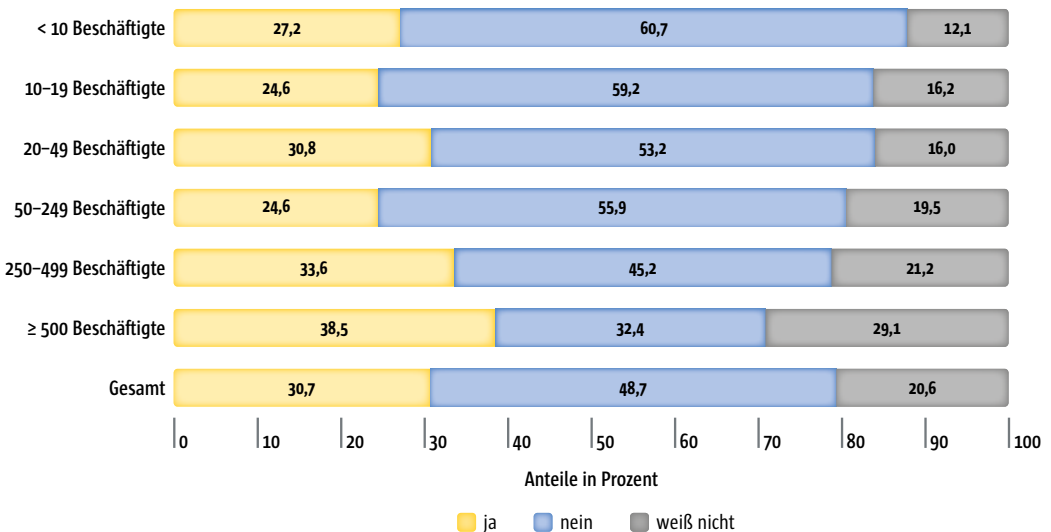


rungsdienstleistungen (43,4%) liegt über dem Mittelwert und weist damit eine vergleichsweise starke institutionelle Verankerung von Diversitätsstrategien auf. Am unteren Ende der Skala befinden sich auch hier die freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen, in denen lediglich 16,3% der Befragten ein Diversitätsmanagement bestätigen. Gleichzeitig ist hier mit 77,5% der höchste Anteil an „Nein“-Antworten zu verzeichnen, was auf eine geringe Priorisierung oder fehlende strukturelle Umsetzung von Diversitätsmaßnahmen in diesem Sektor hindeutet. Weitere Wirtschaftsgruppen mit auffällig niedrigen „Ja“-Anteilen sind der Groß- und Einzelhandel (19,9%), das Gastgewerbe (20,8%) sowie die sonstigen Dienstleistungen (21,1%), diese liegen jeweils deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt. Besonders hohe Unsicherheiten („Weiß nicht“) treten im Bereich Verkehr und Lagerei (31,5%), bei den sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (25,0%) sowie der öffentlichen Verwaltung und dem Gesundheits- und Sozialwesen (jeweils 24,0%) auf. Möglicherweise besteht hier nur eine geringe Sichtbarkeit oder unklare Kommunikation entsprechender Maßnahmen innerhalb der Organisationen.

Dort, wo ein Diversitätsmanagement eingerichtet ist, gibt es auch meistens festgelegte Richtlinien bzw. Handlungsanweisungen zum Schutz vor Diskriminierung (78,3%). Zudem besteht hier ein Zusammenhang mit der Unternehmensgröße (»» Diagramm 16), wenn auch nicht ganz so linear wie be-

züglich des zuvor dargestellten Vorhandenseins von Richtlinien bzw. Handlungsanweisungen: In Unternehmen mit weniger als zehn Mitarbeitenden geben nur 27,2% der Befragten an, dass es im Unternehmen eine konkrete Person gibt, die für dieses Thema zuständig ist, 60,7% verneinen dies, während 12,1% angeben, dies nicht zu wissen. Insbesondere die Anteile der „Nein“-Antworten nehmen mit zunehmender Betriebsgröße deutlich und fast kontinuierlich ab, während andererseits das Unwissen über diese Zuständigkeit im Unternehmen für das Diversitätsmanagement mit zunehmender Betriebsgröße steigt. Schließlich ist der größte Anteil derer, die angeben, dass es in ihrem Unternehmen Personen mit Zuständigkeit für das Diversitätsmanagement gibt, in Betrieben mit mehr als 500 Mitarbeitenden zu finden (38,5% „ja“-Antworten). Wiederum ist bei den Großunternehmen auch der Anteil derer am größten, die keine Angabe machen konnten, während ein explizites Nein“ nur 32,4% der in Großunternehmen Tätigen angeben haben, was wiederum der geringste Anteilswert im Vergleich der Betriebsgrößen ist. Größere Unternehmen verfügen demnach häufiger über entsprechende Strukturen, was möglicherweise auf gesetzliche Anforderungen, interne Ressourcen oder externe Erwartungen zurückzuführen ist. Die größere Unklarheit der Beschäftigten über das Diversitätsmanagement mit steigender Unternehmensgröße könnte jedoch auch auf eine mangelnde Kommunikation oder Sichtbarkeit der Maßnahmen innerhalb der Organisation hinweisen.

Diagramm 16 Beschäftigtenbefragung 2025 – Vorhandensein von Diversitätsmanagement im Unternehmen nach Betriebsgröße



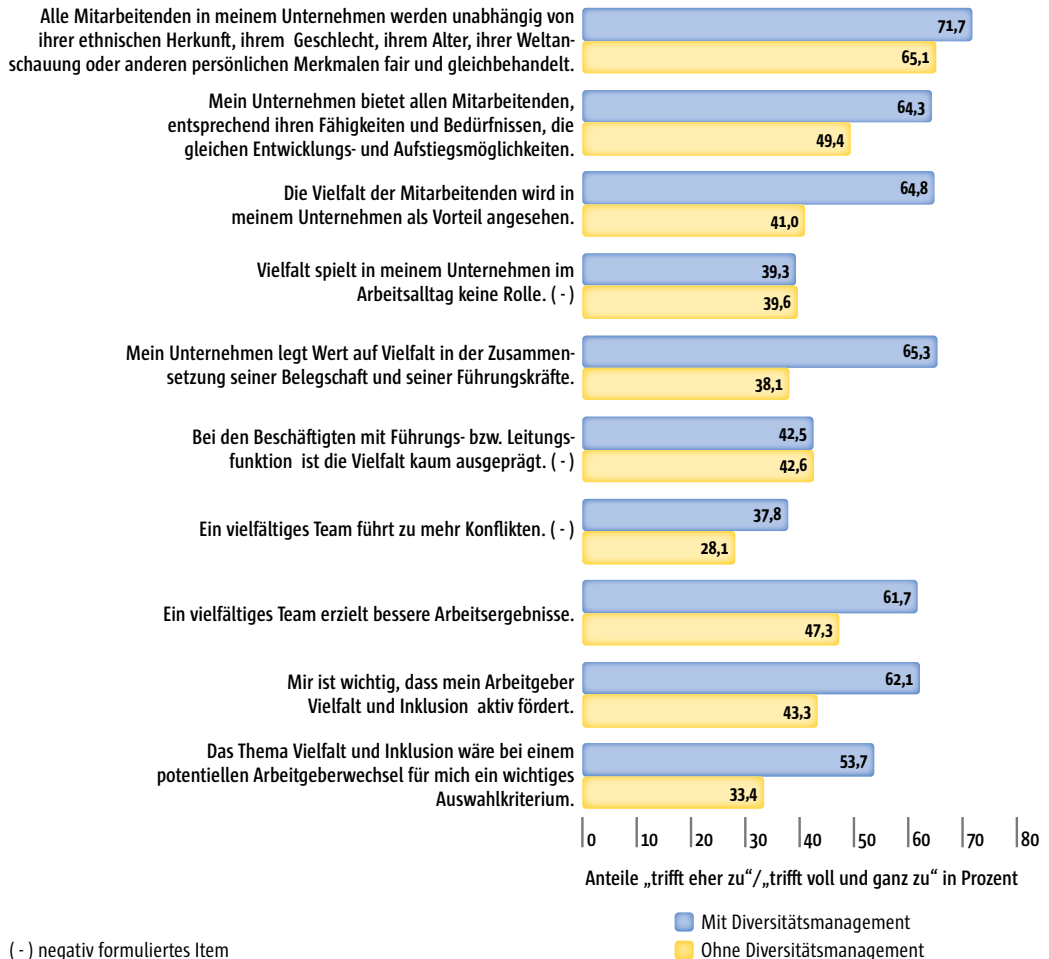
Zudem geben jüngere Beschäftigte häufiger an, dass es Richtlinien bzw. Handlungsanweisungen im Unternehmen gibt bzw. sie berichten ebenfalls häufiger von einer für Diversitätsmanagement zuständigen Person, obwohl sie häufiger in kleinen Unternehmen (< 50 Beschäftigte) arbeiten als ältere (51,2% der unter 30-Jährigen vs. 30,6% der ab 50-Jährigen).

Personen mit bzw. ohne Benachteiligungserfahrung arbeiten in etwa genauso häufig in Unternehmen mit konkreten Richtlinien und Handlungsanweisungen gegen Diskriminierung (54,9% vs. 54,7%). Allerdings berichten diejenigen mit Diskriminierungserfahrung häufiger als jene ohne Be-

nachteiligungserfahrung davon, dass im Unternehmen ein Diversitätsmanagement eingerichtet ist (44,1% vs. 24,4%). Dies kann einerseits auf ein größeres Problembewusstsein bei Betroffenen hindeuten, so dass sie überhaupt Informationen über die Zuständigkeit haben. Andererseits könnten auch gerade in Unternehmen mit bekannten Problemlagen entsprechende Maßnahmen ergriffen und Strukturen geschaffen worden sein, wo Diskriminierung bereits ein Thema war.

Für beides gilt aber: Sind solche organisationalen Maßnahmen bzw. Strukturen vorhanden, dann ist auch die Bewertung von Vielfalt positiver. Exempla-

Diagramm 17 Beschäftigtenbefragung 2025 – Ausgewählte Fragen zur Unternehmenskultur, Führung, wahrgenommene Auswirkungen und persönlichen Einstellungen nach Vorhandensein von Diversitätsmanagement im Unternehmen



risch sei dies veranschaulicht am Beispiel des Diversitätsmanagements (III Diagramm 17). Am deutlichsten fällt der Unterschied bei der Einschätzung aus, ob das Unternehmen Wert auf Vielfalt in der Zusammensetzung seiner Belegschaft und Führungskräfte legt. In Unternehmen mit Diversitätsmanagement stimmen 65,3% dieser Aussage zu, während es in Unternehmen ohne solche Zuständigkeit nur 38,1% sind – ein Unterschied von +27 Prozentpunkten. Auch hinsichtlich der Aussage, dass im Unternehmen Vielfalt als Vorteil gesehen wird, zeigt sich eine ähnlich hohe Differenz: 64,8% der Befragten in Unternehmen mit Diversitätsmanagement sehen dies als zutreffend an, gegenüber nur 41,0% in Unternehmen ohne. Auch hinsichtlich der Bewertung, ob das Thema Vielfalt und Inklusion bei einem Arbeitgeberwechsel ein wichtiges Kriterium wäre, besteht in gleicher Weise ein Unterschied von mehr als 20 Prozentpunkten (53,7% vs. 33,4%). Kaum ein Unterschied besteht hingegen bei der Bewertung, ob Vielfalt im Alltag keine Rolle spielt oder, ob bei den

Beschäftigten mit Führungs- bzw. Leitungsfunktion die Vielfalt kaum ausgeprägt ist. Interessant ist hingegen, dass dort, wo eine konkrete personelle Zuständigkeit für das Vielfaltsthema besteht, die Beschäftigten häufiger als Befragte aus Unternehmen ohne Diversitätsmanagement der Aussage zustimmen, dass Vielfalt im Team zu mehr Konflikten führt (37,8% vs. 28,1%). Dies kann ein weiterer Hinweis für die aufgestellte These sein, dass entsprechende Strukturen gerade dort geschaffen werden, wo Diskriminierung bereits vorher ein Thema war.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass das Vorhandensein von organisationalen Maßnahmen mit einer positiveren Wahrnehmung von Vielfalt einhergeht. Dies spricht für die Wirksamkeit formaler Strukturen zur Förderung einer inklusiven Unternehmenskultur und legt nahe, dass solche Maßnahmen nicht nur symbolischen, sondern auch praktischen Einfluss auf Einstellungen und Erfahrungen der Beschäftigten haben.

Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse der Befragung deuten auf eine insgesamt positive Wahrnehmung von Vielfalt und Gleichbehandlung in der Unternehmenskultur hin. Diversität wird von vielen Beschäftigten als normaler Bestandteil des Arbeitsalltags verstanden und weitgehend wertgeschätzt. Dies wird insbesondere deutlich durch hohe Anteile an Zustimmung zu Aussagen über faire Behandlung unabhängig von persönlichen Merkmalen oder der Anerkennung unterschiedlicher Perspektiven. Vielfalt wird zudem aus Sicht der Beschäftigten in vielen Unternehmen als Vorteil gesehen. Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass Vielfalt in der Führungsebene zwar grundsätzlich als relevant und wichtig anerkannt wird. Gleichzeitig wird Vielfalt in Führungspositionen von den befragten Beschäftigten allerdings weniger deutlich wahrgenommen. Die Wahrnehmung variiert zudem in Abhängigkeit von Unternehmensgröße und Arbeitsform: Beschäftigte in größeren Unternehmen sowie diejenigen mit häufiger Nutzung von mobiler Arbeit bewerten das Verhalten von Führungskräften im Kontext von Vielfalt tendenziell positiver. Auch zwischen Wirtschaftsgruppen zeigen sich Unterschiede, diese sind möglicherweise auf Branchenspezifika, Rahmenbedingungen und Regulierungen oder auch durch unterschiedliche Rekrutierungspraktiken bedingt. Das Arbeiten in vielfältigen Teams wird an sich mehrheitlich als förderlich für Arbeitsqualität und Teamklima eingeschätzt, gleichzeitig werden potenzielle Herausforderungen wie Kommunikationsprobleme und Konflikte nicht ausgeschlossen. Dabei zeigen sich insbesondere Unterschiede abhängig von Arbeitsform und Beschäftigungsstatus: Beschäftigte, die oft oder immer mobil arbeiten, äußern sowohl stärkere Zustimmung zu positiven Effekten als auch zu potenziellen Konflikten. Hierbei spielt sicher eine Rolle, dass Zusammenarbeit im virtuellen Raum andere Anforderungen aufgrund von veränderten Möglichkeiten aber auch Einschränkungen hat. Besonders deutlich treten kritische Einschätzungen bei Leih- und Zeitarbeitskräften zutage, was ebenfalls auf Einschrän-

kungen in der Kommunikation aber auch auf eine insgesamt geringere formelle wie auch informelle Integration ins Team zurückgeführt werden kann. Die persönliche Relevanz von Vielfalt für die Befragten wird wiederum deutlich in hohen Zustimmungswerten bei der Bewertung der Wichtigkeit in einem Unternehmen zu arbeiten, das vielfältig ist und Diversität aktiv fördert. Weniger eindeutig fällt die Bewertung aus, wenn es um die Bedeutung von Vielfalt als Kriterium bei einem potenziellen Arbeitgeberwechsel geht. Hierbei sind altersbezogene Unterschiede besonders ausgeprägt, so messen diesem Thema insbesondere die jüngeren Beschäftigte unter 30 Jahren eine höhere Bedeutung zu, was wahrscheinlich mit altersbedingt unterschiedlichen Lebensphasen, beruflicher Mobilität und verschiedenen Sozialisationserfahrungen zusammenhängt.

Wie sich in der Befragung zudem zeigt, sind Diskriminierungserfahrungen am Arbeitsplatz ein relevanter Faktor für die Wahrnehmung von Vielfalt und Inklusion sowie für die allgemeine Arbeitszufriedenheit. Etwa ein Drittel der Befragten berichtet von ungerechtfertigter Benachteiligung, wobei Alter, Geschlecht und gesundheitliche Einschränkungen am häufigsten als Ursache für Benachteiligung genannt werden. Dabei sind die Erfahrungen ungleich verteilt: Jüngere Beschäftigte und Personen mit Migrationshintergrund berichten deutlich häufiger von Diskriminierung. Auch die Unternehmensgröße spielt eine wichtige Rolle, so treten laut Angaben der Befragten in kleineren Betrieben Benachteiligungen häufiger auf als in größeren Organisationen. Die Wahrnehmung von Vielfalt und Gleichbehandlung fällt dann auch bei von Diskriminierung Betroffenen durchweg kritischer aus. Dies zeigt sich sowohl in der Einschätzung der Unternehmenskultur als auch in der Bewertung von Führung, Entwicklungsmöglichkeiten und Teamdynamiken. Zudem geben diskriminierte Personen in geringerem Maße an, dass sie insgesamt mit ihrer Arbeit zufrieden sind. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer diskriminierungsfreien und inklusiven

Unternehmenskultur für das Wohlbefinden und die Bindung der Mitarbeitenden. Entsprechendes lässt sich auch an der institutionellen Verankerung von Antidiskriminierungsmaßnahmen und Diversitätsmanagement ablesen, wobei die Schaffung von expliziten Regelungen und organisationalen Strukturen wiederum stark von Branchen- und Unternehmensmerkmalen abhängt. So sind Richtlinien gegen Diskriminierung in etwas mehr als der Hälfte der Unternehmen vorhanden, wobei größere Betriebe und bestimmte Branchen – insbesondere der Bereich Information und Kommunikation – deutlich höhere Werte aufweisen. In kleineren Unternehmen sowie in wirtschaftsnahen Dienstleistungssektoren sind solche Regelungen hingegen seltener bekannt oder vorhanden. Die Einrichtung eines Diversitätsmanagements ist insgesamt weniger verbreitet, zeigt jedoch ähnliche Muster: Größere Unternehmen und bestimmte Branchen verfügen häufiger über eine zuständige Person oder Stelle. Auffällig ist, dass jüngere Beschäftigte häufiger von entsprechenden Strukturen berichten, obwohl sie überdurchschnittlich oft in kleineren Betrieben tätig sind. Dies könnte auf eine höhere Sensibilität oder bessere Informationslage hinweisen. Ein Zusammenhang besteht auch mit Diskriminierungserfahrungen: Betroffene berichten häufiger von vorhandenen Diversitätsstrukturen, was auf ein gestiegenes Problembewusstsein oder gezielte Maßnahmen in betroffenen Organisationen hindeuten könnte. Insgesamt zeigt sich, dass das Vorhandensein formalisierter Maßnahmen mit einer positiveren Bewertung von Vielfalt und Inklusion einhergeht. Gleichzeitig könnte die höhere Konfliktwahrnehmungen in Organisationen mit Diversitätsmanagement darauf hindeuten,

dass entsprechende Strukturen gerade dort entstehen, wo bereits entsprechende Herausforderungen bestehen. Hierzu bedarf es noch weitere vertiefende Forschung, für die diese Befragung interessante Anhaltspunkte bietet.

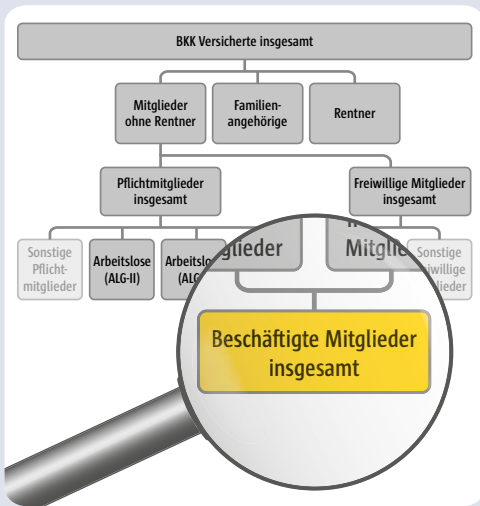
Insgesamt zeigt sich in den Ergebnissen der Beschäftigtenbefragung: Vielfalt wird in der Regel positiv gesehen bzw. als solches auch im Alltag wahrgenommen und ist ein wichtiger Faktor für das betriebliche Klima, das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten. Unternehmen, die Vielfalt als festen Bestandteil ihrer Unternehmenskultur etablieren und aktiv fördern, schaffen damit nicht nur faire und integrative Arbeitsbedingungen, sondern legen auch den Grundstein dafür, dass sie Fachkräfte akquirieren und halten können und die Beschäftigten im Unternehmen gerne und gesund arbeiten können. Wie die Ergebnisse allerdings auch verdeutlichen, ist dies kein Selbstläufer: Wird Vielfalt zwar grundsätzlich begrüßt, aber im Arbeitsalltag nicht „gelebt“, d.h. konkret verankert und Benachteiligung nicht verhindert, geht dies mit geringerer Zufriedenheit, kritischerer Bewertung sowie wahrscheinlich auch häufigeren Problemen und Konflikten einher. Vielfalt ist in der Arbeitswelt immer vorhanden und präsent. Sie zu ignorieren wäre fahrlässig. Ein rein passives „Hinnehmen“ genauso wie eine nur oberflächliche Beschäftigung mit Vielfalt (womöglich auch nur zur Imagepflege) reichen allerdings nicht aus, um den damit verbundenen Herausforderungen gerecht zu werden. Es braucht in den Unternehmen eine aktive Gestaltung des Miteinanders. Nur so lassen sich die Potenziale von Vielfalt nutzen – und Arbeit gesund und zukunftsfähig gestalten.

1

Arbeitsunfähigkeit

Dirk Rennert, Karin Kliner, Isabelle Oehse und Matthias Richter





In diesem Abschnitt werden die Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (AU-Geschehens) der ca. 4,8 Mio. beschäftigten BKK Mitglieder im Jahr 2024 analysiert und dargestellt.

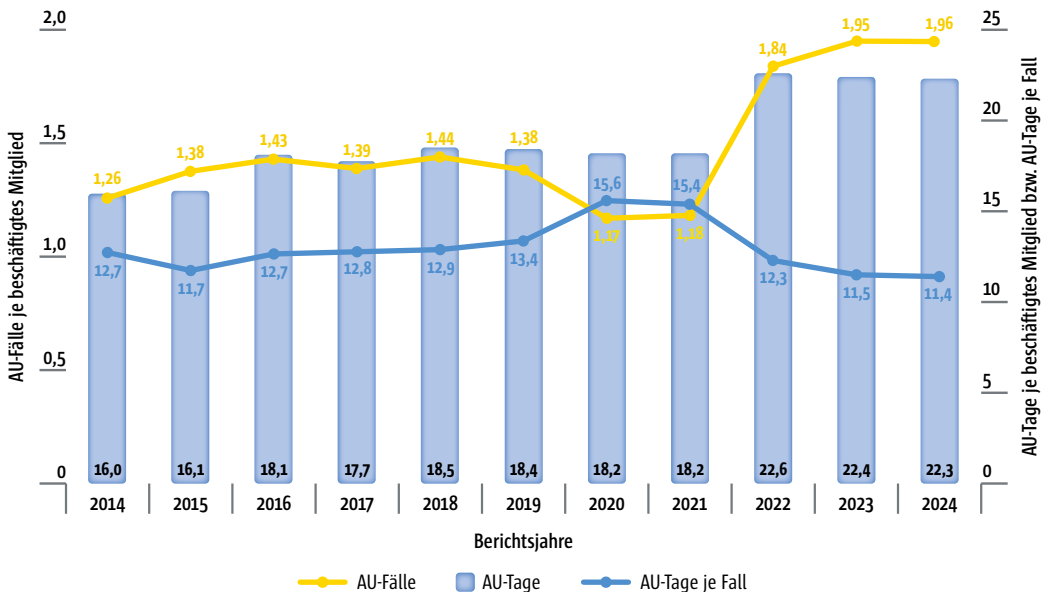
1.1 AU-Geschehen im Überblick

Die Entwicklung der AU-Kennzahlen in den vergangenen Jahren sind in **»»»** Diagramm 1.1.1 zu sehen.

- Mit 22,3 AU-Tagen je Beschäftigten liegen die krankheitsbedingten Fehlzeiten im Jahr 2024 in etwa auf dem Niveau des Vorjahres.
- Gleiches lässt sich für die AU-Fälle je Beschäftigten sagen, die mit einem Wert von 1,96 nahezu unverändert zum Vorjahr (2023: 1,95) auf hohem Niveau verharren.
- Die Falldauer liegt mit 11,4 AU-Tagen je Fall weiterhin unterhalb der Werte der Vorjahre, was mit den weiterhin überproportional häufig auftretenden Kurzzeit-AU-Fällen zusammenhängt.

Zwischen 2014 und 2019 sind nur geringe Schwankungen der abgebildeten Jahresdurchschnittswerte erkennbar. Am Beispiel des Jahres 2015 zeigen sich die Auswirkungen einer stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle: Im Vergleich zum Jahr 2014 sind die AU-Fälle überproportional angestiegen, während sich die zugehörigen AU-Tage kaum verändert haben und was in Folge zu einer im Vergleich relativ niedrigen Falldauer geführt hat. Hintergrund dieses Effekts sind durch die Grippe- und Erkältungswelle überdurchschnittlich häufig auftretende AU-Fälle, die aber meist mit einer kurzen Falldauer von wenigen Tagen einhergehen. In den ersten beiden Jahren der Coronavirus-Pandemie (2020 und 2021) ist dagegen ein anderes Muster erkennbar: Während die durchschnittliche Anzahl der AU-Tage wenig verändert zu den Vorjahren ist, ist ein deutlicher Einbruch

Diagramm 1.1.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2014–2024)

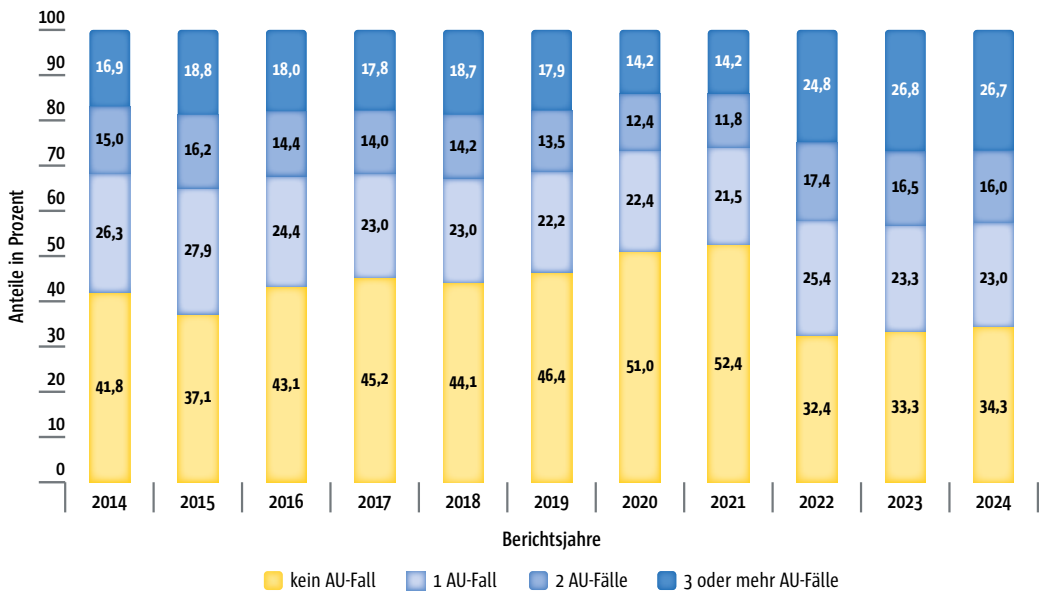


bei den zugehörigen AU-Fällen erkennbar, was im Gegenzug zu einem sichtbaren Anstieg der durchschnittlichen Falldauer führt. Durch die pandemiebedingten Schutzmaßnahmen und dem damit verbundenen Rückgang von Infektionen und Atemwegserkrankungen sind in diesem Kontext auch die zugehörigen AU-Fälle stark zurückgegangen. Allerdings beeinflussen diese Kurzzeit-AU-Fälle die durchschnittlichen AU-Tage nur minimal, da diese vor allem durch Langzeit-AU-Fälle beeinflusst werden (vgl. **III** Diagramm 1.1.3). Dagegen hat der Rückgang bei den Kurzzeit-Fällen in diesem Zeitraum eine deutliche Auswirkung auf die durchschnittliche Falldauer, die dadurch sprunghaft angestiegen ist. Ab dem Jahr 2022 ist, verursacht durch den Wegfall aller Pandemie-Schutzmaßnahmen und den damit in Verbindung stehenden verschiedenen ganzjährigen Infektionswellen, sowohl ein Anstieg der AU-Tage als auch insbesondere der AU-Fälle zu beobachten. Die Vielzahl der Kurzzeiterkrankungen hat zudem dazu geführt, dass die durchschnittliche Falldauer wieder deutlich gesunken ist. Es lässt sich feststellen, dass im Jahr 2024 mit 22,3 AU-Tagen bzw. mit 1,96 AU-Fällen je Beschäftigten in etwa die Werte des Vorjahres (2023: 22,4 AU-Tage bzw. 1,95 AU-Fälle je Beschäftigten) erreicht werden. Daraus resultiert wiederum eine im Zeitverlauf unterdurchschnittliche Falldauer mit 11,4 AU-Tagen je AU-Fall. Im Folgenden werden die Details hierzu näher betrachtet.

Ergänzend sind in **III** Diagramm 1.1.2 die Prozentanteile der Beschäftigten nach der Anzahl der AU-Fälle in den letzten Jahren dargelegt. An dieser Stelle werden die Auswirkungen der stark ausgeprägten Infektionswellen in den Jahren 2015 (37,1%) sowie vor allem 2022 (32,4%), 2023 (33,3%) und 2024 (34,3%) deutlich, insbesondere anhand der vergleichsweise sehr niedrigen Anteile der Beschäftigten, die in diesem Zeitraum keinen AU-Fall aufweisen. Im Kontrast dazu lagen diese Werte in den Jahren 2020 (51,0%) und 2021 (52,4%) deutlich über allen anderen Jahreswerten, wobei hier die Schutzmaßnahmen in der Pandemie zur Kontakt- und somit auch Ansteckungsvermeidung hauptsächlich für diesen Effekt sind. Wie sich die Zahlen in den kommenden Jahren mit einem perspektivisch wieder normal ausgeprägten Infektionsgeschehen entwickeln werden, wird Gegenstand zukünftiger Betrachtungen sein.

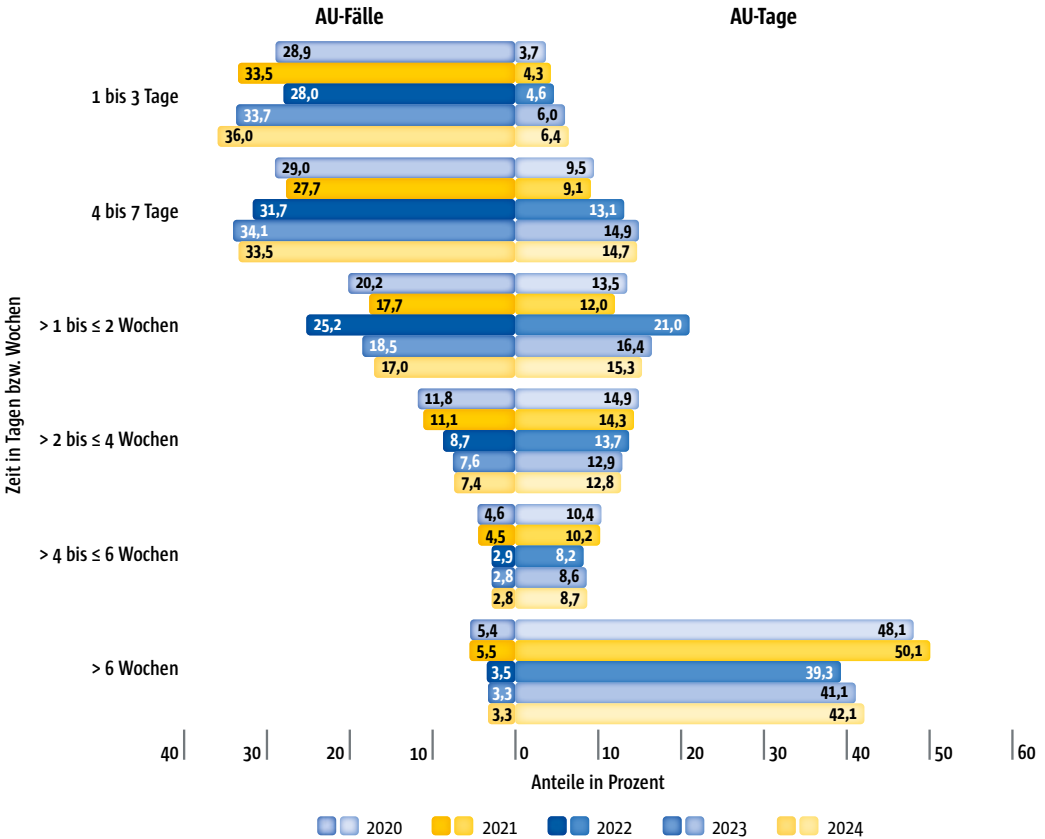
Neben der reinen Betrachtung der Häufigkeit von AU-Fällen bzw. AU-Tagen gibt ein differenzierter Blick auf die Dauerklassen Aufschluss darüber, welche Rolle Kurz- und Langzeitfälle für das AU-Geschehen spielen. Das **III** Diagramm 1.1.3 veranschaulicht die Verteilung der AU-Kennzahlen nach Dauerklassen für die Jahre 2020 bis 2024. Es zeigt sich, dass in diesem Zeitraum die überwiegende Mehrheit aller AU-Fälle (58,0% - 69,5%) maximal 7 Kalendertage andauert. Gleichzeitig entfällt nur ein kleiner Teil der AU-Tage (13,2% - 21,1%) gemessen an allen AU-Tagen

Diagramm 1.1.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2014–2024)



1.1 AU-Geschehen im Überblick

Diagramm 1.1.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung nach Dauerklassen im Zeitverlauf (2020–2024)



auf diese Kurzzeitfälle. Auf der anderen Seite ist in den Jahren 2020 bis 2024 nur ein relativ kleiner Teil der AU-Fälle (3,3% - 5,5%) mit einem Langzeitfall von mehr als 6 Wochen verbunden. Allerdings sind diese wenigen Langzeitfälle für den mit Abstand größten Anteil der AU-Tage (39,3% - 50,1%) verantwortlich. Wie bereits im Vorjahr sind im Jahr 2024 wieder zwei Entwicklungen auffällig: Zum einen sind die Anteile der AU-Fälle und AU-Tage mit

einer kürzeren Falldauer (zwischen 4 bis 14 Tagen) weiterhin deutlich erhöht. Im Gegenzug liegen die Anteile der AU-Fälle und AU-Tage im Zusammenhang mit einer Falldauer von mehr als sechs Wochen weiterhin deutlich unter denen der Vorjahre. Auch hier ist wesentlich das weiterhin erhöhte Infektionsgeschehen mit überdurchschnittlich vielen Kurzzeit-AU-Fällen im Jahr 2024 als Ursache dieses Musters zu benennen.

1.2 AU-Geschehen nach Diagnosen und Diagnosehauptgruppen

Der folgende Abschnitt nimmt die für das AU-Geschehen der beschäftigten Mitglieder wichtigsten Diagnosehauptgruppen bzw. Diagnosen in den Blick, wobei sowohl aktuelle als auch langfristige Entwicklungen näher betrachtet werden.

- Atemwegserkrankungen sind im Jahr 2024 für mehr als jeden dritten AU-Fall (35,9%) und rund jeden fünften AU-Tag (19,7%) bei den Beschäftigten ursächlich.
- Muskel-Skelett-Erkrankungen sind hingegen nur für 12,4% aller AU-Fälle aber gleichzeitig für mehr als jeden fünften AU-Tag (20,3%) im aktuellen Berichtsjahr verantwortlich.
- Psychische Störungen sind dagegen eher selten Ursache einer Arbeitsunfähigkeit (5,2% aller AU-Fälle in 2024). Diese wenigen Fälle sind jedoch meist mit langen Ausfallzeiten verbunden – im Durchschnitt mehr als 5 Kalenderwochen.

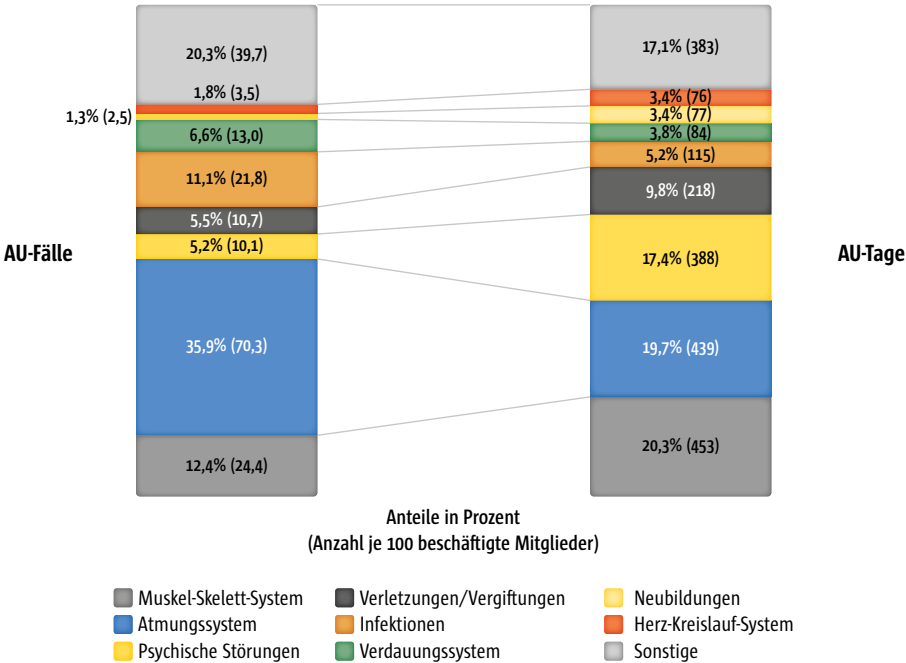
Wie in **»»»** Diagramm 1.2.1 zu erkennen ist, ist für mehr als jeden dritten AU-Fall (35,9%) und fast jeden fünften AU-Tag (19,7%) im Jahr 2024 eine Atemwegserkrankung verantwortlich. Damit ist diese Krankheitsart weiterhin die häufigste Ursache für AU-Fälle. Bei den AU-Tagen nehmen die Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 20,3%, wie bereits im vergangenen Jahr, den ersten Platz der Ursachen für die krankheitsbedingten Ausfallzeiten ein. Psychische Störungen sind zwar mit 5,2% der AU-Fälle seltener Ursache von Fehlzeiten, allerdings stehen diese wenigen Fälle mit einem relativ hohen Anteil an Fehltagen (17,4% der AU-Tage) im Zusammenhang. Allein diese drei Krankheitsarten sind für mehr als die Hälfte aller AU-Fälle (53,5%) und AU-Tage (57,4%) verantwortlich. Weitere substanziiell relevante Ursachen von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit sind neben den Verletzungen und Vergiftungen auch in der Gruppe der Infektionen zu finden.

- In der langfristigen Entwicklung zeigt sich seit dem Ende der Pandemie-Maßnahmen im Jahr 2022 ein anhaltender Trend der durchgehend überdurchschnittlich hohen AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen und mit geringerer Ausprägung mit Infektionen.
- Positiv zu vermerken ist, dass die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit Muskel-Skelett-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems zwischen 2014 und 2024 nahezu unverändert sind.
- Bei den psychischen Störungen zeigt sich im gleichen Zeitraum ein minimaler Anstieg bei den AU-Fällen und gleichzeitig ein deutlicher Anstieg bei den AU-Tagen. Ursache ist die überdurchschnittliche Falldauer, durch die schon wenige zusätzliche AU-Fälle zu einer überproportionalen Zunahme der AU-Tage führen.

Um langfristige Entwicklungen im AU-Geschehen abzubilden, ist die Betrachtung eines größeren Zeitausschnitts sinnvoll, wie er für die AU-Fälle in **»»»** Diagramm 1.2.2 bzw. für die AU-Tage in **»»»** Diagramm 1.2.3 zu sehen ist. In den Jahren 2015 und 2018 treten bei den AU-Fällen höhere Werte auf, die mit einer jeweils stark ausgeprägten Grippe- und Erkältungswelle zusammenhängen. Dies lässt sich eindrücklich an den jeweiligen Spitzen in den Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen zeigen. In den drei letzten Jahren ist dieser Effekt mit überdurchschnittlich vielen AU-Fällen und AU-Tagen aufgrund von Atemwegserkrankungen besonders auffällig. Dies gilt in ähnlichem Maße – wenn auch auf einem wesentlich niedrigeren Niveau – für die Infektionen, die im gleichen Zeitraum ebenfalls neue Höchstwerte erreicht haben. Wie in den Jahren 2022 und 2023 sind auch im Jahr 2024 mehrere Infektionswellen im Laufe des Jahres für die überdurchschnittlichen AU-Kennzahlen verantwortlich. Deutlich

1.2 AU-Geschehen nach Diagnosen und Diagnosehauptgruppen

Diagramm 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2024)



wird dies an den überdurchschnittlich und sprunghaft angestiegenen Werten im Zusammenhang mit Infektionen sowie vor allem mit Atemwegserkrankungen. Dagegen stagnieren die AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit Muskel-Skelett-Erkrankungen, was im Kontext des demografischen Wandels (und damit einhergehend alternden Belegschaften) durchaus als positiv bewertet werden kann. Während die AU-Fälle im Zusammenhang mit psychischen Störungen ebenfalls nur wenig verändert sind, ist hingegen bei den zugehörigen AU-Tagen ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass ein AU-Fall aufgrund dieser Krankheitsart meist mit überdurchschnittlich vielen AU-Tagen und einer entsprechend langen Falldauer (2024: 38,2 AU-Tage je Fall) in Verbindung steht. Entsprechend wirkt sich schon ein minimaler Anstieg der Fallzahl überdurchschnittlich stark auf die zugehörigen AU-Tage aus.

Aufgrund der Umstellung der Berechnungsmethodik (vgl. **Methodische Hinweise**) im Jahr 2016 sind Vergleiche mit den Vorjahren nur eingeschränkt möglich. Bezogen auf den Zeitraum 2016 bis 2024 sind sowohl bei den AU-Fällen (+0,53 AU-Fälle je Beschäftigten) als auch bei den AU-Tagen (+4,23 AU-Ta-

ge je Beschäftigten) für den Gesamtwert Steigerungen feststellbar. Der davon mit Abstand größte Teil des Anstiegs geht mit +0,29 AU-Fällen bzw. +1,70 AU-Tagen je Beschäftigten auf die Atemwegserkrankungen zurück. Bei den psychischen Störungen zeigt sich mit +0,03 AU-Fällen je Beschäftigten nur ein sehr kleiner Anstieg, allerdings ist mit +1,10 AU-Tagen je Beschäftigten parallel die zugehörige Anzahl der Fehltag deutlich stärker angestiegen. Ursächlich ist die jeweils sehr unterschiedliche Falldauer, die bei den psychischen Störungen um ein Vielfaches über denen der Atemwegserkrankungen (6,3 AU-Tage je Fall) liegt.

- Im Zeitraum 2014 bis 2024 weist die Mehrheit der Beschäftigten sowohl in der kurz- als auch in der langfristigen Betrachtung keinen AU-Fall aufgrund einer psychischen Erkrankung (92,9% – 94,7%) bzw. wegen einer Muskel-Skelett-Erkrankung (83,4% – 86,9%) auf.
- Deutlich mehr Dynamik zeigt sich bei den Atemwegserkrankungen: Während bis 2021 der Anteil derjenigen ohne einen AU-Fall im Mittel bei 74,7% lag, ist dieser Anteil seit 2022 um ca. 15 Prozentpunkte zurückgegangen.

Diagramm 1.2.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2024)

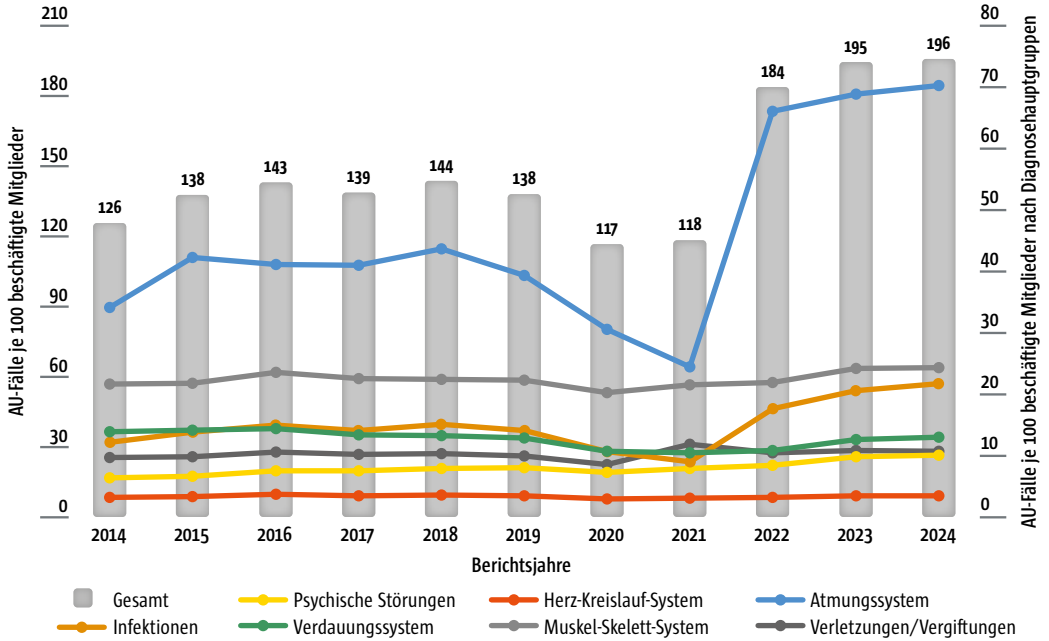
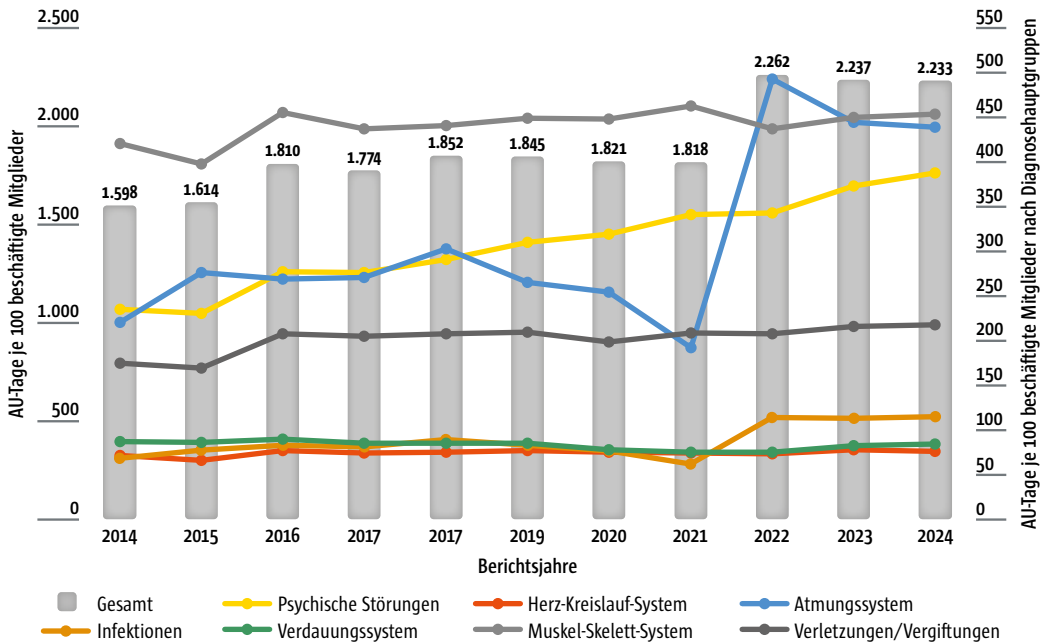
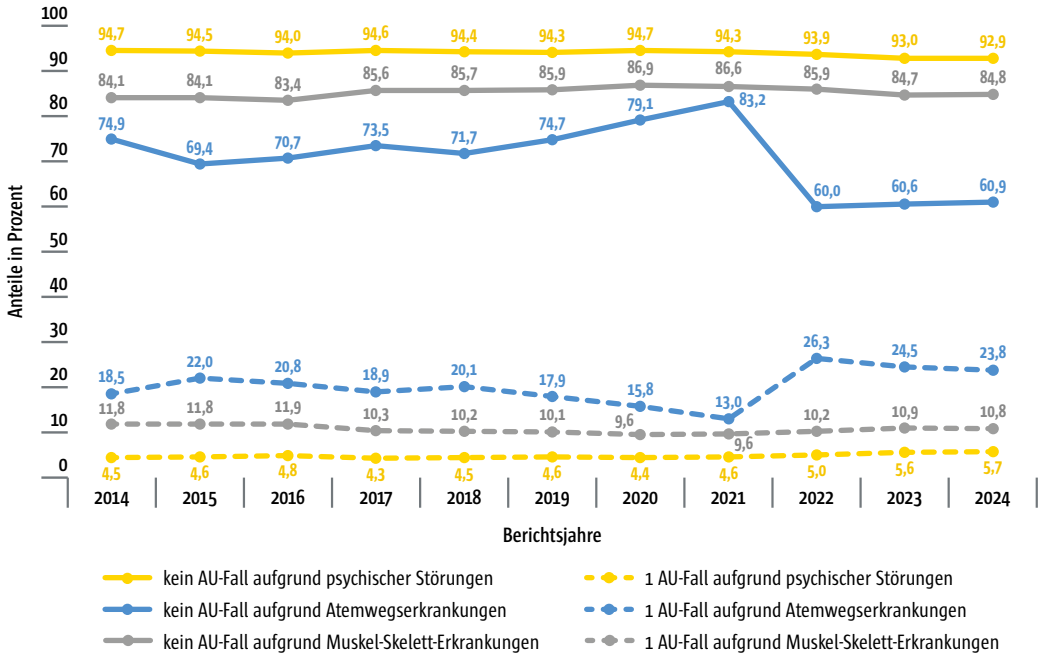


Diagramm 1.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2024)



1.2 AU-Geschehen nach Diagnosen und Diagnosehauptgruppen

Diagramm 1.2.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2024)


In **III** Diagramm 1.2.4 sind die Anteile der Beschäftigten mit keinem bzw. exakt einem AU-Fall im Berichtsjahr nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf dargestellt. In dem betrachteten Zeitraum von 2014 bis 2024 bleibt der Anteil der Beschäftigten ohne AU-Fall aufgrund psychischer Störungen konstant über 90%. Die Veränderungsrate ist mit -1,8 Prozentpunkten über den gesamten Zeitraum sehr gering ausgeprägt. Allerdings wirken sich hier bereits minimale Änderungen deutlich auf die zugehörigen AU-Tage aus (**III** Diagramm 1.2.3), da jeder AU-Fall mit einer überdurchschnittlich hohen Falldauer (2024: 38,2 AU-Tage je Fall) im Zusammenhang steht. Im Gegenzug zeigt die Langzeittendenz für den Anteil der Beschäftigten, die im Jahr exakt einen AU-Fall aufgrund psychischer Störungen aufweisen mit +1,2 Prozentpunkten einen tendenziell steigenden Trend. Noch geringere Veränderungsraten zeigen sich im Zusammenhang mit Muskel-Skelett-Erkrankungen, wobei hier ein umgekehrter Trend zu beobachten ist: Der Anteil derjenigen, die keinen AU-Fall aufgrund dieser Krankheitsart im jeweiligen Jahr aufweisen, ist über den gesamten Beobachtungszeitraum um +0,7 Prozentpunkte gestiegen, während der Anteil mit einem AU-Fall um

-1,1 Prozentpunkte abgenommen hat. Wesentlich dynamischer stellt sich der Zeitverlauf der Anteile bei den Atemwegserkrankungen dar: Hier werden vor allem dann sprunghafte Änderungen sichtbar, wenn im entsprechenden Jahr ein besonders stark bzw. schwach ausgeprägtes Infektionsgeschehen auftrat. Am deutlichsten wird dies in den vergangenen fünf Jahren: So sind die Anteile der Beschäftigten ohne einen AU-Fall in den Jahren 2020 (79,1%) und 2021 (83,2%) überdurchschnittlich hoch, was vor allem mit den Maßnahmen zur Minimierung der Infektionsgefahr im Rahmen der Coronavirus-Pandemie zusammenhängt. Umgekehrt ist ab dem Jahr 2022, faktisch zeitgleich mit dem Ende dieser Maßnahmen, der Anteil mit ca. 60% auf den niedrigsten Stand der letzten 10 Jahre gesunken. Entsprechend gegenläufig haben sich die Anteile für die Beschäftigten mit mindestens einem AU-Fall aufgrund von Atemwegserkrankungen entwickelt: Rund jeder vierte Beschäftigte weist in den Jahren 2022 bis 2024 genau einen AU-Fall aufgrund dieser Krankheitsart auf. Im gleichen Zeitraum haben die Anteile derjenigen, die mehr als einen AU-Fall im Jahr aufweisen, ebenfalls zugenommen. Wie bereits in den vorhergehenden Darstellungen (**III** Diagramme 1.2.2 bzw.

1.2.3) zu sehen war, führt diese Dynamik zu einem überdurchschnittlichen Anstieg der diagnosespezifischen AU-Kennzahlen bzw. des allgemeinen Krankenstands. Vermutlich verstärken sich hier Meldeeffekte durch die Einführung der elektronischen AU-Bescheinigung und ein überdurchschnittlich ausgeprägtes Infektionsgeschehen gegenseitig. Niederschwellige Maßnahmen, die während der Coronavirus-Pandemie erfolgreich umgesetzt wurden (bspw. Homeoffice, große Menschenmengen v.a. in geschlossenen Räumen meiden, nicht krank zur Arbeit geben, telefonische Krankschreibung nutzen), sollten insbesondere in der kalten Jahreszeit und darüber hinaus weiterhin besondere Beachtung finden.

- Insgesamt drei der zehn wichtigsten Diagnosen im AU-Geschehen stehen im Zusammenhang mit unterschiedlichen übertragbaren Erkrankungen, diese sind für etwa jeden dritten AU-Fall und jeden sechsten AU-Tag verantwortlich.
- Psychische Störungen wie bspw. Depressionen (F32 bzw. F33) treten als AU-Ursache verhältnismäßig selten auf. Allerdings liegt deren Falldauer mit rund 8 bzw. 10 Kalenderwochen weit über dem Gesamtdurchschnitt von 11,4 AU-Tagen je Fall.

Die Mehrheit der in **»»»** Tabelle 1.2.1 aufgeführten und nach den AU-Tagen häufigsten Diagnosen gehören zu den drei Diagnosehauptgruppen, die im AU-Geschehen besonders relevant sind: Drei Diagnosen sind der Gruppe der Muskel-Skelett-Erkrankungen, vier Diagnosen den psychischen Störungen sowie eine weitere den Atemwegserkrankungen zuzuordnen. An dieser Stelle zeigt sich nochmal eindrucklich das Verhältnis von AU-Fällen zu AU-Tagen sowie den daraus resultierenden Falldauern: Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) sind zwar in dieser Auflistung der bei weitem häufigste Grund für einen AU-Fall, allerdings liegt die Falldauer bei dieser Kurzzeiterkrankung im Mittel unter einer Kalenderwoche (5,9 AU-Tage je Fall). Anders hingegen verhält es sich bspw. bei einer depressiven Episode (F32): Diese ist im Verhältnis zur akuten Infektion der oberen Atemwege (J06) zwar ein eher seltener Grund für eine Arbeitsunfähigkeit, führt aber bei Betroffenen zu einer Falldauer, die im Mittel mehr als acht Kalenderwochen (57,4 Tage je Fall) beträgt.

Weiterhin sind im Zusammenhang mit dem überdurchschnittlichen Infektionsgeschehen im Jahr 2024 einige Besonderheiten zu beachten. Die AU-Kennzahlen aufgrund der akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) sind nach wie vor überdurch-

Tabelle 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2024)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	47,8	283	5,9
M54	Rückenschmerzen	10,0	130	12,9
F32	Depressive Episode	1,9	108	57,4
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4,0	105	25,9
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	11,9	51	4,3
F33	Rezidivierende depressive Störung	0,7	48	70,1
F48	Andere neurotische Störungen	1,5	43	29,6
M75	Schulterläsionen	1,1	36	33,7
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	2,0	33	16,8
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	5,1	31	6,1

1.2 AU-Geschehen nach Diagnosen und Diagnosehauptgruppen

schnittlich hoch ausgeprägt: Die AU-Fälle liegen dabei in etwa im Bereich der beiden Vorjahre (2022: 48,6 AU-Fälle; 2023: 46,5 AU-Fälle je 100 Beschäftigte), die zugehörigen AU-Tage sind hingegen im Vergleich zum Vorjahr rückläufig (2022: 259 AU-Tage; 2023: 289 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Ein weiteres Indiz für das überdurchschnittliche und multiple Infektionsgeschehen ist die Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation (B34) sowie die sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs (A09; umgangssprachlich als Magen-

Darm-Grippe bekannt). Beide gehören zu der Diagnosehauptgruppe der Infektionen (ICD-10 GM: A00-B99) und zählen seit 2022 zu den zehn wichtigsten Diagnosen nach AU-Tagen. Allein diese drei mit unterschiedlichen Infektionen im Zusammenhang stehenden Diagnosen sind im aktuellen Berichtsjahr für etwa jeden dritten AU-Fall (33,0%) und rund jeden sechsten AU-Tag (16,3%) verantwortlich. In der digital verfügbaren **»»** Tabelle A.4 sind zusätzlich differenzierte Auswertungen nach Geschlecht und den wichtigsten Diagnosen bezogen auf die AU-Tage und AU-Fälle der Beschäftigten zu finden.

1.3 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht

Wurden in den bisherigen Analysen die wichtigsten Kennzahlen des AU-Geschehens auf Ebene der Diagnosehauptgruppen dargestellt, so rücken im folgenden Teil das Alter und das Geschlecht in den Fokus. Des Weiteren liegt das Hauptaugenmerk auf den drei für das AU-Geschehen besonders relevanten Diagnosehauptgruppen. Die digital verfügbare **»** Tabelle A. 5 beinhaltet, ergänzend zu diesem Abschnitt, Auswertungen der AU-Kennzahlen nach Altersgruppen, Geschlecht und Diagnosehauptgruppen.

- Berufstätige Frauen weisen über alle Altersgruppen hinweg im Durchschnitt mehr AU-Fälle bzw. AU-Tage als beschäftigte Männer auf.
- Im Zeitverlauf wird für die Gruppe der 60- bis 64-jährigen der stärkste Zuwachs bei den AU-Tagen sichtbar, was vermutlich ein indirekter Effekt des gestiegenen regulären Renteneintrittsalters ist.
- Insbesondere bei den jüngeren Beschäftigten ist der Anteil derjenigen, die mindestens einen AU-Fall aufweisen, wie bereits im Vorjahr, überdurchschnittlich hoch.
- Etwa zwei Drittel aller beschäftigten Frauen und Männer sind im Jahr 2024 mindestens einmal krankgeschrieben gewesen.

In **»** Diagramm 1.3.1 sind die AU-Fälle und AU-Tage der Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht zu sehen. Für alle Altersgruppen zeigt sich, dass Frauen durchschnittlich mehr AU-Fälle sowie mehr AU-Tage als Männer aufweisen. Der größte Geschlechtsunterschied – zulasten der Frauen – tritt mit einer Differenz von +2,9 AU-Tagen je Beschäftigten in der Altersgruppe ab 65 Jahren auf.

Im Zusammenhang mit dem Alter zeigt sich bei den Fehltagen ein nahezu kontinuierlicher Anstieg von den 30- bis 34-jährigen bis zu den 60- bis 64-jährigen. Im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen hat die Gruppe der über 65-Jährigen dagegen die wenigsten AU-Fälle sowie vergleichsweise niedrige Werte bei den AU-Tagen zu verzeichnen. Wesentlich ist dies auf den *healthy worker effect* zurückzuführen:

Erwerbstätige, die kurz vor dem Renteneintrittsalter stehen bzw. noch darüber hinaus weiter arbeiten, sind meist gesünder als Beschäftigte im mittleren Alter. Ursache dieses Effekts ist, dass die von (chronischen) Erkrankungen Betroffenen in den höheren Altersklassen häufig schon vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Somit nehmen die weniger gesundheitlich belasteten Beschäftigten in den höheren Altersgruppen einen überproportionalen Anteil ein, der vor allem bei den Erwerbspersonen ab dem 65. Lebensjahr den benannten Effekt hervorruft. Betrachtet man zusätzlich die Falldauer, so zeigt sich dagegen sowohl für die Männer als auch für die Frauen ein nahezu linearer Anstieg mit steigendem Lebensalter, wobei die Werte zwischen der jüngsten und der ältesten Beschäftigtengruppe um etwa das Fünffache zunehmen (unter 20-Jährige: 4,6 AU-Tage je Fall vs. 65-Jährige und ältere: 26,8 AU-Tage je Fall).

In **»** Diagramm 1.3.2 sind die AU-Tage der männlichen und weiblichen Beschäftigten für ausgewählte Altersgruppen im Zeitverlauf dargestellt. Auf den ersten Blick wird deutlich, dass in allen Altersgruppen die Frauen jeweils höhere Werte als die Männer aufweisen. Tendenziell ist dieser Unterschied bei den Fehlzeiten in den höheren Altersgruppen etwas stärker als bei den jüngeren Beschäftigten ausgeprägt. Für das Berichtsjahr 2024 liegen die Differenzen bspw. zwischen 1,7 AU-Tagen für die 25- bis 29-jährigen Beschäftigten bis zu 2,5 AU-Tagen für die 50- bis 54-jährigen Beschäftigten. Am höchsten ist die Differenz mit 2,9 AU-Tagen je Beschäftigten in der im Diagramm nicht abgebildeten Gruppe der 65-Jährigen und älteren zulasten der Frauen. Weiterhin ist hier nochmals sehr eindrücklich der Zusammenhang zwischen dem Alter und den AU-Tagen sichtbar: Mit zunehmendem Alter steigen die durchschnittlichen AU-Tage je Beschäftigten an. Dies gilt für beide Geschlechter insbesondere ab dem 30. Lebensjahr. Eine Ausnahme bilden wiederum die 65-Jährigen und älteren Beschäftigten (nicht im Diagramm dargestellt), die aufgrund des *healthy worker*

1.3 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht

Diagramm 1.3.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)

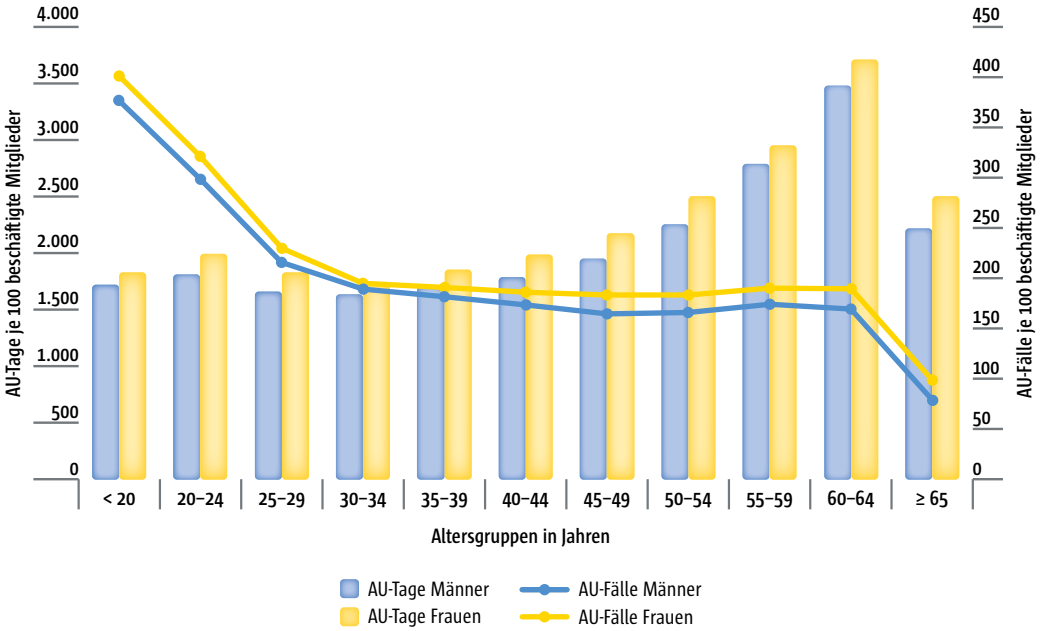


Diagramm 1.3.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Altersgruppen und Geschlecht im Zeitverlauf (2014-2024)

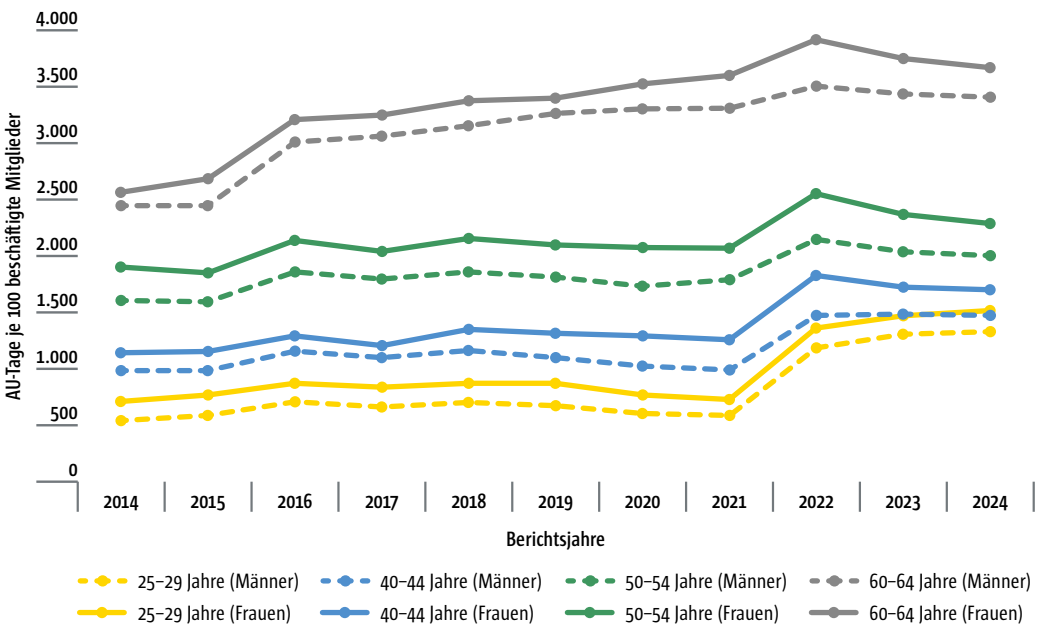


Tabelle 1.3.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)

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	34,6	31,9	36,7	32,9	37,4	31,3	36,3	32,0
1 AU-Fall	21,3	21,4	23,6	23,9	23,2	24,4	22,7	23,3
2 AU-Fälle	14,7	15,3	15,8	16,7	15,9	17,7	15,5	16,6
3 und mehr AU-Fälle	29,4	31,4	23,9	26,5	23,6	26,6	25,5	28,0

effects aus diesem Schema herausfallen und deren Fehlzeiten etwa denen der 40- bis 50-Jährigen entsprechen. Neben dem bereits mehrfach erwähnten sprunghaften Anstieg der Fehlzeiten ab dem Jahr 2022, werden über den gesamten Zeitraum die größten Steigerungen bei den Beschäftigten ab dem 60. Lebensjahr sichtbar. Dies wird vermutlich unter anderem durch die stufenweise Anhebung des Renteneintrittsalters in den letzten Jahren verursacht sein, da Beschäftigten heute, im Zweifel auch mit einem schlechteren Gesundheitszustand, länger arbeiten müssen. Zudem ist in nahezu allen Altersgruppen (ausgenommen die 25- bis 29-Jährigen) auffällig, dass der Anstieg der Fehlzeiten im Jahr 2022 sowie gleichzeitig der Rückgang ab 2023 für die Frauen stärker als für die Männer ausfällt.

Die aktuellen AU-Quoten nach Alter und Geschlecht sind in **»** Tabelle 1.3.1 zu sehen. Hier werden nochmals die Auswirkungen der überdurchschnittlich häufigen Fehlzeiten im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen sichtbar. Wiesen im Jahr 2019 noch 48,1% der beschäftigten Männer und 44,3% der beschäftigten Frauen keinen AU-Fall auf, so sind diese Anteile mit 36,3% bzw. 32,0% im aktuellen Berichtsjahr deutlich niedriger ausgeprägt. Im Gegenzug sind die Anteile in allen anderen Kategorien gestiegen, am stärksten bezogen auf drei und mehr AU-Fälle. Dies ist ebenfalls eine Auswirkung der weiterhin überdurchschnittlich ausgeprägten Infektionswellen im Jahr 2024. In der Gruppe der unter 35-Jährigen ist der Anstieg bei drei oder mehr Fällen im Vergleich zu 2019 am stärksten ausgeprägt: Sowohl bei den Männern (+14,5 Prozentpunkte) als auch bei den Frauen (+13,6 Prozentpunkte) dieser Altersgruppe ist der Anstieg deutlich höher als bspw. in der Gruppe der 50-Jährigen und Älteren (+3,0 Prozentpunkte bzw. +4,8 Prozentpunkte). Dies steht in direktem Zusammenhang mit der Tatsache, dass die zugrundeliegenden Krankheitsbilder – vor allem

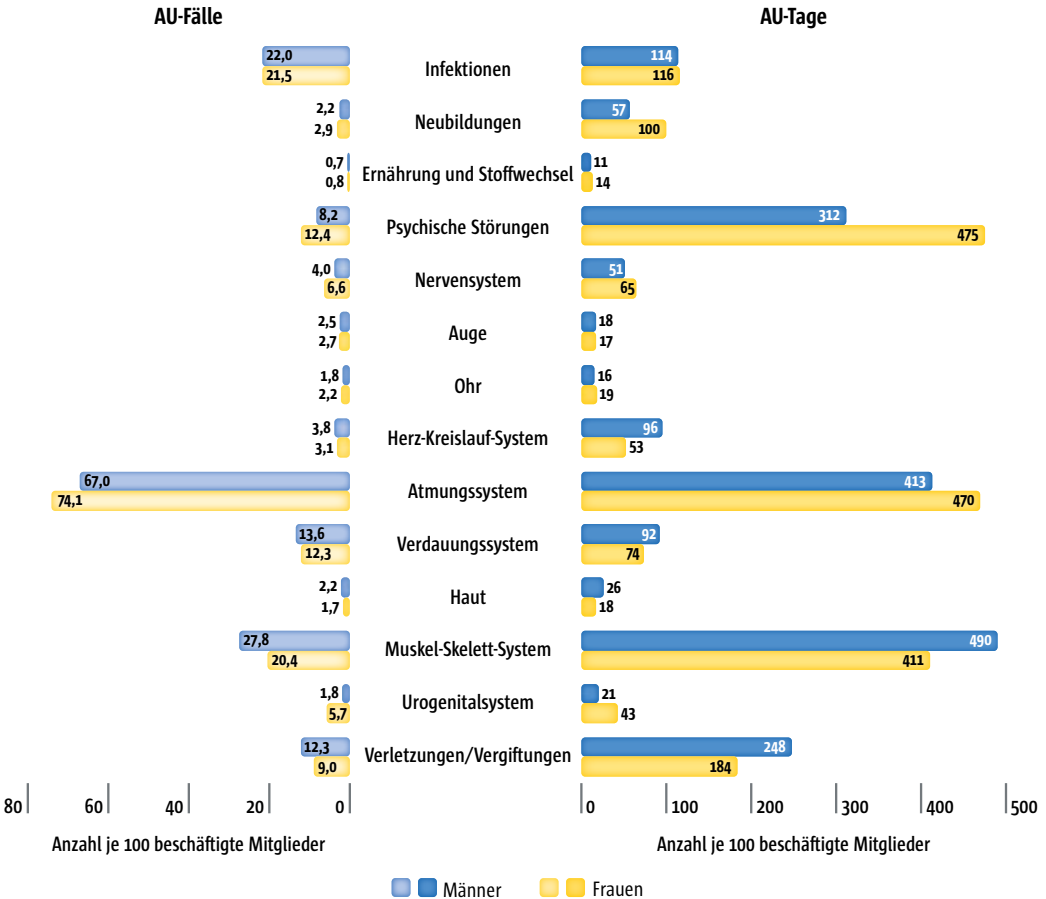
akute Atemwegserkrankungen – in den jüngeren Altersgruppen deutlich häufiger als bei den älteren Beschäftigten auftreten und zu entsprechenden AU-Fällen führen (**»** Diagramm 1.3.4).

- Berufstätige Frauen weisen höhere Fehlzeiten aufgrund von Neubildungen, psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen als ihre männlichen Kollegen auf.
- Bei männlichen Berufstätigen treten hingegen deutlich mehr AU-Fälle bzw. -Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf.
- Mit zunehmendem Alter steigt die Falldauer an, insbesondere bei Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Störungen.

In **»** Diagramm 1.3.3 sind ausgewählte Diagnosehauptgruppen für die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten nach Geschlecht abgebildet. Männliche Beschäftigte weisen vor allem bei den Verletzungen und Vergiftungen, den Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Mittel deutlich mehr AU-Fälle und AU-Tage als die weiblichen Beschäftigten auf. Dagegen sind bei Frauen durchschnittlich wesentlich mehr Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen, Atemwegserkrankungen und Neubildungen zu finden. Bei den psychischen Störungen ist dabei die Geschlechtsdifferenz mit rund +1,6 AU-Tagen zulasten der Frauen am höchsten ausgeprägt. Für alle weiteren Diagnosehauptgruppen fallen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen wesentlich geringer aus. Die Ursachen für diese Geschlechtsunterschiede sind vielfältig, wobei biologische (unterschiedliche Anatomie), soziale (unterschiedliche Sozialisation im Umgang mit dem eigenen Körper) aber auch arbeitsweltliche Faktoren (unterschiedliche Berufspräferenzen und Belastungen bei

1.3 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht

Diagramm 1.3.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)



Männern und Frauen) in Kombination miteinander wirksam werden. Das bereits erwähnte weiterhin überdurchschnittliche Niveau der AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen wird hier ebenfalls noch einmal eindrucksvoll sichtbar: Die AU-Fälle haben sich dabei im Vergleich zum Vorjahr wenig verändert, dagegen ist bei den AU-Tagen ein leichter Rückgang in gleichen Zeitraum zu beobachten.

In **III** Diagramm 1.3.4 sind die AU-Fälle und in **III** Diagramm 1.3.5 die zugehörigen AU-Tage der drei für das AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten differenziert nach Alter und Geschlecht dargestellt. Die bereits im vorhergehenden Teil von **III** Kapitel 1.3 beschriebenen Geschlechtsunterschiede werden hier zusätzlich für die unterschiedlichen Altersgruppen in gleicher Weise sichtbar. AU-Fälle und

AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen treten besonders häufig bei jungen Beschäftigten auf, während die Werte im Alter von 25 bis einschließlich 64 Jahren relativ stabil bleiben. Auch wenn die AU-Kennzahlen bei dieser Krankheitsart im Jahr 2024 weiterhin über denen der Jahre 2021 und davor liegen, bleibt das beschriebene alters- und geschlechtsspezifische Muster nahezu unverändert. Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen zeigt sich ein anderes altersspezifisches Bild: Hier steigen sowohl die AU-Fälle und vor allem die AU-Tage mit zunehmendem Alter deutlich an. Bei den psychischen Störungen ist hingegen der Anstieg bei den AU-Tagen mit zunehmendem Alter im Verhältnis zu den wenig veränderten zugehörigen AU-Fällen noch höher ausgeprägt. Diese für die hier betrachteten Krankheitsarten sehr unterschiedlichen Altersverläufe der AU-Kennzah-

Diagramm 1.3.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)

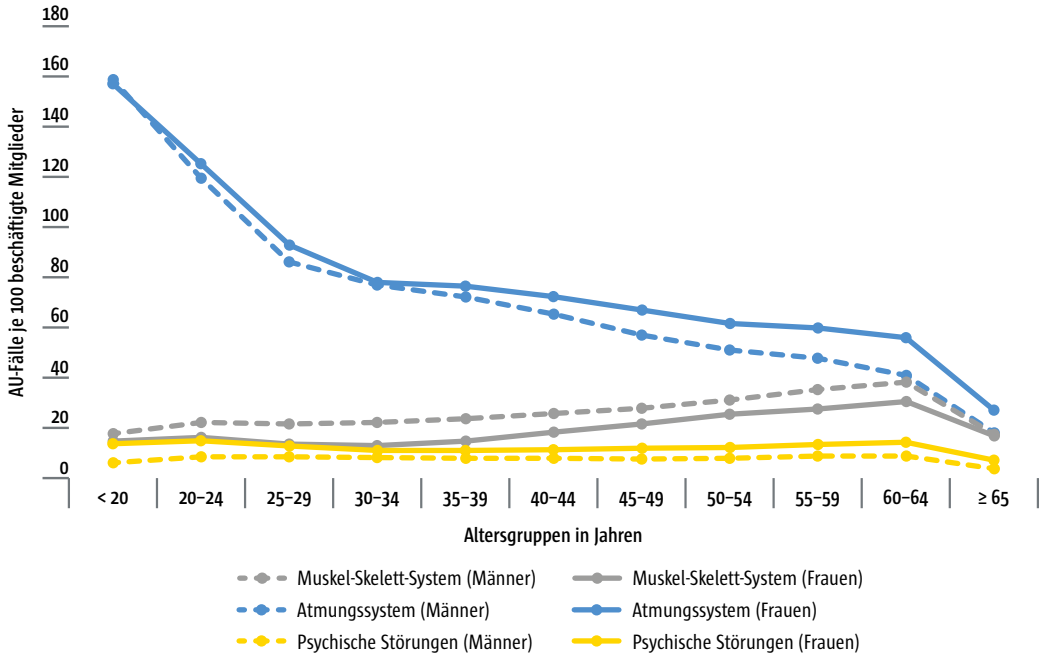
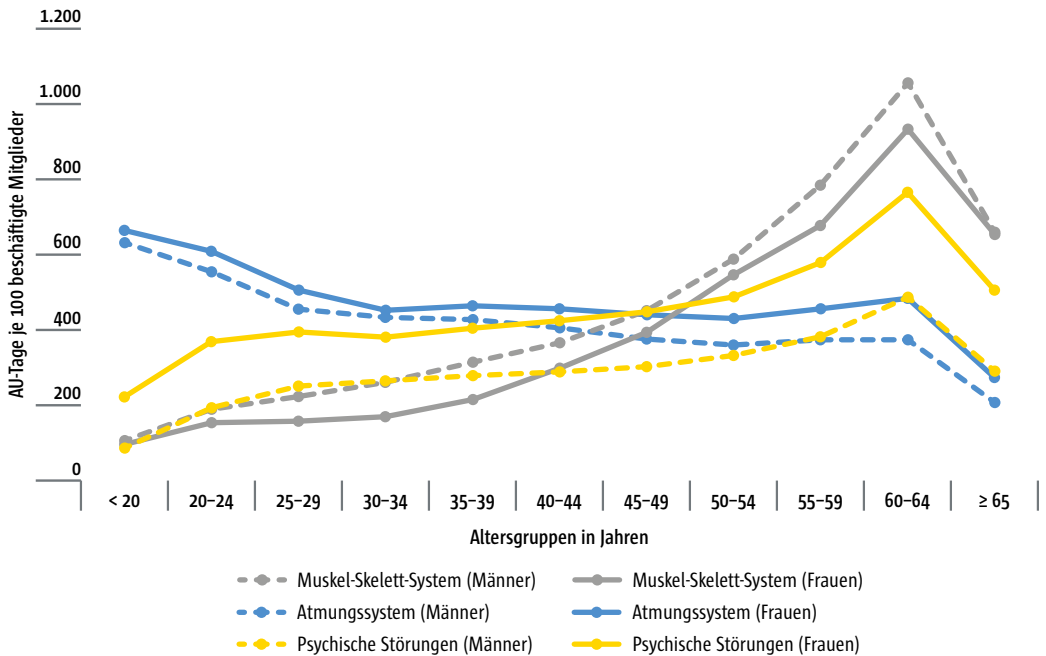


Diagramm 1.3.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)



1.3 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht

len, haben eine ebenfalls unterschiedliche Entwicklung der jeweiligen Falldauern zur Folge: Im Vergleich zwischen den unter 20-Jährigen und den 60- bis 64-Jährigen steigt die Falldauer bei den Atemwegserkrankungen (4,7 vs. 8,9 AU-Tage je Fall) sowie bei den psychischen Störungen (23,8 vs. 54,6 AU-Tage je Fall) um etwa das Doppelte und bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen (8,8 vs. 28,7 AU-Tage je Fall) um mehr als das Dreifache an.

Wiederum wird hier für alle Krankheitsarten der bereits beschriebene *healthy worker effect* bei den über 65-Jährigen als vermeintlich besonders gesunde Beschäftigtengruppe sichtbar. Trotz des selteneren Auftretens eines AU-Falls in dieser Altersgruppe ist hier dennoch die Falldauer mit Abstand am größten (Atemwegserkrankungen: 10,7 AU-Tage je Fall; psychische Störungen: 72,7 AU-Tage je Fall; Muskel-Skelett-Erkrankungen: 38,0 AU-Tage je Fall). Wird also eine Person aus dieser Altersgruppe arbeitsunfähig, was gemessen an den AU-Fällen wesentlich seltener als in den meisten anderen Altersgruppen vorkommt, so ist solch ein Fall im Durchschnitt mit einer längeren krankheitsbedingten Ausfallzeit verbunden.

Infobox Vielfalt und gesunde Arbeit

Sowohl das Alter als auch das Geschlecht von Beschäftigten sind zentrale Merkmale der Diversität in der Arbeitswelt. Altersgemischte Teams sind eine wertvolle Ressource: Ältere Beschäftigte können wichtige Erfahrungen an die jüngeren Berufstätigen weitergeben, umgekehrt bringen die Jungen neue Impulse und Ideen mit. So ist ein Wissenstransfer in beide Richtungen möglich. Das jede berufstätige Person unabhängig vom Geschlecht im Arbeitsleben gleichbehandelt werden sollte, ist fast schon als Binsenweisheit anzusehen. Trotzdem sind Themen wie der Gender Pay Gap oder tradierte Regelungen und Einstellungen zur Eltern- und Pflegezeit immer noch aktuell und sollten in jedem Unternehmen objektiv reflektiert werden. Bezogen auf die gesundheitliche Lage zeigen sich ebenfalls deutliche Einflüsse von Alter und Geschlecht: Jüngere Beschäftigte sind zwar häufiger krank, allerdings sind die Ausfallzeiten hier meist sehr kurz. Bei den älteren Berufstätigen tritt im Verhältnis eher selten ein AU-Fall ein, dafür sind diese aber meist mit einer längeren Falldauer verbunden. Zudem gibt es deutliche Unterschiede im Krankheitsspektrum des AU-Geschehens nach Alter und Geschlecht. Die Erkenntnisse aus den vorliegenden Gesundheitsdaten müssen in der Planung eines systematischen Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) berücksichtigt werden, um hier zielgenau und bedürfnisorientiert je nach Alter, Geschlecht und Lebensphase der Beschäftigten passgenaue Angebote der Verhaltens- und Verhältnisprävention offerieren zu können (BKK Gesundheitsreport 2018 bzw. BKK Gesundheitsreport 2023).

1.4 AU-Geschehen nach Regionen

Der Wohnort eines Beschäftigten beeinflusst ebenfalls dessen Gesundheit, nehmen doch die regionalen Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie zum Beispiel die Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die regionalen soziokulturellen Bedingungen darauf Einfluss. Des Weiteren spielt aber auch die Qualität der medizinischen Versorgung vor Ort eine wichtige Rolle. Im Folgenden werden deshalb die regionalen Unterschiede im AU-Geschehen im Detail dargestellt.

- Beschäftigte mit Wohnort in den Ostbundesländern weisen im Mittel deutlich mehr AU-Tage als diejenigen auf, die in den Westbundesländern wohnhaft sind.
- Bei Beschäftigten, die in Bayern und Baden-Württemberg sowie in Hamburg wohnen, sind in allen Betrachtungen die mit Abstand geringsten krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundeslandvergleich zu finden.
- Auf Landkreisebene beträgt der Unterschied zwischen dem höchsten (Salzlandkreis: 32,5 AU-Tage je Beschäftigten) und dem niedrigsten (Starnberg: 14,6 AU-Tage je Beschäftigten) Wert für die Arbeitsunfähigkeit mehr als das Doppelte.
- Diagnosespezifisch ist ebenfalls ein deutliches Ost-West-Gefälle erkennbar, lediglich mit dem Saarland ist bei den AU-Tagen aufgrund Atemwegserkrankungen und psychischer Störungen ein Westbundesland an der Spitze zu finden.

Wie in den **»»»** Methodischen Hinweisen beschrieben, basieren alle regionalen Zuordnungen der Beschäftigten auf deren Wohnort. Ergänzend hierzu finden sich in den digital verfügbaren **»»»** Tabellen A.11 und A.12 weitere AU-Kennzahlen auf Ebene der Bundesländer bzw. der Landkreise und kreisfreien Städte. In **»»»** Tabelle 1.4.1 sind zunächst die wichtigsten AU-Kennzahlen nach Bundesländern für das Jahr 2024 dargestellt.

Mit 29,1 AU-Tagen und 2,3 AU-Fällen je Beschäftigten sind im Jahr 2024 in Mecklenburg-Vorpom-

mern, wie bereits in den letzten Jahren, die höchsten Werte im Bundeslandvergleich zu finden. Dagegen sind die entsprechenden Werte in Hamburg, Bayern und Baden-Württemberg nicht nur deutlich niedriger, sondern liegen zudem unter dem Bundesdurchschnitt. Nach wie vor ist zu erkennen, dass in den Ostbundesländern nahezu durchgängig die höchsten krankheitsbedingten Fehlzeiten zu finden sind. Als wesentliche Ursachen des weiterhin bestehenden Ost-West-Unterschiedes sind vor allem die bereits eingangs beschriebenen sozioökonomischen und soziodemografischen Faktoren zu sehen.

Noch genauer lässt sich das AU-Geschehen auf Ebene der Landkreise differenzieren. Die Spannweite der AU-Tage innerhalb eines Bundeslandes ist hier meistens genau so groß wie zwischen den Bundesländern selbst. Im **»»»** Diagramm 1.4.1 wird nochmals deutlich, dass die durchschnittlichen Fehltagen der beschäftigten Mitglieder in den Ostbundesländern fast durchweg über dem Bundesdurchschnittswert von 22,3 AU-Tagen je Beschäftigten liegen. Dementsprechend sind neun der zehn Kreise (außer Herne in Nordrhein-Westfalen auf Platz 4 mit 31,8 AU-Tagen je Beschäftigten) mit den meisten Fehltagen in den Ostbundesländern zu finden. Spitzenreiter ist dabei mit durchschnittlich 32,5 AU-Tagen je Beschäftigten der Salzlandkreis in Sachsen-Anhalt. In den Westbundesländern sind das Saarland sowie Teile von Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Hessen und Nordrhein-Westfalen ebenfalls von überdurchschnittlich vielen AU-Tagen in einzelnen Landkreisen betroffen. Die gemessen an den AU-Tagen gesündeste Region ist im Jahr 2024 der Landkreis Starnberg (Bayern) mit nur 14,6 AU-Tagen je Beschäftigten. Auch insgesamt sind auf Landkreisebene in Bayern und in Baden-Württemberg sowie im Stadtstaat Hamburg die im Durchschnitt niedrigsten AU-Tage je Beschäftigten zu finden.

Abschließend werden in **»»»** Diagramm 1.4.2 die AU-Tage der Beschäftigten je Bundesland unterteilt nach den wichtigsten Krankheitsarten abgebildet. Neben dem bereits in der **»»»** Tabelle 1.4.1 dargestell-

1.4 AU-Geschehen nach Regionen

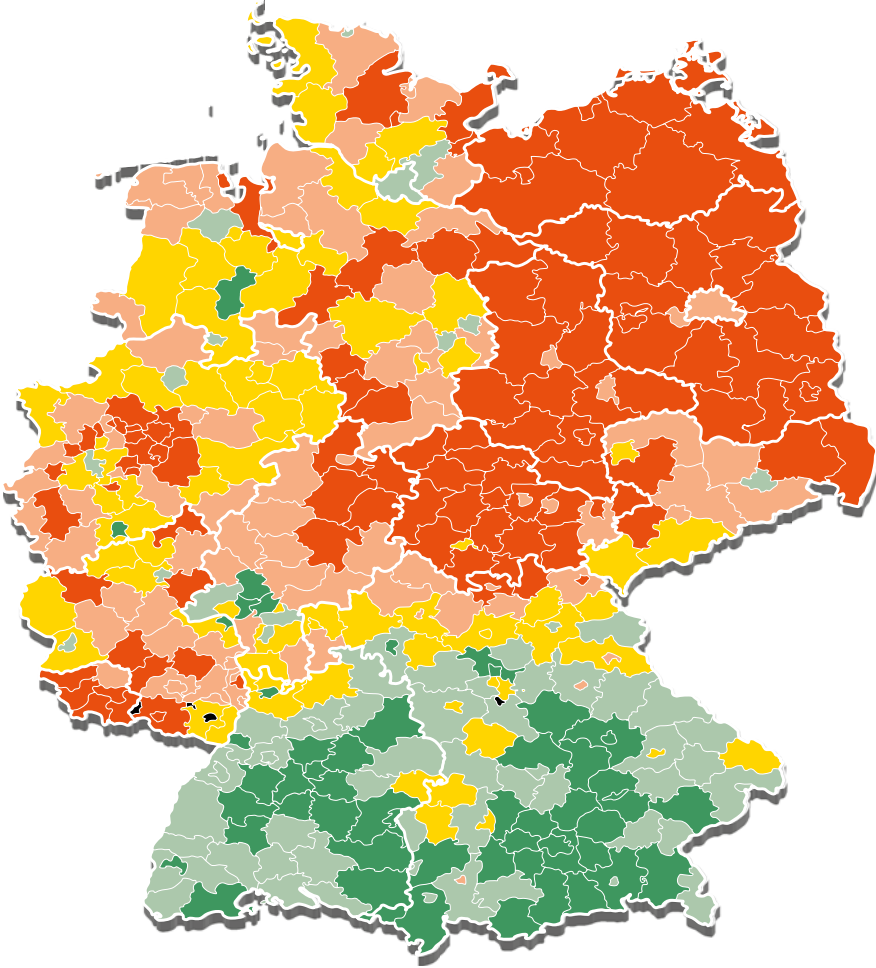
Tab. 1.4.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2024)

Bundesländer	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
	je 100 beschäftigte Mitglieder		
Baden-Württemberg	179	1.872	10,5
Bayern	180	1.952	10,8
Berlin	197	2.444	12,4
Brandenburg	206	2.769	13,4
Bremen	214	2.282	10,6
Hamburg	190	1.998	10,5
Hessen	213	2.335	10,9
Mecklenburg-Vorpommern	225	2.908	12,9
Niedersachsen	205	2.336	11,4
Nordrhein-Westfalen	208	2.440	11,7
Rheinland-Pfalz	206	2.421	11,8
Saarland	213	2.783	13,0
Sachsen	201	2.363	11,8
Sachsen-Anhalt	219	2.884	13,1
Schleswig-Holstein	214	2.404	11,2
Thüringen	211	2.798	13,3
Gesamt	196	2.233	11,4

ten Regionalmuster soll an dieser Stelle insbesondere auf die krankheitsspezifischen Unterschiede zwischen den Bundesländern geblickt werden. Auch für die einzelnen Krankheitsarten wird ein deutliches Ost-West-Muster erkennbar. Bei vier der sechs Krankheitsarten finden sich in den Ostbundesländern die meisten AU-Tage je Beschäftigten, und zwar in Sachsen-Anhalt (Muskel-Skelett-System und Verletzungen und Vergiftungen), Mecklenburg-Vorpommern (Verdauungssystem) und Thüringen (Herz-Kreislauf-System). Bei den Fehltagen aufgrund psychischer Störungen und Atemwegserkran-

kungen liegen hingegen die Beschäftigten im Saarland jeweils auf dem ersten Platz. Bei Beschäftigten mit Wohnsitz in Hamburg treten andererseits bei insgesamt drei Krankheitsarten die geringsten Fehltagen auf: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Verletzungen und Vergiftungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die niedrigste durchschnittliche Anzahl an AU-Tagen bei psychischen Störungen und Erkrankungen des Verdauungssystems ist dagegen bei den Beschäftigten in Baden-Württemberg und die niedrigsten Fehlzeiten bezogen auf das Atmungssystem in Bayern zu finden.

Diagramm 1.4.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2024)



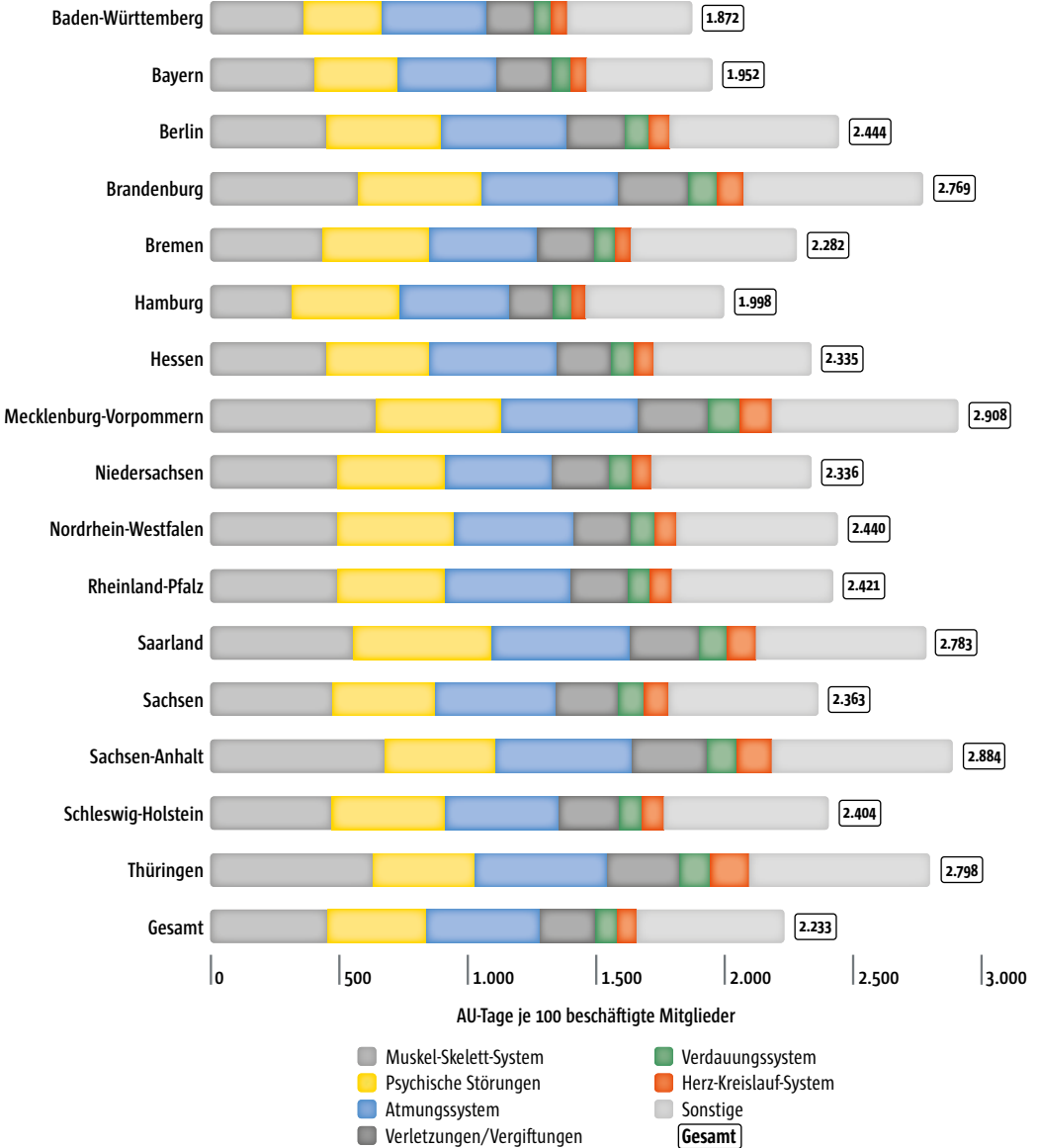
Prozentuale Abweichungen der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt (2.233 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder)

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

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

1.4 AU-Geschehen nach Regionen

Diagramm 1.4.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2024)



1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Dieser Abschnitt beleuchtet den Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit im Detail. Im Fokus der Betrachtungen stehen dabei wiederum alle beschäftigten BKK Mitglieder. Als arbeitsweltliche Indikatoren werden hierzu die Wirtschaftsgruppe und die Berufsgruppe der Beschäftigten in die Analysen einbezogen.

1.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Die niedrigsten krankheitsbedingten Fehlzeiten sind, wie bereits in den Vorjahren, bei den Beschäftigten in der Information und Kommunikation, die höchsten hingegen bei den Berufstätigen in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung zu finden.
- Der Anteil krankheitsbedingter Fehlzeiten von mehr als 6 Wochen Dauer ist bei den Beschäftigten in privaten Haushalten am größten, dagegen im Bereich Information und Kommunikation am geringsten.
- Geschlechtsunterschiede bei den AU-Kennzahlen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe sind immer dort besonders ausgeprägt, wo Frauen und Männer Tätigkeiten mit sehr unterschiedlichen Beanspruchungen und Belastungen ausüben.

Mit 29,6 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied weisen die im Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung Tätigen im Jahr 2024 insgesamt die höchsten krankheitsbedingten Fehlzeiten auf. Dahinter folgt mit 27,6 AU-Tagen je Beschäftigten der Bereich Verkehr und Lagerei sowie auf dem dritten Platz die im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen (26,7 AU-Tage je Beschäftigten). Mit 2,3 AU-Fällen je Beschäftigten sind bei der Fallhäufigkeit jeweils Berufstätige in den Bereichen Erziehung und Unterricht, Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie Gesundheits- und Sozialwesen an der Spitze zu finden. Deutlich geringere Fehlzeiten sind hingegen bei den im Bereich Information und Kommunikation Tätigen erkennbar (1,4 AU-Fälle bzw. 13,3 AU-Tage je Beschäftigten).

Geschlechtsunterschiede werden dann besonders deutlich sichtbar, wenn Männer und Frauen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe verschiedene Tätigkeiten ausüben, die mit einem unterschiedlichen Grad von körperlicher und psychischer Beanspruchung und Belastung einhergehen. Dies wird besonders in den Gruppen Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung, im Baugewerbe sowie im Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden sichtbar. In allen drei Branchen übernehmen Frauen häufiger als Männer verwaltende Aufgaben bzw. Bürotätigkeiten. Die hier in größeren Anteilen beschäftigten Männer, die überdurchschnittlich oft vor allem körperlich beanspruchende Tätigkeiten ausüben, weisen im Durchschnitt eine Kalenderwoche mehr krankheitsbedingte Fehltage pro Jahr als die dort beschäftigten Frauen auf. Im Kontrast dazu sind hingegen die im Gastgewerbe sowie in Erziehung und Unterricht und in den privaten Haushalten beschäftigten Frauen im Mittel ebenfalls eine Kalenderwoche länger krankheitsbedingt arbeitsunfähig als ihre männlichen Kollegen, was auch hier durch die, in der jeweiligen Branche, unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkte und Beanspruchungen bzw. Belastungen begründet ist (»» Diagramm 1.5.1).

In »» Diagramm 1.5.2 sind die Anteile der Langzeit-AU-Fälle bzw. Langzeit-AU-Tage differenziert nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht dargestellt. Die hier gezeigten Anteile beziehen sich dabei auf die AU-Fälle und AU-Tage mit einer Falldauer von mehr als sechs Kalenderwochen. Bezogen auf das vorhergehende »» Diagramm 1.5.1 bedeutet dies bspw. für die Gesamtwerte der Männer, dass 6,4 der insgesamt 190 AU-Fälle (= 3,4%) bzw. 897 der insgesamt 2.153 AU-Tage (= 41,7%) je 100 Beschäftigte auf eine Langzeit-Arbeitsunfähigkeit mit einer Dauer von mehr als 42 Kalendertagen zurückgehen. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Werte nur wenig verändert, liegen aber weiterhin deutlich unter den Werten des Jahres 2021 und davor. Eine Ursache sind die seit dem Jahr 2022 überdurchschnittlich hohen Fehlzeiten im Zusammenhang mit Atemwegs-

1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Diagramm 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)

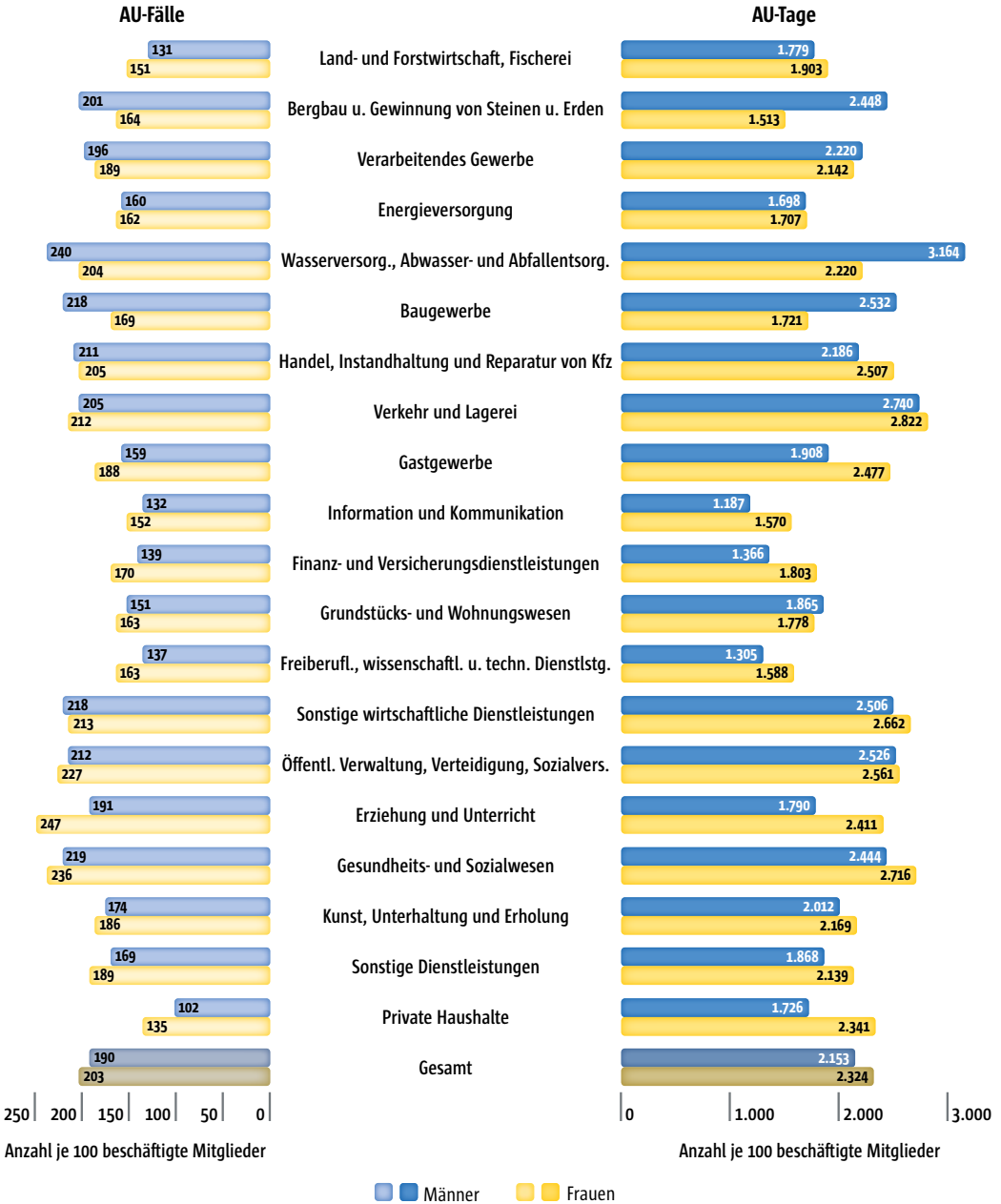
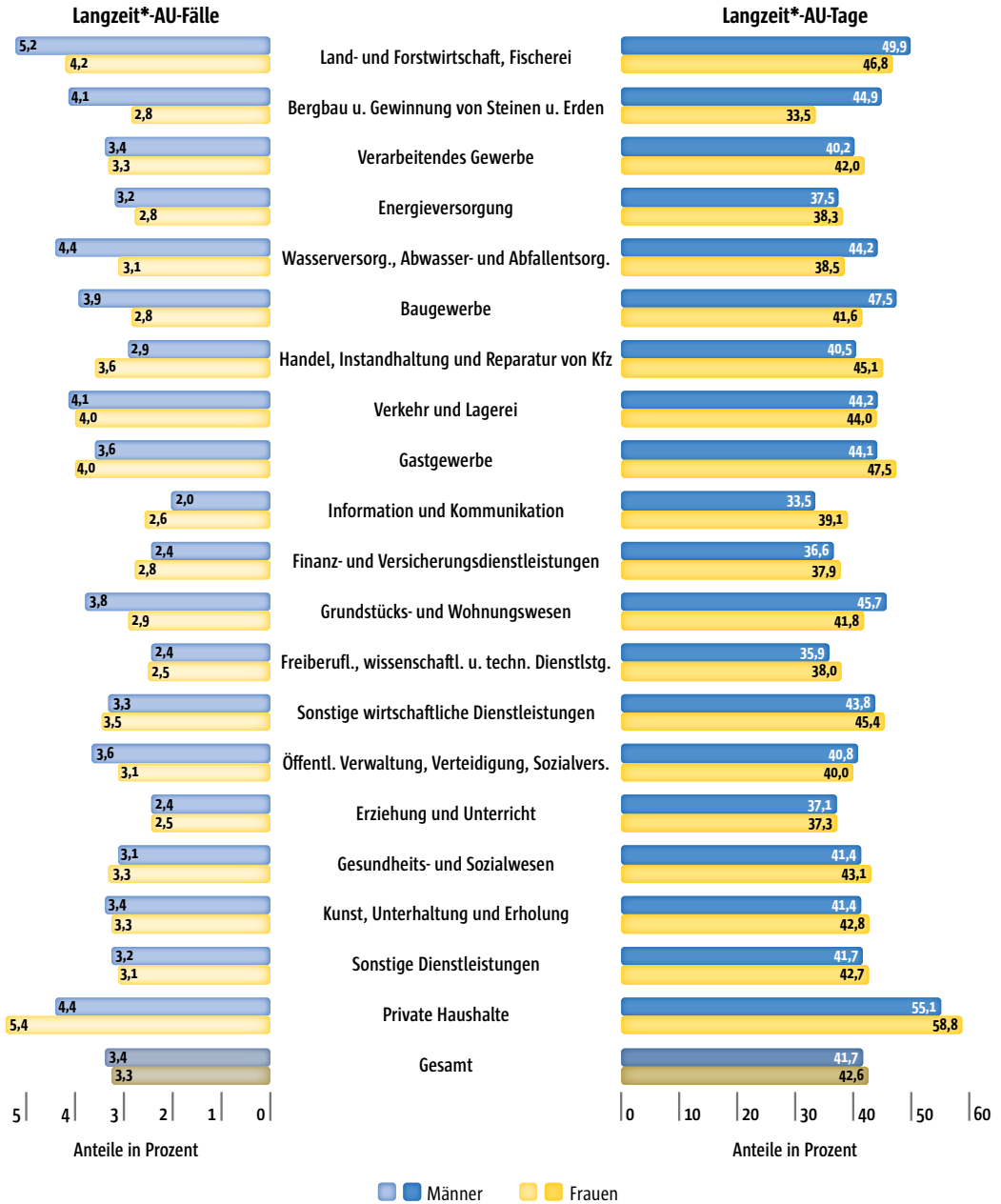


Diagramm 1.5.2 Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit*-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/-Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)



* Langzeit = Arbeitsunfähigkeit mit einer Falldauer von mehr als 42 Kalendertagen

1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

erkrankungen, die in den meisten Fällen nur von kurzer Dauer, aber insgesamt für einen Großteil des Anstieges der allgemeinen Fehlzeiten in den letzten drei Jahren verantwortlich sind.

Beschäftigte in privaten Haushalten weisen sowohl bei den Langzeit-AU-Fällen (5,3%) als auch bei den Langzeit-AU-Tagen (58,3%) insgesamt die größten Anteile auf. Hingegen verzeichnen Beschäftigte in Information und Kommunikation mit 2,2% der AU-Fälle und 35,9% der AU-Tage jeweils unterdurchschnittliche Anteile an Langzeiterkrankungen. Insgesamt zeigt sich hier ein ähnliches Muster, welches bereits bei den allgemeinen AU-Tagen im **III** Diagramm 1.5.1 sichtbar wurde. Entsprechend sind hier ebenfalls die sehr unterschiedlichen Tätigkeits-schwerpunkte und Beanspruchungen bzw. Belastungen von Männern und Frauen in diesen Wirtschaftsgruppen ein wesentlicher Grund für die Geschlechtsunterschiede im Langzeit-AU-Geschehen.

- Bei Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen sind die AU-Kennzahlen in Wirtschaftsgruppen mit ausgeprägter körperlicher Arbeitsbelastung (z.B. Baugewerbe oder Abfallbeseitigung) besonders hoch.
- Bei psychischen Störungen sind hingegen Branchen wie bspw. das Gesundheits- und Sozialwesen oder Erziehung und Unterricht stärker betroffen, wobei hier die häufigere Interaktion mit Menschen als Hauptinhalt der Tätigkeit und potenzieller Stressor ausschlaggebend ist.
- Überdurchschnittliche AU-Kennzahlen im Zusammenhang mit Erkrankungen der Atemwege finden sich vor allem in Wirtschaftsgruppen, deren Tätigkeit ebenfalls häufige Kontakte mit vielen Personen beinhaltet.
- Im Zeitverlauf zwischen 2014 und 2024 sind die starken Infektionswellen bspw. in Erziehung und Unterricht bzw. im Gesundheits- und Sozialwesen durch einen überdurchschnittlichen Anstieg der Fehlzeiten sichtbar, während die Zunahme im Bereich Information und Kommunikation um ein Vielfaches geringer ausfällt.

Im **III** Diagramm 1.5.3 sind die AU-Tage der verschiedenen Wirtschaftsabschnitte differenziert für die wichtigsten Krankheitsarten dargestellt.

Muskel-Skelett-Erkrankungen: Bei den Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung ist mit 750 AU-Tagen je 100 Beschäftigten der höchste Wert unter allen Wirtschaftsgruppen zu finden. Im Kontrast dazu weisen Beschäftigte der Wirtschaftsgruppe Information und Kommunika-

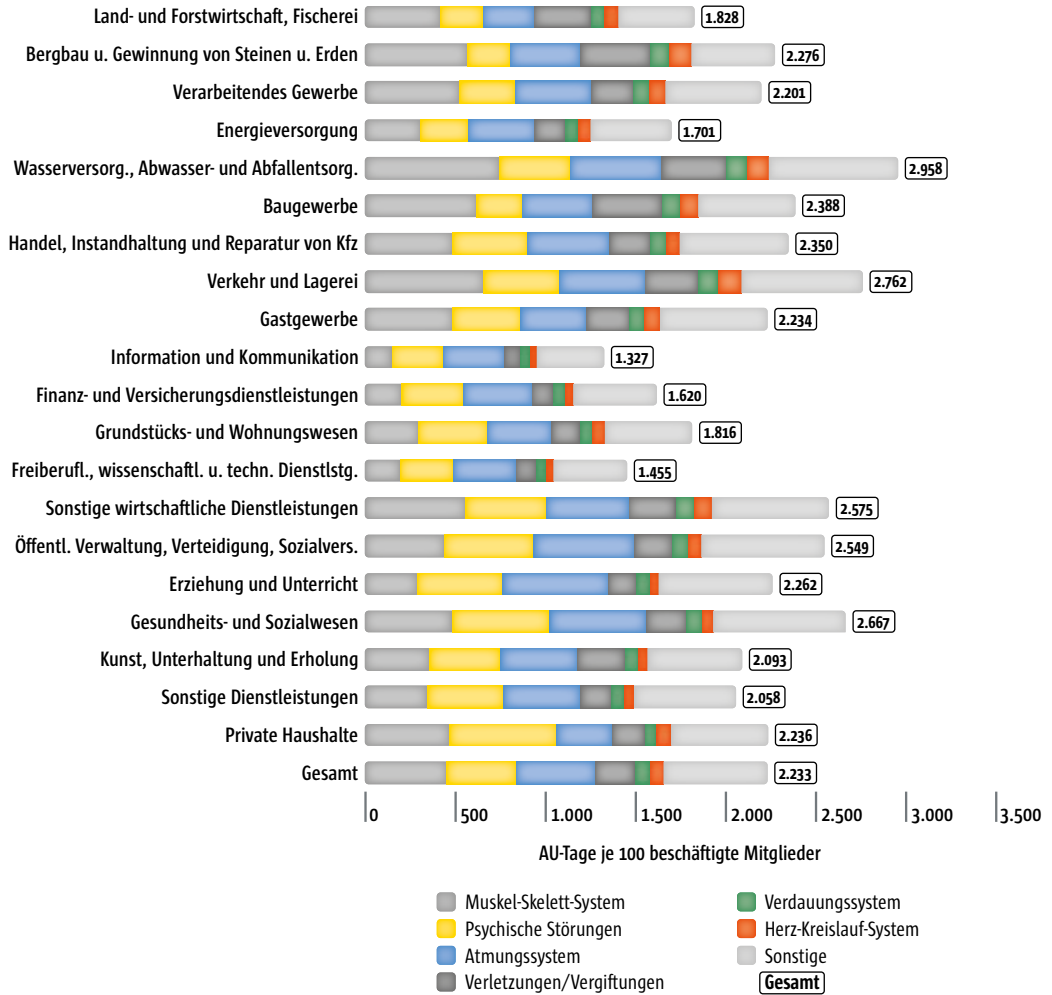
tion genau ein Fünftel dieses Wertes auf (150 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Diese Differenzen sind insbesondere durch die unterschiedlichen arbeitsbedingten Beanspruchungen und Belastungen in den einzelnen Branchen begründet: Insgesamt haben bei dieser Diagnosehauptgruppe vor allem Wirtschaftsgruppen mit besonders körperlich beanspruchender Arbeit des produzierenden Gewerbes bzw. des Handwerks (z.B. Baugewerbe) oder Dienstleistungen (z.B. Verkehr und Lagerei) auffällig viele krankheitsbedingte Fehltag.

Psychische Störungen: Ein anderes Muster zeigt sich bei dieser Diagnosehauptgruppe: Mit 543 AU-Tagen je 100 Beschäftigten steht hier das Gesundheits- und Sozialwesen wiederum an der Spitze mit den meisten Fehltagen. Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei weisen dagegen nicht einmal halb so viele Fehltag (237 AU-Tage je 100 Beschäftigte) aufgrund dieser Krankheitsart auf. Ebenfalls überdurchschnittliche Werte sind in Branchen zu finden, deren Tätigkeit vorrangig durch die Interaktion mit Menschen geprägt ist (bspw. öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung oder Erziehung und Unterricht).

Atmungssystem: Mit 586 AU-Tagen je 100 Beschäftigten weisen die in Erziehung und Unterricht Tätigen im Jahr 2024 die meisten Fehltag aufgrund von Atemwegserkrankungen im Vergleich auf. Ein erhöhtes Expositionsrisiko für Atemwegsinfektionen durch häufigen zwischenmenschlichen Kontakt bzw. durch den Umgang mit für die Atemwege gefährlichen Stoffen in den verschiedenen Branchen sind Ursachen für die stärkere Betroffenheit einzelner Wirtschaftsgruppen im Vergleich. Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei sind auch hier mit durchschnittlich 285 AU-Tagen je 100 Beschäftigten die Wirtschaftsgruppe mit dem im Vergleich niedrigsten Wert.

Verletzungen/Vergiftungen: Von Arbeitsunfähigkeit aufgrund dieser Krankheitsart sind vor allem solche Wirtschaftsgruppen (z.B. Baugewerbe, Abfallbeseitigung, Verkehr und Lagerei) stärker betroffen, deren Tätigkeit durch körperliche Belastungen bzw. ein generell höheres Unfallrisiko (z.B. durch einen Tätigkeitsschwerpunkt im Straßenverkehr bzw. an Maschinen) geprägt ist. An der Spitze steht im Jahr 2024 der Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden mit 389 AU-Tagen je 100 Beschäftigten, während die wenigsten Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart wiederum bei den Beschäftigten der Branche Information und Kommunikation mit nur 91 AU-Tagen je 100 Beschäftigten zu finden sind.

Diagramm 1.5.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2024)



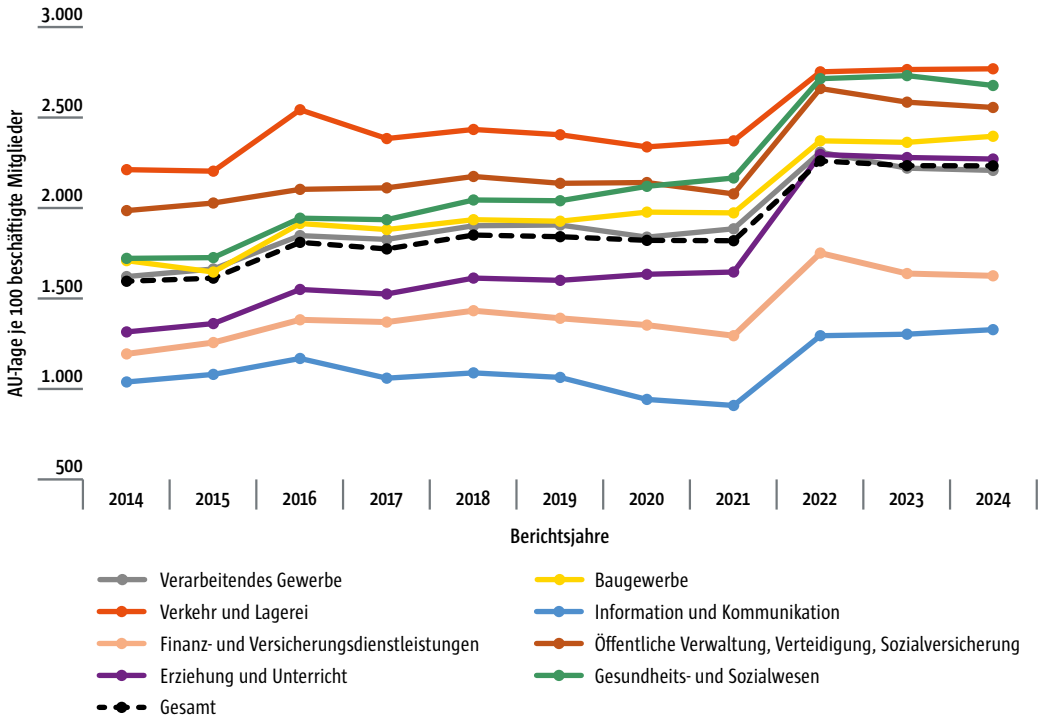
In der digital verfügbaren **»»»** Tabelle A.9 sind weitere Detailauswertungen nach Wirtschaftsabschnitten bzw. -abteilungen sowie Diagnosehauptgruppen und Geschlecht zu finden.

Neben der querschnittlichen Betrachtung der krankheitsbedingten Fehlzeiten nach Wirtschaftsgruppen lassen sich aus dem Zeitverlauf weitere Erkenntnisse ableiten (**»»»** Diagramm 1.5.4). Zu erkennen ist, dass sich die Rangfolge der hier dargestellten Wirtschaftsgruppen hinsichtlich der AU-Tage der dort Beschäftigten in den letzten Jahren kaum verändert hat. Der sprunghafte Anstieg der krankheitsbedingten Fehlzeiten im Jahr 2022 ist zwar auch an

dieser Stelle in allen Branchen sichtbar, zeigt aber besonders starke Auswirkungen im Gesundheits- und Sozialwesen, im Bereich Erziehung und Unterricht sowie auch in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung. In diesen Wirtschaftsgruppen ist der Arbeitsalltag vor allem durch den besonders häufigen Kontakt mit vielen unterschiedlichen Menschen geprägt. Da die Hauptursache des Anstiegs seit 2022 vor allem auf mehrere stark ausgeprägte Infektionswellen zurückzuführen ist, die zu einem deutlichen Anstieg der Atemwegserkrankungen und Infektionen und den damit verbundenen Fehlzeiten geführt haben, verwundert es

1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Diagramm 1.5.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten im Zeitverlauf (2014–2024)



nicht, dass insbesondere die Beschäftigten in den beiden benannten Branchen besonders stark davon betroffen sind und sich dies in den AU-Tagen widerspiegelt. Wenig überraschend zeigen sich demzufolge für die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen bzw. in Erziehung und Unterricht mit jeweils +9,6 AU-Tagen je Beschäftigten überdurchschnittliche Anstiege im Zeitverlauf zwischen 2014 und 2024. Im Bereich Information und Kommunikation sind dagegen nicht nur durchweg die mit Abstand niedrigsten Werte für die AU-Tage der dort Beschäftigten zu verzeichnen, sondern auch der Anstieg über den gleichen Zeitraum fällt mit +2,7 AU-Tagen je Beschäftigten zudem deutlich geringer aus als der Durchschnittswert aller Beschäftigten (+6,4 AU-Tage je Beschäftigten).

Neben den Auswertungen nach Wirtschaftsabschnitten gibt die Betrachtung der AU-Kennzahlen auf Ebene der Wirtschaftsabteilungen ein differenzierteres Bild des Zusammenhangs zwischen den Beanspruchungen und Belastungen der Arbeit und deren Auswirkungen auf die Gesundheit. Die »Ta-

belle 1.5.1 zeigt die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen insgesamt im aktuellen Berichtsjahr. Neben Wirtschaftsgruppen, die vor allem durch einen hohen Anteil an körperlicher Beanspruchung geprägt sind (z.B. Metallherzeugung und -bearbeitung oder Abfallbeseitigung), sind hier auch Beschäftigte aus Branchen mit einer (zusätzlich) überdurchschnittlich hohen psychischen Arbeitsbelastung (z.B. Heime, Sozialwesen, Wach- und Sicherheitsdienste) zu finden. Dagegen finden sich unter den zehn Wirtschaftsgruppen mit den wenigsten AU-Tagen vor allem Branchen, die im Verhältnis dazu eine geringere physische und psychische Arbeitsbelastung aufweisen. Zwischen beiden Gruppen zeigen sich nicht nur deutliche Unterschiede bei der Anzahl der AU-Fälle und AU-Tage, sondern auch bei der Falldauer. Der Grad der Arbeitsbelastung führt nicht nur zu mehr AU-Fällen und -Tagen, sondern, als weitere negative Auswirkung, auch zu deutlich längeren krankheitsbedingten Ausfallzeiten.

Tabelle 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2024)

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
87	Heime	243	3.365	13,9
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	241	3.170	13,2
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	222	3.000	13,5
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	204	2.940	14,4
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	215	2.924	13,6
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	196	2.922	14,9
88	Sozialwesen	240	2.877	12,0
13	Herstellung von Textilien	214	2.722	12,7
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	200	2.688	13,4
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	224	2.686	12,0
Gesamt		196	2.233	11,4
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben, Unternehmensberatung	146	1.498	10,3
72	Forschung und Entwicklung	150	1.490	9,9
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	149	1.458	9,8
71	Architektur- und Ingenieurbüros	152	1.446	9,5
58	Verlagswesen	137	1.415	10,4
73	Werbung und Marktforschung	153	1.403	9,2
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	144	1.365	9,4
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	151	1.350	8,9
60	Rundfunkveranstalter	139	1.321	9,5
62	Dienstleistungen der Informationstechnologie	137	1.275	9,3

Infobox Vielfalt und gesunde Arbeit

Die Wirtschaftsgruppe, in der ein Beschäftigter tätig ist, ist auf der organisationalen Ebene ebenfalls ein wichtiges Merkmal der Vielfalt in der Arbeitswelt. Unterschiedliche Branchen sind dabei mit unterschiedlichen Beanspruchungen und Belastungen sowie entsprechenden Folgen für die Gesundheit der dort Beschäftigten verbunden. Dies zeigt sich u.a. sehr deutlich in den branchenspezifischen AU-Kennzahlen, die zwischen den Wirtschaftsgruppen sowohl insgesamt als auch diagnosespezifisch sehr stark variieren. In Bezug auf die Gesundheit von

Beschäftigten bedeutet dies, dass man diese Dimension der Vielfalt ebenfalls unbedingt in der Planung und Umsetzung von BGM-Maßnahmen berücksichtigen muss. Jede Branche benötigt individuell zugeschnittene Angebote, die auf die jeweiligen Bedürfnisse der dort Tätigen ausgerichtet sein müssen. Nur so kann langfristig eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit für die Beschäftigten realisiert werden. Der BKK Dachverband stellt hierfür zahlreiche branchen- bzw. unternehmensspezifische Kennzahlen zur Verfügung.

1.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

Neben der Analyse des AU-Geschehens im Zusammenhang mit den Wirtschaftsgruppen, gibt die vom Beschäftigten ausgeübte Tätigkeit weiteren Aufschluss über den Einfluss arbeitsweltlicher Faktoren auf die Gesundheit. Die 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 relevante Merkmale. Dieser Abschnitt widmet sich dem ausgeübten Beruf der Beschäftigten. In der digital verfügbaren **»** Tabelle A.10 sind ergänzend die wichtigsten AU-Kennzahlen der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten, -segmenten und -hauptgruppen im Überblick sowie im Zusammenhang mit Diagnosehauptgruppen und Geschlecht zu finden.

- Die meisten krankheitsbedingten Fehltag sind, wie in den Vorjahren, bei den Reinigungsberufen, den Verkehrs- und Logistikberufen sowie den Fertigungsberufen zu finden, während die niedrigsten Werte bei den IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufen auftreten.
- Unterschiede zwischen Männern und Frauen innerhalb einer Berufsgruppe sind vor allem auf die ungleiche Verteilung weiterer Tätigkeitsmerkmale (Anforderungsniveau, Vertragsverhältnis, Stellung im Beruf) und damit verbundener unterschiedlicher gesundheitlicher Belastungen zurückzuführen.
- Die deutlichen Unterschiede bei der Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeit zwischen den Berufsgruppen zeigen eindrücklich den Einfluss der Berufstätigkeit und den damit verbundenen Belastungen für die Gesundheit von Beschäftigten.

In **»** Diagramm 1.5.5 sind die AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht dargestellt. Mit durchschnittlich 2,5 AU-Fällen je Beschäftigten weisen die Fertigungsberufe dabei die höchste Fallzahl auf. An zweiter Stelle sind nach AU-Fällen die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe (2,4 AU-Fälle je Beschäftigten) zu finden, gefolgt von den medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen sowie den Verkehrs- und Logistikberufen (jeweils 2,3 AU-Fälle je Beschäftigten).

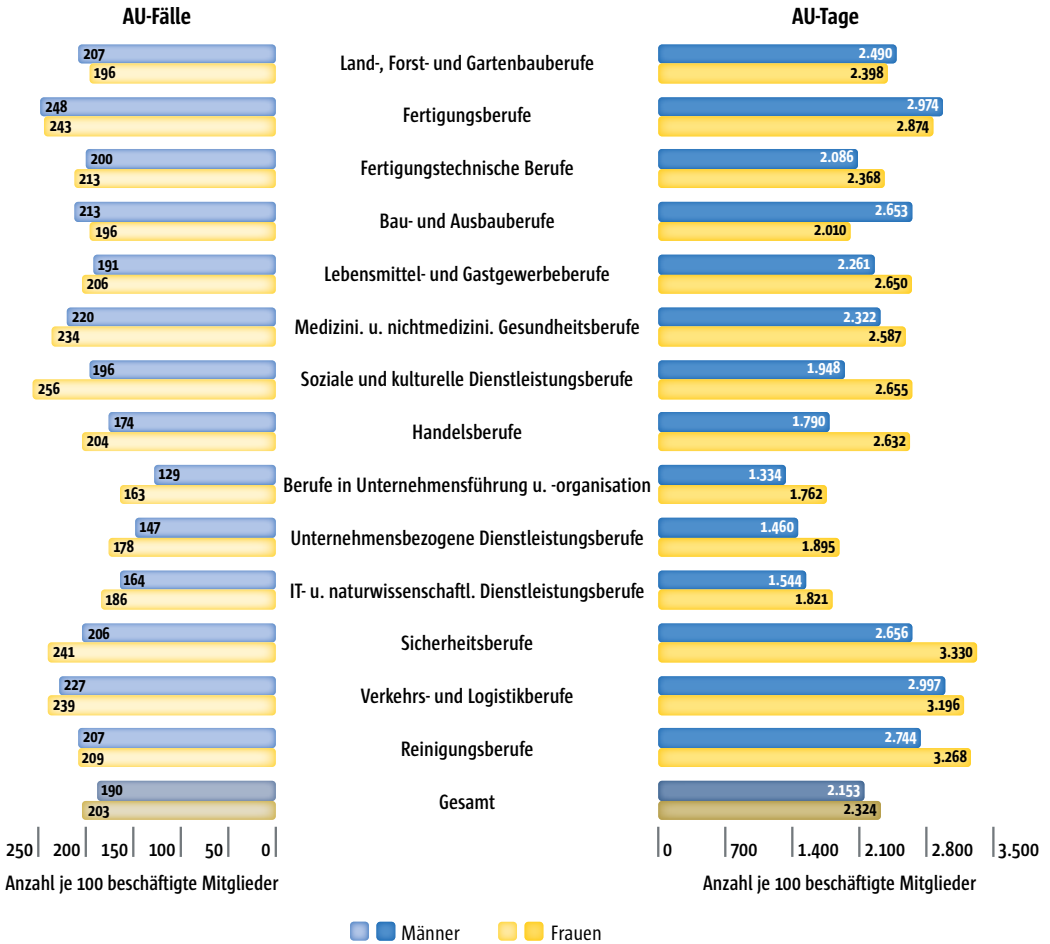
Gemessen an den Fehltagen stehen dagegen die Reinigungsberufe mit durchschnittlich 31,4 AU-Tagen je Beschäftigten an der Spitze dieses Vergleichs, gefolgt von den Verkehrs- und Logistikberufen mit 30,4 AU-Tagen je Beschäftigten und knapp dahinter

die Fertigungsberufe mit 29,6 AU-Tagen je Beschäftigten. Bei den Berufen in Unternehmensführung und -organisation sind dagegen mit 1,5 AU-Fällen und mit 16,1 AU-Tagen je Beschäftigten die jeweils niedrigsten krankheitsbedingten Fehlzeiten zu finden. Direkt dahinter folgen die IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe mit 1,7 AU-Fällen und ebenfalls 16,1 AU-Tagen je Beschäftigten.

In der geschlechtsdifferenzierten Darstellung ist zu erkennen, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Werte der Frauen insbesondere bei den AU-Tagen zum Teil deutlich über denen der Männer liegen – die größten Differenzen finden sich bei den Handelsberufen (+8,4 AU-Tage je Beschäftigten) sowie den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (+7,1 AU-Tage je Beschäftigten). 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 über denen der Männer liegt. Männliche Beschäftigte in diesem Berufssegment sind hingegen häufiger in komplexen bzw. hochkomplexen Tätigkeiten zu finden, was meist mit einer Leitungsfunktion und einem höheren schulischen- bzw. beruflichen Bildungsgrad einhergeht. Auch für die weiteren Geschlechtsunterschiede gilt, dass neben der eigentlichen Berufszuordnung weitere Tätigkeitsmerkmale (z.B. Vertragsform, Stellung im Beruf, Anforderungsniveau der Tätigkeit) die zwischen Frauen und Männern teils sehr unterschiedlich verteilt sind, Einfluss auf die Ausprägung der Fehlzeiten nehmen.

Das **»** Diagramm 1.5.6 zeigt die Anteile der AU-Fälle bzw. AU-Tage nach Berufssegmenten und Geschlecht, die mit einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Kalenderwochen im Zusammenhang stehen. Mit den jeweils höchsten Anteilswerten bezogen auf die AU-Fälle (4,7%) und AU-Tage (48,7%) sind hier insgesamt wiederholt die Beschäftigten in den Reinigungsberufen an der Spitze des Vergleichs zu finden. Ebenfalls überdurchschnittliche Anteile sind bspw. bei den Verkehrs- und Logistikberufen und den Sicherheitsberufen zu erkennen. Besonders niedrige Anteile zeigen sich hingegen bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen: nur 2,4% der AU-Fälle bzw. 34,9% der AU-Tage gehen in dieser Berufsgruppe auf Langzeit-AU-Fälle von mehr als sechs Wochen Dauer zurück. Während der Anteil der Langzeit-AU-Fälle zwischen den unterschiedlichen Berufssegmenten nur eine geringe Spannweite aufweist (min: 2,4%; max:

Diagramm 1.5.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)



4,7%), ist diese bei den Langzeit-AU-Tagen deutlich größer ausgeprägt (min: 34,9%; max: 48,7%). Daran zeigt sich noch einmal eindrücklich, dass Langzeit-AU-Fälle gemessen an allen AU-Fällen ein eher seltenes Ereignis darstellen, diese aber gleichzeitig einen überproportional großen Anteil aller AU-Tage ausmachen.

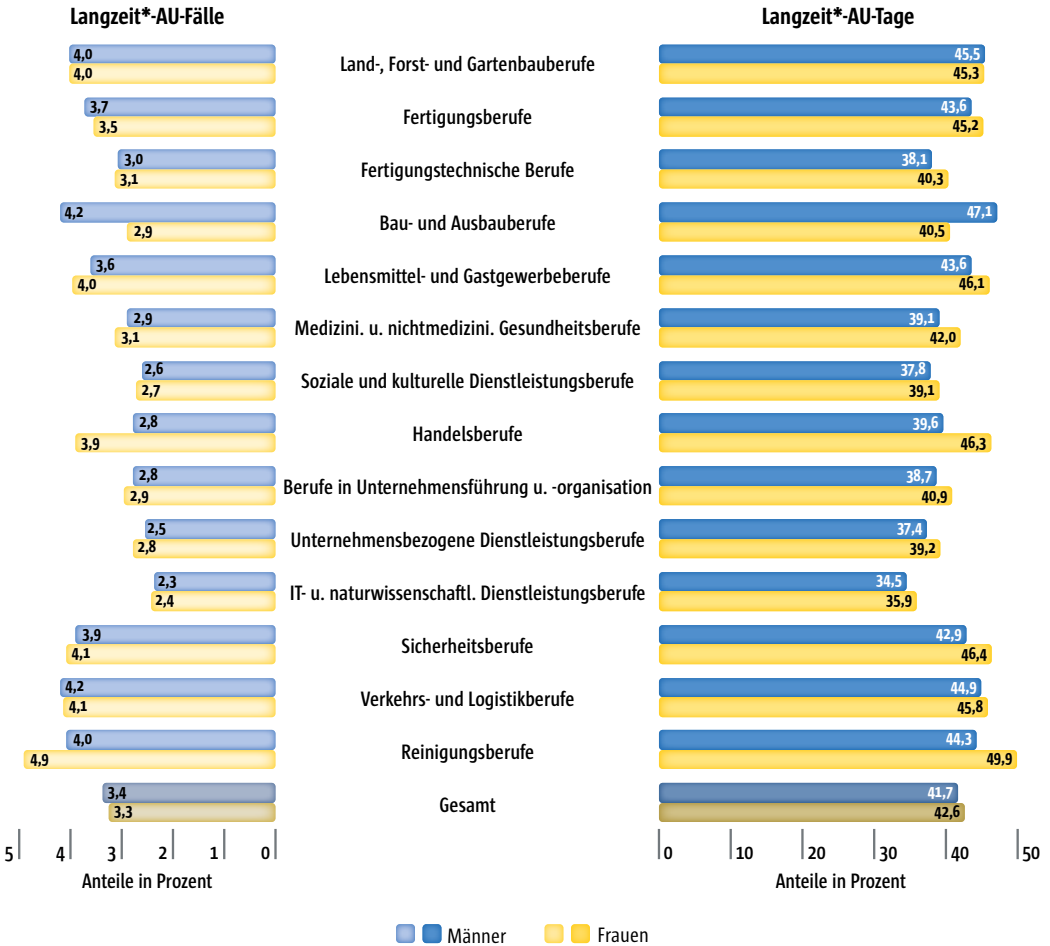
Die mit Abstand größten Geschlechtsunterschiede, bezogen auf die Anteile der Langzeit-AU-Tage, sind hier – zulasten der Frauen – wiederum bei den Handelsberufen (+6,7 Prozentpunkte) zu finden. Ähnlich hoch, allerdings zulasten der Männer, fällt dieser Unterschied mit +6,6 Prozentpunkten bei den Bau- und Ausbauberufen aus. Auch bei diesen beiden Berufsgruppen sind die bereits erwähnten Unter-

schiede bei den weiteren Tätigkeitsmerkmalen in gleichen Berufen mehrheitlich ausschlaggebend für die Kennwertdifferenzen zwischen Männern und Frauen.

- In körperlich besonders beanspruchenden Berufen (v.a. in der Fertigung oder Produktion) finden sich besonders hohe Fehlzeiten aufgrund von Muskelskelett-Erkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen.
- Überdurchschnittlich viele Fehlzeiten wegen psychischer Störungen und Atemwegserkrankungen finden sich in Berufen, deren Beschäftigte aufgrund ihrer Tätigkeit häufig zwischenmenschlichen Kontakt haben.

1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Diagramm 1.5.6 Arbeitsunfähigkeit – Anteile der Langzeit*-AU-Fälle bzw. -Tage an allen AU-Fällen/-Tagen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)



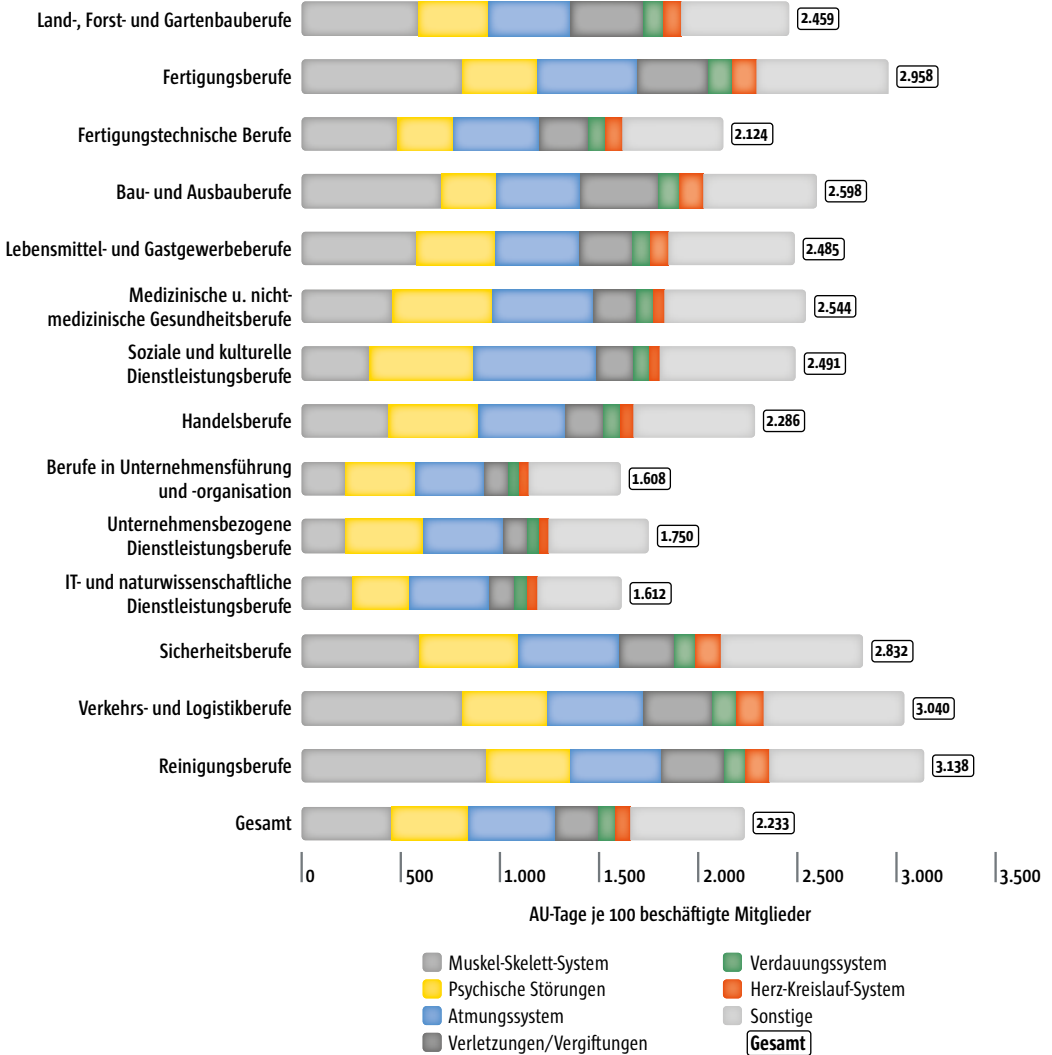
* Langzeit = Arbeitsunfähigkeit mit einer Falldauer von mehr als 42 Kalendertagen

- Berufsgruppen, die besonders stark durch die aktuell hohe Infektionslast (bspw. soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe) betroffenen sind, weisen im Zeitverlauf eine überdurchschnittliche Zunahme der krankheitsbedingten Fehlzeiten auf.
- Beschäftigte in der Altenpflege weisen, wie in den vergangenen Jahren auch, wiederum die mit Abstand meisten krankheitsbedingten Fehlzeiten aller Berufsgruppen auf.

Das **»»»** Diagramm 1.5.7 stellt die AU-Tage nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen für die einzelnen Berufssegmente dar.

Muskel-Skelett-Erkrankungen: Nicht nur insgesamt, sondern auch bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen liegen die Reinigungsberufe mit durchschnittlich 933 AU-Tagen je 100 Beschäftigte an der Spitze. Dagegen wird nicht einmal ein Viertel dieses Wertes bei Beschäftigten in den Berufen in Unternehmensführung und -organisation erreicht (220 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Überdurchschnittlich viele Fehlzeiten wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen sind zudem bei weiteren Berufen mit einer hohen körperlichen Beanspruchung und Belastung (bspw. Fertigungsberufe, Bau- und Ausbauberufe etc.) zu finden.

Diagramm 1.5.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2024)

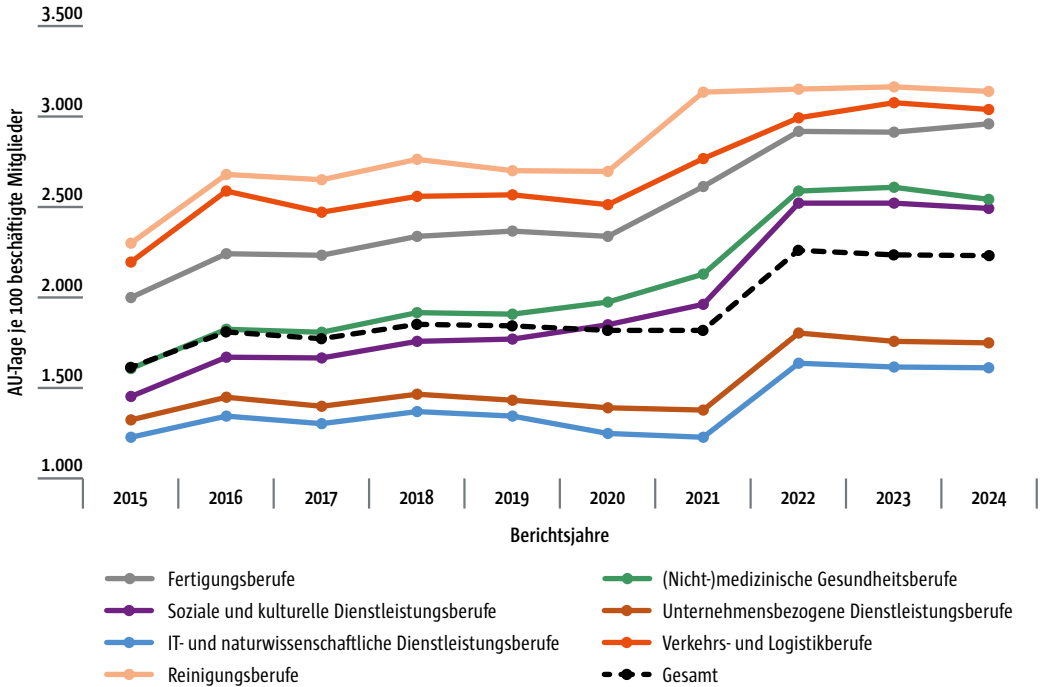


Psychische Störungen: Ein anderes Muster wird bei den Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart sichtbar – hier sind die in den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen Tätigen mit 522 AU-Tagen je 100 Beschäftigten am stärksten betroffen, gefolgt von den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (500 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und den Sicherheitsberufen (499 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Auch an dieser Stelle zeigt sich, dass die Beschäftigten in Berufen, bei denen die Interaktion mit anderen Menschen im Zentrum steht und somit

potenziell mehr (zwischenmenschliche) Stresssituationen vorkommen können, überdurchschnittlich von Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen betroffen sind. Verstärkend spielt hier zudem der wesentlich höhere Anteil beschäftigter Frauen in den besonders stark betroffenen Berufssegmenten eine Rolle. Frauen sind insgesamt signifikant häufiger von psychischen Störungen betroffen als Männer¹.

1 Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland.

1.5 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Diagramm 1.5.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufssegmenten im Zeitverlauf (2015–2024)


Atemwegserkrankungen: Hier finden sich die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe mit 617 AU-Tagen je 100 Beschäftigten, gefolgt von den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (510 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und den Sicherheitsberufen (507 AU-Tage je 100 Beschäftigte) an der Spitze. Die höhere Exposition gegenüber Atemwegsinfektionen durch häufigen Kontakt mit Menschen sind für die überdurchschnittlichen Fehlzeiten bei diesen Berufsgruppen ausschlaggebend.

Verletzungen/Vergiftungen: Bei den AU-Tagen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen sind vor allem solche Berufe betroffen, deren Beschäftigte einer erhöhten körperlichen Beanspruchung und Unfallgefahr ausgesetzt sind. Hierzu zählen zum Beispiel die Bau- und Ausbauberufe (395 AU-Tage je 100 Beschäftigte), die Land-, Forst- und Gartenbauberufe (371 AU-Tage je 100 Beschäftigte) bzw. die Fertigungsberufe (355 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Wie bereits bei der längsschnittlichen Betrachtung der AU-Tage nach Wirtschaftsgruppen (III Diagramm 1.5.4), zeigt sich auch bei den Berufssegmenten ein ähnliches Muster (III Diagramm 1.5.8). Die Rangfolge zwischen den einzelnen Berufssegmenten

bleibt im Zeitverlauf nahezu unverändert. Hier wirkt sich ebenfalls der Anstieg der AU-Tage im Jahr 2022 am deutlichsten auf solche Berufsgruppen aus, deren Haupttätigkeit durch häufigen zwischenmenschlichen Kontakt geprägt ist. Der mit +10,4 AU-Tagen größte Anstieg zwischen 2015 und 2024 ist entsprechend bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen feststellbar, wobei die Fehlzeiten dieser Berufsgruppe seit 2020 über dem Bundesdurchschnitt liegen. Im Kontrast dazu beträgt dieser Anstieg bei den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen gerade einmal +3,9 AU-Tage je Beschäftigten.

Eine detaillierte Darstellung des AU-Geschehens auf Ebene einzelner Berufsgruppen zeigt die III Tabelle 1.5.2. Zu sehen sind jeweils die zehn Berufsgruppen, die im Jahr 2024 die meisten bzw. wenigsten AU-Tage insgesamt auf sich vereinen. Mit durchschnittlich 38,7 AU-Tagen je Beschäftigten stehen die in der Altenpflege Tätigen in diesem Jahr wiederum an der Spitze dieser Rangliste. Daneben sind vor allem Fertigungsberufe (bspw. Metallherstellung) sowie Verkehrs- und Logistikberufe (bspw. Servicekräfte im Personenverkehr) unter den zehn Berufsgruppen mit den meisten AU-Tagen zu finden.

Tabelle 1.5.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2024)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Tage je Fall
		je 100 beschäftigte Mitglieder		
821	Altenpflege	263	3.870	14,7
214	Industrielle Keramikerstellung und -verarbeitung	255	3.604	14,1
281	Textiltechnik und -produktion	251	3.494	13,9
213	Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	260	3.443	13,2
221	Kunststoff- und Kautschukherstellung und -verarbeitung	272	3.432	12,6
243	Metalloberflächenbehandlung	242	3.378	14,0
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	224	3.365	15,0
525	Bau- und Transportgeräteführung	236	3.343	14,1
241	Metallerzeugung	238	3.342	14,0
514	Servicekräfte im Personenverkehr	254	3.297	13,0
Gesamt		196	2.233	11,4
411	Mathematik und Statistik	110	1.153	10,5
432	IT-Systemanalyse, IT-Anwendungsberatung und IT-Vertrieb	132	1.152	8,8
814	Human- und Zahnmedizin	131	1.123	8,5
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	127	1.101	8,7
434	Softwareentwicklung und Programmierung	131	1.027	7,9
912	Geisteswissenschaften	139	1.014	7,3
711	Geschäftsführung und Vorstand	70	988	14,1
271	Technische Forschung und Entwicklung	115	983	8,6
914	Wirtschaftswissenschaften	108	971	9,0
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	91	819	9,0

Mit durchschnittlich 8,2 AU-Tagen je Beschäftigten haben, ebenfalls wie im Vorjahr, Beschäftigte mit Lehr- und Forschungstätigkeiten an Hochschulen die wenigsten Fehltag - das entspricht nur rund einem Fünftel des berichteten Höchstwerts in der Altenpflege. Im Gegensatz zu den zehn Berufsgruppen mit den meisten Fehltagen entstammt hier die Mehrzahl den kaufmännischen und unternehmensbezogenen bzw. den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen.

Die AU-Fälle unterscheiden sich in ähnlicher Weise zwischen den hier aufgeführten Berufsgruppen: Beschäftigte in der Altenpflege weisen mehr als dreimal so viele AU-Fälle wie die Beschäftigten in Geschäftsführung und Vorstand auf (263 vs. 70 AU-Fälle je 100 Beschäftigte). Mit überdurchschnittlichen AU-Tagen gehen zudem auch mehrheitlich überdurchschnittliche Falldauern einher. Das ist als Hinweis darauf zu bewerten, dass hier anteilig häufiger als bei anderen Berufen Langzeiterkrankungen vorkommen, die in Folge zu längeren krankheitsbedingten Ausfallzeiten führen.

1.6 Zusammenfassung und Ausblick

Im Jahr 2024 bleibt die durchschnittliche Anzahl der krankheitsbedingten Fehltag das dritte Jahr in Folge mit mehr als drei Kalenderwochen pro Beschäftigten weiter auf einem hohen Niveau. Hauptursache sind nach wie vor die weiterhin überdurchschnittlich häufig auftretenden AU-Fälle und AU-Tage im Zusammenhang mit Atemwegserkrankungen. Wie bereits in den beiden Vorjahren, ist auch im Jahr 2024 eine ungewöhnlich hohe Aktivität unterschiedlicher Erreger von Atemwegserkrankungen und Infektionen zu beobachten gewesen. Entsprechend sind die Atemwegserkrankungen im Jahr 2024 weiterhin für die meisten AU-Fälle und nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen zweitmeisten AU-Tage als Ursache von Arbeitsunfähigkeit verantwortlich. Dies führt zu einer weiterhin unterdurchschnittlichen Gesamtfalldauer. Unabhängig von der besonderen Relevanz der Atemwegserkrankungen sind die Muskel-Skelett-Erkrankungen, die psychischen Störungen sowie die Verletzungen und Vergiftungen weiterhin die häufigsten Gründe für krankheitsbedingte Fehlzeiten. Alle vier Krankheitsarten zusammen sind für die überwiegende Mehrheit aller AU-Fälle und AU-Tage im aktuellen sowie auch in den vergangenen Jahren bei den Beschäftigten verantwortlich.

In den weiteren Analysen zeigt sich ebenfalls ein gleichbleibendes Muster, welches bereits in den Vorjahren zu erkennen war: Wirtschafts- bzw. Berufsgruppen mit einer besonders hohen körperlichen

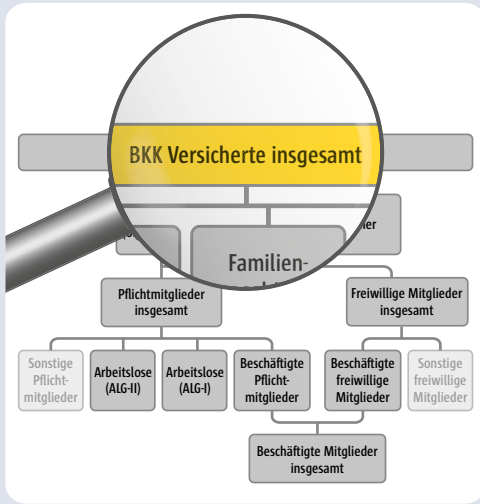
und/oder psychischen Arbeitsbelastung weisen entsprechend überdurchschnittliche krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund somatischer und/oder psychischer Erkrankungen auf. Im Detail werden dabei weitere Zusammenhänge mit dem Alter, dem Geschlecht und weiteren soziodemografischen und arbeitsweltlichen Merkmalen sichtbar, die in Kombination miteinander ein differenziertes Bild ergeben. Das Alter und das Geschlecht der Beschäftigten sind zwei Kernvariablen der Vielfalt, die zudem maßgeblich im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand im Arbeitsweltkontext stehen. Daneben können für weitere Merkmale der Vielfalt in der Arbeitswelt, wie dem Wohnort, der Branche und dem Beruf der Beschäftigten ebenfalls in den vorliegenden Analysen Zusammenhänge sichtbar gemacht und Ableitungen daraus für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen gezogen werden. Vielfalt in der Arbeitswelt ist Bereicherung und Herausforderung zugleich. So vielfältig wie die Arbeitswelt ist, so vielfältig müssen auch die Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung gestaltet sein. Für die Betriebskrankenkassen mit ihrer arbeitsweltlichen DNA ist die Ausrichtung von BGM-Angeboten an die Vielfalt der Belegschaft von Unternehmen schon immer ein fester Bestandteil ihrer Arbeit. Beispiele hierfür finden sich unter anderem in den Beiträgen des diesjährigen Abschnitts **» Schwerpunkt Praxis.**

2

Ambulante Versorgung

Isabelle Oehse, Karin Kliner, Dirk Rennert und Matthias Richter





In diesem Kapitel wird das Versorgungsgeschehen im ambulanten Sektor dargestellt. Anders als im AU-Geschehen (III Kapitel 1), in dem nur die krankengeldberechtigten Versicherten (im Wesentlichen sind dies die beschäftigten Mitglieder sowie Personen im ALG-I-Bezug) betrachtet werden, werden für die ambulante Versorgung alle BKK Versicherten in die Auswertungen einbezogen. Unter anderem sind darin auch Kinder sowie Rentnerinnen und Rentner

enthalten, die im Kontext des AU-Geschehens nicht einbezogen werden können. Berichtet werden die Anteile der Versicherten, bei denen im aktuellen Berichts-jahr im Rahmen der ambulanten Versorgung mindestens einmal eine Diagnose dokumentiert und abgerechnet wurde (III Methodische Hinweise). Berücksichtigt wird dabei das vollständige Spektrum der ICD-Diagnosen – diese erfassen nicht nur behandlungsbedürftige Erkrankungen, sondern schließen auch präventive Maßnahmen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen mit ein. In der ambulanten Versorgung sind Vorsorge- bzw. Früherkennungsmaßnahmen für einen relativ großen Teil der Konsultationen ursächlich. Bei der Interpretation der nachfolgend dargestellten Kennzahlen ist zu beachten, dass diese ausschließlich auf den im Rahmen der Abrechnung dokumentierten Diagnosen basieren – Folgekonsultationen aufgrund derselben Diagnose werden dabei nicht gesondert ausgewiesen. Entsprechend bilden die Daten weder die Häufigkeit noch die zeitliche Abfolge von Arzt-Patient- oder Therapeut-Patient-Kontakten ab. Die hier berichteten administrativen Prävalenzen geben somit lediglich den Anteil der BKK Versicherten wieder, bei denen innerhalb eines definierten Zeitraums mindestens eine entsprechende Diagnose vorliegt. Sie sind daher nicht mit empirisch ermittelten Prävalenzen gleichzusetzen, wie sie bspw. in bevölkerungsbasierten Studien erhoben werden.

2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

- 90,9% der BKK Versicherten waren im Jahr 2024 mindestens einmal ambulant in Behandlung. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr nahezu gleichgeblieben.
- Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (93,7%), ist dabei größer als der Anteil der Männer (88,1%).

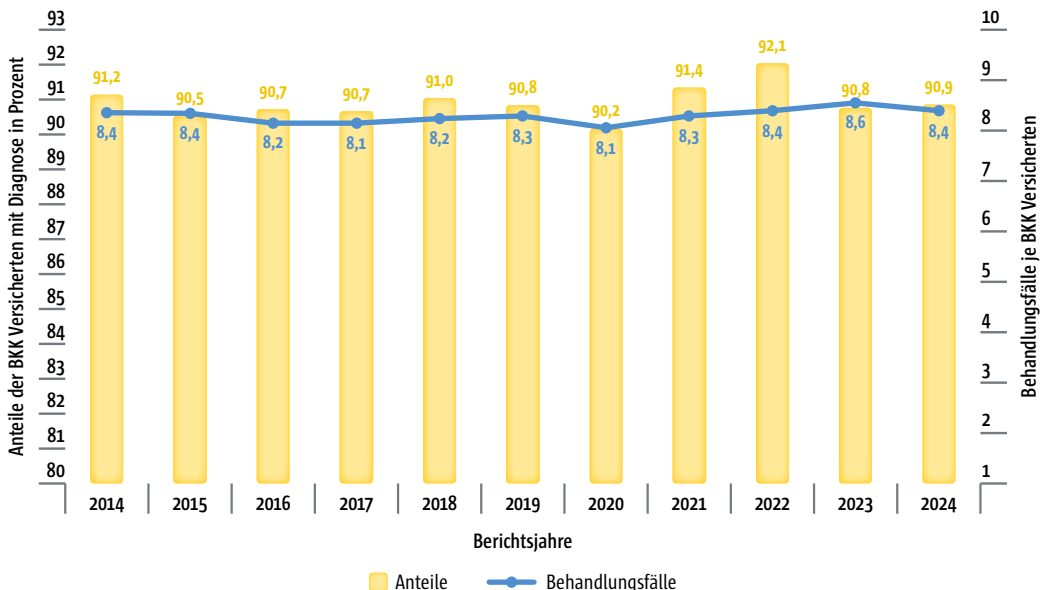
Im aktuellen Berichtsjahr 2024 haben 90,9% der BKK Versicherten insgesamt mindestens einmal eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen, bei der eine Diagnose dokumentiert worden ist. Dabei ist der Anteilswert bei Frauen mit 93,7% höher als bei den Männern (88,1%). Somit ist im Vergleich zum Vorjahr die durchschnittliche Anzahl Versicherter,

die ambulant behandelt worden, nahezu gleichgeblieben (jeweils +0,1 Prozentpunkte).

Betrachtet man darüber hinaus die weiteren Jahre in der letzten Dekade (»»» Diagramm 2.1.1), lagen die Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in der Zeit vor Ausbruch der Coronavirus-Pandemie weitgehend stabil zwischen 90% und 91%. Deutlich hervortreten hingegen die Pandemiejahre: 2020 mit dem niedrigsten Anteil an Versicherten in ambulanter Behandlung (90,2%) und 2022 mit dem höchsten Wert im betrachteten Zeitraum (92,1%).

Zusätzlich zur allgemeinen Kennzahl der Inanspruchnahme liegt für diesen Zeitraum auch die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle vor. Im aktuellen Berichtsjahr 2024 beläuft sich dieser Wert auf 8,4 Behandlungsfälle je BKK Versicherten.

Diagramm 2.1.1 Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose im Zeitverlauf (2014–2024)



»»» **Behandlungsfälle**

Die genaue Anzahl der Arzt-Patient-Kontakte kann anhand der GKV-Abrechnungsdaten nicht exakt nachvollzogen werden. Vielmehr werden darin Behandlungsfälle quartalsweise dokumentiert, welche die Behandlungen derselben ambulanten Praxis, an demselben Versicherten, innerhalb des jeweiligen Quartals, die bei derselben Krankenkasse abgerechnet wurden, abbilden. Dabei ist aber anzunehmen, dass bei nicht wenigen Behandlungsfällen mehrere Kontakte pro Quartal erfolgt sind. Dies lässt sich bspw. auch anhand eines Vergleiches mit der Zahl der Behandlungsfälle zu Zeiten der Praxisgebühr (erhoben von 2004 bis 2012) nachvollziehen: Dabei war es aufgrund der quartalsweisen neu fälligen Gebühr den Patientinnen und Patienten daran gelegen, möglichst viele Behandlungen innerhalb eines Quartals zu bündeln. Entsprechend lag die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle im Jahr 2012 noch bei 7,0 je Versicherten. Nach der Abschaffung der Praxisgebühr stieg dieser Wert hingegen auf 8,3 Behandlungsfälle im Jahr 2013 an.

2.2 Ambulante Versorgung nach Diagnosen und Diagnosehauptgruppen

- Im Jahr 2024 ist der Anteil derer, die mindestens einmal wegen Atemwegserkrankungen ambulant behandelt worden sind, zwar erneut rückläufig, dennoch bleibt dieser Wert mit 49,6% weiterhin über dem Vorpandemie-Niveau.
- Bei anderen Erkrankungsarten zeigt sich hingegen ein weitgehend stabiles Bild im Vergleich zu den Vorjahren: Muskel-Skelett-Erkrankungen betreffen knapp die Hälfte der Versicherten, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten rund 40%, Krankheiten des Urogenitalsystems, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie psychische Störungen jeweils etwas mehr als ein Drittel.

Die im vorherigen Abschnitt berichtete und als relativ gering einzustufende Schwankungsbreite des Anteilswertes von Versicherten mit mindestens einer ambulant gestellten Diagnose setzt sich im Wesentlichen auch bei der Differenzierung nach den zugrunde liegenden Krankheitsarten fort (III Diagramm 2.2.1). Entsprechend sind die meisten Erkrankungsarten seit Jahren in wenig veränderten Anteilen Grund für eine ambulante Konsultation. Allerdings stechen im Vergleich der letzten zehn Jahre zumindest drei Diagnosehauptgruppen mit stärkeren Veränderungen in den Anteilswerten heraus.

Faktoren der Inanspruchnahme: Wie schon in den Vorjahren sind die meisten ambulant gestellten Diagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme (Zoo-Z99). Für diese Diagnosehauptgruppe zeigt sich jedoch ein deutlicher Anstieg der Kennwerte: Bereits seit Beginn der Analysen im ambulanten Sektor wurde der größte Anteil der Diagnosen dieser Gruppe zugeordnet (Durchschnitt 2014 bis 2019: 60%). Im Jahr 2020 erhöhte sich der entsprechende Anteil jedoch markant und erreichte 73,5% der BKK Versicherten. Diese enorme Steigerung ist wesentlich auf die unter die allgemeinen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) fallende

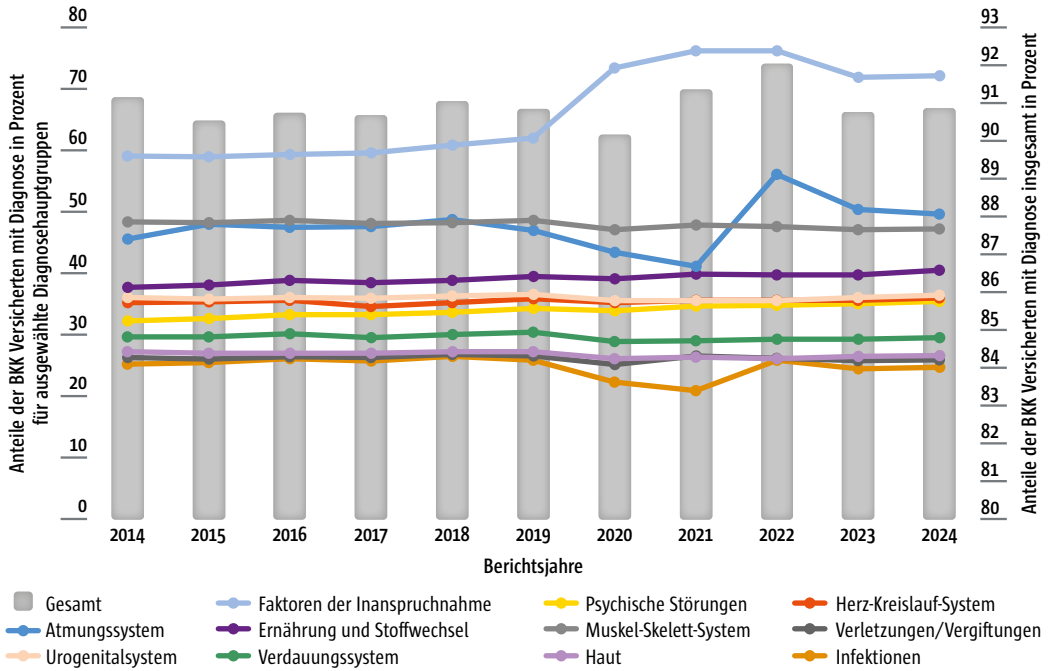
Diagnose für Laboruntersuchungen (Z01.7) zurückzuführen, die deutlich häufiger als in den Vorjahren dokumentiert worden ist. Im aktuellen Berichtsjahr sind bei 72,2% der Versicherten Inanspruchnahmefaktoren dokumentiert worden, dies sind +0,3 Prozentpunkte weniger als noch im Vorjahr.

Atemwegserkrankungen: In den durch die Coronavirus-Pandemie stark geprägten Jahren 2020 und 2021 waren die Anteile von Versicherten, die wegen Krankheiten des Atmungssystems behandelt wurden, deutlich zurückgegangen (2019: 47,0%; 2020: 43,5%). Im Jahr 2022 stieg hingegen der Anteil der Versicherten mit einer ambulant behandelten Atemwegserkrankung deutlich an – um +15,0 Prozentpunkte auf 56,2%. In keiner anderen Erkrankungsgruppe war in den vergangenen Jahren eine derart starke Veränderung zu beobachten. Gründe dafür dürften der Wegfall von Pandemiemaßnahmen, die damit einhergehende Zunahme von Sozialkontakten sowie eine Verbreitung von gleich mehreren virulenten Erregerstämmen gewesen sein. Im aktuellen Berichtsjahr wurden 49,6% der BKK Versicherten aufgrund von Atemwegserkrankungen behandelt. Damit ist dieser Wert zum zweiten Mal in Folge rückläufig, liegt aber weiterhin mehr als +2 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der Jahre 2014 bis 2019.

Infektionen: Ein vergleichbarer Verlauf lässt sich auch bei den Infektionen beobachten, wenn auch in abgeschwächter Form: Nach einem deutlichen Rückgang in den Jahren 2020 (22,3%) und 2021 (21,0%) stieg der Anteil der Versicherten mit einer entsprechenden Diagnose im Jahr 2022 (25,9%) wieder deutlich an und erreichte damit das Niveau von 2019 (25,9%) und den Vorjahren. Im aktuellen Berichtsjahr ist der Anteil mit 24,8% leicht höher als im Vorjahr (+0,2 Prozentpunkte).

Bei den anderen Erkrankungsarten sind die Anteilswerte in der letzten Dekade relativ stabil geblieben.

Diagramm 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2024)



ben. Muskel-Skelett-Erkrankungen führten in der Regel bei etwas weniger als der Hälfte aller Versicherten zu einer ambulanten Behandlung (2024: 47,3%) und stellten im Jahr 2024 den dritthäufigsten Anlass für eine Arztkonsultation dar. Mit Abstand folgen nach diesen drei Diagnosegruppen die Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (40,5%). Wegen Krankheiten des Urogenitalsystems (36,5%), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (35,8%) oder psychischer Störungen (35,5%) sind wiederum etwas mehr als ein Drittel der Versicherten mindestens einmal in ambulanter Behandlung gewesen.

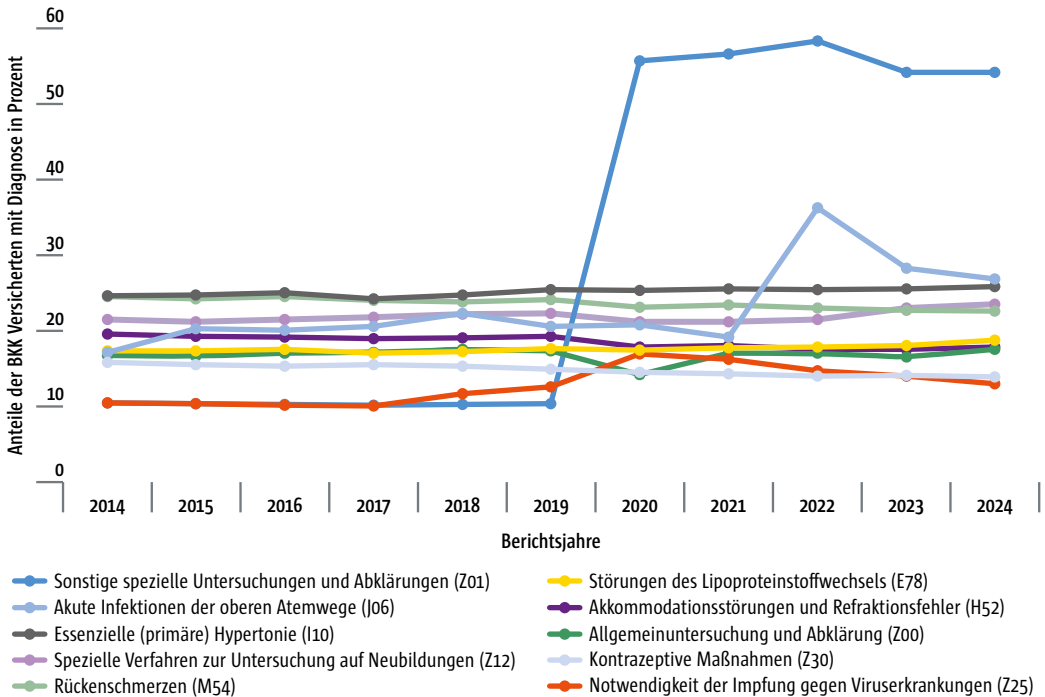
Bei nicht-infektiösen Erkrankungen zeigen sich hingegen nur unwesentliche Veränderungen: Wie schon in den Vorjahren ist etwa ein Viertel der BKK Versicherten wegen Bluthochdrucks (I10) in Behandlung, nur etwas weniger aufgrund von Rückenschmerzen (M54). Etwas mehr als jeder Sechste war von Störungen des Lipoproteinstoffwechsels (E78) bzw. von Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52) betroffen.

- Die mit Abstand häufigste Einzeldiagnose ist wie schon in den Vorjahren die Kategorie der sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01). Hierunter fallen diverse Organuntersuchungen, aber auch Labortests.
- Mit einem Anteilswert von 26,8% ist eine akute Atemwegsinfektion (J06) auch im aktuellen Berichtsjahr zweithäufigster Grund für eine ambulante Behandlung gewesen. Damit verbleibt dieser Wert aber weiterhin auf überdurchschnittlichem Niveau im Vergleich zu den Vor-Pandemie-Jahren.

Die Analyse der zehn häufigsten Einzeldiagnosen in der ambulanten Versorgung (»»» Diagramm 2.2.2) zeigt, dass die Entwicklung der Anteilswerte für dokumentierte Faktoren der Inanspruchnahme vor allem mit den sonstigen speziellen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) verbunden ist. Dazu zählen u. a. Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs, aber auch zahnärztliche, ohren- und augenärztliche Untersuchungen. Bis 2019 wurde diese Diagnose nur bei etwa 10% der Versicherten dokumentiert. Ab 2020 stieg der Wert jedoch auf über 50%, was insbesondere auf die deutlich häufigere Vergabe der Unterdiagnose Z01.7 zurückzuführen ist (siehe hierzu den folgenden Exkurs: »»» Faktoren der Inanspruchnahme des Ge-

2.2 Ambulante Versorgung nach Diagnosen und Diagnosehauptgruppen

Diagramm 2.2.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2014–2024)



sundheitswesens). Auch im aktuellen Berichtsjahr 2024 ist der Anteilswert mit 54,1% weiterhin mit Abstand an der Spitze der Einzeldiagnosen. Wie im Vorjahr ist die zweithäufigste Diagnose die akute Infektion der oberen Atemwege (J06), aufgrund derer 26,8% in ambulanter Behandlung gewesen sind. Dies entspricht einem Rückgang um -1,5 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr, liegt aber weiterhin deutlich über dem Durchschnitt der vergangenen zehn Jahre. Ebenso leicht rückläufig im Vergleich zum Vorjahr ist auch der Anteil der Versicherten, die wegen Viruserkrankungen geimpft wurden (Z25) (-1,1 Prozentpunkte). Dagegen nahm die Inanspruchnahme der Allgemeinuntersuchung und Abklärung (Z00) leicht zu (+1,0 Prozentpunkte). Bei den übrigen Diagnosen innerhalb der Top Ten zeigen sich nur geringfügige Veränderungen: Untersuchungen auf Neubildungen (Z12) wurden 2024 von knapp einem Viertel der Versicherten in Anspruch genommen (23,5%). Mehr als jeder vierte Versicherte ist aufgrund von essentieller (primärer) Hypertonie (I10) – allgemein als Bluthochdruck bezeichnet – behandelt worden (25,8%). Rückenschmerzen wurden bei etwas mehr als jedem fünften Versicherten (22,6%) diagnosti-

ziert. Störungen des Lipoproteinstoffwechsels (E78) und Akkommodationsstörungen sowie Refraktionsfehler (H52) betrafen jeweils etwas mehr als jeden sechsten Versicherten.

Exkurs Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Eine wesentliche Besonderheit der ambulanten Versorgung sind die häufig verwendeten Diagnoseschlüssel aus dem Kodierungsspektrum Z00 bis Z99. Durch diese werden die „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (in diesem Kapitel kurz als „Faktoren der Inanspruchnahme“ bezeichnet) dokumentiert. Bei dieser Kodierung handelt es sich um ein sehr heterogenes Spektrum von für die Behandlung relevanten und zu dokumentierenden Informationen. Im Wesentlichen sind dies Zusatzinformationen z.B. über sozioökonomische oder psychosoziale Lebensumstände (u.a. in der sozialen Umgebung oder dem Berufsleben) sowie potenzielle Gesundheitsrisiken (u.a. Kontakt mit

und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten oder allgemein aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände). Außerdem finden sich unter diesen Kodierungen erbrachte Leistungen, die nicht von einer Erkrankung verursacht sind (z.B. allgemeine Untersuchungen, Vorsorgeleistungen, Empfängnisverhütung). So werden auch Laboruntersuchungen erfasst, der bisher geltende Ersatzwert „UUU“ ist seit dem Jahr 2020 ungültig und wurde durch die Kodierung Z01.7 ersetzt¹. Entsprechend deutlich häufiger wurde dieser Diagnoseschlüssel im Vergleich zu den Vorjahren dokumentiert. Darunter gefasst sind diverse in-vitro-diagnostische Untersuchungen, auch die sogenannten PCR-Labortests zum Nachweis einer Coronavirus-Infektion fallen darunter. Da allerdings die Umstellung der Kodierung mit der Coronavirus-Pandemie zusammenfällt, ist unklar, wie groß der jeweilige separate Einfluss dieser beiden Faktoren ist. Allgemein gilt wesentlich, dass das Dokumentieren und Ab-

rechnen dieser Zusatzdiagnosen nur dann zulässig ist, wenn diese zusammen mit einer Hauptdiagnose gestellt werden. Eine alleinige Angabe von Z-Diagnosen ist nur dann erlaubt, wenn die abzurechnenden Leistungen nicht in einer Erkrankung begründet sind (z.B. Prävention)². Aufgrund dessen treten diese Diagnosen auch nur sehr selten als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit auf. Die beschriebene Heterogenität der verschiedenen Einzeldiagnosen zeigt sich zudem in teils stark ausgeprägten Geschlechtsunterschieden: So sind kontrazeptive Maßnahmen (Z30) fast ausschließlich für Frauen relevant. Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12), zu denen u. a. das Hautkrebscreening und die Darmkrebsfrüherkennung zählen, werden von Frauen rund dreimal häufiger in Anspruch genommen als von Männern. Auch zeigen sich bei den verschiedenen Impf-Diagnosen (Z24 – Z27) bei den Männern geringere Anteilswerte im Vergleich zu den Frauen.

1 Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband (2025). Bundesmantelvertrag – Ärzte: § 57a: Diagnosekodierung, Verwendung Ersatzwert. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag_1/2025-04-01_BMV-Aerzte.pdf [abgerufen 29.08.2025]

2 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024). Wegweiser ICD-10-GM: Wesentliche Regelungen für den vertragsärztlichen Bereich. <https://www.kbv.de/documents/infotehk/publikationen/praxisinfo/praxisinfo-kodieren-icd-10-gm-wegweiser.pdf> [abgerufen 29.08.2025]

2.3 Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht

- Nicht nur insgesamt, sondern auch bezogen auf die meisten Erkrankungsarten sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Zudem nehmen viele Diagnosen mit zunehmendem Alter zu.
- Besonders Herz-Kreislauf-Erkrankungen steigen im Alter deutlich an. Dies gilt vor allem für Bluthochdruck (I10): Acht von zehn Versicherten ab 70 Jahren befinden sich deswegen in ambulanter Behandlung.
- Erkrankungen des Atmungssystems nehmen hingegen mit zunehmendem Alter ab. Dabei ist sogar ein „Rentenknicke“ zu beobachten: Ab dem Renteneintrittsalter sind die Anteile der Versicherten, die deshalb ambulant behandelt werden, erkennbar geringer als bei den jüngeren Versicherten.
- Es zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede bei Krebsvorsorge-Untersuchungen: Fast jede zweite Frau zwischen 30 und 70 Jahren nimmt diese in Anspruch. Während Männer erst ab dem 55. Lebensjahr häufiger zur Krebsvorsorge gehen, jedoch übersteigt ihr Anteil nie 30%.

Zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen bestehen teils deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung, wie das **»»»** Diagramm 2.3.1 zeigt. Bis zur Altersgruppe der 10- bis 14-jährigen unterscheiden sich die Anteile von Mädchen und Jungen mit mindestens einer ambulanten Diagnose kaum. Der vergleichsweise hohe Wert bei (Klein-)Kinder bis neun Jahre (über 92%) lässt sich vor allem durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen erklären. Ab dem Alter von 15 Jahren zeigt sich jedoch ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Die Anteilswerte der Frauen liegen teilweise deutlich über denen der Männer. So suchen neun von zehn Frauen mindestens einmal im Jahr ambulant medizinische bzw. therapeutische Hilfe auf. Dies ist insbesondere auf geschlechtsspezifische Vorsorgeuntersuchungen sowie – in den entsprechenden Altersgruppen – auf die regelmäßige Verordnung von Kontrazeptiva (**»»»** Kapitel 4.3) zurückzuführen. Frauen befinden

sich dadurch unweigerlich sehr viel kontinuierlicher in ärztlicher Betreuung. Bei den männlichen Versicherten hingegen nimmt der Anteil derer mit einer ambulanten Diagnose ab dem Jugendalter deutlich ab. Wie auch schon in den Vorjahren weisen die Männer in der Altersklasse der 25- bis 29-jährigen mit 79,7% den geringsten Anteilswert auf. In den höheren Altersgruppen steigen die Anteile auch bei Männern wieder deutlich an – auf 94,3% bei den 65- bis 69-jährigen. Jenseits des Renteneintrittsalters nähern sich die Werte von Männern und Frauen wieder an und liegen auf einem vergleichbaren Niveau.

Im zeitlichen Vergleich zeigen sich die stärksten Schwankungen bei Männern im Alter zwischen 20 und 54 Jahren (**»»»** Diagramm 2.3.2). Da Männer dieser Altersgruppe – wie zuvor erläutert – insgesamt seltener als Frauen oder andere Altersgruppen ambulante Leistungen in Anspruch nehmen, treten Veränderungen oder Schwankungen in ihrem Inanspruchnahmeverhalten besonders deutlich hervor. Ein Beispiel hierfür liefert die Coronavirus-Pandemie: Zu Beginn des Jahres 2020 ging die Inanspruchnahme bei den 20- bis 34-jährigen Männern merklich zurück, vermutlich um Kontakte mit potenziell Infizierten zu vermeiden. Im darauffolgenden Jahr war in dieser Gruppe hingegen der stärkste Anstieg zu verzeichnen, wahrscheinlich bedingt durch Impfnotwendigkeit. Ein gegenläufiger Verlauf lässt sich bei den 5- bis 9-jährigen beobachten: Hier sanken die Anteile in den Jahren 2020 und 2021, vermutlich infolge eines verstärkten Infektionsschutzes sowie durch die zeitweise ausgesetzten Fristen für Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen. Im längeren Zeitverlauf betrachtet ist hingegen die größte Veränderung in der Inanspruchnahme bei den Frauen im Alter von 20 bis 24 Jahren zu beobachten. So ist im aktuellen Berichtsjahr 2024 der Anteilswert um –2,3 Prozentpunkte geringer als noch 2015.

Wie bereits erwähnt, befinden sich in der Regel mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Im aktuellen Berichtsjahr 2024 beträgt diese

Diagramm 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)

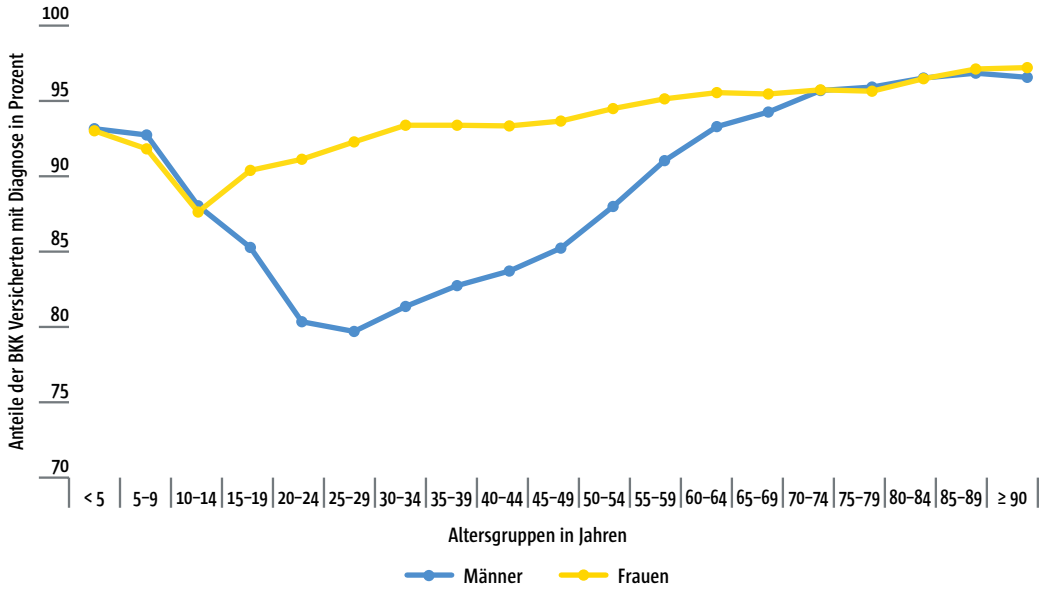
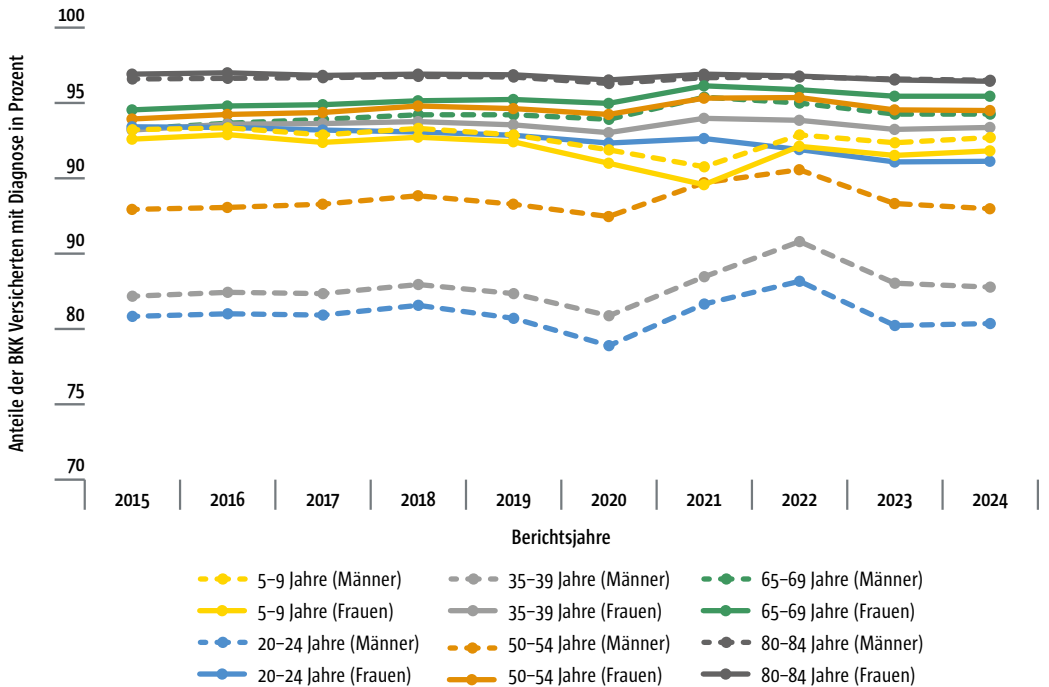


Diagramm 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Altersgruppen und Geschlecht im Zeitverlauf (2015-2024)



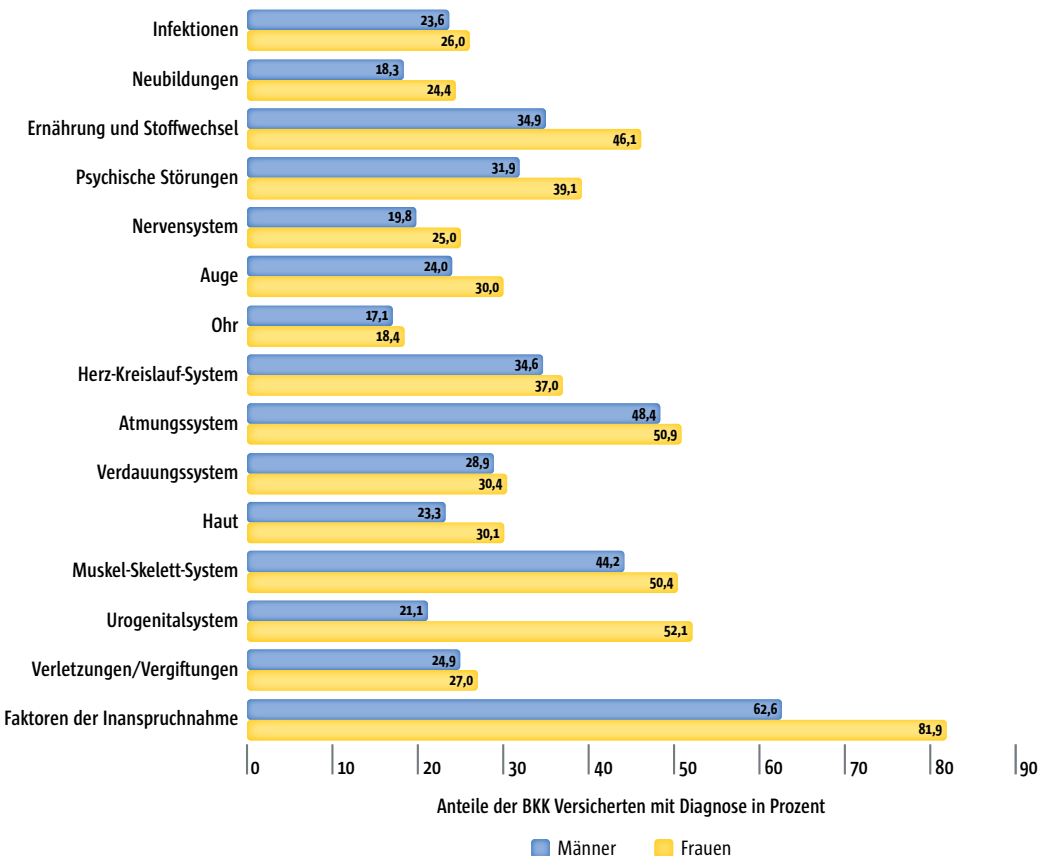
2.3 Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht

Differenz 5,6 Prozentpunkte: Während 88,1% der Männer mindestens einmal behandelt wurden, trifft dies auf 93,7% der Frauen zu. Zudem zeigen sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede in den Erkrankungen, die den Konsultationen zugrunde liegen. Auch bei Betrachtung der verschiedenen Erkrankungsarten sind die Anteile derer, die eine Diagnose aus dem jeweiligen Spektrum erhalten haben, bei den Frauen größer als bei den Männern (»» Diagramm 2.3.3). Allerdings variieren die Differenzen stark, so sind bspw. erheblich mehr Frauen aufgrund von Erkrankungen des Urogenitalsystems in Behandlung gewesen: Bei mehr als jeder zweiten Frau (52,1%) war dies Grund für eine ambulante Behandlung, hingegen wurde bei nur jedem fünften Mann (21,1%) eine solche Diagnose gestellt. Ebenfalls besteht ein großer Unterschied bei den Zusatzdiagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruch-

nahme: 81,9% der Frauen, aber nur 62,6% der Männer haben mindestens einmal eine solche Diagnose erhalten. Bei den Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen ist der Unterschied zwischen Männern (34,9%) und Frauen (46,1%) ebenfalls mit einer Differenz von 11,2 Prozentpunkten erheblich. Dagegen fallen die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Erkrankungen des Ohrs (Frauen: 18,4%; Männer: 17,1%), des Verdauungssystems (Frauen: 30,4%; Männer: 28,9%) sowie bei Verletzungen und Vergiftungen (Frauen: 27,0%; Männer: 24,9%) vergleichsweise gering aus.

Wie die vorherigen Darstellungen zeigen, ergeben sich deutliche Muster zur Inanspruchnahme ambulanter Versorgung in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht, was insbesondere auch für einzelne Erkrankungsarten gilt. Dabei lässt sich grob unterteilen, dass es Krankheitsarten gibt, die alle Alters-

Diagramm 2.3.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)

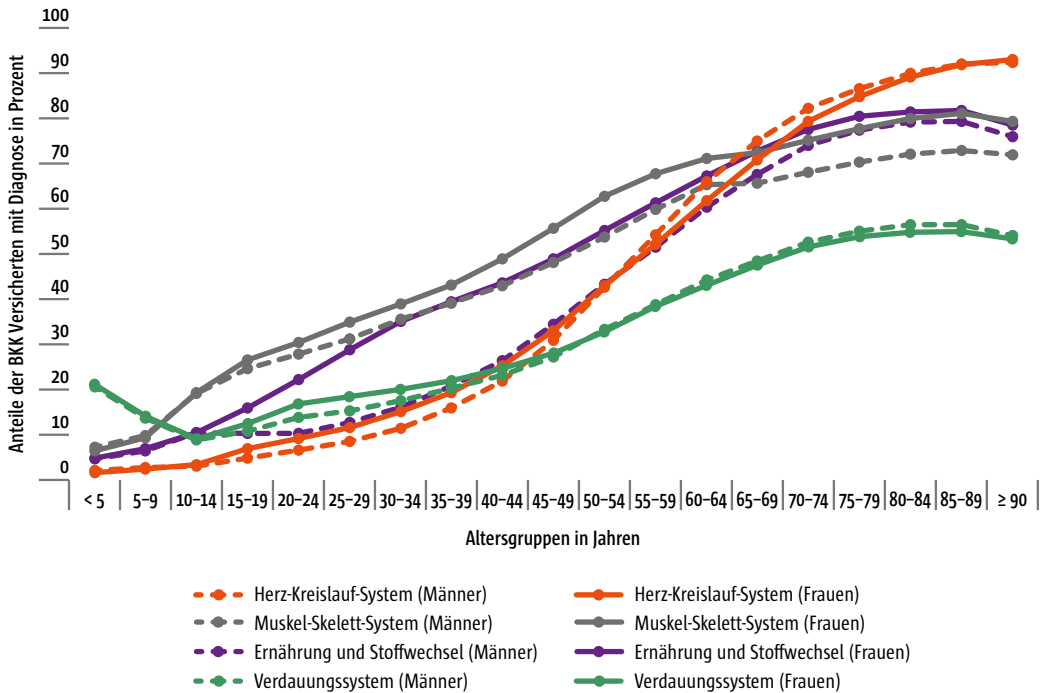


gruppen und Geschlechter zumindest in nicht unerheblichem Maße betreffen, während andere Erkrankungsarten überwiegend altersbedingten Verschleißprozessen zuzuschreiben sind. Letztere treten bei jungen Menschen kaum auf, während ihr Anteil mit zunehmendem Alter deutlich steigt. Bei anderen Diagnosegruppen zeigen sich wiederum starke Geschlechtsunterschiede. Die nachfolgenden Abbildungen zeigen exemplarisch für ausgewählte Erkrankungsarten deren Anteilswerte differenziert nach Alter und Geschlecht.

Besonders auffällig sind die altersabhängigen Verläufe bei Erkrankungen, deren Häufigkeit mit zunehmendem Alter deutlich steigt – oft bedingt durch Verschleißprozesse (»» Diagramm 2.3.4). Bei Kindern treten solche Erkrankungen kaum auf, in der zweiten Lebenshälfte betragen deren Anteilswerte hingegen ein Vielfaches, oftmals sind sogar mehr als die Hälfte der Versicherten deswegen in ambulanter Behandlung. Exemplarisch stehen dafür die Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bei Kindern unter zehn Jahren sind nur etwa 2% davon betroffen, wobei es sich hierbei vorrangig um angeborene Herzprobleme handelt. Mit zunehmendem Alter steigt die

Zahl derer, die deshalb behandelt werden, rapide an. Ab dem 55. Lebensjahr sind mehr als der Hälfte der Versicherten in ambulanter Behandlung wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ab dem 70. Lebensjahr sind es sogar mehr als 80%. Dabei zählt Hypertonie (I10) bzw. Bluthochdruck zu den häufigsten Gründen für eine ambulante Behandlung, wobei auch andere Diagnosen aus diesem Bereich diesen typischen Altersverlauf mit den größten Anteilswerten in den hohen Altersgruppen zeigen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, von diesen sind höchstens 7% der unter 10-Jährigen, aber ebenfalls mehr als die Hälfte der Versicherten ab 55 Jahren betroffen. Bei den über 70-Jährigen sind mehr als drei Viertel der Versicherten deswegen in ambulanter Behandlung. Diese hohen Anteilswerte sind in weiten Teilen vor allem auf die bekannten „Alterskrankheiten“, wie Typ-2-Diabetes (E11) und krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte (E78) zurückzuführen. Solche Diagnosen treten in jungen Jahren nur selten auf, können im späteren Leben aber chronisch werden und gelten, ähnlich wie Bluthochdruck, als zentrale Risikofaktoren für schwere Ereignisse wie Herz-

Diagramm 2.3.4 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024) – Teil 1



2.3 Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht

infarkt oder Schlaganfall. Ebenfalls um ein Vielfaches steigt der Anteil der Versicherten mit einer Diagnose aus dem Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen. Während von den unter 10-Jährigen weniger als 10% eine entsprechende Diagnose erhalten, steigt der Anteil bereits ab dem Jugendalter deutlich an. Ab dem 50. Lebensjahr werden sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen jeweils bei mehr als der Hälfte der Versicherten solche Erkrankungen (insbesondere Rückenschmerzen [M54]) diagnostiziert.

Anders verhält es sich bei den Krankheiten des Verdauungssystems: Bei Kindern unter fünf Jahren treten sie vergleichsweise häufig auf – etwas mehr als 20% erhalten eine entsprechende Diagnose. Besonders oft handelt es sich dabei um eine nichtinfektiöse Gastroenteritis oder Kolitis (K52). Der geringste Anteilswert ist hingegen bei den 10- bis 14-Jährigen mit rund 9% zu verzeichnen, danach nehmen die Anteile mit einer solchen Diagnose stetig zu, bis schließlich ab dem 70. Lebensjahr mehr als die Hälfte der Versicherten wegen einer Erkrankung des Verdauungssystems ambulant in Behandlung sind. Dabei haben verschiedene darunter subsummierte Einzelerkrankungen ihre häufigste Verbreitung jenseits des Renteneintrittsalters. Exemplarisch, mit einem ähnlichen Verlauf der altersabhängigen Anteilswerte, kann hier die gastroösophageale Refluxkrankheit (Sodbrennen; K21) gelten, welche insgesamt die häufigste Einzeldiagnose aus dieser Diagnosehauptgruppe ist.

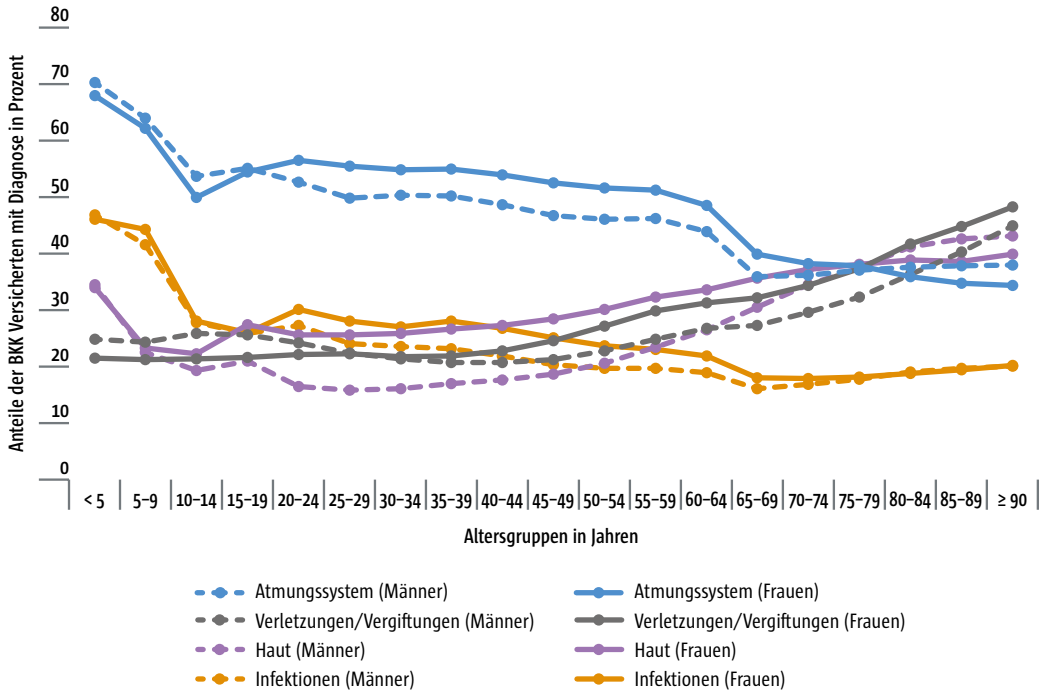
Im Vergleich dazu steigen die Anteilswerte bei Hautkrankheiten sowie bei Verletzungen und Vergiftungen nur moderat mit zunehmendem Alter an (III Diagramm 2.3.5). Zwar nehmen auch hier die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose aus dem Bereich dieser Krankheitsarten zu, der höchste Wert ist immerhin etwa doppelt so hoch wie der niedrigste. Dennoch liegen alle Anteilswerte auch geschlechtsspezifisch mindestens über 15% und sind damit nicht sehr stark abweichend vom altersübergreifenden Gesamtwert (2024: 26,7%). Bei den Hautkrankheiten lässt sich exemplarisch aufzeigen, wie diesbezügliche Einzeldiagnosen jeweils in unterschiedlichen Altersgruppen besonders häufig auftreten: So ist das atopische (endogene) Ekzem (L20), auch als Neurodermitis bekannt, weitaus am häufigsten bei den unter 5-Jährigen Grund für eine ambulante Behandlung. Akne (L70) betrifft vor allem die 15- bis 20-jährigen Versicherten, während die meisten Schuppenflechte-Patienten (Psoriasis; L40) im Alter zwischen 60 und 80 Jahren auftreten. Die sonstige Dermatitis (L30) wird weitaus am meisten

bei den unter 5-Jährigen, aber auch bei den über 80-Jährigen dokumentiert. Bei den Verletzungen und Vergiftungen sind die Einzeldiagnosen sogar so divers, dass keine einzelne Kodierung in bestimmten Altersgruppen heraussticht. Gleichzeitig lässt sich bei dieser Erkrankungsart die Wechselwirkung mit anderen Erkrankungen nachvollziehen: So wirken sich auch Verschleißerscheinungen wie etwa ein geschwächter Muskel-Skelett-Apparat oder verminderte Sehfähigkeit darauf aus, ob es bspw. zu Stürzen kommt und diese dann medizinisch behandelt werden müssen.

Bei den Krankheiten des Atmungssystems wiederum werden die Anteilswerte mit höherem Alter sogar geringer: Es stechen besonders die Kinder bis 10 Jahre heraus, so sind von den unter 5-Jährigen in der Regel etwa 70% sowie von den 5- bis 9-Jährigen rund 60% wegen einer Atemwegserkrankung in ambulanter Behandlung gewesen. Dieser besonders hohe Anteil hängt allerdings auch mit der Erstattungsfähigkeit u.a. von Mund- und Rachentherapeutika sowie Erkältungsmedikamenten bzw. den Kindkrankmeldungen für Kinder bis 12 Jahren (III Kapitel 4.3) zusammen. Aber es ist auch bei den weiteren Altersgruppen zu beobachten, dass der Anteil der Versicherten mit einer solchen Diagnose mit zunehmendem Alter abnimmt, bis hin zu einem „Rentenknicke“ ab dem 65. Lebensjahr. Eine ähnliche Verlaufskurve wie die Atemwegserkrankungen, allerdings auf deutlich niedrigerem Niveau, zeigt sich bei den Infektionen: Am häufigsten waren Kinder aufgrund von Infektionen ambulant behandelt worden, wobei die mit Abstand höchsten Anteilswerte bei den unter 5-Jährigen zu finden sind, von denen rund jede(r) Zweite deshalb in Behandlung gewesen ist. Von den 5- bis 9-Jährigen haben immerhin noch rund 40% eine solche Diagnose bekommen. In den darauffolgenden Altersgruppen pendeln sich die Anteilswerte wiederum zwischen 20% bis 30% ein. Auffällig ist jedoch, dass gerade bei den 10- bis 19-Jährigen in den letzten Jahren starke Schwankungen zu beobachten waren. So zeigt sich im Jahr 2024 bei den 10- bis 14-Jährigen eine deutliche Steigerung: Der Anteil der wegen Infektionen behandelten Versicherten stieg um rund +4,0 Prozentpunkte an. Wenig Veränderungen zeigen sich in der Regel hingegen bei den Versicherten im Erwachsenenalter, bei diesen ist zudem ab dem 65. Lebensjahr auch ein leichter „Rentenknicke“ zu beobachten.

Die Anteilswerte bei psychischen Störungen, Erkrankungen des Urogenitalsystems und Faktoren der Inanspruchnahme differenziert nach Alter und Geschlecht verlaufen im Vergleich relativ unterschied-

Diagramm 2.3.5 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024) – Teil 2

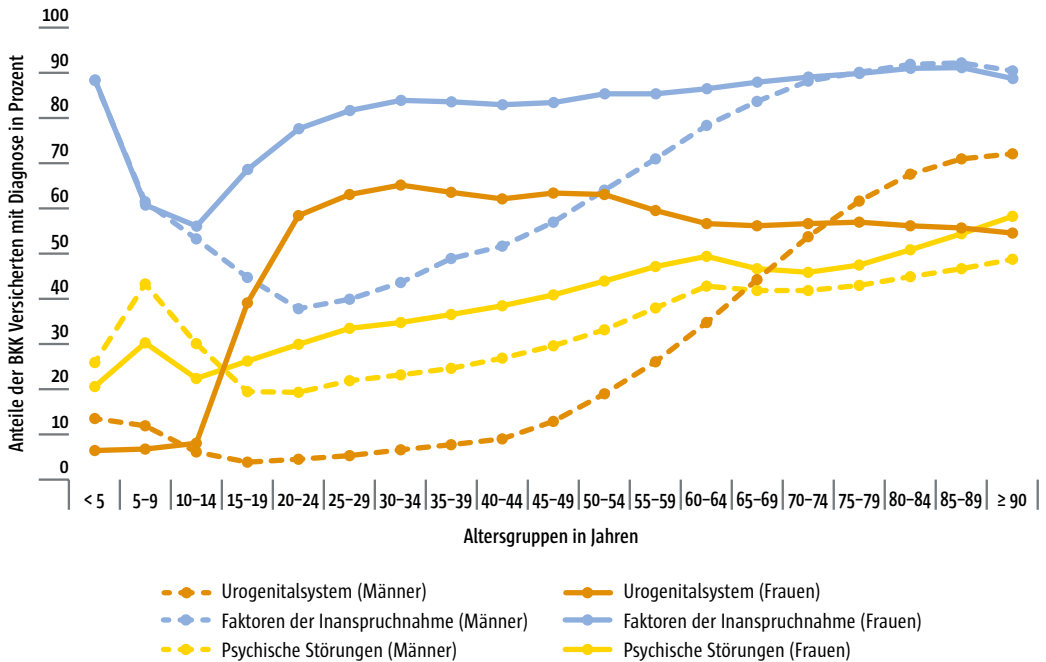


lich, wie **III** Diagramm 2.3.6 zeigt. Besonders auffällig sind dabei die altersabhängigen Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei den Urogenitalerkrankungen. Hier sticht das häufige Auftreten dieser Erkrankungen bei Frauen im Alter zwischen 25 und 54 Jahren hervor, wo die Anteile über 60% liegen. In der gleichen Alterskohorte sind dagegen weniger als 20% der männlichen Versicherten deshalb in ambulanter Behandlung. Dies ist insbesondere durch geschlechtsspezifisch unterschiedliche anatomische Gegebenheiten (bspw. unterschiedliche Länge der Harnröhre) sowie durch jeweils geschlechtsspezifische Organe bedingt. Bei den Männern steigt allerdings der Anteil der wegen Urogenitalerkrankungen Behandelten danach um das Vielfache, bis schließlich mehr als zwei Drittel der Männer (67,5%) ab dem 80. Lebensjahr eine solche Diagnose gestellt bekommen. Verantwortlich für den Anstieg ist vor allem die steigende Prävalenz von zu behandelnder Prostatahyperplasie (N40).

Ein ähnliches Bild, wenn auch auf einem höheren Niveau der Anteilswerte, zeigt sich bei den diagnostizierten Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens – die schon beschriebenen „Zusatzdiagnosen“ in der Klassifikation der Krankheiten (siehe **III** Exkurs Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens). Bei den unter 5-Jährigen blieb der Anteil in den vergangenen Jahren mit rund 88% relativ konstant; dies ist vor allem auf die Kodierung Zoo zurückzuführen, unter die u.a. die Kindervorsorgeuntersuchungen fallen. In den darauffolgenden Altersgruppen nehmen die Anteilswerte jedoch deutlich ab. Ab dem 25. Lebensjahr lässt sich eine ausgeprägte Differenz zwischen den Geschlechtern beobachten: Während bei Frauen durchweg mehr als 80% bis ins hohe Alter mindestens eine solche Zusatzdiagnose gestellt wird, überschreiten die Männer diesen Wert erst ab dem 65. Lebensjahr. Eine wesentliche Rolle spielt dabei, dass viele Frauen Kontrazeptiva (Z30) erhalten und zudem Krebsvorsorgeuntersuchungen (Z12) bereits ab dem 20. Lebensjahr emp-

2.3 Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht

Diagramm 2.3.6 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024) – Teil 3



fohlen werden, wohingegen Männer solche Untersuchungen in der Regel später in Anspruch nehmen. Entsprechend erfolgen bei durchweg mehr als 40% der Frauen zwischen 25 und 69 Jahren Krebsvorsorgeuntersuchungen, bei den Männern hingegen ist hierfür die höchste Inanspruchnahme bei den 70- bis 80-Jährigen zu verzeichnen – und selbst dann liegt der Anteil mit etwa 30% deutlich niedriger.

Die ebenfalls im Diagramm aufgeführten psychischen Störungen zeigen wiederum einen etwas anderen Verlauf. Bei den 5- bis 9-Jährigen ist eine erste Spitze in der altersabhängigen Verteilungskurve zu beobachten, besonders die Jungen stechen mit 43,2% dabei heraus. Diese sind häufiger als Mädchen von Sprachentwicklungsstörungen (F80) aber auch von Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (F82) sowie Verhaltens- und emotionalen Störungen (F98) betroffen. Ab der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen sind es hingegen die Frauen, die in höheren Anteilen aufgrund von psychischen Störungen in Behandlung sind. Dabei zeigen sich die größten

Unterschiede zulasten der Frauen im jungen bis mittleren Erwachsenenalter: So erhielten im aktuellen Berichtsjahr 36,4% der Frauen im Alter von 35 bis 39 Jahren eine psychische Diagnose, während es bei den Männern derselben Altersgruppe nur 24,6% waren – ein Unterschied von fast 50%. Dies geht insbesondere auf unterschiedliche Prävalenzen von Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (F43) sowie depressiven Episoden (F32) zurück. Bei beiden Geschlechtern gehen die Anteile mit einer diagnostizierten psychischen Störung mit dem Renteneintrittsalter leicht zurück. Auffällig ist jedoch, dass bei den über 90-jährigen geschlechtsübergreifend der höchste Anteil aller Altersgruppen erreicht wird (Männer: 48,6%; Frauen: 58,2%) zu verzeichnen. Für diese Altersgruppe spielen neben Depressionen auch Demenz-Erkrankungen (F00-F03) eine erhebliche Rolle.

Infobox Vielfalt und gesunde Arbeit

Die Digitalisierung verändert das Gesundheitswesen grundlegend und eröffnet vielfältige Möglichkeiten in der Prävention, Diagnostik und Versorgung³. Digitale Gesundheitsangebote – von Gesundheits-Apps über telemedizinische Leistungen bis hin zur elektronischen Patientenakte (ePA) – schaffen niedrigschwellige Zugänge und ermöglichen eine individualisierte und ortsunabhängige Nutzung sowie Stärkung der aktiven Rolle der Patientinnen und Patienten. Der Digitalisierung im Gesundheitswesen wird zudem das Potenzial zugeschrieben, die Versorgungsqualität zu verbessern und die Patientenzufriedenheit zu erhöhen – dies verdeutlichen auch die **»»** Gastbeiträge im Schwerpunktkapitel Politik dieses Buches. Gleichwohl zeigt sich hinsichtlich der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote ein heterogenes Bild: Laut BKK Kundenreport 2025 ist bspw. das E-Rezept bereits bei über der Hälfte der Befragten bekannt oder wird aktiv genutzt (55%), während andere digitale Angebote wie etwa die elektronische Patientenakte (ePA, 17%), Videosprechstunden (11%), digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA, 10%) oder Symptomchecker (8%) deutlich weniger verbreitet sind⁴. Studien weisen darauf hin, dass u.a. der Zugang und die Nutzung von digitalen Gesundheitsangeboten stark von soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren abhängen^{5,6}. So weisen jüngere Menschen sowie Personen mit höherer Bildung und höherem

Einkommen eine deutlich höhere Inanspruchnahme digitaler Gesundheitsangebote auf (ebd.). Auch geschlechtsspezifische Unterschiede sind erkennbar: Frauen nutzen bspw. häufiger DiGA als Männer⁷. Eine zentrale Rolle spielt zudem die digitale Gesundheitskompetenz (Digital Health Literacy), also die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen hinsichtlich digitaler Anwendungen und Informationsangebote zu finden, zu verstehen, kritisch zu bewerten und anzuwenden. Diese Kompetenz ist wiederum eng mit Bildung und Einkommen verknüpft⁶. Darüber hinaus zeigen sich auch Unterschiede in Bezug auf die Wirksamkeit von digitalen Gesundheitsanwendungen. Die Übersichtsarbeit von Western et al.⁸ kommt zum Schluss, dass die digitalen Interventionen ausschließlich bei Personen in einer hohen sozioökonomischen Position wirksam waren, nicht jedoch bei Personen mit niedriger sozioökonomischer Position. Vor diesem Hintergrund wird die Digitalisierung des Gesundheitswesens auch zu einer Frage der gesundheitlichen Chancengleichheit. Damit alle Bevölkerungsgruppen vom digitalen medizinischen Fortschritt profitieren können – insbesondere jene mit erhöhtem Krankheitsrisiko, etwa aufgrund eines niedrigen sozialen Status – ist es notwendig, individuelle und soziale Ausgangsbedingungen zu berücksichtigen⁵. Die entscheidende Frage lautet daher: Wie kann sichergestellt werden, dass digitale Innovationen im Gesundheitswesen allen Menschen zugutekommen?

- 3 Zukunftsinstitut GmbH (Hrsg.). (2024). 10 Trends für die Zukunft der Gesundheit. <https://shop.zukunftsinstitut.de/10-Trends-fur-die-Zukunft-der-Gesundheit-p652242080?srsId=AfmBOor69ON5leu6RU8igoykoGsAw9JJTrCSl3l1QH359qzleZ0Vzbuc> [abgerufen 29.10.2025]
- 4 Knieps F, Klemm A-K & Demmler G (Hrsg.). (2025). Service, Beratung und Versorgung: die Versichertenperspektive. Berlin: MWV Verlag.
- 5 Müller AC, Wachtler B & Lampert T (2020). Digital Divide – Soziale Unterschiede in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote. Bundesgesundheitsblatt, 63, 185–191.
- 6 Brand T et al. (2024). Soziale Ungleichheit im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen: Digitale Spaltungen in den Bereichen Zugang, Nutzung, Wirksamkeit und Privatsphäre. Bundesgesundheitsblatt, 67, 268–276.

- 7 GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2025). DiGA-Bericht des GKV-Spitzenverbandes 2024. 2024_DiGA-Bericht_final [abgerufen 27.08.2025]
- 8 Western MJ et al. (2021). The effectiveness of digital interventions for increasing physical activity in individuals of low socioeconomic status: a systematic review and meta-analysis. IJBNPA, 18:148.

2.4 Ambulante Versorgung nach Regionen

Auch der jeweilige Wohnort der Versicherten weist einen Zusammenhang zu deren Gesundheit auf. Dabei wirken sich unterschiedliche regionale Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie weitere soziokulturelle Bedingungen), aber auch die medizinische Versorgung vor Ort (z.B. Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte) aus. Nachfolgend werden daher die Kennwerte der ambulanten Versorgung regional differenziert betrachtet.

- Sachsen-Anhalt ist weiterhin mit deutlichem Abstand Spitzenreiter bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Im Jahr 2024 sind rund 47% der dortigen Versicherten aufgrund dessen in ambulanter Behandlung gewesen.
- Sachsen-Anhalt hat auch bei Muskel-Skelett-Erkrankungen den Spitzenplatz inne. Die höchsten Anteile der Versicherten mit psychischen Störungen, Urogenital- sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sind hingegen ein weiteres Mal in Mecklenburg-Vorpommern zu finden.

Eine detaillierte Analyse des regionalen Krankheitsgeschehens in Bezug auf die im ambulanten Bereich am häufigsten vorkommenden Diagnosehauptgruppen (»»» Tabelle 2.4.1) zeigt insbesondere bei bestimmten Erkrankungen deutliche Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland. Dabei spielen sowohl Bevölkerungsfaktoren (u.a. höheres Durchschnittsalter, höhere Arbeitslosenquote usw.) als auch infrastrukturelle Unterschiede (Dichte und Erreichbarkeit von ambulanter Versorgung) in den ostdeutschen Bundesländern sicher eine wichtige Rolle. Entsprechend werden in diesen Regionen in der Regel mehr Versicherte wegen Erkrankungen behandelt, die mit zunehmendem Alter häufiger auftreten. Dies gilt insbesondere für die Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Wie schon in den Vorjahren sind die

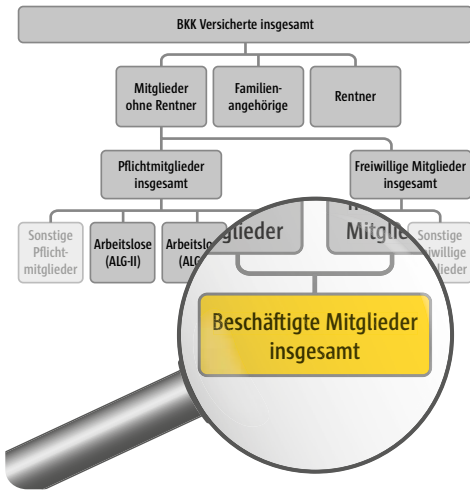
Anteilswerte für diese Erkrankungsart in Sachsen-Anhalt am höchsten, 47,4% der dort wohnhaften BKK Versicherten sind aufgrund dessen in ambulanter Behandlung gewesen. Auch die nachfolgend höchsten Anteilswerte sind in den Ostbundesländern zu finden: Thüringen mit 46,7% und Mecklenburg-Vorpommern mit 45,0%. Demgegenüber weisen die geringsten Anteile von Versicherten mit einer kardiovaskulären Diagnose erneut Hamburg (27,1%) und Baden-Württemberg (31,3%) auf. Weiterhin liegen auch bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen die höchsten Anteilswerte wie schon in den Vorjahren in Sachsen-Anhalt (53,7%). Mecklenburg-Vorpommern ist wiederum zum wiederholten Male Spitzenreiter bei den Anteilen derer, die aufgrund von psychischen Störungen (40,9%), Krankheiten des Urogenitalsystems (40,4%) sowie aufgrund von den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (46,9%) in Behandlung waren. Betrachtet man die niedrigsten Anteilswerte nach Erkrankungsart, fällt auf, dass Hamburg neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch bei sechs weiteren Diagnosegruppen, darunter u.a. Faktoren der Inanspruchnahme, Erkrankungen des Muskel-Skelett- und Urogenitalsystems sowie Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, die geringsten Werte aufweist.

Des Weiteren ist auf eine Besonderheit bei den Diagnoseraten für Neubildungen in Bremen hinzuweisen (nicht in der Tabelle dargestellt): In diesem Bundesland sind in der stationären Versorgung für diese Erkrankungsart sehr viele Fälle und Behandlungstage zu verzeichnen (nähere Erläuterungen hierzu in »»» Kapitel 3.4). In der ambulanten Versorgung ist hier hingegen der Anteil Versicherter mit einer Neubildungsdiagnose unterdurchschnittlich (18,0%) im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (21,3%).

Tabelle 2.4.1. Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2024)

Bundesländer	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent											Verletzungen/ Vergiftungen	Faktoren der Inanspruchnahme
	Infektionen	Ernährung und Stoffwechsel	Psychische Störungen	Herz- Kreislauf- System	Atmungs- system	Verdauungs- system	Haut	Muskel- Skelett- System	Urogenital- system				
Baden-Württemberg	22,9	36,4	33,9	31,3	46,6	25,8	25,4	44,1	35,5			23,8	71,3
Bayern	25,0	39,4	34,1	33,0	50,6	29,1	27,0	47,1	36,1			27,2	73,6
Berlin	24,6	38,5	38,6	32,4	47,3	27,5	24,6	43,4	33,7			23,0	68,9
Brandenburg	23,1	42,8	37,1	39,9	47,8	28,2	26,0	48,6	37,5			24,2	71,7
Bremen	25,4	37,8	36,1	33,2	46,2	28,4	25,6	43,8	33,7			22,3	69,5
Hamburg	23,9	33,3	35,2	27,1	46,6	24,5	23,8	38,4	31,3			22,0	68,4
Hessen	25,0	40,0	34,7	35,2	51,7	29,8	26,3	46,7	35,2			26,1	71,7
Mecklenburg- Vorpommern	25,4	46,9	40,9	45,0	48,5	31,5	28,5	52,8	40,4			26,5	74,7
Niedersachsen	26,6	41,4	37,5	38,4	49,8	30,5	27,2	48,9	37,5			26,7	72,1
Nordrhein-Westfalen	25,2	42,7	35,6	37,9	50,7	31,9	27,1	48,1	37,3			26,3	72,2
Rheinland-Pfalz	25,1	44,2	35,8	39,4	51,9	32,2	27,6	50,0	39,0			27,4	71,3
Saarland	25,1	43,3	37,1	39,2	53,8	33,5	26,6	50,4	36,0			27,4	72,5
Sachsen	22,7	43,1	37,7	42,4	45,0	28,9	26,4	50,4	37,5			24,7	72,0
Sachsen-Anhalt	24,7	46,4	40,2	47,4	47,9	32,5	28,5	53,7	39,2			27,2	73,3
Schleswig-Holstein	26,0	36,9	35,0	35,4	47,5	28,8	25,9	45,3	34,2			25,0	70,6
Thüringen	22,9	45,0	36,6	46,7	47,7	32,6	27,2	53,3	38,5			27,7	72,0
Gesamt	24,8	40,5	35,5	35,8	49,6	29,6	26,7	47,3	36,5			25,9	72,2

2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt



Die Gruppe der beschäftigten Mitglieder macht fast die Hälfte aller Versicherten aus und steht im Fokus bei den arbeitsweltlichen Analysen in diesem Kapitel. Aus diesem Grund sind nachfolgend zunächst wesentliche Details zu den beschäftigten Mitgliedern insgesamt dargestellt, um spätere Differenzierungen nach Wirtschafts- und Berufsgruppen besser bewerten zu können.

- Auch im aktuellen Berichtsjahr stellen Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens den häufigsten Anlass für eine ambulante Behandlung bei Beschäftigten dar – vier der zehn häufigsten Diagnosen entfallen auf diese Kategorie.
- Atemwegserkrankungen weisen 2024 den zweithöchsten Anteilswert bei den Beschäftigten auf. Ihr Anteil ist zwar erneut rückläufig, liegt aber mit über 50% weiterhin deutlich über dem Vorpandemie-Niveau.
- Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen steigt mit dem Alter – ausgenommen sind Atemwegs- und Infektionserkrankungen, bei denen dieser Trend nicht zu beobachten ist.

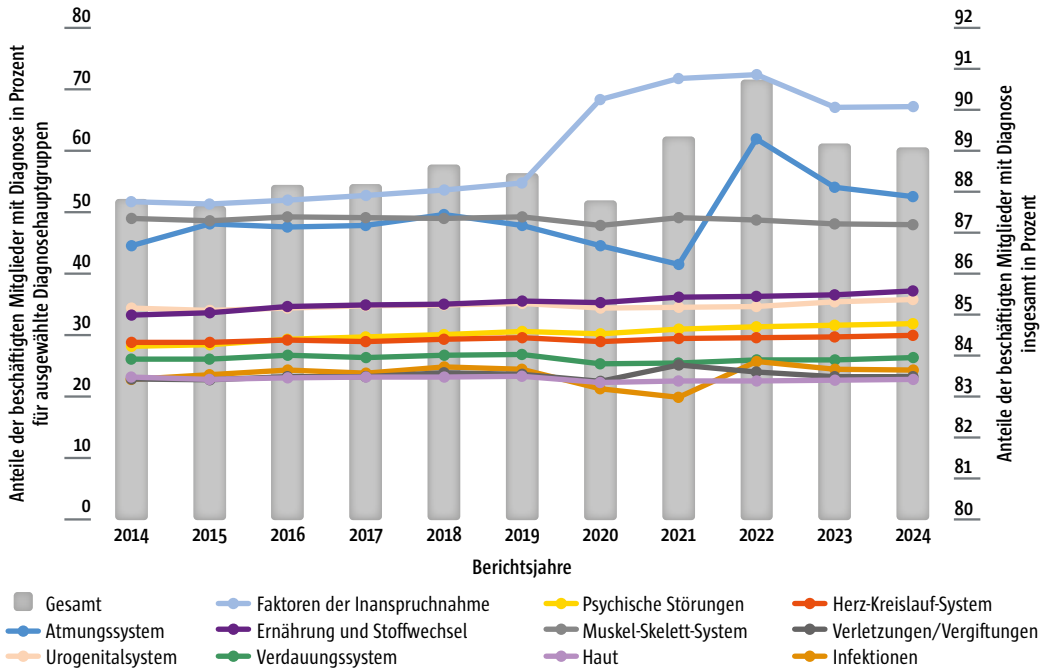
- Bei Beschäftigten ab 65 Jahren zeigt sich der „healthy worker effect“: Chronisch oder schwer Erkrankte scheiden häufig vorzeitig aus dem Erwerbsleben, was zu geringeren Behandlungsanteilen führt, besonders bei Atemwegs-, Muskel-Skelett- und psychischen Erkrankungen.

Das **III** Diagramm 2.5.1 veranschaulicht die Entwicklung des Anteils der Beschäftigten mit mindestens einer ambulanten Diagnose von 2014 bis 2024, differenziert nach Diagnosegruppen. Insgesamt zeigt sich – ähnlich wie bei den Versicherten insgesamt – ein weitgehend stabiles Bild: Für die Mehrheit der Hauptdiagnosegruppen bleibt das Versorgungsniveau über die Jahre hinweg konstant. Auffällig sind jedoch mindestens drei Erkrankungsarten, bei denen sich die Anteile im Zeitverlauf teils deutlich verändert haben.

Faktoren der Inanspruchnahme: In den vergangenen zehn Jahren stellen Faktoren der Inanspruchnahme die häufigste Diagnosekategorie im ambulanten Bereich dar – sowohl bei der Gesamtgruppe der Versicherten als auch bei den Beschäftigten. Bis 2019 blieb der Anteil dieser Diagnosegruppe bei den Beschäftigten stabil bei durchschnittlich 52,7% (51,4% – 54,8%). Ab dem Jahr 2020 ist jedoch ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen, der sich in den Folgejahren fortsetzt und 2022 mit einem Anteil von 72,4% seinen bisherigen Höchstwert erreicht. Diese Steigerung ist wesentlich auf die unter die allgemeinen Untersuchungen und Abklärungen (Z01) fallende Diagnose für Laboruntersuchungen (Z01.7) zurückzuführen, die deutlich häufiger als in den Vorjahren vergeben worden ist. Im aktuellen Berichtsjahr wurde bei 67,3% der Beschäftigten eine Diagnose aus dieser Diagnosehauptgruppe dokumentiert – eine Zunahme um +0,3 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr, wenngleich der Höchstwert aus 2022 (72,4%) erneut nicht erreicht wurde.

Atemwegserkrankungen: Diese Diagnosehauptgruppe hat in den vergangenen zehn Jahren im ambulanten Versorgungsgeschehen an Bedeutung gewon-

Diagramm 2.5.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2024)



nen. Zwischen 2014 und 2021 rangierten Muskel-Skelett-Erkrankungen mit einem stabilen durchschnittlichen Anteil von knapp 50% auf dem zweiten Platz der häufigsten ambulanten Behandlungsanlässe – mit Ausnahme des Jahres 2018, dort belegten sie temporär den dritten Platz. Seit 2022 hingegen stellen Atemwegserkrankungen die zweithäufigste Ursache für eine ambulante Behandlung dar. Im selben Jahr erreichten sie mit rund 62% ihren Höchststand. Seither ist jedoch ein rückläufiger Trend erkennbar, der sich auch im aktuellen Jahr fortsetzt: Im Vergleich zum Vorjahr verringerte sich der Anteil um -1,5 Prozentpunkte (54,1% vs. 52,6%).

Infektionen: Infektionskrankheiten nehmen im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen eine eher untergeordnete Rolle im ambulanten Versorgungsgeschehen von den Beschäftigten ein. Dennoch zeigen sich im Zeitverlauf Schwankungen. Zwischen 2014 bis 2019 lag der Anteil der Beschäftigten mit einer solchen Diagnose relativ konstant bei durchschnittlich 24% (22,9% - 24,9%). Im Jahr 2020 lässt sich ein deutlicher Rückgang um -3,1 Prozentpunkte (24,5% vs. 21,4%) beobachten, der vermutlich auf pandemiebedingte Schutzmaßnahmen zurückzuführen ist. Im Jahr 2022 stieg der Anteilswert von Infektions-

krankheiten wiederum sprunghaft um rund ein Drittel an (25,8% vs. 20,0%) und überschritt damit das Niveau der Jahre vor der Coronavirus-Pandemie. Im aktuellen Berichtsjahr liegt der Anteil bei 24,4%, was einem leichten Rückgang von -0,1 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr entspricht.

Bei den weiteren Diagnosehauptgruppen zeigt sich über den Beobachtungszeitraum hinweg eine vergleichsweise stabile Entwicklung. So rangieren im aktuellen Berichtsjahr erneut Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit einem Anteil von 37,3% auf dem vierten Platz der ambulanten Behandlungsanlässe. Es folgen Erkrankungen des Urogenitalsystems (35,9%), psychische Störungen (31,9%) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (30,0%), die bei etwa einem Drittel der Beschäftigten mindestens einmal zu einer ambulanten Behandlung führen.

» Diagramm 2.5.2 veranschaulicht die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung von beschäftigten Mitgliedern, differenziert nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen. Ähnlich wie in den anderen Leistungsbereichen lässt sich auch im ambulanten Sektor ein altersabhängiger Anstieg der Inanspruchnahme beobachten: Mit zunehmendem Lebensalter steigt der Anteil der Be-

2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

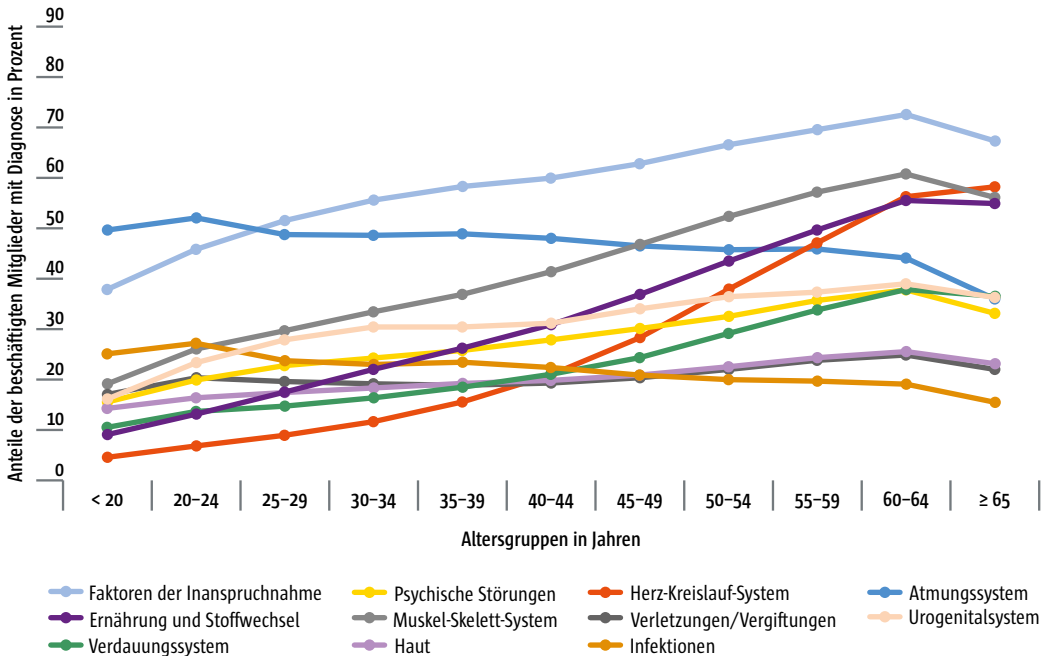
schäftigten mit mindestens einer ambulanten Diagnose in den meisten dargestellten Diagnosegruppen deutlich an. Zwei Diagnosegruppen bilden hierbei eine Ausnahme:

- **Erkrankungen des Atmungssystems:** Die höchste Inanspruchnahmequote findet sich bei den jüngeren Beschäftigten. Am häufigsten werden Diagnosen in diesem Bereich bei der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen (57,8%) gestellt, gefolgt von unter 20-Jährigen (55,3%).
- **Infektionen:** Auch bei Infektionen zeigen sich die höchsten Anteilswerte in den jüngeren Altersgruppen. Der Spitzenwert liegt bei den 20- bis 24-jährigen Beschäftigten (30,3%), dicht gefolgt von den unter 20-Jährigen (27,9%).

Bei den anderen Erkrankungsarten ist zu beobachten, dass diese im Alter häufiger diagnostiziert werden. Entsprechend finden sich die höchsten Werte in der Alterskohorte der 60- bis 64-jährigen Beschäftigten, nicht jedoch in der Gruppe der über 65-jährigen. Dieser Befund lässt sich durch den sogenannten „healthy worker effect“ erklären – ein Phänomen, das sich auch in den anderen Leistungsbereichen zeigt: Beschäftigte kurz vor dem regulären Renteneintritt

weisen häufig niedrigere Kennzahlen auf als jüngere Erwerbspersonen. Auf den ersten Blick könnte dies auf eine bessere Gesundheit in dieser Altersgruppe hindeuten. Tatsächlich jedoch handelt es sich dabei um einen Selektionseffekt: Menschen mit chronischen oder schwerwiegenden Erkrankungen scheiden oft bereits vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus. Die verbleibenden Beschäftigten ab 65 Jahren bilden daher eine gesundheitlich positiv selektierte Gruppe. Auch im aktuellen Berichtsjahr lässt sich der *healthy worker effect* über nahezu alle dargestellten Diagnosegruppen hinweg konsistent beobachten. Am stärksten lässt er sich in diesem Jahr bei Erkrankungen des Atmungssystems beobachten: Der Anteil der Beschäftigten mit einer entsprechenden Diagnose sinkt beim Übergang von der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen zu den über 65-Jährigen um rund ein Fünftel bzw. -9,0 Prozentpunkte (von 49,0% auf 40,0%). Auch bei den Faktoren der Inanspruchnahme (-5,9 Prozentpunkte) sowie bei psychischen Störungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen (jeweils rund -5 Prozentpunkte) ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Eine Ausnahme bildet die Diagnosegruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Hier entfällt der höchste Anteilswert auf die Altersgruppe der

Diagramm 2.5.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2024)



über 65-Jährigen (64,7%). Ebenso wie bei den Versicherten insgesamt (III Diagramm 2.3.4), zeigt sich bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein besonders starker Anstieg über die Altersgruppen hinweg – mit einem nahezu zwölffmal höheren Anteil bei den ältesten Beschäftigten im Vergleich zur jüngsten Altersgruppe (64,7% vs. 5,2%). Keine andere Diagnosegruppe weist eine vergleichbar ausgeprägte altersabhängige Zunahme auf.

Eine Übersicht über die zehn häufigsten ambulant gestellten Einzeldiagnosen bei Beschäftigten, differenziert nach Geschlecht, ist (III Tabelle 2.5.1 zu entnehmen. Insgesamt zeigt sich verglichen mit dem Vorjahr ein ähnliches Bild: Sowohl die Diagnosen selbst als auch deren Rangfolge haben sich gegenüber dem Vorjahr nicht wesentlich verändert. Wie bereits in den Vorjahren stellt die Diagnosekategorie „Spezielle Untersuchungen und Abklärungen“ (Z01) mit deutlichem Abstand die häufigste dokumentierte Einzeldiagnose dar. Auffällig dabei ist der deutlich höhere Anteil bei Frauen: Mit 70,4% liegt er um knapp +30 Prozentpunkte über dem der Männer (40,5%). Während der Anteil bei Männern gegenüber dem Vorjahr nahezu konstant blieb, ist bei Frauen jedoch ein Rückgang um -1,7 Prozentpunkte zu verzeichnen. Damit bestätigt sich erneut die große Relevanz der Diagnosegruppe „Faktoren, die die Inan-

spruchnahme des Gesundheitswesens beeinflussen“ in der ambulanten Versorgung: Vier der zehn häufigsten Diagnosen bei Beschäftigten entfallen auf diese Kategorie, darunter neben Z01 auch kontrazeptive Maßnahmen (Z30) sowie Krebsvorsorgeuntersuchungen (Z12). Darüber hinaus gehören akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) weiterhin zu den häufigsten ambulanten Behandlungsanlässen bei Beschäftigten (insgesamt und bei Männern jeweils auf dem zweiten Platz), auch wenn ihre Häufigkeit in den vergangenen Jahren rückläufig war. Im Vergleich zum Vorjahr gingen die Anteilswerte bei Männern um -1,5 Prozentpunkte und bei Frauen um -2,5 Prozentpunkte zurück. Besonders ausgeprägt war der Rückgang im Jahr 2023, mit einer Abnahme von rund -11 Prozentpunkten gegenüber dem Vorjahr. Abgesehen davon sind die Veränderungen bei den häufigsten Einzeldiagnosen insgesamt moderat und bestätigen das Muster der Vorjahre. Bei den Frauen stehen mit einem nahezu unveränderten Anteil von 45,2% weiterhin Krebsvorsorgeuntersuchungen (Z12) an zweiter Stelle, gefolgt von kontrazeptiven Maßnahmen (Z30) (43,0%). Bei Männern bleibt Rückenschmerz (M54) mit einem Anteil von 22,2% die dritthäufigste Einzeldiagnose, dicht gefolgt von essentiellen Bluthochdruck (I10) mit 21,8%.

Tabelle 2.5.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2024)

ICD-10-Code	Diagnosen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent		
		Männer	Frauen	Gesamt
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	40,5	70,4	54,3
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	30,7	34,8	32,6
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	10,9	45,2	26,7
M54	Rückenschmerzen	22,2	26,7	24,3
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	0,7	43,0	20,2
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	21,8	16,4	19,3
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	0,0	35,3	16,3
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	16,2	12,1	14,3
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	11,7	13,9	12,7
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,0	14,6	12,1

2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Eine eher untergeordnete Rolle spielen inzwischen COVID-19-bezogene Diagnosen. Weder die eigentliche Kodierung U07 (COVID-19) noch damit in Verbindung stehende Untersuchungen (U99) oder Impfungen (U11) zählen aktuell zu den zehn häufigsten Einzeldiagnosen – ihre Relevanz ist, im Vergleich zu den Jahren der Pandemie, deutlich zurückgegangen.

2.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

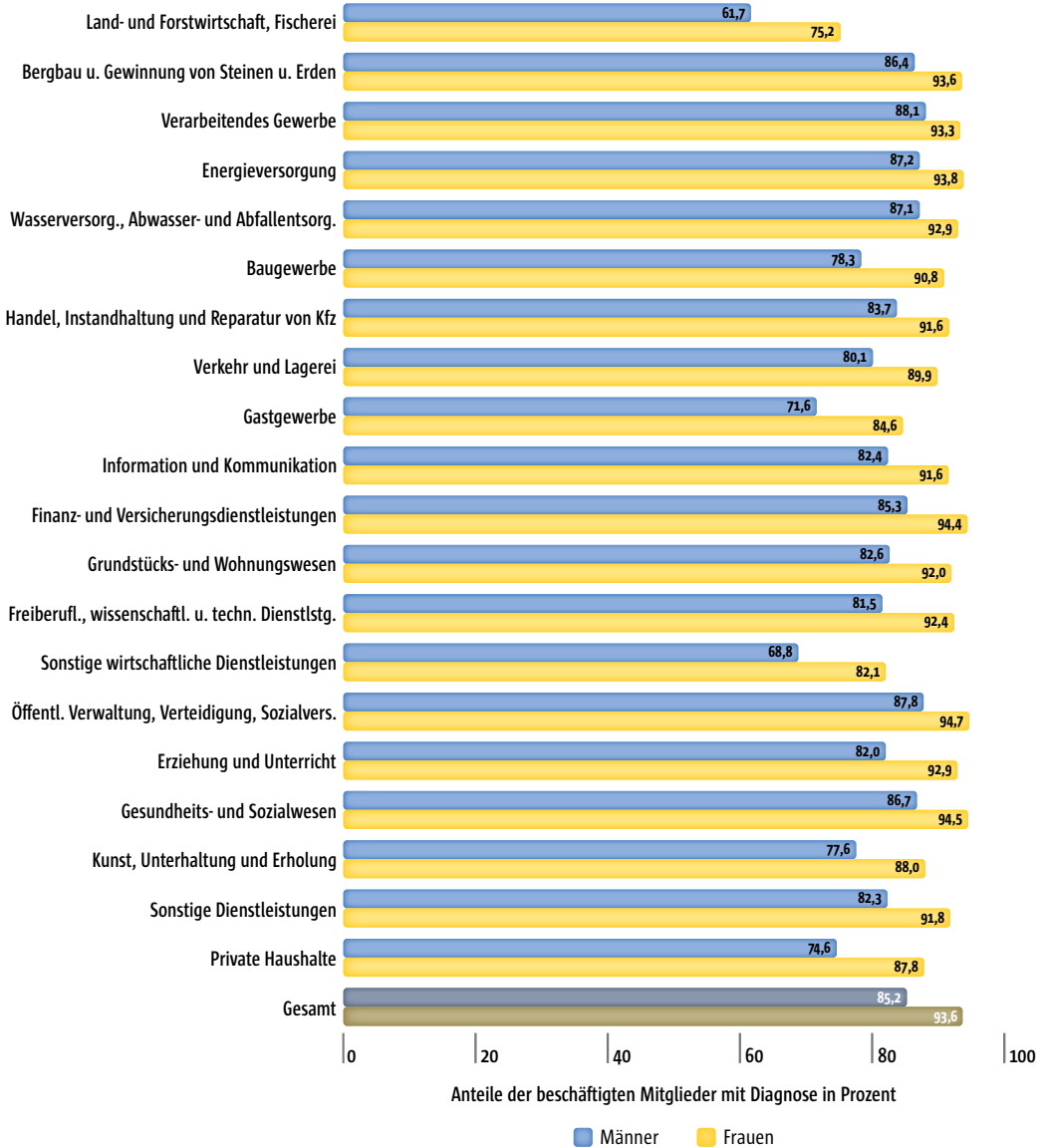
- Im Jahr 2024 weisen weiblich Beschäftigte in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie Männer im verarbeitenden Gewerbe die höchsten Anteile ambulanter Diagnosen auf. Die überdurchschnittlichen Anteilswerte sind vor allem auf Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Störungen und Atemwegserkrankungen zurückzuführen.
- Der berufliche Kontext spiegelt sich im Erkrankungsspektrum wider: Bei Beschäftigten in Branchen mit viel Menschenkontakt treten häufiger Atemwegserkrankungen und psychische Störungen auf, während Beschäftigte mit körperlich beanspruchenden Tätigkeiten häufiger wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in Behandlung sind.
- Die geringsten Anteile von Beschäftigten mit Diagnose sind sowohl für die Frauen als auch die Männer in der Land- und Forstwirtschaft zu finden.

Es bestehen teilweise deutliche Unterschiede zwischen den Wirtschaftsabschnitten hinsichtlich des Anteils der Beschäftigten mit einer ambulant gestellten Diagnose – dies zeigt »» Diagramm 2.5.3. Auffällig sind zudem erhebliche geschlechtsspezifische Differenzen innerhalb einzelner Wirtschaftsgruppen, wobei die Frauen durchweg höhere Werte aufweisen als die Männer. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich insgesamt ein weitgehend ähnliches Bild. Entsprechend verzeichnen erneut Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei – sowohl insgesamt als auch geschlechterbezogen – erneut die niedrigsten Anteilswerte im Branchenvergleich; Im Jahr 2024 nahmen 61,7% der dort tätigen Männer und 75,2% der Frauen mindestens eine ambulante Behandlung in Anspruch. Dabei fällt auf, dass diese Wirtschaftsgruppe mit einem Unterschied von 13,5 Prozentpunkten die größte geschlechtsspezifische Differenz zulasten der weiblichen Beschäftigten aufweist. Zudem ist zu berücksichtigen, dass das Durchschnittsalter in dieser Branche mit rund 40 Jahren deutlich unter dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt (43,4 Jahre) liegt. Ebenfalls in der

Regel deutlich unterdurchschnittlich Anteilswerte zeigen sich bei Beschäftigten in folgenden Wirtschaftsabschnitten: sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (z.B. Gebäudebetreuung, Garten- und Landschaftsbau), Gastgewerbe sowie Baugewerbe. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich bei Beschäftigten im Bereich sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen der stärkste Zuwachs mit einem Anstieg um +1,3 Prozentpunkte. Gleichzeitig ist auch hier ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied beobachtbar: Der Anteilswert der weiblichen Beschäftigten dieser Branche liegt um etwa ein Fünftel über denen der männlichen Beschäftigten (82,1% vs. 68,8%). Hinsichtlich der höchsten Inanspruchnahme belegen bei den Frauen erneut Beschäftigte in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (94,7%) den Spitzenplatz. Bei den Männern belegt dieser Wirtschaftsbereich den zweiten Platz mit einem Anteil von 87,8%. Spitzenreiter bei den männlichen Beschäftigten sind im verarbeitenden Gewerbe Tätige mit 88,1%. Ebenso überdurchschnittliche Diagnoseanteile verzeichnen erneut Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen (Männer: 86,7%; Frauen: 94,5%) sowie in der Finanz- und Versicherungsbranche (Männer: 85,3%; Frauen: 94,4%).

»» Diagramm 2.5.4 zeigt für das Jahr 2024 die Anteile der Beschäftigten mit ambulanten Diagnosen aus verschiedenen Wirtschaftsbereichen, differenziert nach vier Diagnosegruppen: psychische Störungen, Muskel-Skelett-, Atemwegs- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auffällig ist zunächst, dass Atemwegserkrankungen in den meisten Branchen die häufigste Diagnose darstellen, gefolgt von Muskel-Skelett-Krankheiten. Dabei weisen Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen im aktuellen Berichtsjahr mit 58,5% den höchsten Diagnoseanteil für Atemwegserkrankungen auf. Zudem belegen Beschäftigte dieser Branche auch bei psychischen Störungen den Spitzenplatz: Über ein Drittel der dort Tätigen (38,8%) erhielt 2024 mindestens einmal eine entsprechende Diagnose. Damit liegt der Anteil psychischer Erkrankungen in dieser Branche mehr als ein Fünftel über dem Gesamtdurchschnitt (38,8% vs. 31,9%). Für Beschäftigte in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung zeigen sich ebenfalls besonders hohe Werte: Sie liegen bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (52,4%) und des Herz-Kreislauf-Systems (35,5%) ganz vorn. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür ist das vergleichsweise hohe Durchschnittsalter der Beschäftigten in dieser Branche (45,6 Jahre), das als bekannter Risiko-

Diagramm 2.5.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)

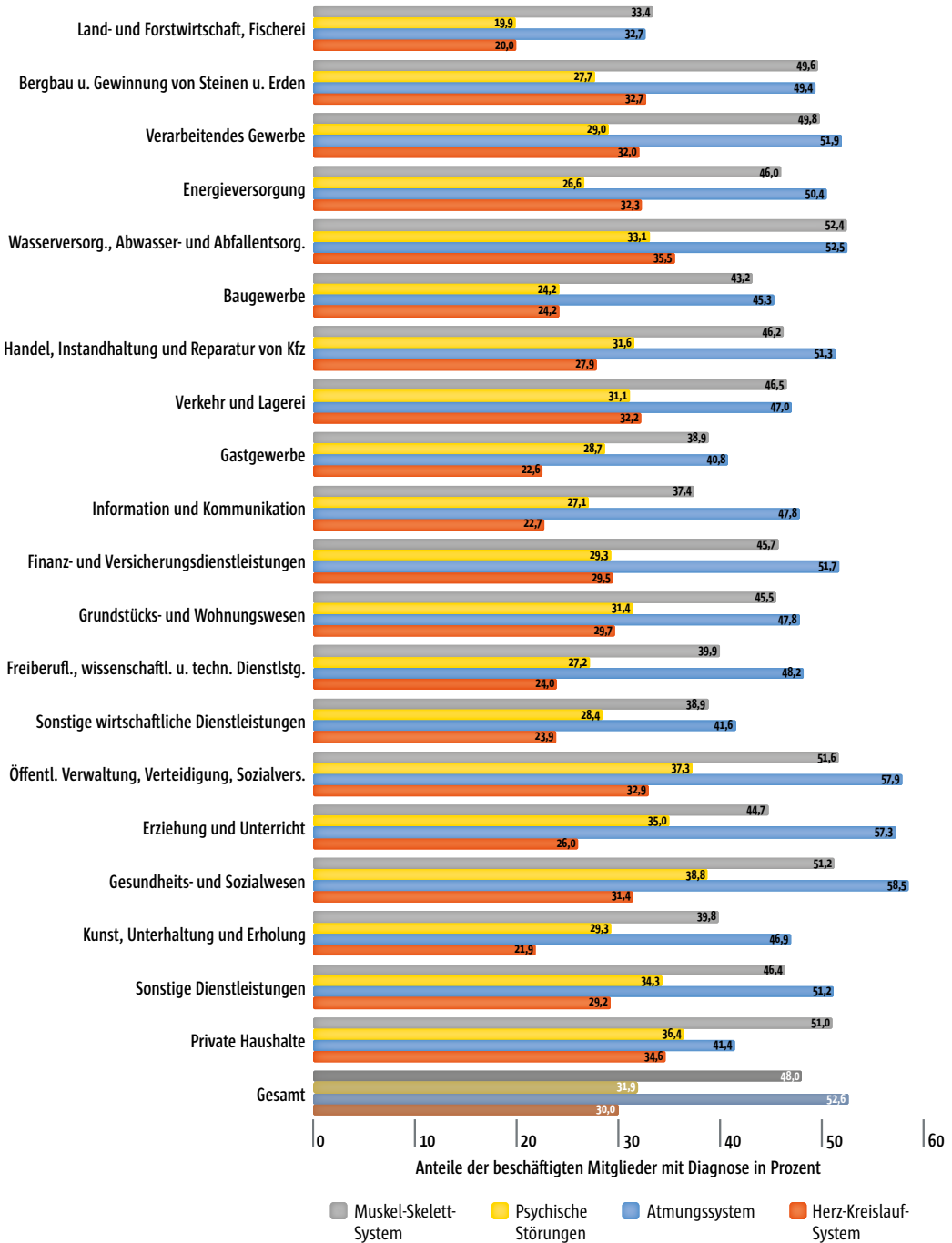


faktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gilt. Hinzu kommt, dass in diesem Sektor überwiegend Männer tätig sind, die dort oftmals körperlich belastende Tätigkeiten verrichten, was sich negativ auf den Bewegungsapparat auswirken kann. Auch in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung zeigt sich bei fast allen untersuchten Diagnosegruppen – mit Ausnahme der Herz-Kreis-

lauf-Erkrankungen – ein überdurchschnittlich hoher Diagnoseanteil. Dabei belegen die Beschäftigten dieser Branche in allen drei Diagnosegruppen jeweils den zweithöchsten Platz. Im Gegensatz dazu verzeichnen Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei in allen vier betrachteten Diagnosehauptgruppen die niedrigsten Anteile. Eine mögliche Erklärung dafür liegt erneut im Alter:

2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.5.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2024)



Beschäftigter dieser Wirtschaftsgruppe weisen im Branchenvergleich das niedrigste Durchschnittsalter (40,3 Jahre) auf.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich im Vergleich zum Vorjahr ein weitgehend stabiles Muster zeigt. Die größten – wenn auch relativ geringen – Zuwächse sind bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychischen Störungen (jeweils +0,3 Prozentpunkte) zu beobachten, während der Anteil an Atemwegserkrankungen rückläufig ist (-1,4 Prozentpunkte). Ein ergänzender Blick auf die Kennzahlen der anderen Leistungsbereiche bestätigt die besondere Betroffenheit von Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung. Diese verzeichnen in der Regel überdurchschnittlich viele AU-Tage (»» Kapitel 1.5.1) und stationäre Behandlungstage (»» Kapitel 3.5.1). Zudem bekommen von Beschäftigten dieser Branchen insbesondere die dort beschäftigten Frauen zu überdurchschnittlichen Anteilen Medikamente verordnet (»» Kapitel 4.5.1).

Ein Blick auf die Entwicklung der vergangenen zehn Jahre zeigt, dass sich die Verteilung der Diagnoseanteile in ausgewählten Wirtschaftsabschnitten nur wenig verändert hat (»» Diagramm 2.5.5). Entsprechend ist erkennbar, dass sich die Rangfolge der Branchen hinsichtlich ihrer Diagnoseanteile seit 2015 kaum verändert hat: Wirtschaftsabschnitte mit überdurchschnittlich hohen Werten bleiben durchgängig an der Spitze, während Bereiche mit unterdurchschnittlichen Anteilen konstant am unteren Ende der Skala rangieren. Im Zeitraum von 2015 bis 2024 verzeichnen Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen durchgehend die höchsten Diagnoseanteile, mit einem durchschnittlichen Anteil von 92,4% und einem Höchstwert von 94,0% im Jahr 2022. Ebenfalls regelmäßig über dem Branchendurchschnitt liegen die Anteile bei Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (90,6% – 93,5%) sowie in den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (90,0% – 92,3%). Demgegenüber weisen bei den hier dargestellten Branchen Beschäftigte im Baugewerbe (78,4% – 82,6%) durchweg die niedrigsten Anteilswerte auf, gefolgt von den Branchen Verkehr und Lagerei und Information und Kommunikation.

Deutlich sichtbar sind zudem die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie und der damit verbundenen Schutzmaßnahmen: Für fast alle dargestellten Wirtschaftsbereiche ist im Jahr 2020 ein pandemiebedingter Rückgang der ambulanten Behandlungs-

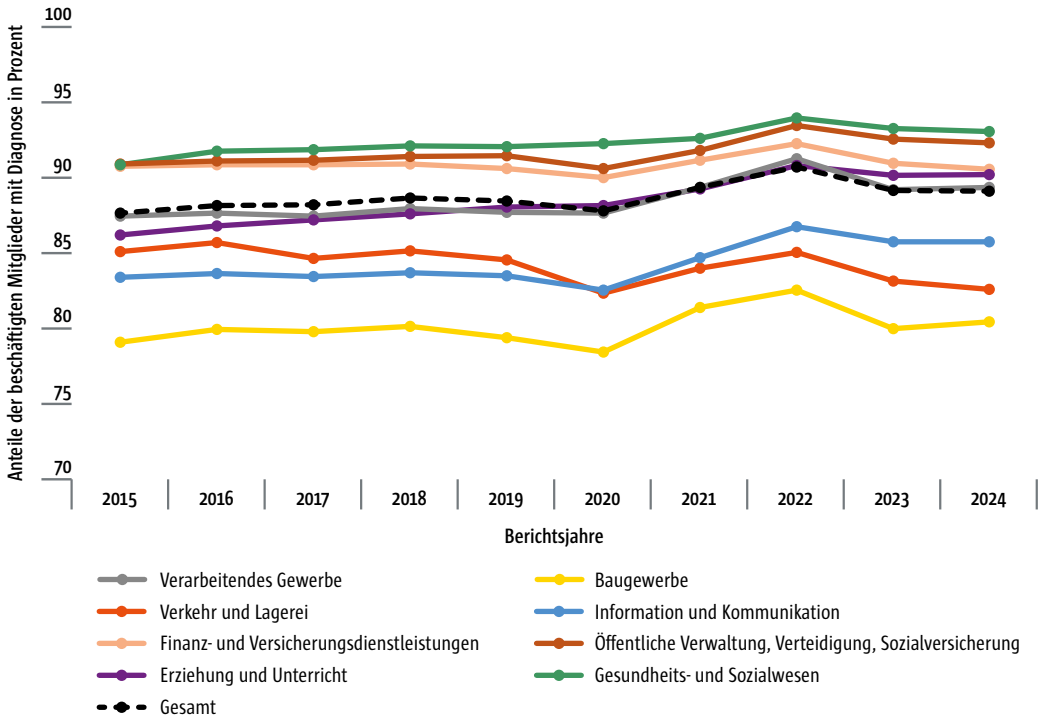
anteile erkennbar. Den stärksten Rückgang verzeichneten dabei Beschäftigte im Verkehr und Lagerei mit einem Rückgang um -2,2 Prozentpunkte. Im Jahr 2022 lässt sich anschließend für alle betrachteten Wirtschaftsgruppen wieder ein Anstieg der ambulanten Behandlungsanteile beobachten. Besonders stark fiel der Zuwachs in den Bereichen Information und Kommunikation sowie im verarbeitenden Gewerbe aus, jeweils mit einem Anstieg um rund +2,0 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr.

Eine vertiefte Analyse der ambulanten Diagnoseanteile auf Ebene der Wirtschaftsabteilungen bestätigt die bereits beschriebene besondere Rolle bestimmter Branchen, wie die »» Tabelle 2.5.2 zeigt. Wie schon in den Vorjahren liegt das Gesundheitswesen mit einem Anteil von 93,5% erneut an der Spitze, dicht gefolgt von Heimen (ohne Erholungs- und Ferienheime) sowie der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (jeweils 92,3%). Die strukturelle Nähe dieser Bereiche zum Gesundheitswesen und der erleichterte Zugang zu ärztlichen Leistungen dürften hierfür mitverantwortlich sein. Eine detaillierte Auswertung der Diagnosearten auf Ebene der Wirtschaftsabteilungen liefert weiterführende Erkenntnisse.

- **Psychische Störungen:** Im aktuellen Berichtsjahr weisen Beschäftigte in Heimen mit 43,6% erneut die höchsten Anteile auf, gefolgt vom Sozialwesen (ohne Heime) (41,2%). Auch Beschäftigte in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie im Gesundheitswesen zeigen regelmäßig überdurchschnittliche Werte. Die besondere Betroffenheit dieser Branchen spiegelt sich auch in weiteren Leistungskennzahlen wider. So verzeichnen Beschäftigte in all diesen Bereichen überdurchschnittlich viele AU-Tage sowie stationäre Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen. Dies weist auf eine erhebliche psychische Belastung in den jeweiligen Branchen hin, die vor allem auf die häufige Interaktion mit Menschen und die damit verbundenen emotionalen und sozialen Anforderungen zurückzuführen ist.
- **Muskel-Skelett-Erkrankungen:** Im Jahr 2024 liegt der höchste Anteil ambulanter Behandlungen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Beschäftigten in der Metallherzeugung und -bearbeitung (55,3%). Insgesamt zeigen sich in mehreren Wirtschaftsabteilungen des verarbeitenden Gewerbes überdurchschnittlich hohe Werte – ein Hinweis auf die physisch belastenden Arbeitsbe-

2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.5.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für ausgewählte Wirtschaftsabschnitte im Zeitverlauf (2015–2024)



dingungen. An zweiter Stelle folgen erneut Beschäftigte in Heimen mit 54,3%, was auf die körperliche Belastung in Pflegeberufen hindeutet.

- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** Wie bereits in den Vorjahren sind auch 2024 die höchsten Anteile für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Beschäftigten in der Metallerzeugung und -bearbeitung (38,8%) zu finden. Knapp dahinter folgen der Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen (37,3%) sowie die Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen und Rückgewinnung (36,0%). Dabei ist zu beachten, dass alle drei Branchen ein vergleichsweise hohes Durchschnittsalter (46,0-47,0 Jahre) aufweisen. Auch der überdurchschnittliche Anteil männlicher Beschäftigter in diesen Sektoren könnte zur Erklärung beitragen, da kardiovaskuläre Erkrankungen bei Männern häufiger auftreten.
- **Krankheiten des Atmungssystems:** Im Gegensatz zum Vorjahr sind im Jahr 2024 Beschäftigte in der Luftfahrt am häufigsten wegen Atemwegserkrankungen in ambulanter Behandlung (59,2%) ge-

wesen. Am zweithäufigsten waren es Beschäftigte im Gesundheitswesen (58,6%), dicht gefolgt von Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (57,9%) sowie Erziehung und Unterricht (57,3%). Gemeinsam ist diesen Branchen ein hoher Anteil an Tätigkeiten mit direktem Personenkontakt – ein möglicher Risikofaktor für Infektionsübertragungen. Verglichen mit dem Vorjahr zeigt sich jedoch sowohl branchenspezifisch als auch insgesamt ein Rückgang der Anteilswerte für diese Diagnosegruppe.

Folglich lässt sich festhalten, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen, in Heimen und in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowohl insgesamt betrachtet als auch krankheitsspezifisch überdurchschnittliche Prävalenzen aufweisen. Zudem lassen die vorliegenden Daten einen Zusammenhang zwischen der Art der beruflichen Tätigkeit und dem Erkrankungsprofil vermuten.

Tabelle 2.5.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2024)

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
86	Gesundheitswesen	93,5
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	92,3
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	92,3
75	Veterinärwesen	91,4
51	Luftfahrt	91,2
14	Herstellung von Bekleidung	91,2
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	91,2
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	90,9
12	Tabakverarbeitung	90,9
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	90,8
	Gesamt	89,1
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation	80,4
2	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	80,4
42	Tiefbau	79,8
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	79,2
41	Hochbau	78,6
56	Gastronomie	76,6
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	76,4
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	68,3
1	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	65,2
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	58,1

Infobox Vielfalt und gesunde Arbeit

Die Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen variiert deutlich zwischen den Branchen und Berufsgruppen. Ein Teil dieser Unterschiede lässt sich durch die Alters- und Geschlechtsstruktur der Beschäftigten erklären. Darüber hinaus zeigt der BKK Gesundheitsreport 2024, dass auch das Bildungsniveau und die berufliche Stellung eine wichtige Rolle spielen. So nehmen Beschäftigte ohne Schul- oder Berufsabschluss deutlich seltener ambulante Versorgung in Anspruch als Personen mit qualifizierten Abschlüssen. Ebenso weisen Beschäftigte in Tätigkeiten mit niedrigem Anforderungsniveau, wie Helfer- oder Anlernertätigkeiten, eine geringere Inanspruchnahme ambulanter Leistungen auf als diejenigen in (hoch) komplexen Tätigkeiten. Des Weiteren ist

belegt, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ein deutlich höheres Risiko für (chronische) Erkrankungen aufweisen, ihren Gesundheitszustand seltener als gut bewerten und häufiger gesundheitsriskantes Verhalten zeigen^{9,10}. Die Ursachen dieser Unterschiede sind vielschichtig und entstehen oft bereits in Kindheit und Jugend,

- 9 Lampert, T et al. (2013). Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt, 56: 814–821.
- 10 Hoebel, J et al. (2024). Gesundheitliche Ungleichheit. In Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.), Sozialbericht 2024 (S. 314–319). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

wirken jedoch über den gesamten Lebensverlauf fort¹¹. So reduzieren Bildungsbenachteiligungen nicht nur den Zugang zu qualifizierten Berufsfeldern, sondern erhöhen zugleich das Risiko einer Beschäftigung in gesundheitlich belastenden oder prekären Arbeitsverhältnissen – wodurch sich die bestehende gesundheitliche Ungleichheit weiter verfestigt. Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit bzw. der soziale Gradient ist folglich in allen Altersgruppen erkennbar, besonders ausgeprägt jedoch im mittleren Lebensalter. Neben den bereits genannten Nachteilen ist ein niedriger sozioökonomischer Status mit einer erhöhten vorzeitigen Sterblichkeit und einer kürzeren Lebenserwartung verbunden¹⁰. Soziale und wirtschaftliche Benachteiligung betrifft jedoch nicht nur die Betroffenen selbst, sondern hat weitreichenden Folgen für An- und Zugehörige, Betriebe und die Gesellschaft insgesamt. Zwar erfordert die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit einen umfassenden Health-in-All-Policies-Ansatz, doch können Unternehmen – wie der **»»** Gastbeitrag von Dragano und Janssen in diesem Buch zeigt – einen wichtigen Beitrag dazu leisten.

2.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Im Jahr 2024 waren erneut Beschäftigte in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen am häufigsten in ambulanter Behandlung, gefolgt von Beschäftigten in sozialen und kulturellen Dienstleistungen.
- Die niedrigsten Diagnoseanteile finden sich bei Beschäftigten in Land-, Forst- und Gartenbauberufen, wobei diese im Vergleich ein deutlich jüngeres Durchschnittsalter aufweisen.
- Im Zeitverlauf zeigt sich ein relativ konstantes Muster, wobei pandemiebedingte Auswirkungen durch einen Rückgang der ambulanten Behandlungen in 2020 und eine sprunghafte Zunahme in 2022 bei dem Großteil der Berufsgruppen erkennbar sind.

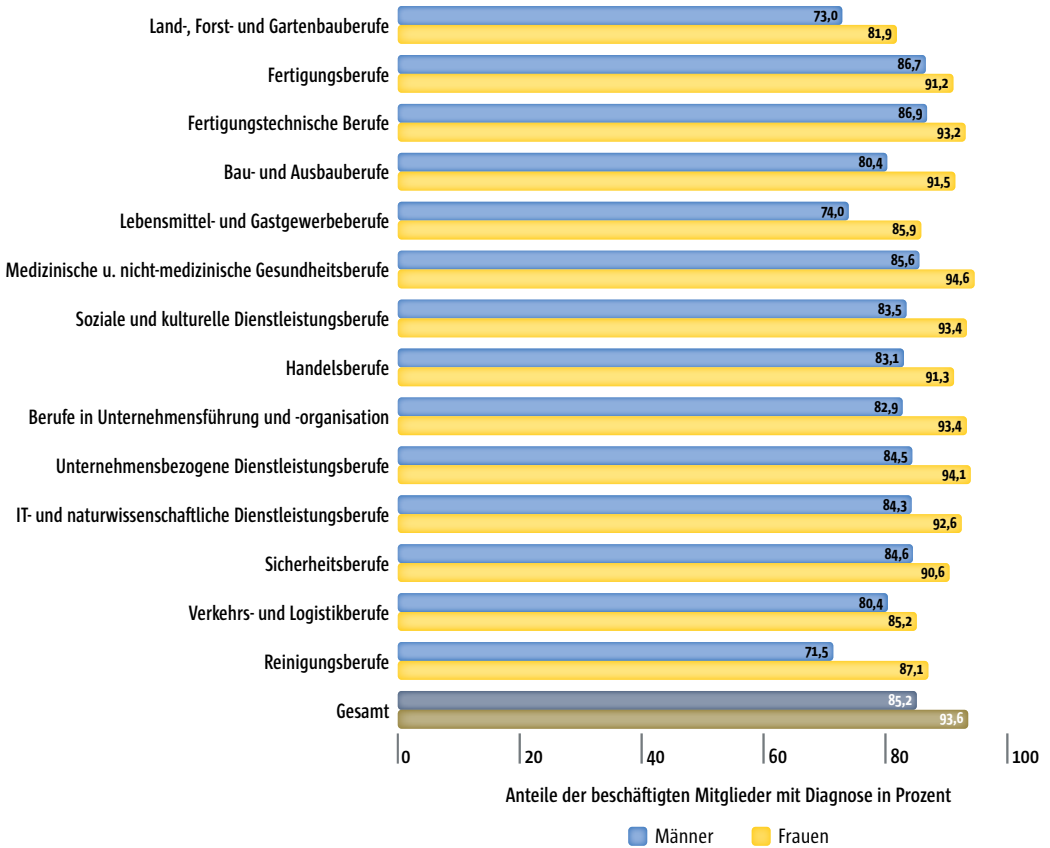
Die Anteile von Beschäftigten mit einer Diagnose, differenziert nach Berufssegmenten und Geschlecht, sind im **»»** Diagramm 2.5.6 für das Jahr 2024 dargestellt. Zunächst fallen die zum Teil deutlichen Unterschiede zwischen den Berufsgruppen auf, wobei sich ein relativ konstantes Bild zum Vorjahr zeigt. Beschäftigte in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen verzeichnen insgesamt betrachtet mit 93,1% erneut den höchsten Anteilswert. Die höheren Werte in dieser Berufsgruppe sind u. a. auf eine höhere berufliche Exposition, strengere arbeitsmedizinische

vorgaben sowie eine engmaschigere Diagnostik in Gesundheitsberufen zurückzuführen. Eine geschlechtsspezifische Auswertung verdeutlicht zudem Unterschiede: Während bei den weiblichen Beschäftigten weiterhin die Gesundheitsberufe mit einem Anteil von 94,6% an der Spitze liegen, fällt dieser Anteil bei den männlichen Beschäftigten (85,6%) mit 9,0 Prozentpunkten weniger deutlich geringer aus. Bei den männlichen Beschäftigten entfallen die höchsten Anteile ambulanter Behandlungen auf die fertigungstechnischen Berufe (86,9%), dicht gefolgt von den Fertigungsberufen (86,7%). Im Gegensatz dazu weisen Beschäftigte in Land-, Forst- und Gartenbauberufen mit 76,0% die insgesamt niedrigsten Diagnoseanteile auf; mit einem Durchschnittsalter von rund 40 Jahren zählen sie zugleich zu den jüngsten Berufsgruppen. Nach Geschlecht differenziert, zeigen Frauen in diesen Berufen mit 81,9% weiterhin den geringsten Anteil, während bei den Männern die Reinigungsberufe mit 71,5% am niedrigsten liegen.

Auffällig ist zudem, dass Frauen in der überwiegenden Mehrheit der Berufssegmente höhere Diagnoseanteile aufweisen als Männer. Die größte geschlechtsspezifische Differenz findet sich bei Beschäftigten in Reinigungsberufen: Hier liegt der Anteil bei Frauen um mehr als ein Fünftel höher als bei ihren männlichen Kollegen (87,1% vs. 71,5%). Eine genauere Betrachtung zeigt, dass Beschäftigte in Reinigungsberufen mit durchschnittlich rund 49 Jahren zu der Gruppe mit den ältesten Erwerbstätigen zählen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Männer in dieser Berufsgruppe im Schnitt fünf Jahre jünger sind als ihre Kolleginnen (50,7 vs. 45,2 Jahre). Dies könnte u. a. erklären, warum männliche Beschäftigte hier eine geringere Inanspruchnahme ambulanter Leistungen haben als ihre weiblichen Kolleginnen, wobei diese Berufsgruppe im Vergleich bei den Männern den niedrigsten Anteilswert aufweist. Dabei deckt sich diese niedrige Inanspruchnahme ambulanter Versorgung nicht mit den anderen Leistungsbereichen: Männliche Beschäftigte in Reinigungsberufen zeigen überdurchschnittlich viele AU-Tage (**»»** Kapitel 1.5.2) und stationäre Behandlungstage (**»»** Kapitel 3.5.2) sowie eine überdurchschnittlich hohe Verordnungsmenge bei Arzneimitteln, gemessen in Tagesdosen (**»»** Kapitel 4.5.2). Dies deutet möglicherweise auf eine unzureichende Inanspruchnahme oder Erreichbarkeit ambulanter Versorgungsangebote in dieser Berufsgruppe hin – trotz bestehender gesundheitlicher Belastungen.

11 Clougherty JE, Souza K, Cullen MR. Work and its role in shaping the social gradient in health. *Ann NY Acad Sci.* 2010; 1186: 102–24.

Diagramm 2.5.6 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)



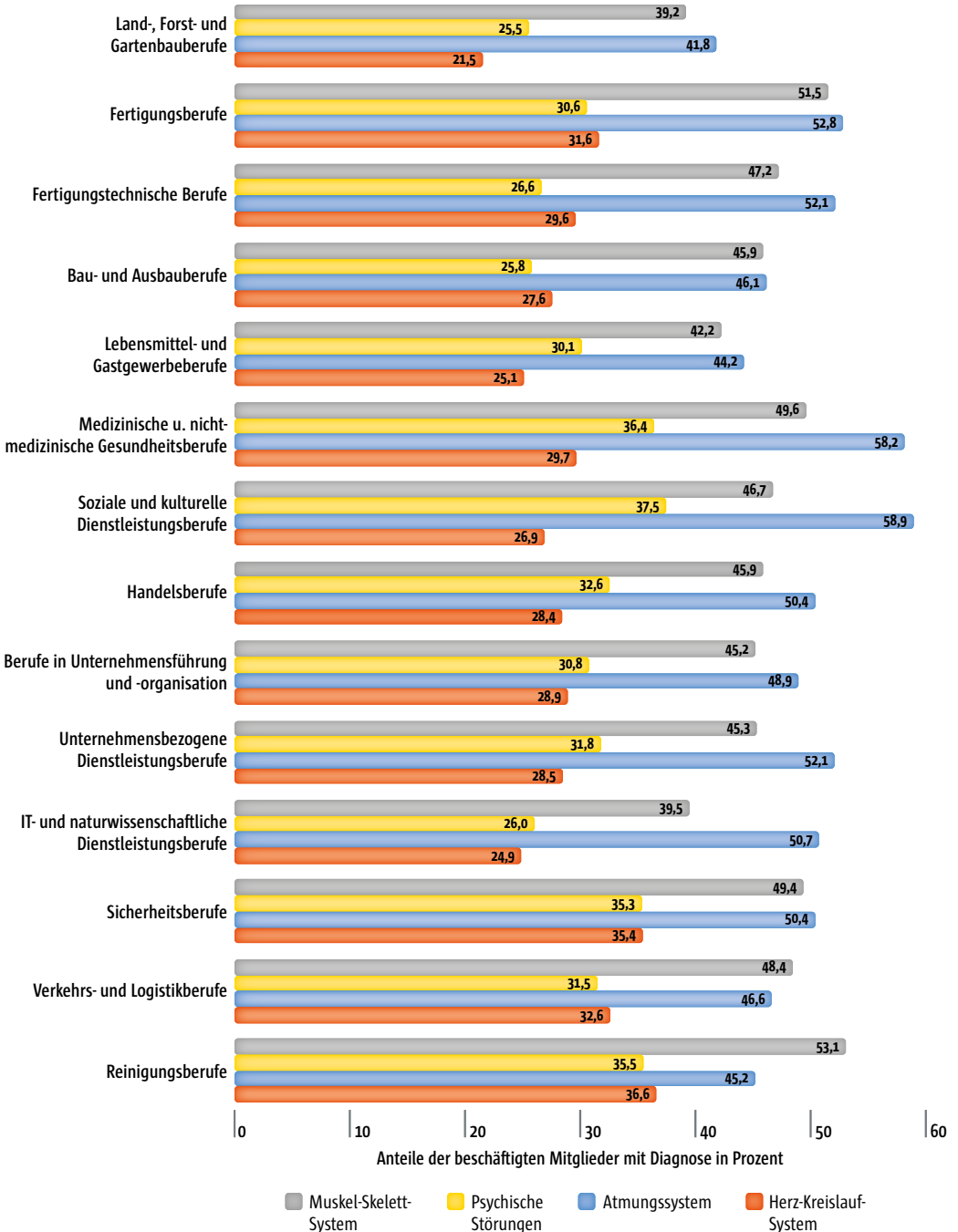
Die differenzierte Auswertung der Diagnoseanteile psychischer Störungen sowie von Erkrankungen des Muskel-Skelett-, Atmungs- und Herz-Kreislauf-Systems nach Berufssegmenten zeigt weitere Unterschiede auf (»»» Diagramm 2.5.7). Auffällig ist, dass die Reinigungskräfte zwar insgesamt unterdurchschnittliche Anteilswerte zeigen und somit ein vergleichsweise hoher Anteil von ihnen 2024 gar keine ambulante Behandlung in Anspruch genommen hat, sie aber – wie bereits im Vorjahr – in zwei der vier Diagnosegruppen erneut die Spitzenposition einnehmen. So weisen sie die höchsten Anteile bei ambulanten Behandlungen von Muskel-Skelett- (53,1%) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (36,6%) auf. Dies ist vor allem auf die körperlich belastende Tätigkeit sowie das vergleichsweise hohe Durchschnittsalter (49,3 Jahre) zurückzuführen, das insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine Rolle spielt. Die geschlechtsspezifische Analyse be-

stätigt zudem erneut, dass insbesondere Frauen in dieser Berufsgruppe überdurchschnittlich häufig ambulant wegen der beiden genannten Erkrankungen behandelt wurden. Die Anteile bei den Männern liegen dagegen um rund 40% (Herz-Kreislauf-Erkrankungen) bis 60% (Muskel-Skelett-Erkrankungen) niedriger. Dabei ist zu beachten, dass über drei Viertel der Beschäftigten in dieser Berufsgruppe Frauen sind und damit ein hoher Frauenanteil vorliegt.

Bei den beiden weiteren betrachteten Diagnosegruppen – Atemwegserkrankungen und psychische Störungen – nehmen Beschäftigte in sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen jeweils den Spitzenplatz ein. Im aktuellen Berichtsjahr waren mehr als die Hälfte der Beschäftigten dieser Berufsgruppe wegen Atemwegserkrankungen (58,9%) in ambulanter Behandlung, bei psychischen Störungen waren es über ein Drittel (37,5%). In beiden Diagnosegruppen folgen Beschäftigte aus Gesundheitsberufen an

2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.5.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2024)



zweiter Stelle (Atemungssystem: 58,2%; Psychische Störungen: 36,4%). Die erhöhte Prävalenz von Atemwegserkrankungen lässt sich vor allem durch den häufigen Kontakt mit (erkrankten) Menschen erklären. Dieser intensive zwischenmenschliche Kontakt sowie der Umgang mit herausfordernden und belastenden Situationen sind wahrscheinlich auch wesentliche Gründe für die höhere Betroffenheit von psychischen Störungen in diesen Berufen. Hinzu kommt, dass beide Berufsgruppen einen hohen Frauenanteil (> 75%) aufweisen, was insbesondere vor dem Hintergrund der häufiger bei Frauen diagnostizierten psychischen Erkrankungen relevant ist. Geschlechtsspezifisch betrachtet liegen allerdings die Sicherheitsberufe – in denen knapp drei Viertel der Beschäftigten Männer sind – sowohl bei den Frauen (44,3%) als auch den Männern (32,1%) bei den ambulanten Behandlungen aufgrund psychischer Störungen an der Spitze.

Die geringsten Anteilswerte finden sich bei allen vier Diagnosehauptgruppen bei Beschäftigten in Land-, Forst- und Gartenbauberufen. Wie bereits oben genannt, sticht diese Berufsgruppe auch mit dem jüngsten Durchschnittsalter hervor. Bei den Anteilen für die ambulante Behandlung von Krankheiten des Muskel-Skelett- (39,5%) und Herz-Kreislauf-Systems (24,9%) belegen Beschäftigte in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen den zweitniedrigsten Platz. Diese Berufsgruppe weist mit fast 42 Jahren ebenso ein jüngeres Altersdurchschnitt als der Gesamtdurchschnitt auf.

Eine längsschnittliche Analyse der Anteilswerte in der ambulanten Versorgung differenziert nach ausgewählten Berufsgruppen liefert vertiefende Erkenntnisse (III Diagramm 2.5.8). Im Zeitverlauf von 2015 bis 2024 zeigt sich eine weitgehend stabile Rangfolge der Berufsgruppen: Berufe mit überdurchschnittlichen Inanspruchnahmekoten liegen konstant an der Spitze, während Berufsgruppen mit unterdurchschnittlichen Werten dauerhaft das untere Ende der Skala bilden. An der Spitze finden sich durchgehend Beschäftigte in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen mit einer Spannweite von 91,4% bis 94,2%. Ihr Diagnoseanteil stieg von 2015 bis 2024 um nahezu +2,0 Prozentpunkte und erreichte 2022 mit 94,2% den Höchstwert. Bei den hier dargestellten Berufsgruppen folgen an zweiter Stelle beständig Beschäftigte in sozialen und kulturellen Dienstleistungen (87,0% – 91,6%), wobei sich auch hier der höchste Wert in 2022 zeigt. Zudem weist diese Berufsgruppe in den vergangenen zehn Jahren den größten Anstieg unter den hier betrachteten Berufsgruppen auf (+4,0 Prozentpunkte). Die erhöhte Prä-

valenz beider Berufsgruppen lässt sich vor allem durch ihre Nähe zur Gesundheitsversorgung und den intensiven Kontakt mit (erkrankten) Menschen erklären.

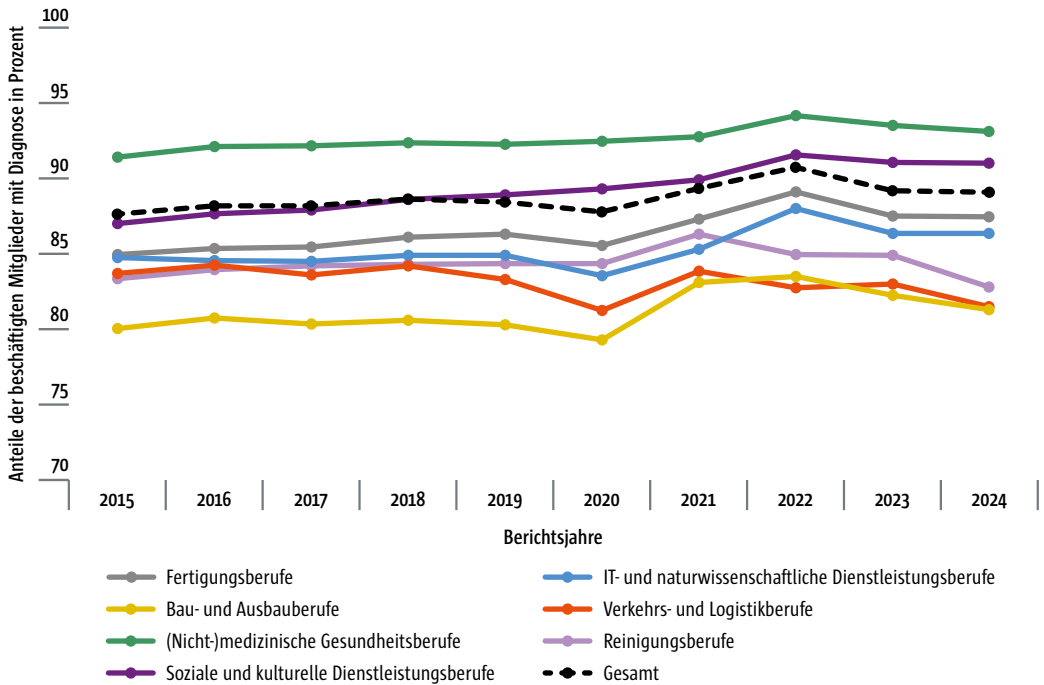
Darüber hinaus fällt auf, dass der Höchstwert im Jahr 2022 nicht ausschließlich bei Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen Anteilswerten zu beobachten ist, sondern ebenso im Gesamtdurchschnitt sowie bei den unterdurchschnittlichen Gruppen. Über alle Berufsgruppen betrachtet zeigt sich zwischen 2021 und 2022 eine Zunahme um +1,4 Prozentpunkte, wobei Beschäftigte in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen mit einem Anstieg von +2,7 Prozentpunkten den stärksten Zuwachs verzeichnen. Dieser Anstieg ist vor allem auf die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie zurückzuführen. Ebenso ist im Jahr 2020 – mit Ausnahme der Gesundheitsberufe sowie der sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe – in allen dargestellten Gruppen sowie im Gesamtdurchschnitt ein Rückgang der Diagnoseanteile zu beobachten, ebenfalls vermutlich pandemiebedingt.

Bei den Berufsgruppen mit unterdurchschnittlichen Inanspruchnahmekoten ist im Vergleich zu den Spitzenreitern etwas mehr Dynamik in der Rangfolge erkennbar. Gleichwohl verzeichnen Beschäftigte in Bau- und Ausbauberufen – abgesehen von 2022 – durchgehend den niedrigsten Diagnoseanteil (79,3% – 83,5%) bei den hier dargestellten Berufsgruppen. Ebenfalls regelmäßig unter dem Durchschnitt liegen die Anteile von Beschäftigten in Verkehrs- und Logistikberufen (81,3% – 84,3%), Reinigungsberufen (82,8% – 86,3%) sowie in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (83,5% – 88,0%). Zudem lässt sich bei den Verkehrs- und Logistikberufen sowie in Reinigungsberufen im Zeitverlauf ein Rückgang beobachten, während bei den anderen Berufsgruppen ein Anstieg im Zeitverlauf erkennbar ist.

III Tabelle 2.5.3 gibt einen Überblick über die Berufsgruppen mit den höchsten und niedrigsten Anteilen beschäftigter Mitglieder mit einer ambulant dokumentierten Diagnose. Dabei entspricht das Muster weitgehend dem des Vorjahres: Auch im aktuellen Berichtsjahr weisen Beschäftigte in der Arzt- und Praxishilfe mit 96,1% die höchste Inanspruchnahmekote auf. Insgesamt zählen sieben der zehn Berufsgruppen mit den höchsten Anteilswerten zur Berufskategorie „Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung“. Wobei vier dieser Berufsgruppen die Spitzenpositionen einnehmen: So folgen auf Rang zwei Beschäftigte in Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege (93,7%) und auf Rang drei Be-

2.5 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.5.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für ausgewählte Berufssegmente im Zeitverlauf (2015–2024)



schäftigte im medizinischen Laboratorium (93,3%). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Berufsgruppen nicht in allen Diagnosehauptgruppen gleichermaßen hohe Anteilswerte aufweisen. Im Folgenden werden daher die Anteilswerte für vier ausgewählte Diagnosehauptgruppen nach Berufsgruppen dargestellt.

- **Psychische Störungen:** Wie schon in den Vorjahren wurden auch im aktuellen Jahr psychische Erkrankungen am häufigsten bei Beschäftigten in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (45,3%) und in der Altenpflege (44,4%) sowie in der Hauswirtschaft und Verbraucherberatung (42,5%) diagnostiziert. Auch auf den weiteren Rangplätzen finden sich zahlreiche Berufe, die vor allem durch einen intensiven Umgang mit Menschen geprägt sind. Auffällig ist zudem, dass viele der besonders betroffenen Berufsgruppen einen überdurchschnittlich hohen Frauenanteil aufweisen.
- **Muskel-Skelett-Erkrankungen:** Am häufigsten betroffen sind – wie im Vorjahr – Beschäftigte in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (60,7%), dicht gefolgt von Beschäftigten in der

industriellen Keramikerstellung und -verarbeitung (59,9%) sowie in der Hauswirtschaft und Verbraucherberatung (59,7%). Auf den weiteren Plätzen finden sich vor allem Berufsgruppen aus dem Bereich Rohstoffgewinnung, Produktion und Fertigung. Die erhöhte Prävalenz ist auf einen hohen Anteil körperlich belastender und häufig einseitiger Tätigkeiten zurückzuführen. Zudem zeigt sich bei einer Vielzahl der besonders betroffenen Berufsgruppen ein überdurchschnittlicher Altersdurchschnitt, bspw. 50,6 Jahre bei Beschäftigten in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung.

- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** Im aktuellen Berichtsjahr verzeichnen erneut Angehörige gesetzgebender Körperschaften und leitende Bedienstete von Interessenorganisationen (48,1%) sowie Beschäftigte in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (47,9%) die höchsten Anteilswerte bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Beide Gruppen gehören mit einem Durchschnittsalter von über 50 Jahren zu den ältesten Berufsgruppen.
- **Krankheiten des Atmungssystems:** Wie zu erwarten, treten Atemwegserkrankungen auch in diesem

Tabelle 2.5.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2024)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
811	Arzt- und Praxishilfe	96,1
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	93,7
812	Medizinisches Laboratorium	93,3
817	Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	93,2
733	Medien-, Dokumentations- und Informationsdienste	92,8
732	Verwaltung	92,7
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	92,4
624	Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf	92,2
818	Pharmazie	91,6
825	Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik	91,6
Gesamt		89,1
322	Tiefbau	77,9
292	Lebensmittel- und Genussmittelherstellung	77,6
113	Pferdewirtschaft	75,8
634	Veranstaltungsservice und -management	74,8
333	Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	73,4
112	Tierwirtschaft	71,5
321	Hochbau	68,9
943	Moderation und Unterhaltung	68,1
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	64,1
111	Landwirtschaft	56,5

Jahr am häufigsten in Berufsgruppen auf, die von einem intensiven Kontakt mit Menschen geprägt sind. Den Spitzenplatz belegen Beschäftigte in der Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege (64,5%), gefolgt von Beschäftigten in der Arzt- und Praxishilfe (63,7%) sowie in nicht-ärztlicher Therapie und Heilkunde (61,5%). Neben einer erhöhten Sensibilität gegenüber Atemwegserkrankungen in diesen Berufsgruppen trägt vor allem das gesteigerte Ansteckungsrisiko durch den häufigen Kontakt mit zu betreuenden

Personen bzw. Patientinnen und Patienten zu den hohen Anteilswerten bei.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Beschäftigte in der Arzt- und Praxishilfe zwar im Gesamtvergleich die höchste Diagnosequote aufweisen. Betrachtet man jedoch die einzelnen Diagnosehauptgruppen, nehmen sie „lediglich“ bei den Atemwegserkrankungen den Spitzenplatz ein.

Infobox Vielfalt und gesunde Arbeit

Die vorliegenden Auswertungen verdeutlichen, dass Alter und Geschlecht die gesundheitliche Lage beeinflussen. Gesundheit ist allerdings nicht das bloße Resultat biologischer Faktoren, sondern das Produkt eines vielschichtigen Wechselspiels zwischen körperlichen, psychischen, sozialen, sozioökonomischen und kulturellen Einflüssen¹². Diese wirken nicht isoliert, sondern interagieren dynamisch und können sich gegenseitig verstärken oder abschwächen. Daraus folgt, dass gesundheitliche Chancen und Risiken in einer vielfältigen Gesellschaft ungleich verteilt sind. Die Analysen zeigen weiterhin, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht nur alters- und geschlechtsspezifisch, sondern auch regional sowie branchen- und berufsabhängig variiert. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderungen nach dem „one size fits all“ bzw. Gießkannen-Prinzip greifen daher zu kurz. Vielmehr braucht es eine Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebens- und Arbeitswelten, Bedarfe und Ressourcen¹³. Dabei macht der BKK Gesundheitsreport 2024 deutlich, dass trotz steigender Investitionen erhebliche ungenutzte Präventionspotenziale bestehen. So zeigt die Beschäftigtenumfrage, dass etwas mehr als die Hälfte der Befragten Zugang zur betriebs-

ärztlichen Versorgung und/oder zu betrieblichen Gesundheitsförderungsangeboten hat, wobei nur ein Drittel dies in Anspruch nimmt. Gleichzeitig profitieren bestimmte Gruppen – etwa Menschen mit höherem Bildungsniveau – überproportional von solchen Maßnahmen. Dieses „Präventionsdilemma“ erfordert Ansätze, die Lebens- und Arbeitsumfelder gezielt einbeziehen (*Setting-Ansatz*)¹⁴. Ein aktuelles nationales Beispiel hierfür ist das irische Gesundheitsprogramm *On Feirm Ground (2)*¹⁵, das speziell Landwirtinnen und Landwirte adressiert – eine Berufsgruppe, die als schwer erreichbar gilt. Ziel des Programms ist es, Fach- und Servicekräfte in der Landwirtschaft zu schulen und zu befähigen, dass sie Landwirtinnen und Landwirte für Themen rund um Gesundheit und Wohlbefinden sensibilisieren und bei Bedarf gezielt an geeignete Unterstützungsangebote weiterverweisen können. Dieses niedrigschwellige und passgenaue Vorgehen gilt als Good-Practice-Beispiel diversitätssensibler Gesundheitsförderung, von denen es auch im nationalen Kontext eine Vielzahl gibt. So zeigen etwa die BKK Initiativen *Wertgeschätzt*¹⁶ und *Mein Phileo*¹⁷, wie moderne Präventionsangebote dank Digitalisierung nicht nur zielgruppenspezifisch, sondern auch personalisiert sowie zeit- und ortsunabhängig gestaltet werden können.

- 12 Hurrelmann, K. & Richter, M. (2022). Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.
- 13 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit & Geschäftsstelle bei Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.). (2021) Verfügbar unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf [abgerufen 13.08.2025]

- 14 Hartung S & Rosenbrock R (2022). Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i106-2.0> [abgerufen 27.08.2025].
- 15 <https://mensnetwork.ie/on-feirm-ground-2/> [abgerufen 22.08.2025]
- 16 <https://bkk-wertgeschaezt.de/> [abgerufen 25.08.2025]
- 17 <https://www.mein-phileo.de/> [abgerufen 25.08.2025]

2.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegenden Ergebnisse geben einen differenzierten Einblick in die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung nach Krankheitsarten sowie nach soziodemografischen und arbeitsweltlichen Merkmalen. Zugleich wird das breite Leistungsspektrum in der ambulanten Versorgung sichtbar, welches von der Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen über Maßnahmen der Prävention und Früherkennung, wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, bis hin zur Nachsorge nach Krankenhausaufenthalten reicht. Damit nimmt die ambulante Versorgung eine Schlüsselrolle an der Schnittstelle von Akutmedizin, Prävention und langfristiger Gesundheitsbegleitung ein. Die hohe Relevanz der ambulanten Versorgung im deutschen Gesundheitswesen spiegelt sich auch in den Daten der Betriebskrankenkassen wider: Im Jahr 2024 waren rund 91% aller Versicherten mindestens einmal in ambulanter Behandlung. Im Vergleich dazu fällt bspw. die Inanspruchnahme der stationären Versorgung von etwa 11% der BKK Versicherten insgesamt deutlich geringer aus. Im Zeitverlauf zeigen sich außerdem eher geringe Schwankungen im ambulanten Versorgungsgeschehen: So stieg der Anteil ambulanter Behandlungen gegenüber dem Vorjahr lediglich um +0,1 Prozentpunkte.

Ein Blick auf die Diagnoseverteilungen verdeutlicht zudem eine Vielfalt hinsichtlich der Behandlungsanlässe. Wobei auch im aktuellen Berichtsjahr am meisten Diagnosen aus der heterogenen Kategorie der Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, gestellt wurden: Rund drei Viertel der Versicherten insgesamt erhielten mindestens eine solche Diagnose. Darunter zählen u. a. allgemeine Untersuchungen und Vorsorgemaßnahmen sowie Laboruntersuchungen. Weiterhin nehmen Atemwegserkrankungen in der ambulanten Versorgung eine wichtige Rolle ein: In den vergangenen zehn Jahren belegten sie überwiegend den zweiten Rang unter den Diagnosegruppen – ein Muster, das sich auch im aktuellen Berichtsjahr fort-

setzt. Allerdings lassen sich bei dem Anteilswert für Atemwegserkrankungen Schwankungen erkennen: Während der Coronavirus-Pandemie gingen Atemwegsdiagnosen zunächst zurück, stiegen jedoch 2022 sprunghaft auf einen historischen Höchstwert von über 50% an und verharren seither auf hohem Niveau. Im Gegensatz dazu zeigen sich stabile Verteilungen bei Muskel-Skelett-Erkrankungen, die bei etwa der Hälfte der Versicherten diagnostiziert werden, sowie bei Stoffwechselkrankheiten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychischen Störungen, die jeweils mehr als ein Drittel betreffen.

Die soziodemografischen Auswertungen offenbaren zudem teils deutliche Geschlechter- und Altersunterschiede. So nehmen Frauen ambulante Leistungen nicht nur insgesamt häufiger in Anspruch, sondern auch innerhalb der meisten Diagnosegruppen. Diese geschlechtsspezifische Differenz zulasten der Frauen lässt sich insbesondere bei Krankheiten des Urogenitalsystems, Faktoren der Inanspruchnahme, aber auch bei Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie psychischen Störungen beobachten. Dies bestätigt vorangegangene Untersuchungen, die belegen, dass Frauen häufiger (frühzeitig) ärztliche Hilfe aufsuchen, während Männer medizinische Versorgung seltener bzw. später und mit schwerwiegenderen Symptomen aufsuchen¹⁸. Die altersspezifischen Analysen verdeutlichen, dass die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen mit dem Lebensalter assoziiert ist. So zeigt sich, dass verschleißbedingte Krankheiten, wie Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z.B. Bluthochdruck) oder Muskel-Skelett-Systeme (z.B. Arthrose) mit steigendem Alter zunehmen, während bspw. Atemwegserkrankungen und Infektionen mit dem Alter abnehmen. Des Weiteren beeinflussen, neben soziodemografischen Merkmalen, arbeitsweltliche Merkmale das ambulante Versorgungsgeschehen. Es zeigt

18 Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2020). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin.

sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen beruflicher Tätigkeit und Erkrankungsspektrum. Beschäftigte in körperlich belastenden Tätigkeiten sind bspw. überdurchschnittlich häufig von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen. Hingegen werden bei Beschäftigten in Berufen mit intensivem Menschenkontakt, vergleichsweise häufiger Atemwegserkrankungen und psychische Störungen diagnostiziert. Insgesamt finden sich seit Jahren besonders hohe Diagnoseanteile bei Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen und sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen. Arbeitsweltliche Aspekte liefern damit nicht nur einen Erklärungsansatz für die gesundheitliche Lage von Personen, sondern eröffnen zugleich wichtige Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen, die an den spezifischen Belastungsprofilen ansetzen.

Das diesjährige Schwerpunktthema des Gesundheitsreports richtet den Blick auf Vielfalt – sowohl in der Arbeitswelt als auch in der Gesundheitsversorgung. Damit verbunden ist die Frage, wie eine gerechte und inklusive Gesundheitsversorgung und Arbeitswelt gestaltet werden können. Mit Blick auf die Gesundheitsversorgung ist damit nicht allein die Bereitstellung medizinischer Leistungen gemeint, sondern ebenso der gleichberechtigte Zugang zu diesen Leistungen, die Verfügbarkeit verständlicher Informationen und Aufklärungsangebote sowie die Gewährleistung einer gleich hohen Behandlungsqualität für Alle. Die Barrieren, die Menschen auf dem Weg zur Gesundheitsversorgung begegnen, sind vielfältig: unterschiedliche kulturelle Hintergründe, Werte und Umgangsformen, aber auch mangelnde Kenntnisse über das Gesundheitssystem. Besonders deutlich zeigt sich dies bei Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte, die in der Gesundheitsversorgung häufig sprachliche, rechtliche und institutionelle Hürden sowie rassistische Diskriminierung erfahren¹⁹. Dies kann zu einer geringeren Inanspruchnahme von Vorsorge- und Präventionsangeboten und einer verzögerten Inanspruchnahme notwendiger Behandlungen führen.

Mit Programmen wie Empowerment für Diversität – Allianz für Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung (EMPDIV, siehe dazu den **III** Beitrag von Siebert et al.) soll eine gleichberechtigte Teilhabe und Chancengerechtigkeit aller Menschen in der Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Ziel ist es, strukturelle Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung abzubauen und gleichzeitig durch gezielte Sensibilisierung und Qualifizierung des Gesundheitspersonals sowohl die Diversitätskompetenz zu stärken als auch eine diskriminierungskritische Haltung nachhaltig zu verankern. Aus Sicht der Charta der Vielfalt sollte Vielfalt jedoch nicht nur in Organisationen des Gesundheitswesens Berücksichtigung finden (siehe dazu den **III** Beitrag von Cruces und Inger). Vielmehr sind alle Unternehmen bzw. Institutionen gefordert, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das frei von Vorurteilen ist und in dem alle Mitarbeitenden – unabhängig von persönlichen oder sozialen Merkmalen – die gleichen Chancen erhalten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in einer zunehmend diversen Gesellschaft nicht mehr die Frage im Mittelpunkt stehen sollte, *ob* Vielfalt in der Gesundheitsversorgung oder Arbeitswelt berücksichtigt werden muss, sondern vielmehr, *wie* sie aktiv und wirksam gestaltet werden kann, um die daraus zu entstehenden Potenziale zu entfalten. Für die Gesundheitsversorgung bedeutet dies die Sicherstellung von gleichberechtigter Teilhabe und Chancengerechtigkeit aller Menschen. Bei Gestaltung von gesunder Arbeit geht es ebenso darum, u. a. gesundheitsfördernde Konzepte und Maßnahmen zu entwickeln, die den unterschiedlichen Anforderungen und Bedürfnissen der Beschäftigten entsprechen. In beiden Bereichen greifen demzufolge pauschale Lösungen zu kurz. Erforderlich sind differenzierte, zielgruppenspezifische Konzepte, die die Verschiedenheit von Lebenslagen und Bedürfnissen berücksichtigen und damit zu einer gerechteren und wirksameren Versorgung wie auch zu einer gesunden Arbeit beitragen. Die vorliegenden Erkenntnisse liefern hierfür wertvolle Ansatzpunkte und Impulse.

19 Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Die Beauftragte der Bundesregierung für Antirassismus (Hrsg.). (2023). Lagebericht zu Rassismus in Deutschland. <https://www.integrationsbeauftragte.de/resource/blob/1864320/2157012/91cf1c900234c9fccfb034ff46e95e28/lagebericht-rassismus-komplett-data.pdf?download=1> [abgerufen 28.08.2025].

Schwerpunkt Wissenschaft



Gesundheitsversorgung – eine für Alle?

Eva Becher¹ und Sabine Oertelt-Prigione^{1,2}

¹AG Geschlechtersensible Medizin, Medizinische Fakultät OWL,
Universität Bielefeld

²Gender Unit, Department of Primary and Community Care, Radboud University
Medical Center, Nijmegen, Niederlande

Einleitung

Was ist eigentlich Gesundheit? Die Definition der WHO besagt, Gesundheit ist mehr als das Freisein von Krankheiten oder Gebrechen. Gesundheit wird als Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens definiert und die WHO betont damit einen ganzheitlichen Ansatz, der alle Aspekte des Lebens umfasst (1). Diese Definition wird mittlerweile aufgrund ihrer Absolutheit allerdings auch kritisch diskutiert (2). Die Fähigkeit, beispielsweise mit Symptomen chronischer Erkrankungen oder Alterserscheinungen selbstbestimmt umzugehen, wird als „Disability paradox“ bezeichnet (3). Damit ist Folgendes gemeint: Gesundheit hat mit Handlungsfähigkeit und Lebensfähigkeit, Selbstständigkeit, Selbstbestimmtheit und Lebensqualität zu tun. Menschen mit einer körperlichen Einschränkung haben nicht die gleiche (z.B.) sportliche Leistungsfähigkeit, können aber durchaus gesund sein. Menschen sind vielfältig und verschieden in ihrem Aussehen, Körperbau, Stoffwechsel sowie ihrer Körperzusammensetzung, Psyche, körperlicher Belastbarkeit, kognitiver Leistungsfähigkeit und Aktivität der Sinne.

Während die eine Person sich noch als gesund empfindet, wenn sie z.B. ohne Brille nicht mehr lesen kann, ist die andere Person schon höchst besorgt und lässt sich die Augen mit einer Laser-Operation korrigieren. Wie lange muss eine Person im mittleren Alter problemlos laufen können um noch als gesund zu gelten? Ist eine Person krank, die übergewichtig ist, aber sonst gesund? Wie relevant und einflussreich dabei Normen und Grenzwerte sind zeigt sich am Beispiel der Herabsetzung der Normwerte für den Blutdruck durch die Amerikanische Fachgesellschaft. Die Absenkung der Zielblutdruckwerte auf < 120 mmHg führte über Nacht zu einer enormen Zunahme von Bluthochdruckpatient:innen (4).

Diese Beispiele sollen deutlich machen, dass unsere individuelle Gesundheit stets im Wandel ist und sich nicht leicht in zwei Kategorien pressen lässt, gesund oder krank. Die Wahl der Grenzwerte ist menschengemacht und nicht immer mit wissenschaftlichen Daten unterlegt. Die Zahl der als gesundheitsförderlich geltenden Schritte pro Tag wurde z.B. nur deswegen auf 10.000 festgelegt, weil der erste transportable Schrittzähler keine sechs Dezimalstellen hatte (erfunden von der japanischen Firma Yamasa, „Manpo-kei“ bedeutet „10.000 Schrittzähler“). Unser Gesundheitszustand ändert sich von Tag zu Tag. Dies liegt daran, dass unser Körper jeden Tag ein anderer ist und unsere Umgebung mit potenziell krankheits-erregenden Keimen oder Umweltbelastungen sich auch ständig verändert. Von Geburt an verändern sich unsere Organe, unser Muskel- und Fettgewebe sowie die Aktivität unserer Immunabwehr stets und ständig. Der Faktor Alter ist dabei das relevanteste Risiko um krank zu werden (5).

Berücksichtigung von Alter und Geschlecht in der Medizin

Die Medizin unterteilt Menschen verschiedenen Alters in getrennte Gruppen, die jeweils eine eigene fachärztliche Expertise nötig haben. Dies beginnt mit der Neonatologie über die Kinder- und Jugendmedizin, hin zur Allgemeinmedizin für Erwachsene im Erwerbsalter (für diese gibt es auch noch die Arbeitsmedizin), bis hin zur Geriatrie und Gerontologie für ältere Menschen und der Palliativmedizin für die Sterbephase. Dies macht deutlich, dass diese Altersgruppen eine spezifische medizinische Versorgung benötigen und auch erhalten. Es gibt auch eine spezialisierte medizinische Versorgung nach Geschlecht, ebenfalls ein Faktor, der einen wichtigen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit hat. Aller-

dings behandelt die Medizin hier Männer und Frauen getrennt, da sie sich schwerpunktmäßig häufig an dem Thema Reproduktion orientiert: Fertilität, Schwangerschaft, Menopause und spezifische urologische oder gynäkologische Erkrankungen. Auch hier ist eine Spezialisierung sicher sinnvoll. Allerdings wird häufig übersehen, dass Geschlechterunterschiede bei vielen Erkrankungen jenseits der Reproduktion relevant sind. Geschlecht beeinflusst die Entwicklung von Erkrankungen, deren Diagnose und Therapie, d. h. Geschlecht ist ein wichtiges Kriterium für die Entstehung und Behandlung von vielen Volkskrankheiten und auch seltenen Erkrankungen. Auf diesem Auge ist die Medizin noch vergleichsweise blind (6).

Erkrankungswahrscheinlichkeiten von Männern und Frauen

Aus den Gesundheitswissenschaften ist bekannt, dass sich die Häufigkeit von Erkrankungen, die Prävalenz und Inzidenz, nach Geschlecht unterscheidet. Von Autoimmunerkrankungen sind bspw. häufiger Frauen betroffen (7), wohingegen Männer ein höheres Risiko für Erkrankungen wie Krebs (8) und Schizophrenie (9) haben. Depressionen werden häufiger bei Frauen diagnostiziert, jedoch bei Männern häufiger nicht erkannt und somit nicht ausreichend behandelt (10). Sowohl bei Frauen als auch bei Männern kann es zu verspäteten Diagnosen und dementsprechend schwereren Krankheitsverläufen aufgrund dieser Verspätung kommen. Grundsätzlich sind solche Verspätungen mit Stereotypen in der Medizin verbunden, d. h. Erkrankungen die häufiger bei Frauen vermutet werden, werden bei ihnen schneller diagnostiziert, solche die weniger häufig vermutet werden und eher Männern zugeordnet werden, führen häufig zu einer verzögerten Diagnose. Zusätzlich spielt das grundsätzliche Ernstnehmen von Symptomen eine wichtige Rolle. Historische Daten belegen, wie dies bei Frauen weniger häufig stattfindet. Frauen wird häufiger zugeschrieben sich zu oft oder zu schnell in ärztliche Behandlung zu begeben und ihre Symptome werden häufiger als vage, atypisch oder schwer zuzuordnen wahrgenommen (11). All diese Annahmen leiten zu potenziellen Verspätungen in der Diagnose. Bei Männern spielen andere Phänomene eine Rolle. Aufgrund der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Männlichkeit, die mit einem Bild von Unverwundbarkeit, Zuverlässigkeit und finanzieller Verantwortung einhergeht, neigen Männer häufiger dazu, weniger über

psychische Probleme zu sprechen oder sich behandeln zu lassen, was zu einer Untererkennung besonders psychischer Erkrankungen führen kann (12). Weiterhin spielen biologische Geschlechterunterschiede eine wichtige Rolle. Das Immunsystem von Frauen ist z. B. im Mittel aktiver und besser gerüstet gegen akute Infektionen. Dies konnten wir auch während der Corona Pandemie beobachten. Frauen erkrankten zwar häufiger, was mit ihrer Geschlechterrolle zusammenhängen könnte, da sie häufiger in Berufen arbeiten, mit einer stärkeren Exposition zum Virus (z. B. Kindergärten, Pfllegeberufe), sie wurden jedoch weniger häufig schwerkrank und beatmungspflichtig (13). Geschlechterunterschiede in der Immunantwort sind ebenfalls bei bakteriellen und Viruserkrankungen relevant (14), ebenfalls kann eine Verbindung mit der Erkrankung an Krebs hergestellt werden. Bei all diesen Erkrankungen sind Männer entweder mehr betroffen oder sie erleben im Durchschnitt schwerere Erkrankungsformen (15).

Das Alter spielt ebenfalls für die Häufigkeit von Erkrankungen in zweierlei Hinsicht eine Rolle. Zum einen gibt es Erkrankungen, die verstärkt in einer bestimmten Altersspanne auftreten. Dies gilt bspw. für die Diagnose von ADHS, die meist im Kinder- oder Jugendalter erfolgt (16), für die Diagnose von Multipler Sklerose, die häufig bei jungen Frauen erfolgt (17). Zum anderen gibt es Erkrankungen, bei denen die Wahrscheinlichkeit für ein Auftreten mit dem Alter kontinuierlich zunimmt, wie z. B. für Herz-Kreislauferkrankungen (18) oder die Wahrscheinlichkeit für Krebserkrankungen (19). Dies kann mit äußeren Einflüssen (fett- und zuckerreiche Ernährung, Giftstoffe aus der Umwelt, Viren) und inneren Einflüssen (Abnahme der Aktivität des Immunsystems, Zunahme von Fettgeweben, was zu chronischen Entzündungen führt, hormonelle Umstellungen bspw. in der Menopause) zusammenhängen. Diese Effekte kumulieren sich über die Zeit und werden damit mit zunehmendem Alter relevanter.

Zudem gibt es Wechselwirkungen zwischen den Effekten von Alter und Geschlecht, bspw., wie bereits benannt, im Immunsystem. Das Immunsystem ist zentral für die Frage von Krankheit und Gesundheit, da es zum einen der Abwehr von Infektionserkrankungen dient und zum anderen aber auch für überschießende oder chronische Abwehrreaktionen verantwortlich ist. Das Immunsystem altert jedoch auch, was z. B. dazu führen kann, dass sich die atopische Dermatitis, eine Autoimmunerkrankung, im Alter zurückgeht (20). Zudem spielen Geschlechtshormone eine wichtige Rolle für die Aktivität des Immunsystems (21). Die Konzentration

von Geschlechtshormonen im Blut ist wiederum von Geschlecht und Alter abhängig. Das Absinken des Östrogenspiegels bei Frauen in und nach der Menopause führt dazu, dass ihr Risiko für Herz-Kreislauf-erkrankungen sich dem Risiko der Männer angleicht, nachdem es zuvor niedriger war (22). Auch Schwangerschaft und Stillzeit können das Risiko für bestimmte Erkrankungen beeinflussen, bspw. kann in der Schwangerschaft ein Diabetes entstehen (23).

Alter und Geschlecht bei Inanspruchnahme, Diagnose und Versorgung

Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen auf verschiedenen Ebenen. Frauen sind durch frühe Besuche bei Gynäkologi:innen mit dem Konzept der Prävention mehr vertraut und suchen vielleicht deshalb im Mittel öfter Hilfe und Unterstützung (24). Einem männlichen Rollenstereotyp zufolge geben Männer nicht gerne Schmerzen zu und wollen keine Schwäche zeigen. Obwohl wir uns in einem gesellschaftlichen Wandel befinden, welches allen Geschlechtern gleichermaßen das Annehmen von Hilfe ermöglichen sollte, gehen Männer im Mittel immer noch später zum Arzt/zur Ärztin und nutzen weniger präventive und gesundheitsfördernde Angebote (25). Frauen sind eher bereit, ihre Ernährung gesünder zu gestalten und auch aus gesundheitlichen Gründen z.B. Sportkurse zu besuchen (26).

Unterschiede in Häufigkeit und Symptomen von Erkrankungen können zu einer verzerrten Wahrnehmung oder Erwartungshaltung auf Seite der behandelnden Person führen. Patientinnen wird häufiger unterstellt, ihre Symptome seien psychisch bedingt und sie seien sicherlich „nur im Stress“ (27), was insbesondere im Falle der eher unspezifischen, bei Frauen jedoch häufigeren, Symptome beim Herzinfarkt durchaus lebensbedrohlich werden kann (28).

Der absinkende Östrogenspiegel im Alter erhöht das Risiko für eine Osteoporose, weswegen Frauen an einem Screening Programm zur Knochendichtemessung teilnehmen können. Hier könnte man vermuten, dass Geschlecht beachtet wurde, da die Östrogenspiegel ja vorwiegend bei Frauen sinken. Dies führt jedoch an dieser Stelle dazu, dass Männer, die ebenfalls Osteoporose bekommen können (wenn auch seltener als Frauen) länger für eine Diagnose brauchen, auch weil sie im Screening Programm nicht eingeschlossen sind, falls sie keine besonderen Risikofaktoren haben (29). Ähnlich sieht das Bild aus

für bei Männern eher seltene Erkrankungen wie Brustkrebs (30) oder Rheuma (31).

Ältere Menschen leiden oft unter mehreren Erkrankungen gleichzeitig und erhalten daher verschiedene Medikamente. Die Physiologie des älteren Menschen trägt dazu bei, dass Medikamente nicht so schnell abgebaut werden oder nicht so gut verträglich sind. Die Priscus Liste bietet einen guten Ansatzpunkt, welche Medikament für ältere Menschen geeignet sind und welche nicht (32). Hierbei handelt es sich um ein öffentlich gefördertes Forschungsprojekt und nicht etwa um den Standard in der Testung von neuen Arzneimitteln. Die Testung erfolgt häufig in einer jüngeren Alterskohorte als es die Patient:innenkohorte ist und berücksichtigt den Faktor Geschlecht auch noch nicht in ausreichendem Maße. Der Einschluss von Frauen in klinische Zulassungsstudien ist zwar mittlerweile verpflichtend (33), jedoch erfolgt die Auswertung der Daten nicht immer nach Geschlecht getrennt (34). Die Forderung aus dem AMG bzw. der Europäischen Zulassungsrichtlinie lautet lediglich, dass Frauen anteilmäßig in gleicher Menge eingeschlossen werden, wie die Häufigkeit der zu behandelnde Erkrankung in der Allgemeinbevölkerung vorliegt. Werden die Daten dann jedoch nur gemeinsam ausgewertet, können geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirksamkeit übersehen werden (35). Frauen leiden stärker unter unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen, was darauf hindeutet, dass dies in den Zulassungsstudien nicht ausreichend untersucht wird (36).

Ansatzpunkte für eine bessere Versorgung und Prävention

Zusammenfassend kann man sagen, dass Versorgung und Prävention an vielen Stellen nicht in der Lage sind, auf Vielfalt und Verschiedenheit einzugehen. Dies führt dazu, dass die Versorgung nicht für jede individuelle Person optimal ist. Werden bspw. Frauen mit einem Medikament behandelt, welches bei ihnen gar nicht wirkt, so wird den Frauen geschadet und dem Gesundheitssystem, weil eine Maßnahme angeboten wird, die besser unterlassen werden sollte. Erhalten Frauen Medikamente in zu hohen Dosen führt dies möglicherweise zu stärkeren Nebenwirkungen, was auch zum Absetzen des Medikaments führen kann. Ebenfalls kann eine Standard-Dosis bei Männern zu einer relativen Unterdosierung führen, d. h. die Blutwerte des Arzneimittels bleiben letztendlich unter dem wirksamsten Niveau,

was zu mangelnder Effektivität führen kann. Auch für Männer gibt es Versorgungslücken bei Erkrankungen, die im Gesundheitssystem als typisch weiblich angesehen werden. Weitere Vielfaltsmerkmale wie Alter, Herkunft, Bildung, soziale Lage und anderes führen bei Nichtbeachtung ebenfalls dazu, dass die Versorgung bestenfalls ineffizient ist. Berechnungen aus den USA zeigen, dass der volkswirtschaftliche Schaden der Nichtberücksichtigung von Geschlecht in der Versorgung sich im Jahr auf 1 Billion \$ beläuft (Bericht des McKinsey Health Institute, 2024).

Gleiches gilt im Besonderen für die Prävention. Prävention verlangt von den Menschen ein aktives Verhalten, z.B. sich impfen zu lassen, zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen oder Alkohol zu meiden. Es ist schwierig, Menschen zu Verhaltensänderungen zu bewegen. Umso wichtiger ist es, die Ansprache zielgruppengerecht zu gestalten. Männer bspw. gehen häufig erst zum Arzt/zur Ärztin, weil ihre Partnerin sie ermutigt. Die Frau hat immer noch häufig die Rolle der Gesundheitsmanagerin in der Familie inne. Möglicherweise kann hierbei ein Zugang über die Beziehungsperson sinnvoll sein. Wichtig ist, dass Präventionskampagnen mit verschiedenen Zielgruppen getestet und angepasst werden. Gesundheitliche Bildung in verschiedenen Altersgruppen, dort wo Menschen zusammenkommen (Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz, Sportverein) können ein guter Ansatz sein (37). Auch Prävention am Arbeitsplatz kann hierbei eine wichtige Rolle spielen. Da viele Erwerbstätige wenig Zeit haben sich zusätzlich um gesundheitliche Prävention zu kümmern oder deren Relevanz nicht adäquat kommuniziert und wahrgenommen wird, kann Prävention durch Arbeitsmediziner:innen am Arbeitsplatz eine wichtige Funktion spielen. Dabei ist die Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden von besonderer Bedeutung (38). Besonders Männer, die teils schwieriger zu erreichen sind, können hierbei effektiv in Präventionsprogramme eingeschlossen werden, aber auch Alters- und Reproduktionsphasen können berücksichtigt werden. So kann die Mehrfachbelastung, die durch Familienzuwachs und weiterbestehende Arbeitsleistung entsteht, z.B. abgefangen und unterstützt werden, ebenfalls können Übergangsphasen aufgrund physiologischer Veränderungen, wie der Menopause (39), und krankheitsbedingte Anpassungsbedarfe, wie z.B. Krebsdiagnose oder Depressivität, proaktiv begleitet werden. Der Arbeitsplatz stellt somit einen relevanten Präventionsort dar, der zur Enttabuisierung von Themen führen kann, zur Sensibilisierung gegenüber Lebensverän-

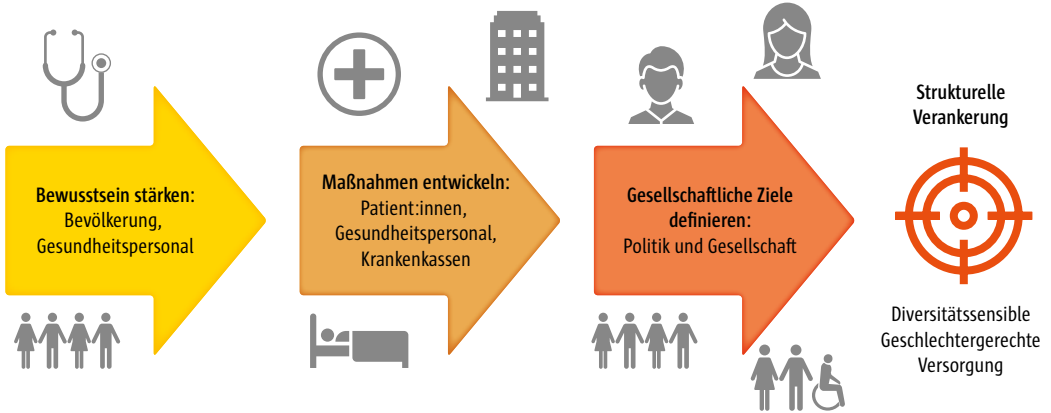
derungen und deren Konsequenzen, und zur Unterstützung in der Gesunderhaltung der Beschäftigten.

Ein besonderer Nachholbedarf besteht bei der Versorgung und Ansprache von intersexuellen und transidenten Personen. Hier gibt es besondere Bedarfe, da hier die simplen Schemata Mann/Frau nicht passen (40). Fehlen uns Daten zu Erkrankungen, Symptomen und Ansprechen auf Therapien bei Frauen, so gilt das erst recht für trans*- und intergeschlechtliche Personen. Es muss uns deutlich sein, dass nicht nur das Alter, sondern auch das Geschlecht ein Kontinuum ist (41), welches einer individuellen und genauen Betrachtungsweise bedarf. Genauso wenig wie eine Einteilung in „jung“ und „alt“ für eine altersgerechte Medizin ausreichend ist, gilt dies auch für die Einteilung in „männlich“ und „weiblich“. Geschlechtliche Vielfalt besteht auf biologischer Ebene und auf soziokultureller Ebene, da Gender ein multidimensionales Konstrukt ist.

Konkret bedeutet die Entwicklung zu einer geschlechtersensiblen und geschlechtergerechten Versorgung mehrere Schritte (III) (Abbildung 1).

- Der erste sind sicherlich koordinierte Aktionen um das Bewusstsein für das Thema zu stärken. Trotz steigender Medienaufmerksamkeit für die geschlechtersensible Medizin und Frauengesundheit werden viele Gruppen in der Bevölkerung immer noch nicht erreicht. Besonders Menschen mit erschwerterem Zugriff auf Gesundheitsinformationen, sei es aufgrund von z.B. Sprachbarrieren, Behinderung oder niedrigem Bildungsstand, können zielgruppenspezifischer angesprochen werden. Ebenfalls ist die Sensibilisierung von Gesundheitspersonal, besonders auch in Hinblick auf die eigenen Stereotypen, weiterhin eine relevante Aufgabe.
- Der zweite Schritt ist die Entwicklung von adäquaten Maßnahmen. Einerseits bestehen bereits Einzelinitiativen, die z.B. spezifisch auf Frauengesundheit ausgerichtet sind, andererseits sind diese sehr begrenzt und meist eingeschränkt in ihrer Zielgruppenansprache. Hier gilt es bestehende Initiativen zu bündeln und ko-kreativ mit allen Stakeholdern – von Patient:innen und Ärzt:innen, über Pflegepersonal und weiteres Gesundheitspersonal bis hin zu den Krankenkassen – neue Angebote zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren.
- Der dritte Schritt ist eine gesamtgesellschaftliche Auseinandersetzung mit Themen der gerechten Gesundheitsversorgung. In Zeiten schrumpfender Gesundheitsbudgets trotz steigendem Bedarf und gleichzeitiger Erosion solidarischer und de-

Abbildung 1 Der Weg zu einer diversitätssensiblen und geschlechtergerechten Versorgung



mokratischer Grundwerte in unserer Gesellschaft, ist eine inklusive, zielgruppenorientierte und angemessene Gesundheitsversorgung kein Thema mehr das alleine das Gesundheitssystem als solches betrifft, sondern eine gesamtgesellschaftliche Diskussion, die zu einer breit getragenen, konstruktiven und partizipativen Lösungsfindung führen sollte.

Eine strukturelle Verankerung diversitätssensibler und geschlechtergerechter Versorgung ist ein kollektives Projekt das nur in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteur:innen umzusetzen ist. Es stellt jedoch einen unvermeidbaren Schritt dar, wenn wir die individualisierte und effektive Gesundheitsversorgung der Zukunft garantieren wollen und sollte somit als relevante politische Priorität der nächsten Jahre gesehen und gehandhabt werden.

Take Home Messages

- Gesundheit ist im Lebensverlauf veränderlich und von äußeren und inneren Faktoren abhängig. Alter und Geschlecht haben einen Einfluss auf die Gesundheit.
- Das Risiko für Erkrankungen, die Symptome von Erkrankungen und die Wirkungen und Nebenwirkungen von Therapien können sich nach Geschlecht unterscheiden.
- Ein fehlendes Bewusstsein für mögliche Geschlechterunterschiede kann zu verzögerten oder falschen Diagnosen, zu ineffizienten Behandlungen und somit zu unzureichender gesundheitlicher Versorgung bei allen Geschlechtern führen.
- Ein ausschließlich binäres Geschlechterverständnis trägt zu einer Unterversorgung von nicht-binären oder intergeschlechtlichen Personen bei. Hier besteht Forschungs-

und Umsetzungsbedarf, um individuell die besten Diagnose- und Therapiewege zu finden.

- Zu einer effektiven Gesundheitsversorgung gehört auch eine geschlechtersensible Prävention und Gesunderhaltung. Diese sollten die individuellen Lebensumwelten, wie zum Beispiel die Arbeitswelt und das familiäre Umfeld als Ort präventiver Leistungen des Gesundheitssystems nutzen.
- Für die strukturelle Verankerung einer diversitätssensiblen, geschlechtergerechten Versorgung ist die Einbindung von Behandelten und Behandelnden, Krankenkassen, Politik und Gesellschaft erforderlich. Das Bewusstsein muss auf allen Ebenen gestärkt werden, geeignete Maßnahmen entwickelt werden und eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung als Ziel von Politik und Gesellschaft definiert werden.

Literatur

1. Constitution of the World Health Organization. Am J Public Health Nations Health. 1946;36(11):1315–23.
2. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:d4163.
3. von Faber M, Bootsma-van der Wiel A, van Exel E, Gussekloo J, Lagaay AM, van Dongen E, et al. Successful aging in the oldest old – Who can be characterized as successfully aged? Arch Intern Med. 2001;161(22):2694–700.
4. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Jr., Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2018;71(19):2199–269.

5. Niccoli T, Partridge L. Ageing as a Risk Factor for Disease. *Curr Biol*. 2012;22(17):R741-R52.
6. Oertelt-Prigione S. Putting gender into sex- and gender-sensitive medicine. *EClinicalMedicine*. 2020;20:100305.
7. Klein SL, Flanagan KL. Sex differences in immune responses. *Nat Rev Immunol*. 2016;16(10):626–38.
8. Dorak MT, Karpuzoglu E. Gender differences in cancer susceptibility: an inadequately addressed issue. *Front Genet*. 2012;3:268.
9. Seeman MV. Sex/Gender differences in schizophrenia: Thinking back and thinking forward. *Psychiatry Res*. 2022;316:114738.
10. Shi P, Yang A, Zhao Q, Chen Z, Ren X, Dai Q. A Hypothesis of Gender Differences in Self-Reporting Symptom of Depression: Implications to Solve Under-Diagnosis and Under-Treatment of Depression in Males. *Solve Psychiatry*. 2021;12:589687.
11. Becher E, Oertelt-Prigione S. The Impact of Sex and Gender in Medicine and Pharmacology. *Handb Exp Pharmacol*. 2023;282:3–23.
12. Fields AJ, Cochran SV. Men and Depression: Current Perspectives for Health Care Professionals. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2011;5:100–92.
13. Ballering AV, Oertelt-Prigione S, Olde Hartman TC, Rosmalen JGM, Lifelines Corona Research I. Sex and Gender-Related Differences in COVID-19 Diagnoses and SARS-CoV-2 Testing Practices During the First Wave of the Pandemic: The Dutch Lifelines COVID-19 Cohort Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(12):1686–92.
14. Fischer J, Jung N, Robinson N, Lehmann C. Sex differences in immune responses to infectious diseases. *Infection*. 2015;43(4):399–403.
15. Rubin JB, Lagas JS, Broestl L, Sponagel J, Rockwell N, Rhee G, et al. Sex differences in cancer mechanisms. *Biol Sex Differ*. 2020;11(1):17.
16. Schlack R, Romanos M. A societal challenge with high public health relevance: ADHD in children and adolescents in Germany. *J Health Monit*. 2024;9(3):e12675.
17. Flachenecker P, Eichstadt K, Berger K, Ellenberger D, Friede T, Haas J, et al. [Multiple sclerosis in Germany: updated analysis of the German MS Registry 2014–2018]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2020;88(7):e1.
18. North BJ, Sinclair DA. The intersection between aging and cardiovascular disease. *Circ Res*. 2012;110(8):1097–108.
19. Montegut L, Lopez-Otin C, Kroemer G. Aging and cancer. *Mol Cancer*. 2024;23(1):106.
20. Barbarot S, Auziere S, Gadkari A, Girolomoni G, Puig L, Simpson EL, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: Results from an international survey. *Allergy*. 2018;73(6):1284–93.
21. Oertelt-Prigione S. Immunology and the menstrual cycle. *Autoimmun Rev*. 2012;11(6–7):A486–92.
22. Gersh F, O’Keefe JH, Elagizi A, Lavie CJ, Laukkanen JA. Estrogen and cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2024;84:60–7.
23. Schaefer-Graf U, Napoli A, Nolan CJ. Diabetic Pregnancy Study G. Diabetes in pregnancy: a new decade of challenges ahead. *Diabetologia*. 2018;61(5):1012–21.
24. Hiller J, Schatz K, Drexler H. Gender influence on health and risk behavior in primary prevention: a systematic review. *Z Gesundh Wiss*. 2017;25(4):339–49.
25. Koch-Institut R. Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Robert Koch-Institut; 2014.
26. Koch-Institut R. Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland – wichtige Fakten auf einen Blick. Robert Koch-Institut; 2023. p. 76.
27. Dusenbery M. Doing harm. New York, N.Y.: HaperCollins Publishers; 2018.
28. Regitz-Zagrosek V. Therapeutic implications of the gender-specific aspects of cardiovascular disease. *Nat Rev Drug Discov*. 2006;5(5):425–38.
29. Bjornsdottir S, Clarke BL, Mannstadt M, Langdahl BL. Male osteoporosis-what are the causes, diagnostic challenges, and management. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2022;36(3):101766.
30. Yalaza M, Inan A, Bozer M. Male Breast Cancer. *J Breast Health*. 2016;12(1):1–8.
31. Favalli EG, Biggioggero M, Crotti C, Becciolini A, Raimondo MG, Mero-ni PL. Sex and Management of Rheumatoid Arthritis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2019;56(3):333–45.
32. Mann NK, Mathes T, Sonnichsen A, Pieper D, Klager E, Moussa M, et al. Potentially Inadequate Medications in the Elderly: PRISCU 2.0. *Dtsch Arztebl Int*. 2023;120(1–2):3–10.
33. Singh J. International conference on harmonization of technical requirements for registration of pharmaceuticals for human use. *J Pharmacol Pharmacother*. 2015;6(3):185–7.
34. Brady E, Nielsen MW, Andersen JP, Oertelt-Prigione S. Lack of consideration of sex and gender in COVID-19 clinical studies. *Nat Commun*. 2021;12(1):4015.
35. Tannenbaum C, Ellis RP, Eyssef F, Zou J, Schiebinger L. Sex and gender analysis improves science and engineering. *Nature*. 2019;575(7781):137–46.
36. Franconi F, Brunelleschi S, Steardo L, Cuomo V. Gender differences in drug responses. *Pharmacol Res*. 2007;55(2):81–95.
37. Morgan PJ, Collins CE, Plotnikoff RC, Callister R, Burrows T, Fletcher R, et al. The ‘Healthy Dads, Healthy Kids’ community randomized controlled trial: a community-based healthy lifestyle program for fathers and their children. *Prev Med*. 2014;61:90–9.
38. Biswas A, Harbin S, Irvin E, Johnston H, Begum M, Tiong M, et al. Sex and Gender Differences in Occupational Hazard Exposures: a Scoping Review of the Recent Literature. *Curr Environ Health Rep*. 2021;8(4):267–80.
39. Rodrigo CH, Sebire E, Bhattacharya S, Paranjothy S, Black M. Effectiveness of workplace-based interventions to promote wellbeing among menopausal women: A systematic review. *Post Reprod Health*. 2023;29(2):99–108.
40. Hashemi L, Weinreb J, Weimer AK, Weiss RL. Transgender Care in the Primary Care Setting: A Review of Guidelines and Literature. *Fed Pract*. 2018;35(7):30–7.
41. Yang W, Rubin JB. Treating sex and gender differences as a continuous variable can improve precision cancer treatments. *Biol Sex Differ*. 2024;15(1):35.



Dr. rer. nat. Eva Becher, M.Sc.

Studium der Biologie an der Universität Münster (Promotion 1998), Studium „Consumer Health Care“ und Epidemiologie an der Berlin School of Public Health (M.Sc. 2021). Von 2003–2010 Grundlagenforschung an der Charité – Universitätsmedizin Berlin zu frauenspezifischer Gesundheitsforschung, seit 2021 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Medizinischen Fakultät OWL der Universität Bielefeld mit den Forschungsschwerpunkten Operationalisierung von Geschlecht für die quantitative medizinische Forschung sowie die Analyse von Leitlinien hinsichtlich der Berücksichtigung von Geschlechteraspekten.



Prof. Dr. med. Sabine Oertelt-Prigione, M.Sc.

Medizinstudium in Mailand, Italien; M.Sc. in Public Health (2012) an der LSHTM, London, UK; Promotion (2014) und Habilitation (2016) an der Charité – Universitätsmedizin in Berlin; Postdoc in Davis, CA, USA; Fachärztin für Innere Medizin, Geschlechtersensible Medizin und Public Health; Ausbildung als systemische Organisationsberaterin (2016). Seit 2017 Lehrstuhl für geschlechtersensible Medizin an der Radboud-Universität Nijmegen und seit 2021 ebenfalls Professur für Geschlechtersensible Medizin an der Medizinischen Fakultät OWL der Universität Bielefeld. Mitglied der EU Expert_innengruppe „Gendered Innovations“, Vorsitzende der EU Expert_innengruppe „Gender and COVID-19“, Mitglied des Medizinausschusses des Wissenschaftsrats. Forschungsinteresse: Implementierung geschlechtersensibler Forschung, Versorgung und Lehre.

Keine Gleichheit bei der Arbeitsgesundheit: wie soziale und ökonomische Benachteiligung Krankensstände erhöht

Nico Dragano und Lina Janßen

Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Einleitung

Betrachtet man den aktuellen Krankenstand in deutschen Unternehmen genauer, fällt auf, dass es einen fast linearen Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsabschluss der Beschäftigten und den Fehlzeiten gibt: Je grundlegender und kürzer die Qualifikation, desto häufiger fehlen die Beschäftigten krankheitsbedingt [1, 2]. Dies ist ein idealtypisches Beispiel für ein Phänomen, das in der Public-Health-Forschung ein ‚sozialer Gradient der Gesundheit‘ genannt wird, also der graduelle Anstieg von Krankheitsrisiken in Abhängigkeit von sozialen Faktoren wie der Bildung, dem beruflichen Status oder dem Einkommen.

Im Fall der Arbeitsunfähigkeit (AU) ist der Gradient mit hoher Wahrscheinlichkeit auch darauf zurück zu führen, dass Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen häufiger als solche mit höheren Qualifikationen in besonders gesundheitsgefährdenden Jobs und prekären Erwerbsverhältnissen arbeiten. Dies ist aber nicht die alleinige Erklärung, denn es kommen weitere Risiken hinzu, die ebenfalls sozial ungleich verteilt sind. Beispielsweise verdienen Beschäftigte in Berufen, die eine niedrige Qualifikation erfordern im Durchschnitt weniger. Die Höhe des Einkommens hat aber einen direkten Einfluss darauf, wie gesund die Lebensverhältnisse sind, z.B. welche Qualität die Wohnung hat, welchen finanziellen Spielraum es gibt, um gesunde Lebensmittel zu kaufen, seine Freizeit erholsam zu verbringen oder Sport zu treiben oder Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen.

Das Ergebnis dieses Zusammenfallens von Belastungen ist in Bezug auf die AU bereits bekannt, ähnlich stellt es sich aber auch für eine Vielzahl anderer Gesundheitsindikatoren wie Laborparametern, inzidenten Diagnosen, Krankenhausaufenthalten,

krankheitsbedingten Erwerbsminderungsrenten, bis hin zu frühzeitigen Todesfällen dar. Diese Problematik ist in vielerlei Hinsicht von Nachteil. Zunächst für die Betroffenen selbst, dann aber auch für die Betriebe, die in der Folge Produktivität und damit Geld verlieren. Belastet wird zudem die Solidargemeinschaft, da sie für die Behandlungskosten infolge mangelnder gesundheitlicher Chancengleichheit aufkommen muss, sowie die Gesellschaft als Ganzes, da ausgeprägte gesundheitliche Ungerechtigkeit das Vertrauen in Institutionen und letztlich den gesellschaftlichen Zusammenhalt unterminiert.

In diesem Beitrag wird eine kurze Übersicht über das Ausmaß des Problems für verschiedene Diagnosen und Gesundheitsindikatoren gegeben und im Anschluss ein Modell zur Erklärung des Zustandekommens gesundheitlicher Ungleichheit bei Beschäftigten vorgestellt. In der Diskussion werden Möglichkeiten angesprochen, wie Chancengleichheit auch im betrieblichen Kontext gefördert werden kann.

Ungleiche Gesundheitschancen bei Beschäftigten: Befunde

Es ist ein grundlegendes Muster der Bevölkerungsgesundheit, dass Menschen, deren gesellschaftliche Stellung und ökonomische Lage niedrig oder sogar prekär ist, häufiger und schwerer erkranken als andere Bevölkerungsgruppen [3]. Zugleich haben sie, wenn sie erkranken, teils schlechtere Heilungschancen. Diese Beobachtung gilt für alle Altersgruppen und für unterschiedliche Formen von Benachteiligung, beispielsweise geringe Einkommen oder fehlendes Vermögen, eine niedrige Schul- und Berufsausbildung oder prekäre Beschäftigungsverhältnisse.

se. In der Summe ist dieser Effekt so stark, dass er ausreicht, um aktuell in Deutschland die Lebenserwartung von Menschen aus der niedrigsten Einkommensklasse um 4,4 bis 8,6 Jahre gegenüber der Bevölkerung mit hohem Einkommen zu verkürzen [4]. Ein positiver Trend zur Verringerung solcher Ungleichheit ist derzeit nicht zu erkennen, vielmehr gibt es Hinweise darauf, dass sie in den letzten Jahren eher noch größer geworden ist [5–7].

In der erwerbstätigen Bevölkerung ist das beschriebene Muster ebenfalls gut zu erkennen. In der Einleitung wurde bereits der Zusammenhang zwischen Qualifikation und Arbeitsunfähigkeit beschrieben. Der Unterschied ist erheblich. Beispielsweise waren beschäftigte BKK-Versicherte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss (einschließlich Beschäftigter, die sich noch in Ausbildung befinden) im Jahr 2023 im Durchschnitt 26,5 Tage arbeitsunfähig, während Versicherte mit einem Meister- oder Techniker-Abschluss 18,2 Tage ausfielen – eine Differenz von immerhin 8,3 Tagen [1]. Daten aus anderen Ländern zeigen ähnliche Tendenzen; es handelt sich also nicht um ein spezifisch deutsches Problem [8, 9].

Alternative Messungen, um Erkrankungsrisiken darzustellen, sind beispielsweise die Verwendung von Registerdaten (z.B. Diagnosedaten oder Krankenhausstatistiken) oder die direkte Erfassung prävalenter Erkrankungen oder Neuerkrankungen in großen bevölkerungsweiten Studien. Solche Untersuchungen liegen aus verschiedenen Ländern vor und die Ergebnisse bestätigen in der Regel die schon bei der AU gefundenen Chancenungleichheiten. Betroffen ist ein breites Spektrum von Krankheiten. Beispielsweise treten ärztlich diagnostizierte Depressionen ebenso wie selbstberichtete depressive Symptome häufiger bei Beschäftigten mit einem niedrigen beruflichen Status auf [10–12]. Bei somatischen Erkrankungen gibt es unter anderem Belege für soziale Gradienten in der Erwerbsbevölkerung bei Muskel-Skelett-Erkrankungen [13, 14], unfallbedingten Verletzungen [15], Herz-Kreislauf-Erkrankungen [13, 16] sowie bei einigen Formen von Krebserkrankungen [17, 18]. Auch für den Bereich der übertragbaren Krankheiten werden höhere Risiken für benachteiligte Beschäftigtengruppen berichtet. Das jüngste Beispiel ist die COVID-19 Pandemie, in der Infektionsrisiken einerseits stark mit dem ausgeübten Beruf assoziiert waren, andererseits über alle Berufe hinweg auch ein Zusammenhang mit dem beruflichen Status erkennbar wurde. Eine Untersuchung von Krankenkassendaten aus Deutschland fand beispielsweise, dass Beschäftigte mit niedrigem Anfor-

derungsniveau (Un- und Angelernte/HelferInnen) nicht nur höhere Infektionsrisiken hatten als besser Qualifizierte, sondern auch schwerere Krankheitsverläufe erlebten, die häufiger in Krankenhausaufenthalten endeten [19, 20].

Neben Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit sind weitere arbeitsbezogene Ereignisse von Bedeutung und hier vor allem die krankheitsbedingte Frühberentung. Daten der deutschen lidA Kohortenstudie zeigen, dass Beschäftigte mit niedrigem beruflichem Status ein erhöhtes Risiko haben, krankheitsbedingt aus dem Erwerbsleben auszuschneiden [21]. Dieses Ergebnis wird durch weitere Studien aus Deutschland gestützt [22, 23] und findet sich so auch in internationalen Daten wieder [24, 25].

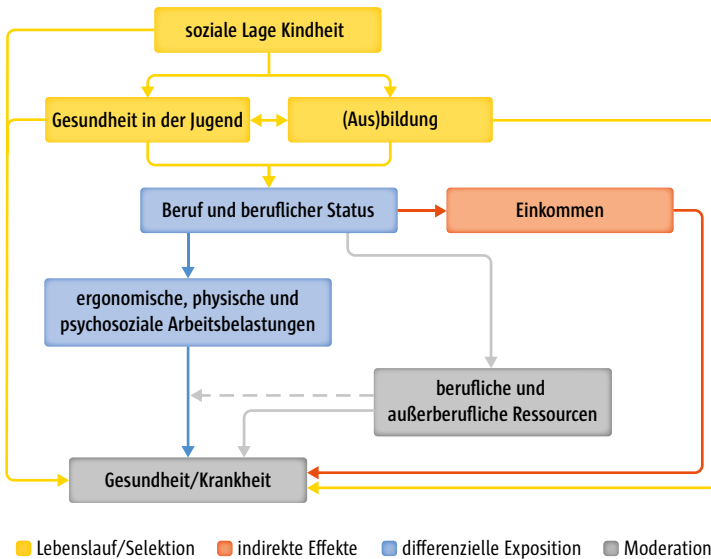
Angesichts der Chancenungleichheit bei Erkrankungen ist es nicht sonderlich überraschend, dass auch frühzeitige Todesfälle bei Beschäftigten ungleich verteilt sind. Zu den frühesten Belegen zählt eine Analyse aus der sogenannten „Whitehall-Studie“ – einer groß angelegten epidemiologischen Langzeituntersuchung mit 17.530 britischen Staatsbediensteten in London. Über einen Zeitraum von mehr als sieben Jahren zeigte sich darin: Beschäftigte in unteren Dienstgraden wiesen ein deutlich höheres Sterberisiko auf als ihre Kolleginnen und Kollegen in höheren Positionen [26]. Dieses Muster wurde seither auch in weiteren Studien gefunden [27–29].

Ursachen

Jane Clougherty und Kollegen von der Harvard Universität haben schon 2010 ein Modell publiziert, dass die Entstehung von sozial ungleichen Erkrankungsrisiken bei Beschäftigten in vereinfachter Form nachvollziehbar machen soll [30]. Eine modifizierte Fassung des Modells zeigt Abbildung 1. Der Grundgedanke ist, dass verschiedene Prozesse eine Rolle spielen, wobei manche davon unabhängig von der Arbeit sind, während andere direkt oder indirekt mit ihr assoziiert sind.

Der erste Prozess bezieht sich auf die Entwicklung von Krankheiten im Lebenslauf. Es ist mittlerweile gut erforscht, dass zahlreiche Erkrankungen des Erwachsenenalters ihre Wurzeln in der Kindheit und Jugend haben [31]. Beispielsweise kann eine ungünstige Ernährung im Kindesalter später im Leben dazu führen, dass sich Übergewicht verfestigt und langfristig Diabetes entsteht [31]. Die Verbindung zur sozialen Ungleichheit kommt dadurch zustande, dass Kinder, die in sozioökonomisch benachteiligten

Abbildung 1 Modell zur Erklärung von ungleichen Gesundheitschancen bei Beschäftigten. Modifiziert nach Clougherty et al. (2010) [30]



Verhältnissen aufwachsen – etwa in Armut – deutlich mehr solcher frühen Risiken ansammeln als Kinder, die in günstigeren Verhältnissen groß werden. In der Folge starten junge Erwachsene, die schon in der Kindheit Benachteiligung erfahren haben, mit einer gesundheitlichen Hypothek ins Erwerbsleben, etwa weil sie bereits chronisch erkrankt sind oder weil sie subklinische Risiken in sich tragen, die dann später zum Ausbruch kommen. Hinzu kommt, dass soziale Ungleichheit im Kindesalter gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Kinder Bildungsbenachteiligung erfahren und entsprechend niedrige oder keine Berufsabschlüsse erwerben (Selektion) [32]. Dadurch haben sie am Arbeitsmarkt weniger Optionen und die Wahrscheinlichkeit ist höher, dass sie in gesundheitlich belastenden Berufen und prekären Beschäftigungsverhältnissen arbeiten müssen.

Daran anknüpfend verläuft ein zweiter Prozess, der ausgehend von der beruflichen Position die Gesundheit indirekt, d. h. über den Umweg außerberuflicher Risikofaktoren, beeinflusst. Zunächst ist die bereits erwähnte Bildungsbenachteiligung relevant, da sie nicht nur die späteren beruflichen Chancen verschlechtert, sondern eigene negative Effekte auf die Gesundheit hat. So ist eine geringe Bildung beispielsweise mit einer ebenfalls geringeren Gesundheitskompetenz assoziiert und es gibt zudem eine Tendenz zu einem ungesundem Lebensstil bei

Menschen mit niedriger Bildung [33]. Bedeutsam ist auch der Zusammenhang zwischen der beruflichen Position und dem Einkommen. Gerade Berufe mit niedrigen Qualifikationsanforderungen und geringem Prestige erwirtschaften in der Regel nur ein geringes Einkommen. Eine prekäre ökonomische Lage wiederum geht oft mit Lebensbedingungen einher, die potenziell gesundheitsschädlich sind. Beispiele sind schlechte Wohnverhältnisse, weil qualitativ hochwertige Wohnungen teuer sind, Schwierigkeiten die Wohnung im Winter ausreichend zu heizen oder eingeschränkte Zugänge zu Freizeitangeboten, Sport, gesunder Ernährung und solchen Gesundheitsdienstleistungen, die Geld kosten [3].

Der dritte Mechanismus ist direkt mit der ausgeübten Arbeit verbunden. In der Arbeitswelt wirken zahlreiche Einflüsse auf die Gesundheit der Beschäftigten. Wie stark diese Einflüsse sind, hängt nicht unwesentlich vom beruflichen Status ab und auch wenn es Unterschiede nach Branchen und Tätigkeitsbereichen gibt, scheinen Beschäftigte mit geringer Qualifikation und in einfachen Berufen tendenziell häufiger mit gesundheitsgefährdenden Arbeitsbelastungen konfrontiert zu sein. So sind un- und angelernte Berufe oft mit körperlichen Arbeitsbelastungen verbunden, beispielsweise in der Industrie oder im Transportgewerbe. Auf Seiten der Belastungen sind solche Ungleichheiten für Unfallrisiken, physikalisch-chemische sowie ergonomi-

sche Risikofaktoren nachgewiesen [35]. Bei den psychosozialen Arbeitsbelastungen ist die Lage etwas komplexer. Für einzelne Belastungen, wie ein geringer Handlungsspielraum oder Arbeitsplatzunsicherheit, sind Häufungen bei unteren beruflichen Positionen gefunden worden [35]. Bei anderen Belastungen und hier v.a. einer hohen psychischen Anforderung, z.B. lange Arbeitszeiten oder Multitaskinganforderungen, finden sich hingegen teils höhere Belastungen in mittleren und oberen beruflichen Positionen und Hierarchieebenen [36].

Der vierte Baustein sind moderierende Faktoren. Dabei handelt es sich um Einflüsse, die die gesundheitliche Wirkung von anderen Risikofaktoren entweder verstärken oder auch abschwächen können. Im Bereich der psychischen Belastungen sind dies beispielsweise individuelle Ressourcen wie Selbstwirksamkeit oder strukturelle Ressourcen wie soziale Unterstützung, die dabei helfen können, potenziell belastende Situationen zu meistern. Zu diesem Prozess gibt es bislang im Zusammenhang mit dem Thema der gesundheitlichen Chancengleichheit bei Beschäftigten vergleichsweise wenig Forschung. Bekannt ist aber, dass Menschen mit niedriger Bildung und wenigen ökonomischen Ressourcen anfälliger für stressbedingte Erkrankungen sind (siehe auch Prozess 2). Hinzu kommt das Problem der Vorerkrankungen (siehe Prozess 1). Gerade Beschäftigte, die schon früher im Lebenslauf Benachteiligung erfahren haben und bereits gesundheitlich belastet sind, haben ein erhöhtes Risiko angesichts von Arbeitsbelastungen zu erkranken. Außerdem scheinen Menschen in niedrigen sozialen Positionen weniger betriebliche Unterstützung zu erhalten. Das kann sich beispielsweise in einer geringeren sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte [36] oder einem – vermuteten – schlechteren bzw. gänzlich fehlenden Zugang zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung äußern.

Diskussion

Beschäftigte mit niedrigem beruflichem Status – etwa solche mit geringer Qualifikation, in einfachen Tätigkeiten oder prekären Beschäftigungsverhältnissen – sind statistisch häufiger als andere Gruppen mit Lebens- und Arbeitsbedingungen konfrontiert, die ihre Gesundheit beeinträchtigen. Diese Aussage wird durch zahlreiche Studien gestützt, bleibt jedoch allgemein und damit vereinfachend. Tatsächlich hat mangelnde gesundheitliche Chancengleichheit viele Facetten. So unterscheiden sich Belas-

tungsmuster je nachdem, welcher Indikator für den beruflichen Status herangezogen wird – etwa die Art des Arbeitsvertrags, das Einkommen, die Qualifikation oder das berufliche Prestige. Auch zeigen sich Unterschiede je nach Branche sowie in Abhängigkeit von demografischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter oder Migrationshintergrund. Um das Problem vollständig zu erfassen, wäre daher eine differenziertere Betrachtung nötig, als sie in einem kurzen Überblicksbeitrag möglich ist. Dennoch lassen sich auch auf allgemeiner Ebene Schlüsse ziehen, wie gesundheitliche Chancengleichheit gefördert werden kann – und welche Rolle Arbeitswelt und Wirtschaft dabei spielen.

Angesichts des Ausmaßes und der Komplexität des Problems erscheint es wahrscheinlich, dass nachhaltige Veränderungen nur durch eine koordinierte, politikfeldübergreifende Strategie zu erreichen sind. Das Erklärungsmodell von Clougherty et al. zeigt: Die Wurzeln gesundheitlicher Ungleichheit liegen häufig bereits in Kindheit und Jugend. Die zentrale Aufgabe besteht also darin, soziale und ökonomische Benachteiligungen in frühen Lebensphasen zu vermeiden, damit alle Kinder die gleiche Chance auf ein gesundes Aufwachsen erhalten – etwa durch einen konsequenteren und flächendeckenderen Kampf gegen Kinderarmut. Von besonderer Bedeutung sind zudem die Bildungschancen, die in Deutschland noch immer stark vom sozioökonomischen Hintergrund der Eltern abhängen. Kinder aus weniger privilegierten Haushalten haben geringere Aussichten auf höhere Bildungsabschlüsse – und damit auch auf stabile und gesundheitsförderliche berufliche Perspektiven. Ein entschlosseneres Vorgehen gegen Bildungsungerechtigkeit und Kinderarmut wäre somit auch für Unternehmen eine lohnende Investition: in gesunde, leistungsfähige Beschäftigte von morgen.

Ähnliches gilt für weitere Lebensbereiche, in denen sich gesundheitliche Ungleichheit manifestiert – etwa beim Zugang zu bezahlbarem, gesundem Wohnraum oder angesichts steigender Kosten für gesunde Ernährung. Gerade Beschäftigte mit geringem Einkommen sind hiervon besonders betroffen, was mit zu den hohen Krankenständen in dieser Gruppe beitragen dürfte. Es wäre daher im ureigenen Interesse der Sozialpartner, auf politische Lösungen hinzuwirken, die einkommensbedingte gesundheitliche Risiken durch ungünstige Lebensbedingungen reduzieren.

Die bisherige Forschung zeigt aber auch Wege auf, wie gesundheitliche Chancengleichheit direkt im betrieblichen Umfeld gefördert werden kann.

Prekäre und schlecht bezahlte Beschäftigung ist nicht nur ein Gesundheitsrisiko – sie ist oft auch vermeidbar. Hier bieten sich direkte Hebel zur Gesundheitsförderung an. Hinzu kommt: Beschäftigte in statusniedrigen Berufen sind häufig besonders hohen Arbeitsbelastungen ausgesetzt. Gerade hier kann auf betrieblicher Ebene angesetzt werden. Mit der Gefährdungsbeurteilung steht im deutschen Arbeitsschutz ein bewährtes Instrument zur Verfügung, das gezielt eingesetzt werden kann, um besonders belastete Beschäftigtengruppen zu identifizieren. Darauf aufbauend lassen sich strukturelle Maßnahmen entwickeln – entweder zur Vermeidung gesundheitsschädlicher Belastungen oder zur Minderung ihrer Folgen. Dies wäre ein besonders wirksamer Beitrag zur Senkung des Krankenstands: erstens, weil die Maßnahmen unmittelbar im Betrieb greifen können, und zweitens, weil sie genau dort ansetzen, wo viele Krankheiten entstehen – und damit auch vermeidbar wären.

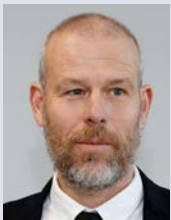
Take Home Message

- Je niedriger der Ausbildungsabschluss, desto höher der Krankenstand. Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit ist klar belegt: Beschäftigte mit niedriger Qualifikation, geringem Einkommen oder prekären Arbeitsverhältnissen sind häufiger und schwerer krank – mit Folgen für die Betroffenen, die Betriebe und die Gesellschaft als Ganzes.
- Gesundheitliche Chancengleichheit beginnt nicht im Betrieb – aber sie endet dort auch nicht. Die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit liegen oft schon in Kindheit und Jugend. Doch auch Unternehmen können aktiv zur Verringerung dieser Ungleichheiten beitragen – etwa durch gezielte Maßnahmen gegen arbeitsbedingte Belastungen, bessere Unterstützung vulnerabler Beschäftigtengruppen und faire Arbeitsbedingungen.

Literatur

1. Rennert D, Richter M, Kliner K. Arbeitsunfähigkeit. In: Klemm A-K, Knieps F, Pfaff H, (Hrsg.). *Spurwechsel Prävention*. Berlin: BKK; 2024. 59–114.
2. Schenkel A, Krist K, Meyer M, Baumgardt J. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2023. In: Badura B, Ducki A, Baumgardt J, Meyer M, Schröder H, (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2024*. Heidelberg: Springer-Verlag GmbH; 2024. 366.
3. Mielck A, Wild V. *Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten*. Weinheim Basel: Beltz Juventa 2021.
4. Lampert T, Hoebel J, Kroll LE. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. *J Health Monit*. 2019; 4 (1): 3–15.
5. Bor J, Cohen GH, Galea S. Population health in an era of rising income inequality: USA, 1980–2015. *The Lancet*. 2017; 389 (10077): 1475–90.
6. Malki N, Koupl I, Eloranta S, Weibull CE, Tiikkaja S, Ingelsson E, et al. Temporal trends in incidence of myocardial infarction and ischemic stroke by socioeconomic position in Sweden 1987–2010. *PLoS One*. 2014; 9 (8): e105279.
7. Tetzlaff F, Epping J, Sperlich S, Tetzlaff J. Widening income inequalities in life expectancy? Analysing time trends based on German health insurance data. *J Epidemiol Community Health*. 2020; 74 (7): 592–7.
8. Niedhammer I, Lesuffleur T, Memmi S, Chastang J-F. Working conditions in the explanation of occupational inequalities in sickness absence in the French SUMER study. *European Journal of Public Health*. 2017; 27 (6): 1061–8.
9. Pekkala J, Blomgren J, Pietiläinen O, Lahelma E, Rahkonen O. Occupational class differences in diagnostic-specific sickness absence: a register-based study in the Finnish population, 2005–2014. *BMC Public Health*. 2017; 17 (1): 670.
10. Pena-Gralle APB, Talbot D, Trudel X, Milot A, Gilbert-Ouimet M, Lavigne-Robichaud M, et al. Socioeconomic inequalities, psychosocial stressors at work and physician-diagnosed depression: Time-to-event mediation analysis in the presence of time-varying confounders. *PLoS One*. 2023; 18 (10): e0293388.
11. Schütte S, Chastang JF, Parent-Thirion A, Vermeulen G, Niedhammer I. Psychosocial work exposures among European employees: explanations for occupational inequalities in mental health. *J Public Health (Oxf)*. 2015; 37 (3): 373–88.
12. Niedhammer I, Lesuffleur T, Coutrot T, Chastang JF. Contribution of working conditions to occupational inequalities in depressive symptoms: results from the national French SUMER survey. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016; 89 (6): 1025–37.
13. Putrik P, Ramiro S, Chorus AM, Keszei AP, Boonen A. Socio-economic gradients in the presence of musculoskeletal and other chronic diseases: results from a cross-sectional study in the Netherlands. *Clinical Rheumatology*. 2018; 37 (12): 3173–82.
14. Aittomäki A, Lahelma E, Rahkonen O, Leino-Arjas P, Martikainen P. The contribution of musculoskeletal disorders and physical workload to socioeconomic inequalities in health. *European Journal of Public Health*. 2007; 17 (2): 145–50.
15. Brown S, Brooks RD, Dong XS. Injury inequalities among U.S. construction workers. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*. 2021; 18 (4–5): 159–68.
16. Geyer S, Hemström O, Peter R, Vågerö D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60 (9): 804–10.
17. Hovanec J, Siemiątycki J, Conway DI, Olsson A, Stücker I, Guida F, et al. Lung cancer and socioeconomic status in a pooled analysis of case-control studies. *PLOS ONE*. 2018; 13 (2): e0192999.
18. Vanthomme K, Van den Borre L, Vandenheede H, Hagedoorn P, Gadeyne S. Site-specific cancer mortality inequalities by employment and occupational groups: a cohort study among Belgian adults, 2001–2011. *BMJ Open*. 2017; 7 (11): e015216.
19. Gutu R, Schaps V, Hoebel J, Wachtler B, Beese F, Jacob J, et al. Berufsbedingte Unterschiede in COVID-19-Erkrankungen – Eine wellenspezifische Analyse von 3,17 Millionen gesetzlich Versicherten. *ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*. 2023; 58: 776–84.

20. Warendorf M, Schaps V, Reuter M, Hoebel J, Wachtler B, Jacob J, et al. Berufsbedingte Unterschiede bei COVID-19-Morbidität und -Mortalität in Deutschland. Eine Analyse von Krankenkassendaten von 3,17 Mio. Versicherten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2023; 66 (8): 857–68.
21. Rohrbacher M, Hasselhorn HM. Social inequalities in early exit from employment in Germany: a causal mediation analysis on the role of work, health, and work ability. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2022;10.5271/sjweh.4043 (7): 569–78.
22. Hagen C, Himmelreicher RK, Kemptner D, Lampert T. Soziale Ungleichheit und Risiken der Erwerbsminderung. *WSI*; 7/2011.
23. d’Errico A, Burr H, Pattloch D, Kersten N, Rose U. Working conditions as risk factors for early exit from work – in a cohort of 2,351 employees in Germany. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2021; 94 (1): 117–38.
24. Kang MY, Myong JP, Kim HR. Job characteristics as risk factors for early retirement due to ill health: The Korean Longitudinal Study of Aging (2006–2014). *J Occup Health*. 2019; 61 (1): 63–72.
25. Lahelma E, Laaksonen M, Lallukka T, Martikainen P, Pietiläinen O, Saastamoinen P, et al. Working conditions as risk factors for disability retirement: a longitudinal register linkage study. *BMC Public Health*. 2012; 12 (1): 309.
26. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health* (1978). 1978; 32 (4): 244–9.
27. Stringhini S, Dugravot A, Shipley M, Goldberg M, Zins M, Kivimäki M, et al. Health Behaviours, Socioeconomic Status, and Mortality: Further Analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL Prospective Cohorts. *PLOS Medicine*. 2011; 8 (2): e1000419.
28. Kivimäki M, Gunnell D, Lawlor DA, Davey Smith G, Pentti J, Virtanen M, et al. Social inequalities in antidepressant treatment and mortality: a longitudinal register study. *Psychol Med*. 2007; 37 (3): 373–82.
29. Niedhammer I, Bourgard E, Chau N, The Lorhandicap Study G. Occupational and behavioural factors in the explanation of social inequalities in premature and total mortality: a 12.5-year follow-up in the Lorhandicap study. *European Journal of Epidemiology*. 2011; 26 (1): 1–12.
30. Clougherty JE, Souza K, Cullen MR. Work and its role in shaping the social gradient in health. *Ann NY Acad Sci*. 2010; 1186: 102–24.
31. Wagner C, Carmeli C, Jackisch J, Kivimäki M, van der Linden BWA, Culati S, et al. Life course epidemiology and public health. *The Lancet Public Health*. 2024; 9 (4): e261-e9.
32. Altgeld T. Soziale Benachteiligungen im Bildungs- und Gesundheitssystem. *GWW*. 2023; 23 (4): 7–17.
33. Bartley M, Kelly-Irving M. *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*. Cambridge: Polity, 2024.
34. Mielck A. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. 1. Aufl. ed. Bern: H. Huber 2000.
35. Dragano N, Warendorf M, Müller K, Lunau T. Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2016; 59 (2): 217–27.
36. Reuter M, Pischke CR, Rigo M, Diehl K, Spallek J, Richter M, et al. Health inequalities among young workers: the mediating role of working conditions and company characteristics. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2023; 96 (10): 1313–24.



Nico Dragano

Nico Dragano ist Professor für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Düsseldorf. Schwerpunkte seiner Forschung sind die Arbeitsgesundheit sowie der Zusammenhang zwischen der sozialen Lage von Menschen und ihren Gesundheitschancen. Diese Forschung zielt drauf ab, soziale, kulturelle und ökonomische Einflüsse auf die Gesundheit zu erkennen. Er verfügt über langjährige Erfahrung in der (sozial-)epidemiologischen Forschung zur Wechselbeziehung sozialer und biomedizinischer Faktoren unter Verwendung großer Datensätze aus bevölkerungs-basierten Studien.



Lina Janßen

Lina Janßen ist als wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Düsseldorf tätig. Ihren Bachelorabschluss in Sozialwissenschaften erwarb sie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Derzeit absolviert sie ein Masterstudium in Kulturpädagogik und Kulturmanagement an der Hochschule Niederrhein.

Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung in Deutschland

Alfons Holleeder
Institut für Sozialwesen, Universität Kassel

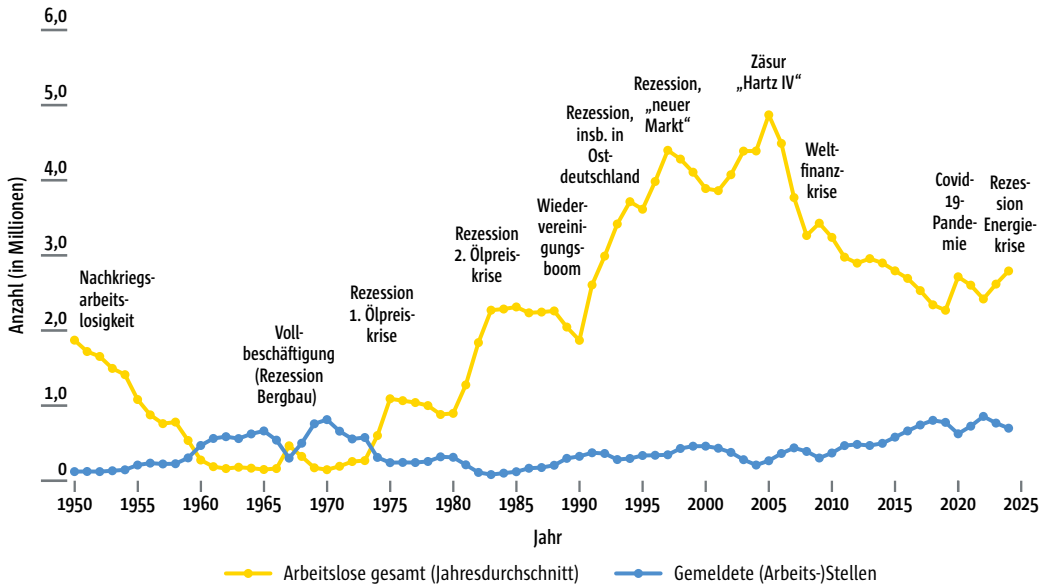
Arbeitslosigkeit in Deutschland

Die Wechselbeziehungen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind evident, aber in ihrem Kontext und in ihrer Zeit zu betrachten. **»»** Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg bis zum heutigen Stand der Berichterstattung auf. Die Zahl der Arbeitslosen wird kontrastiert durch die Zahl der offenen Stellen, die bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) gemeldet wurden. Es ist davon auszugehen, dass die Bundesagentur für Arbeit (BA) in etwa die Hälfte der offenen Stellen erfasst. **»»** Abbildung 1 illustriert, dass nur in Zeiten des „Wirtschaftswunders“ in den 1960er-Jahren die Zahl der offenen Stellen die Zahl der gemeldeten Arbeitslosen überwog. Der Arbeitsmarkt in Deutschland war geprägt durch viele wirtschaftliche Rezessionen. Der Höhepunkt an gemeldeten Arbeitslosen wurde im Jahr 2005 mit fast fünf Millionen im Jahresdurchschnitt erreicht. Die Massenarbeitslosigkeit ist eng mit Strukturproblemen in Deutschland verbunden; aktuell mit einer über zwei Jahre andauernden Rezession. Wie die **»»** Abbildung 1 ebenfalls demonstriert, baute sich im Verlauf ein harter Kern an Arbeitslosigkeit auf, der auch in den Zeiten des „Beschäftigungswunders“ in den letzten beiden Dekaden schwer abzuschmelzen war. Das hat zur Folge, dass der Anteil an Menschen mit Langzeitarbeitslosigkeit und Vermittlungshemmnissen wie bspw. höheres Alter relativ groß ist. Die häufig politisch motivierte Individualisierung von derartigen Strukturproblemen und die Stigmatisierung von Arbeitslosen ist kontraproduktiv und hilft den Menschen nicht. Der Faktor Gesundheit kann dagegen eine wichtige Rolle bei der Arbeitsmarktintegration spielen.

Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Behinderung

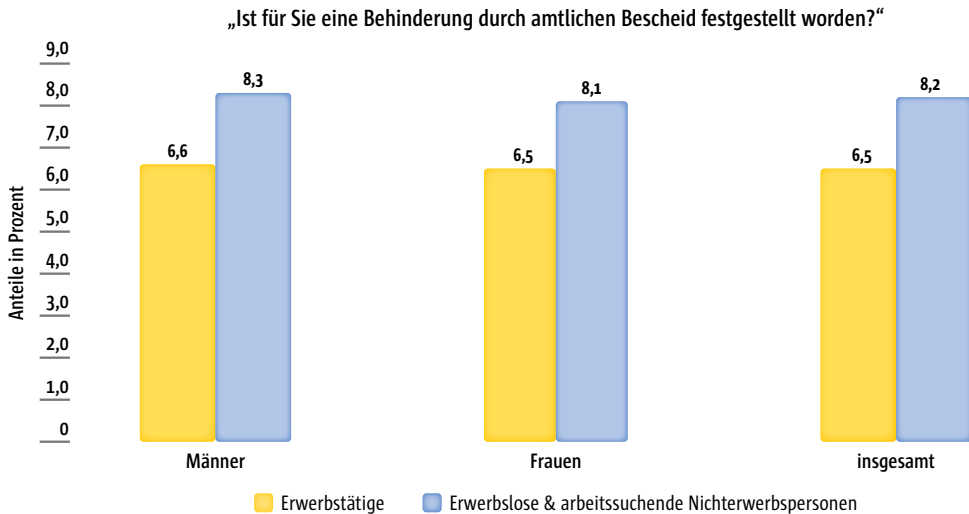
Eine besonders vulnerable Gruppe am Arbeitsmarkt stellen Menschen mit amtlich anerkannten Behinderungen dar. Dies kann anhand der Gegenüberstellung der Behindertenquoten in Erwerbslosigkeit und Erwerbstätigkeit nachgewiesen werden. Eine Sekundärdatenanalyse des repräsentativen Mikrozensus Scientific Use File 2021 [1] ermittelt, dass der Anteil an Menschen mit Behinderungen in Erwerbslosigkeit mit 8,2% signifikant höher liegt als in Erwerbstätigkeit mit 6,5% in Deutschland (**»»** Abbildung 2). Die Differenz zeigt die mangelnde Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderungen und ihr gesteigertes Arbeitslosigkeitsrisiko auf. Bei den Menschen mit Behinderungen ist dabei auch die Langzeitarbeitslosigkeit (mehr als ein Jahr) überproportional hoch. Die Gründe können dabei vielfältig sein. Eine Behinderung kann die Reintegration in den Arbeitsmarkt hemmen und beispielsweise die Arbeitsuche aufgrund eingeschränkter Mobilität regional begrenzen. Es können aber auch Ableismus und Unterstellung geringerer Leistungsfähigkeit die Personaleinstellung erschweren. Für Menschen mit Behinderung ist deshalb die Vermeidung von Arbeitsplatzverlust in den Betrieben besonders wichtig. Der Großteil der Behinderungen wird im Laufe des Lebens erworben. Die amtliche Anerkennung von Schwerbehinderung ist mit Schutzrechten wie einem besonderen Kündigungsschutz verbunden. Einer großen Bedeutung kommt in den Betrieben das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) zu. Es hat nicht nur das Ziel, lange Arbeitsunfähigkeiten zu überwinden oder vorzubeugen, sondern auch den Arbeitsplatz zu erhalten [2]. Trotz gesetzlicher Vorschrift besteht jedoch in der Arbeitswelt nach aktueller Studienlage ein Vollzugsdefizit [3]. In Arbeitslosigkeit braucht es dagegen für den Nachteilsausgleich Maßnahmen zur Teilhabe an Arbeit und der Arbeitsförderung.

Abbildung 1 Arbeitslose und gemeldete offene Stellen im Jahresdurchschnitt in Deutschland



Datenquellen: Statistiken der Bundesagentur für Arbeit (BA) unter <https://statistik.arbeitsagentur.de>, eigene Darstellung.

Abbildung 2 Anteil der Menschen mit Behinderungen nach Erwerbsstatus und Geschlecht im Mikrozensus 2021 (Alter 18 bis unter 65)



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus 2021, DOI: 10.21242/12211.2021.00.00.3.1.0; gewichtete Ergebnisse; eigene Berechnungen und Darstellung (N = 70.277 Erwerbstätigen und N = 3.089 Erwerbslose und arbeitssuchende Nichterwerbspersonen).

Anmerkung: Arbeitsuchende Nichterwerbspersonen sind Personen, die in den letzten vier Wochen aktive Schritte der Arbeitsuche unternommen haben, aber für den Arbeitsmarkt nicht sofort verfügbar sind.

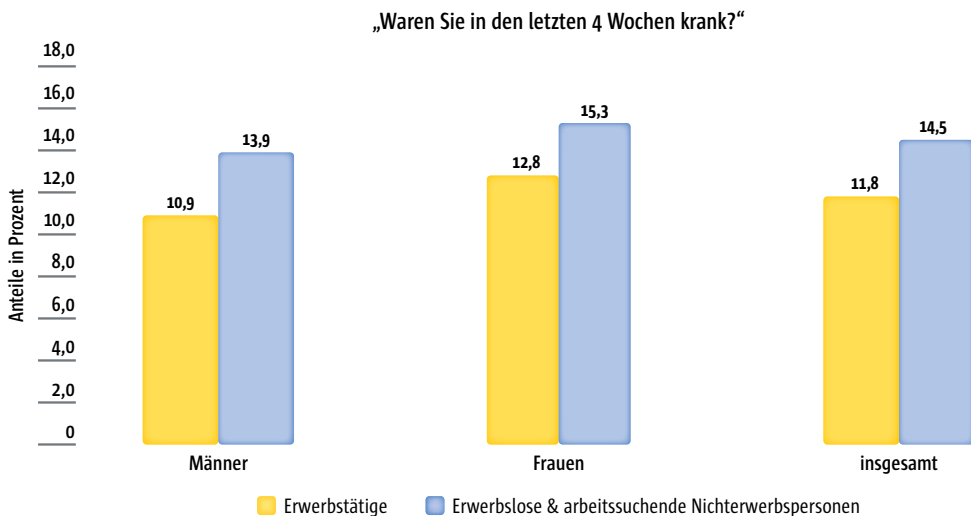
Der Mikrozensus 2021 kann auch Aufschluss über Gesundheitsunterschiede zwischen Erwerbstätigen und Erwerbslosen geben, weil freiwillige Gesundheitsfragen in einem Zusatzprogramm gestellt wurden. Wie **»»»** Abbildung 3 darstellt, gaben 11,8% der Erwerbstätigen an, dass sie in den letzten vier Wochen krank waren. Bei den Erwerbslosen und arbeitssuchenden Nichterwerbspersonen lag der korrespondierende Anteil mit 14,5% signifikant darüber. Diese Gesundheitsunterschiede zwischen den Erwerbsstatusgruppen zeigen sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern in statistisch bemerkenswerter Weise. Es ist beachtenswert, dass die Krankheitsprävalenzraten der Frauen deutlich die der Männer übertreffen.

Eine zentrale Fragestellung der Arbeitslosenforschung ist, ob diese beobachteten Gesundheitsunterschiede auf Selektionseffekte am Arbeitsmarkt zurückzuführen sind oder ob Arbeitslosigkeit krank macht. Internationale Metaanalysen von Paul und Moser [4] sowie McKee-Ryan et al. [5] gehen davon aus, dass beide Effekte parallel wirken. Die Kausationshypothese wird in den Metaanalysen als unterstützt angesehen, weil sich die Gesundheit von Erwerbslosen in Beobachtungsstudien verbessert hat, wenn sie in Arbeit zurückgekehrt sind. Selektionseffekte können auftreten, wenn Gesund-

heitsprobleme von Erwerbslosen die Wiedereingliederungschancen reduzieren (siehe oben bei Menschen mit Behinderungen). Ein anderer gesundheitsbezogener Selektionseffekt kann beim Zugang in Arbeitslosigkeit eintreten, wenn z.B. eine Kündigung wegen Langzeitarbeitsunfähigkeit ausgesprochen wird. Es gibt eine Reihe von theoretischen Ansätzen wie Identitätstheorien oder Stresstheorien, die Gesundheitsbelastungen in Erwerbslosigkeit kausal erklären. Fryer [6] vertrat die Theorie, dass sich Erwerbslosigkeit durch die Verarmungsprozesse negativ auf die individuelle Gesundheit vermittelt.

Das ist beachtenswert, denn Erwerbslosigkeit ist ein Hauptrisikofaktor für Armut in Deutschland. Der Mikrozensus 2021 fragte dazu passend, „wie kommt Ihr Haushalt mit dem monatlichen Einkommen zurecht?“ und gab eine Antwortskala von sehr schlecht bis sehr gut vor. In der Gruppe der Erwerbslosen und arbeitssuchenden Nichterwerbspersonen berichteten 41,9%, dass sie sehr schlecht, schlecht oder relativ schlecht mit dem Einkommen zurechtkommen. Bei den Erwerbstätigen betrug dieser Prozentsatz lediglich 12,0%. Erwartungsgemäß ist nach dem Mikrozensus 2021 auch die allgemeine Lebenszufriedenheit von Erwerbslosen erheblich geringer als bei Erwerbstätigen.

Abbildung 3 Krankheitsprävalenzraten nach Erwerbsstatus und Geschlecht im Mikrozensus 2021 (Alter 18 bis unter 65)



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus 2021, DOI: 10.21242/12211.2021.00.00.3.1.0; gewichtete Ergebnisse; eigene Berechnungen und Darstellung.

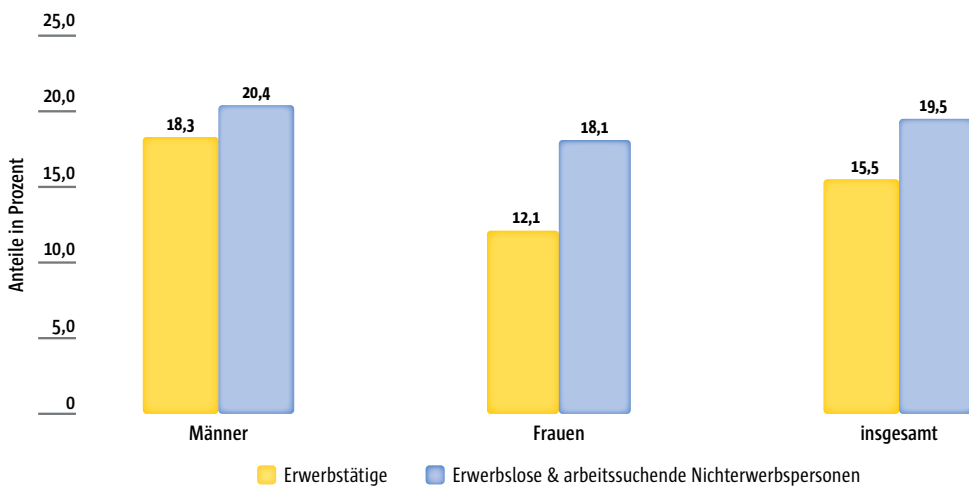
Präventionsbedarf und Gesundheitsverhalten

Die Restriktionen in Erwerbslosigkeit können sich auch auf das Gesundheitsverhalten auswirken. Gesunde Ernährung ist elementarer Bestandteil eines gesunden Lebensstils, jedoch müssen sich Erwerbslose bei den heutigen Lebensmittelpreisen hochwertiges Essen leisten können. Ein anderes Beispiel ist die Frage nach gesunden Lebensräumen und Bewegungsfreundlichkeit (Walkability). Die Mietpreise korrelieren mit der Wohnlage und die Aufenthaltsqualität ist in sozialen Brennpunkten vergleichsweise eher ungünstig. Obwohl Erwerbslose Zeit für sportliche Aktivitäten hätten, melden sie sich in der Tendenz aus Sportvereinen ab, um Mitgliedsbeiträge zu sparen. Derartige direkte oder indirekte Faktoren beeinflussen Bewegung und Ernährung im Alltag und damit letztlich das Körpergewicht in der individuellen Energiebilanz. Der Mikrozensus 2021 erkundigte sich nach den Körpermaßen, so dass daraus der Body-Mass-Index (BMI) gebildet werden kann. Er ist ein Orientierungswert, der berechnet wird, indem das angegebene Körpergewicht in kg durch das Quadrat der Körpergröße in Meter geteilt wird. Die Weltgesundheitsorganisation [7] stuft bei Erwachsenen einen Body-Mass-Index von 30 und mehr als Adipositas ein. Die **»»** Abbildung 4 weist die Adipositas-Raten aus. Sie sind bei Erwerbslosen signifikant höher als bei Er-

werbstätigen, insbesondere bei den Frauen. Adipositas ist ein eigener Risikofaktor für Folgeerkrankungen. Die **»»** Abbildung 4 unterstreicht den Bedarf an Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen im Bereich Bewegung und Ernährung.

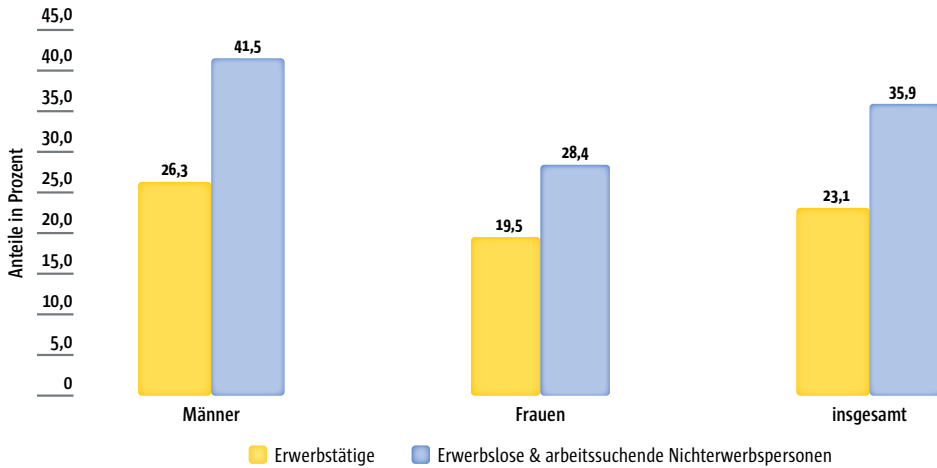
Der Mikrozensus 2021 erfasst auch das Rauchverhalten. Die **»»** Abbildung 5 legt offen, dass Erwerbslose wesentlich häufiger regelmäßig oder gelegentlich rauchen als Erwerbstätige. Das trifft sowohl auf Frauen als auch Männer zu. Das bedeutet nicht, dass Erwerbslose mit dem Arbeitsplatzverlust das Rauchen angefangen hätten. Das Durchschnittsalter bei Rauchbeginn betrug sowohl bei Erwerbslosen als auch Erwerbstätigen nach den Angaben im Mikrozensus 2021 rund 17 Jahre. Der Tabakkonsum ist einerseits in Deutschland mit dem Bildungsstand negativ korreliert und geringe Bildung erhöht bekanntlich das Arbeitslosigkeitsrisiko. Das Rauchen könnte andererseits in diesem Zusammenhang mit Erwerbslosigkeit auch als (ungesunde) Coping-Strategie zur Problembewältigung interpretiert werden. Interessanterweise ist unter Erwerbslosen der Anteil geringer, die es geschafft haben, das Rauchen aufzuhören. Hier läge ein weiterer Präventionsansatz in freiwilligen Tabakentwöhnungsmaßnahmen, die in der Regel relativ kostspielig sind und deshalb selten zur Unterstützung bei aufhörwilligen Rauchern in Erwerbslosigkeit proaktiv angeboten werden.

Abbildung 4 Adipositas-Raten (BMI ≥ 30 kg/m²) nach Erwerbsstatus und Geschlecht im Mikrozensus 2021 (Alter 18 bis unter 65)



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus 2021, DOI: 10.21242/12211.2021.00.00.3.1.0; gewichtete Ergebnisse; eigene Berechnungen und Darstellung.

Abbildung 5 Raucher-Quoten nach Erwerbsstatus und Geschlecht im Mikrozensus 2021 (Alter 18 bis unter 65)
 „Rauchen Sie gegenwärtig?“



Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Mikrozensus 2021, DOI: 10.21242/12211.2021.00.00.3.1.0; gewichtete Ergebnisse; eigene Berechnungen und Darstellung.

Gesundheitsförderung für Arbeitslose

Die Ergebnisse des Mikrozensus 2021 legen durchschnittlich einen großen Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen offen. Alle berichteten Gruppenunterschiede zwischen Erwerbslosen und Erwerbstätigen waren statistisch signifikant ($p < 0,001$). Für Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, gibt es mittlerweile einen expliziten Gesetzauftrag zur Gesundheitsförderung und Kooperation nach § 20a SGB V. In der Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen ist eine beachtliche Entwicklung hinsichtlich Qualität und Quantität in der letzten Dekade zu beobachten. Es stehen mehrere evaluierte Programme zur Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen in Deutschland zur Verfügung [8]. Zuletzt wurde das sogenannte JOBS Program Deutschland in einer konfirmatorischen Interventionsstudie von Holleeder und Jahn [9] positiv evaluiert. Die Übertragbarkeit des internationalen JOBS Program nach Deutschland wurde in diesem Modellprojekt bestätigt. Es zielte auf die systematische Verbesserung der psychischen Gesundheit und Selbstwirksamkeit von Erwerbslosen (vgl. Infobox). Die Interventionsgruppe erreichte im Verhältnis zur Wartekontrollgruppe direkt nach dem einwöchigen JOBSTraining ein signifikant höheres Niveau der allgemeinen Gesundheit, des psychischen Wohlbefindens und der Lebenszufrie-

denheit [9]. Dennoch fehlt ein flächendeckendes Gesundheitsförderungsangebot für Erwerbslose in Deutschland und es werden zu wenige Erwerbslose direkt erreicht. Ein grundsätzliches Problem ist der direkte Zugang zur Zielgruppe, da die etablierten Settings der Gesundheitsförderung wie Betriebe, Schulen, Kindergärten etc. bei Erwerbslosen nicht greifen. Einen alternativen Zugangsweg stellen arbeitsmarktnahe Settings wie Arbeitsförderungsmaßnahmen der Beschäftigungs- und Bildungsträger oder die kommunale Gesundheitsförderung dar.

JOBS Program Deutschland zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen [10]

Zielsetzungen:

- Verbesserung des Selbstvertrauens und Selbstwerts
- Förderung der psychischen Gesundheit
- Mehr Selbstwirksamkeit bei der Jobsuche
- Verringerung der Belastung infolge der Arbeitslosigkeit
- Bewusstsein über eigene Fertigkeiten zur Jobsuche
- Verbessertes Umgang mit Hürden bei der Jobsuche

Methoden:

- Training von Jobsuche-Fähigkeiten
- Aktive Lehr- und Lernmethoden
- Ausgebildete Trainerinnen und Trainer für die Durchführung
- Unterstützende Lernumgebung
- Vorbereitung auf Rückschläge.

Eine internationale Metaanalyse von Paul und Holleder [11] belegt die Wirksamkeit von Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen auf Basis von 34 Interventionsstudien mit mindestens zwei Messzeitpunkten und einer Kontrollgruppe. Für die psychische Gesundheit waren die durchschnittlichen metaanalytischen Effektgrößen beim Vergleich zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe nach der Intervention statistisch signifikant. Darüber hinaus waren die Auswirkungen der Förderung körperlicher Aktivität nach der Intervention von kleiner bis mittlerer Größe und führten zu einem erhöhten Aktivitätsniveau. Es ist darauf hinzuweisen, dass auch Gesundheitsförderung mit kleinen Effektgrößen die Gesundheit einer großen Population wie die der Erwerbslosen verbessern kann, wenn die Reichweite groß genug ist.

Daten für Taten

Die Analysen der Mikrozensus-Erhebung ergänzen die Gesundheitsberichterstattung auf Basis der Krankenkassendaten in diesem Gesundheitsreport. Je mehr Datenquellen in den Befunden übereinstimmen, desto valider sind die Ergebnisse für Deutschland. Der BKK Dachverband hat eine vorbildliche Berichterstattung zur Gesundheit der Arbeitslosen aufgebaut. Das trifft insbesondere auf die Auswertung der Krankenhausstatistik zu, die in dieser Form in Deutschland einzigartig ist. Sie verifiziert nicht nur die hohe Krankheitslast bei Arbeitslosen im Vergleich zu Beschäftigten anhand der Krankenhausfälle und -tage, sondern identifiziert über die Krankenhausdiagnosen auch die erhöhten Risiken im Bereich der psychischen Störungen (vgl. BKK Gesundheitsreport 2024; 207–209). In Ergänzung bräuchte es mehr Präventionsberichterstattung für Arbeitslose, die – deutschlandweit betrachtet – nicht vorhanden oder insuffizient ist. Letzteres trifft auch auf den Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) zu. Das bezieht sich auf die Zielgruppenreichung, aber auch die Gesundheitseffekte. Eine Präventionsberichterstattung könnte die Entwicklung und Evaluation von Präventionsstrategien unterstützen, um Arbeitslose besser wohnortnah und niederschwellig mit passgenauen Präventionsangeboten zu erreichen. Gesundheitsförderung kann dazu beitragen, die Ressourcen von Arbeitslosen erhöhen. Es müssten auch die Ansprachestrategien, direktes Marketing und die Öffnung bestehender Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung verbessert werden. Hier gilt der alte Präventionsgrundsatz „Vorbeugen ist besser

denn heilen“ und angesichts der berichteten Krankenhausbehandlungen von Arbeitslosen ist dies sicherlich auch effizienter.



Take-Home-Messages

- Massenarbeitslosigkeit ist mit wirtschaftlichen Strukturproblemen eng verbunden.
- Menschen mit Behinderungen sind eine besonders vulnerable Gruppe am Arbeitsmarkt.
- Es bestehen signifikant erhöhte Krankheitsrisiken von Erwerbslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen.
- Das Gesundheitsverhalten von Erwerbslosen ist ungünstiger als von Erwerbstätigen.
- Es fehlt eine adäquate Präventionsberichterstattung für die Zielgruppe der Erwerbslosen.
- „Vorbeugen ist besser denn heilen“, aber Erwerbslose werden zu wenig von der Prävention erreicht.

Literatur

1. Destatis Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2021. Qualitätsbericht. Wiesbaden, Deutschland; 2022
2. Holleder A. Betriebliches Eingliederungsmanagement [online]. Hg. v. socialnet. Bonn (socialnet Lexikon). Bonn; 20.01.2025. URL: // www.socialnet.de/lexikon/5123
3. Holleder A. Prevalence and utilization of company integration management in Germany: Results of the 2018 BIBB/BAuA survey of employed persons. *Jrnl of Occup Health* 2021; 63: e12276. DOI: <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12276>
4. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior* 2009; 74: 264–282. DOI: [10.1016/j.jvb.2009.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001).
5. McKee-Ryan FM, Song Z, Wanberg CR et al. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *The Journal of applied psychology* 2005; 90: 53–76. DOI: [10.1037/0021-9010.90.1.53](https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53).
6. Fryer D. Employment deprivation and personal agency during unemployment. A critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects. *Social Behavior* 1986; 3: 3–23
7. World Health Organization (WHO). WHO acceleration plan to stop obesity. Geneva, Switzerland; 2023
8. Holleder A, Hrg. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag; 2021
9. Holleder A, Jahn HJ. Results from a Nationwide Evaluation Study of Labor Market-Integrative Health Promotion for the Unemployed: Impact of the JOBS Program Germany. *International journal of environmental research and public health* 2023; 20: 6835. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20196835>
10. GKV-Spitzenverband. Mit Selbstvertrauen in die Jobsuche. JOBS Program. Trainingsmanual zur Erprobung. Berlin; 2021. URL: <https://www.uni-kassel.de/fb01/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=2804&token=e9ca8563f5ede872aa24526870370fa014752da9>
11. Paul KI, Holleder A. The Effectiveness of Health-Oriented Interventions and Health Promotion for Unemployed People-A Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health* 2023; 20: 6028. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20116028>



Prof. Dr. Alfons Holleeder

Alfons Holleeder ist seit 2019 Professor für das Fachgebiet „Theorie und Empirie des Gesundheitswesens“ im Fachbereich „Humanwissenschaften“ der Universität Kassel. Er studierte Diplom-Gesundheitswissenschaften und Sozialwesen, wurde danach in Public Health an der Universität Bielefeld promoviert und hat sich an der Universität Bremen habilitiert. 2017 wurde er zum apl. Professor an der medizinischen Fakultät der FAU-Universität Erlangen-Nürnberg ernannt. Im Fokus der Forschung stehen soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit sowie Gesundheitsförderung. Ein Forschungsschwerpunkt liegt auf den Wechselbeziehungen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit.

Vielfalt in der Arbeitswelt. Potenzial, Störfaktor oder Nebensache?

Thomas Ellwart

Wirtschaftspsychologie, Universität Trier

Einleitung

In der gesellschaftlichen Debatte wird Vielfalt – hier synonym als Diversität bezeichnet – einerseits als Erfolgsgarant, Innovationstreiber und normatives Gestaltungsziel gefordert und gefördert. Andererseits warnen in Bezug auf „Vielfalt“ auch Kritiker vor ideologischem Übereifer, bedrohten Identitäten und einer Zunahme von Konflikten. Der folgende Beitrag folgt keiner der pauschalen Argumentationen. Stattdessen wird das Konzept der Vielfalt differenziert aus arbeits- und organisationspsychologischer Perspektive analysiert und in Bezug auf praxisrelevante Fragestellungen diskutiert. Im Mittelpunkt steht die betriebliche Arbeitsgruppe (z.B. Team, Abteilung oder Sachgebiet), deren Mitglieder sich in bestimmten Merkmalen mehr oder weniger stark unterscheiden können – ein Ausdruck niedriger bzw. hoher Diversität.

Im ersten Teil des Beitrags wird gezeigt, wie komplex die Beschreibung von „Vielfalt“ in Arbeitsgruppen ist und warum der Begriff in seiner Abstraktheit kaum geeignet ist, Gruppendiversität pauschal zu beschreiben und zu bewerten.

Der zweite Teil reflektiert Erkenntnisse aus fünf Metaanalysen, die den Zusammenhang zwischen Diversitätsmerkmalen und Gruppenerfolg (z.B. Leistung, Zufriedenheit und Zusammenhalt) untersuchen. Diese wissenschaftlichen Befunde ermöglichen eine differenzierte Diskussion über mögliche positive, negative oder auch ausbleibende Effekte von Teamvielfalt.

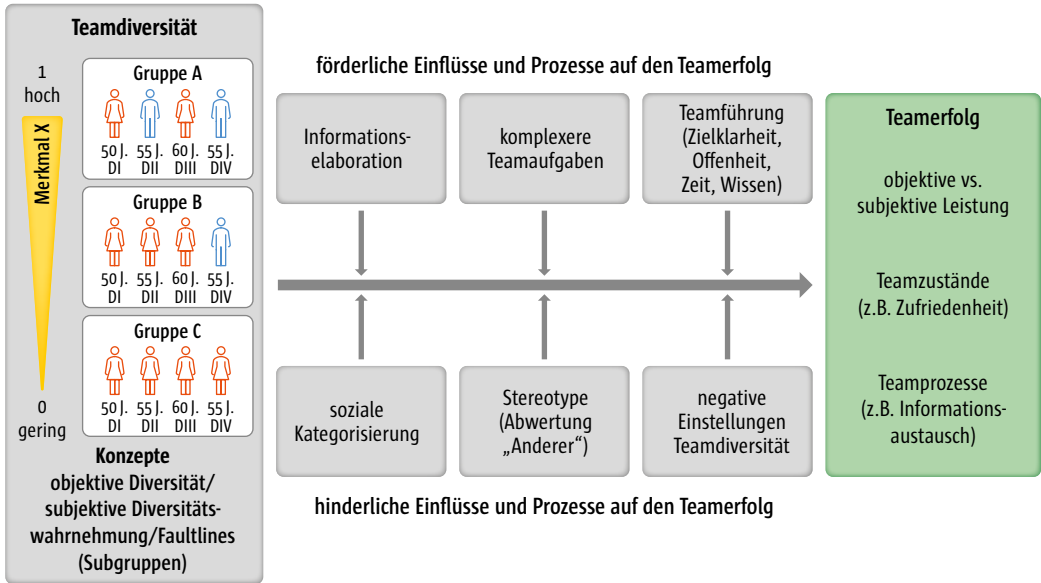
Der dritte Teil leitet Schlussfolgerungen für Führung und Zusammenarbeit in betrieblichen Teams ab. Dabei wird deutlich, dass neben der Diversität weitere, oftmals einflussreichere Faktoren existieren, die zur erfolgreichen Bewältigung von Arbeitsaufgaben beitragen können.

Die Vielfalt der Vielfalt – Multiple Diversitätsarten in Arbeitsgruppen

In der empirischen Forschung wird Teamdiversität im Merkmal X durch einen Zahlenwert ausgedrückt, der zwischen $X = 0$ (keine Unterschiede) und $X = 1$ (maximale Unterschiedlichkeit der Teammitglieder) liegt. Der linke Teil von **III** Abbildung 1 zeigt stark vereinfacht und exemplarisch drei medizinische Arbeitsgruppen (A, B und C). Dunkle Figuren stehen für Männer, helle für Frauen. Die Gruppen unterscheiden sich somit im Hinblick auf geschlechtsbezogene Diversität: Während Gruppe A eine höhere Vielfalt im Merkmal X aufweist, ist sie in Gruppe B und C geringer ausgeprägt. Betrachtet man zusätzlich ein Merkmal Y – beispielsweise das Lebensalter –, so könnten die Mitglieder aller drei Gruppen ein ähnliches Alter zwischen 50 und 60 Jahren haben. In diesem Fall wäre die Altersdiversität in allen Gruppen eher niedrig. Ein weiteres Diversitätsmerkmal Z könnte die fachliche Expertise darstellen. Angenommen, die vier Teammitglieder verfügen jeweils über hohe Kompetenz in unterschiedlichen medizinischen Disziplinen (DI, DII, DIII, DIV), läge eine hohe aufgabenbezogene Diversität vor. Darüber hinaus können sich Teams auch in anderen Merkmalen unterscheiden – etwa in der fachlichen Einschätzung eines medizinischen Notfalls, der Anzahl an Kindern, der politischen Einstellung, Ernährungsgewohnheiten oder der religiösen Überzeugung. Bevor im zweiten Teil des Beitrags der Frage nachgegangen wird, wie sich einzelne demografische oder aufgabenbezogene Diversitätsmerkmale auf den Teamerfolg auswirken, gilt es zunächst zu klären, was „Vielfalt“ auf einer inhaltlichen Ebene bedeutet. Das Beispiel zeigt: „Die Vielfalt“ gibt es nicht. Vielmehr existieren zahlreiche Diversitätsdimensionen, die sich hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Arbeitsaufgabe sowie ihrer Ausprägung innerhalb und zwischen Teams deutlich unterscheiden können.

Vielfalt in der Arbeitswelt. Potenzial, Störfaktor oder Nebensache?

Abbildung 1 Beispiel und Variablen der Diversitätsforschung



Die psychologische Teamforschung versucht, durch Klassifikationen von Diversitätskonzepten Argumentationslinien und Studienergebnisse besser vergleichbar zu machen (siehe Box 3 Hintergrundinfo). Ein einheitliches Klassifikationssystem existiert bislang nicht, doch lassen sich drei übergeordnete Konzepte unterscheiden (vgl. [1, 2, 3]).

Das erste Konzept bezieht sich auf unterschiedliche Kategorien und Dimensionen objektiv erfassbarer Diversitätsmerkmale. Hierbei werden zunächst leicht beobachtbare Merkmale in der Kategorie *surface-level diversity* (demografische Diversität) zusammengefasst. Dazu zählen etwa Alter, Geschlecht, Ethnizität, Nationalität und weitere Merkmale. Im Gegensatz dazu beschreibt die sogenannte *deep-level diversity* (Tiefendiversität) weniger sichtbare Merkmale wie Einstellungen, Werte oder Persönlichkeitseigenschaften. Als dritte Kategorie wird in Studien die *task-diversity* (aufgabenbezogene Diversität) eines Teams betrachtet. Hierzu zählen Dimensionen wie die spezialisierten Funktionen der Teammitglieder, fachliche Expertise und Know-how sowie die Dauer der Gruppenzugehörigkeit. Kritisch ist anzumerken, dass die Zuordnung der Diversitätsdimensionen nicht einheitlich über verschiedene Studien erfolgt. Auch ohne auf die statistischen Herausforderungen einzugehen, die sich bei der Quantifizierung dieser Diversitätsarten ergeben (vgl. [3]), wird

die empirische Herausforderung deutlich, Vielfalt in einem Zahlenwert objektiv und pauschal zu erfassen – geschweige denn diese normativ zu bewerten.

Die Komplexität nimmt weiter zu, wenn neben der objektiven auch die subjektive Wahrnehmung von Diversität durch die Teammitglieder als Diversitätskonzept berücksichtigt wird. Forschung zur subjektiven Diversität unterscheidet zwischen einem objektiven Diversitätsmerkmal (bspw. ein berechneter Diversitätsindex aus den Geburtsjahren der Teammitglieder) und der subjektiven Wahrnehmung der Teamdiversität im betreffenden Merkmal (bspw. von einzelnen oder mehreren Teammitgliedern bewusst wahrgenommene Altersdiversität). Studien zeigen, dass sich objektive Diversität und wahrgenommene Diversität deutlich unterscheiden können. Deshalb sollte letztere als eigenständiges Konzept oder vermittelnder Prozess betrachtet werden (vgl. [4, 5, 6]). Grob betrachtet lassen sich verschiedene Formen subjektiver Diversität unterscheiden (» s.u.): Neben der Wahrnehmung der Unterschiedlichkeit der eigenen Person zur Gruppe (*perceived self-to-team diversity*) zählen auch die Beurteilungen des Ausmaßes der Gruppenheterogenität (*perception of group heterogeneity* oder *perceived diversity*) sowie (bei manchen Autoren) die Wahrnehmung von Subgruppen (*faultlines*) zu dieser Diversitätskategorie [5, 6].

Kategorien und Dimensionen objektiver Teamdiversität

- **Demografische Diversität** (*surface-level diversity*): bspw. Homogenität/Heterogenität der Teammitglieder in Bezug auf Alter, Geschlecht, Ethnizität, Nationalität
- **Tiefendiversität** (*deep-level diversity*): bspw. Homogenität/Heterogenität der Teammitglieder in Bezug auf Einstellungen, Werte, Persönlichkeitsmerkmale, kognitive Fähigkeiten, Ausbildungsniveau
- **Aufgabenbezogene Diversität** (*task-diversity*): bspw. Homogenität/Heterogenität der Teammitglieder mit Bezug auf Funktionsbereich, fachliche Expertise und Lösungsansätze

Arten und Dimensionen subjektiver Teamdiversität

- **wahrgenommene Unterschiedlichkeit der eigenen Person zur Gruppe** (*perceived self-to-team diversity*) in Bezug auf die Dimensionen der objektiven Teamdiversität, bspw. hohe Zustimmung zur Aussage: „In Bezug auf das Alter bin ich zum Rest des Teams sehr verschieden.“
- **wahrgenommene Gruppenheterogenität** (*perception of group heterogeneity*) in Bezug auf die Dimensionen der objektiven Teamdiversität, bspw. hohe Zustimmung zur Aussage: „Ich denke, meine Teammitglieder unterscheiden sich stark in Bezug auf die Expertisebereiche.“

Trennlinien/Faultlines einer/mehrerer Diversitätsmerkmale

- (latente) **Trennlinien durch Diversitätsmerkmale** (*dormant faultline*): hypothetische Trennlinie innerhalb des Teams, wodurch homogene Untergruppen anhand beobachtbarer Diversitätsdimensionen (Alter, Geschlecht usw.) entstehen
- **wahrgenommene diversitätsbezogene Subgruppen** (*perceived active faultline*): Wahrnehmung von kleineren Subgruppen innerhalb des Teams, bspw. Gruppen der jüngeren Männer und älteren Frauen

Diversitätsbezogene Faultlines werden bei manchen Autoren auch als eine dritte eigenständige Perspektive auf die Vielfalt von Arbeitsgruppen betrachtet. Dabei handelt es sich um unbewusste (latente bzw. *dormant*) oder bewusst wahrgenommene „Trennlinien“ innerhalb eines Teams, die entstehen, wenn ein oder mehrere Diversitätsmerkmale so verteilt sind, dass sich homogene Untergruppen innerhalb des Teams herausbilden (vgl. [7, 6]). Im oben beschriebenen Beispiel entstehen Faultlines durch die Merkmale Geschlecht und Alter, wenn in Gruppe A die beiden Männer der Altersgruppe *soplus* angehö-

ren und die beiden Frauen Mitte 20 sind. Die durch Faultlines entstehenden Subgruppen kontrastieren die Diversitätsmerkmale einer Arbeitsgruppe und verstärken die Auswirkungen auf die Teamperformance (siehe Metaanalyse [6], ►► Tabelle 1).

►► Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Begriff „Vielfalt“ in Bezug auf Arbeitsgruppen im Alltag zwar leicht verständlich wirkt, die konkrete Beschreibung der Vielfalt einer Gruppe entlang der genannten Merkmale – also objektiver, subjektiver und subgruppenbildender Dimensionen – aber komplex ist. Die eindimensionale pauschale Beschreibung als *diverses* oder *homogenes Team* ist daher kaum möglich.

Potenzial, Störfaktor oder Nebensache? Zusammenhänge zwischen Diversitätsgrad und Teamerfolg

Im folgenden Abschnitt stellt sich die Frage, welche Auswirkungen die verschiedenen Diversitätsarten auf den Erfolg von Teams haben. ►► Abbildung 1 veranschaulicht diese Fragestellung und macht deutlich, dass die wissenschaftliche Antwort aufgrund der Vielzahl an Diversitätsmerkmalen sowie der unterschiedlichen Erfolgskriterien von Teams sowohl methodisch anspruchsvoll als auch inhaltlich facettenreich ist. Zusätzlich muss angemerkt werden, dass eine kausale Wirkaussage – „aufgrund der Diversität entsteht (kein) Teamerfolg“ – wegen der meist korrelativen Datenlage stark eingeschränkt ist.

Trotz dieser Herausforderungen zeichnen zahlreiche in den letzten 20 Jahren veröffentlichte theoretische und empirische (Meta-)Studien der Arbeits- und Organisationspsychologie ein konsistentes und fundiertes Befundmuster.

Theoretische Modelle. Eines der einflussreichsten Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Teamdiversität und Teamerfolg ist das *Categorization-Elaboration-Model* (CEM) [8, 9]. Es liefert sowohl Erklärungen für förderliche als auch für hinderliche Effekte von Diversität und beschreibt diese Gegensätze anhand zweier unterschiedlicher Verarbeitungspfade. Van Knippenberg betont, dass nicht das Diversitätsmerkmal an sich eine Ressource oder ein Hindernis darstellt, sondern die mentale Verarbeitung dieser Unterschiede im Team. Bei dem „hinderlichen Wirkmechanismus“ führen subjektiv wahrgenommene Unterschiede zwischen den Teammitgliedern zur sozialen Kategorisierung in die Subgruppen der zur eigenen Person ähnlichen Personen (*Ingroup*)

und die zur eigenen Person unähnlichen Personen (Outgroup). Solche Kategorisierungen gehen häufig mit Vorurteilen, geringerer Motivation zur Zusammenarbeit und Kommunikationsproblemen einher. Der Kategorisierungsprozess ist laut [9] umso wahrscheinlicher, je stärker bestimmte Diversitätsmerkmale hervorgehoben werden (Salienz) und gleichzeitig in bewussten Trennlinien (*perceived active faultlines*) zusammenfallen – etwa, wenn Teammitglieder glauben, dass Leistungsunterschiede mit Diversitätsmerkmalen der „Outgroup“ zusammenhängen (eine Annahme, die richtig oder falsch sein kann).

Den „förderlichen Wirkmechanismus“ erklärt das Modell durch eine verbesserte Informationsverarbeitung im diversen Team. Wenn Vielfalt auf unterschiedlichen Perspektiven, Erfahrungen und Fachkenntnissen basiert (z.B. aufgabenbezogene Diversität) und diese aktiv in die Teamarbeit eingebracht, diskutiert und integriert werden, führt das zu einer verbesserten Informationselaboration. Dies kann zu kreativeren Lösungen, besseren Entscheidungen und innovativen Ergebnissen beitragen.

Zahlreiche Einzelstudien stützen die Annahmen des Modells und unterstreichen die Bedeutung weiterer förderlicher bzw. hinderlicher Rahmenbedingungen (Moderatoren). So wird die Informationselaboration etwa durch eine ausgeprägte Lernorientierung der Teammitglieder, geringen Zeitdruck und gezielte Teamreflexion begünstigt. Gerade in komplexen, dynamischen und kritischen Situationen – wie während der Coronapandemie – kann die bewusste Teamreflexion vielfältiger Perspektiven dazu beitragen, Fehlentscheidungen durch homogenes Gruppendenken zu vermeiden [10]. Umgekehrt können abwertende Stereotype gegenüber Subgruppen den Prozess sozialer Kategorisierung verstärken, während eine offene und wertschätzende Haltung gegenüber Unterschieden dieses Gruppendenken abschwächt. Insgesamt ermöglicht das Modell einen differenzierten Blick auf die Wirkung von Teamvielfalt, da es sowohl die Chancen als auch die Herausforderungen im zugrunde liegenden Verarbeitungsprozess systematisch erklärt.

Metaanalytische Befunde. Die Ergebnisse zahlreicher Einzelstudien wurden in den letzten Jahren in Metaanalysen zusammengeführt, um studienübergreifende Effekte hinsichtlich Richtung und Stärke der Zusammenhänge zwischen verschiedenen Diversitätsarten und Teamerfolg zu untersuchen (z.B. [11, 12, 13, 14, 15, 1, 2]).

»» Tabelle 1 gibt einen Überblick über zentrale Befunde ausgewählter Metaanalysen:

- [1] analysierten 146 Studien mit insgesamt 612 Effektgrößen. Die Ergebnisse zeigen: Höhere demografische Diversität steht in Zusammenhang mit einer geringeren, subjektiv bewerteten Teamperformanz. Umgekehrt ist eine höhere aufgabenbezogene Diversität mit besserer Performanz assoziiert – allerdings nur bei subjektiver Einschätzung. Bei objektiv gemessener Teamleistung zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge. Ansonsten sind die Zusammenhänge nachweisbar, aber klein.
- [2] berücksichtigten 615 Studien mit insgesamt 2.638 Effektgrößen. Zwar finden sich tendenziell positive Zusammenhänge zwischen Diversitätsdimensionen und Teamerfolg, doch sind diese Effekte sehr gering. Die Autoren schlussfolgern, dass Diversität weder substanzial positive noch negative Auswirkungen auf die Teamleistung hat.
- [14] analysierten Studien zur Tiefendiversität – insbesondere Persönlichkeitseigenschaften, Werte und kulturelle Unterschiede – und deren Einfluss auf Teamprozesse und -zustände. Die Analyse von 94 Studien mit 280 Effektgrößen zeigt: Höhere Tiefendiversität geht mit weniger positiven Teamzuständen, einem erhöhten Konfliktniveau und problematischeren Prozessen einher.
- [15] untersuchten, inwieweit demografische Diversität mit den beiden zentralen Prozessen aus dem *Categorization-Elaboration-Model* (CEM) – soziale Kategorisierung und Informationsaustausch – zusammenhängt. Die Auswertung von 406 Effektgrößen ergab einen schwach positiven Zusammenhang zwischen demografischer Diversität und der Bildung sozialer Kategorien (entspricht dem hinderlichen Pfad im CEM), während kein signifikanter Zusammenhang mit dem Informationsaustausch festgestellt wurde.
- [6] analysierten den Einfluss von latenten und aktiven (bewussten) Faultlines auf Teamprozesse und -ergebnisse. Die Metaanalyse umfasste 168 Studien. Wenn Diversitätsmerkmale (z.B. demografische oder tiefenbezogene) sich in homogenen Subgruppen abbilden lassen, diese den Mitgliedern jedoch nicht bewusst sind (latente Faultlines), dann zeigten sich keine nennenswerten Effekte auf Performanz oder Zufriedenheit. Werden Faultlines jedoch bewusst wahrgenommen (aktive Faultlines), geht dies einher mit häufigeren Teamkonflikten, geringerer Teamperformanz und Zufriedenheit, während die förderliche Informationsverarbeitung

Tabelle 1 Ergebnisse von Metaanalysen zum Zusammenhang zwischen Teamerfolgskriterien und Diversitätsarten

Teamerfolg und Diversitätsart	r (CI 95%)	Zusammenhänge (Korrelate)
Subjektive Teamperformanz¹		
Demografische Diversität	-.05** (-.08, -.03)	<i>schwach negativ</i> (z.B. bei Alter, Ethnizität, Schulart [†] und Gender; kein Effekt für Nationalität)
Aufgabenbezogene Diversität	.04** (-.01, .06)	<i>schwach positiv</i> (z.B. bei funktionellem Erfahrungshintergrund; kein Effekt für Ausbildungsniveau [†] und Erfahrung)
Tiefendiversität	.00 (-.04, .05)	<i>kein Zusammenhang</i>
Objektive Teamperformanz¹		
Demografische Diversität	-.01 (-.03, .02)	<i>kein Zusammenhang</i> (alle Dimensionen)
Aufgabenbezogene Diversität	.02 (-.01, .06)	<i>kein Zusammenhang</i> (schwach positiver Effekt bei funktionellem Erfahrungshintergrund; kein Effekt für Ausbildungsniveau [†] und Erfahrung)
Tiefendiversität	-.01 (-.07, .05)	<i>kein Zusammenhang</i>
Teamperformanz²		
Demografische Diversität	.01* (.00, .03)	<i>schwach positiv</i> (bei Gender und Nationalität; kein Effekt für Alter und Ethnizität)
Aufgabenbezogene Diversität	.04** (.02, .06)	<i>schwach positiv</i> (bei Erfahrung und funktioneller Erfahrungshintergrund)
Tiefendiversität	.02* (.00, .04)	<i>schwach positiv</i> (bei Ausbildungsniveau [†] ; kein Effekt für Werte und Persönlichkeit)
Teamzustände & Prozesse³		
Tiefendiversität und positiver Teamzustand	-.07** (-.10, -.05)	<i>schwach negativ</i> (bei Persönlichkeit und Werten; kein Effekt für Kultur)
Tiefendiversität und Teamprozesse	-.10** (-.14, -.07)	<i>negativ</i> (bei Werten; kein Effekt für Persönlichkeit und Kultur)
Tiefendiversität und Konflikte	.12** (.07, .16)	<i>positiv</i> (bei Kultur und Werten; kein Effekt für Persönlichkeit)
Teamzustände & Prozesse⁴		
Demografische Diversität und Soziale Kategorisierung	.02* (.00, .05)	<i>schwach positiv</i> (bei Nationalitäten; kein Effekt für Alter, Gender und Ethnizität)
Demografische Diversität und Informationselaboration	-.01 (-.03, .01)	<i>kein Zusammenhang</i>
Teamperformanz und -prozesse⁵		
Latente Faultlines und Teamperformanz/-zufriedenheit	-.02 (-.04, .00)/ .02 (-.09, .13)	<i>kein Zusammenhang</i>
Latente Faultlines und Teamkonflikte/Informationselaboration	.15** (.08, .24)/ -.00 (-.09, .09)	<i>positiv</i> bei Konflikten <i>kein Zusammenhang</i> mit Elaboration

Vielfalt in der Arbeitswelt. Potenzial, Störfaktor oder Nebensache?

Teamerfolg und Diversitätsart	r (CI 95%)	Zusammenhänge (Korrelate)
Aktive Faultlines und Teamperformanz/ -zufriedenheit	-.27** (-.37, -.20) -.30** (-.48, -.22)	<i>negativ</i> bei Teamperformanz <i>negativ</i> bei Teamzufriedenheit
Aktive Faultlines und Teamkonflikte/ Informationselaboration	.45** (.44, .61) -.29** (-.50, -.17)	<i>positiv</i> bei Konflikten <i>negativ</i> bei Elaboration

Hinweis: Studienauswahl: ¹ [1], ² [2], ³ [14], ⁴ [15], ⁵ [6] / r = an der Stichprobe gewichtete mittlere Korrelation (Maximum = 1, Minimum = -1)/CI = 95% Konfidenzintervall /* Signifikanzniveau 5%/** Signifikanzniveau 1%/¹ Die Zuordnung der Diversitätskategorien „Ausbildungsniveau, Schultyp“ in die Diversitätskategorien (Demografische, Tiefen-, Aufgabendiversität) erfolgt studienübergreifend nicht konsistent und ist ein Kritikpunkt (z.B. [1]).

abnimmt. Besonders ausgeprägt sind diese Effekte, wenn sich die Subgruppen auf demografische Merkmale beziehen. Die Zusammenhänge bei Faultlines sind dabei deutlich größer als bei anderen Diversitätsindikatoren.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus den Metaanalysen ziehen?

- Der im *Categorization-Elaboration-Model* (CEM; [8, 9]) theoretisch beschriebene „hinderliche“ Wirkmechanismus von Teamdiversität lässt sich insbesondere für demografische Diversitätsdimensionen empirisch belegen – vor allem dann, wenn subjektive Diversitätswahrnehmung vorliegt oder homogene Subgruppen auf Basis demografischer Merkmale (Faultlines) erkannt werden. Dies begünstigt soziale Kategorisierung, erhöht das Konfliktisiko und schwächt die Informationsverarbeitung. Im Vergleich zur Faultline-Forschung sind die statistischen Zusammenhänge sowohl objektiver als auch subjektiver Diversitätsindikatoren jedoch als sehr klein (< 0.1) oder als unbedeutsam zu bewerten.
- Wenn demografische Diversitätsmerkmale zur bewussten Wahrnehmung homogener Subgruppen führen, gehen diese aktiven Faultlines mit verstärkten Teamkonflikten und reduzierter Wissenselaboration einher.
- Wahrgenommene Diversität sowie aktive Faultlines verstärken die Zusammenhänge zwischen Diversitätsdimensionen und Teamprozessen im Vergleich zu objektiven Diversitätsmaßen. Die subjektive Wahrnehmung wirkt hier als eigenständiger Einflussfaktor.
- Die Zusammenhänge zwischen Diversitätsarten und Teamerfolg sind uneinheitlich und stark streuend. Dies weist auf die Bedeutung moderierender Variablen hin. Besonders bei komplexen Aufgaben – etwa im Forschungs- und Entwicklungsbereich – zeigt sich ein stärkerer positiver

Zusammenhang zwischen aufgabenbezogener Diversität und Teamleistung. Solche Aufgaben profitieren nachweislich von einer Vielfalt an Perspektiven und Expertisen. Demografische Vielfalt zeigt in diesem Kontext hingegen keinen relevanten Effekt (vgl. [2]).

- Die Art der Leistungsmessung beeinflusst die Stärke der beobachteten Effekte. Besonders bei subjektiv eingeschätzter Teamleistung erscheinen die Zusammenhänge deutlicher ausgeprägt als bei objektiv erhobenen Leistungsindikatoren.



Zusammenfassend widerspricht das empirische Befundmuster sowohl pauschalen Behauptungen, dass Diversität eine entscheidende Größe für den Teamerfolg sei, als auch jenen, die in hoher Diversität die Hauptursache für Probleme und Herausforderungen in Arbeitsgruppen sehen. Die Zusammenhänge sind abhängig von der Diversitätsart und teilweise sehr klein bis vernachlässigbar.

Die Befunde sprechen für den Vorteil höherer aufgabenbezogener Vielfalt bei komplexen Arbeitsaufgaben, wohingegen aufgabenirrelevante Diversität eher die Kontrastierung sozialer Identitäten fördert und damit hinderlich wirkt [2]. Besonders kritisch ist die bewusste Wahrnehmung homogener (demografischer) Subgruppen im Team [6]. In solchen Fällen lassen sich vermehrt Konflikte sowie eine geringere Informationselaboration beobachten.

Betonung der Unterschiede oder der Gemeinsamkeiten? Teamerfolg in der Praxis

Was bedeuten die Ergebnisse bisheriger Studien für die komplexe Arbeitswelt der Praxis? Zunächst sollte das schwach negative bis kaum vorhandene Befundmuster für demografische Diversität als ein erfreuliches Ergebnis betrachtet werden. Man stelle sich

vor, demografische Vielfalt würde einen stark negativen (oder positiven) Zusammenhang mit Teamerfolg aufweisen. Dann müsste in der Praxis bei der Besetzung von Arbeitsgruppen die Förderung einer homogenen (oder heterogenen) Teamzusammensetzung handlungsleitend sein. Dies wäre weder mit der im Arbeitsmarkt vorhandenen demografischen Vielfalt noch mit dem Antidiskriminierungsgesetz vereinbar, welches die Verwendung von Alter, Geschlecht oder Ethnizität als positives oder negatives Auswahlkriterium sanktioniert.

Betriebliche Teams können sich daher darauf konzentrieren, die wesentlichen Erfolgsmerkmale einer Arbeitsgruppe zu fördern [16]: die effektive und effiziente Bearbeitung der gemeinsamen Aufgabe, Teamlernen durch Wissensaustausch sowie den emotionalen Zusammenhalt und die Teamidentifikation. Das Personalmanagement kann hierzu durch gezielte diskriminierungsfreie Rekrutierung eine förderliche aufgabenbezogene Vielfalt anstreben, indem Teammitglieder kriterienorientiert nach fachlicher Expertise, Erfahrungsbreite oder spezifischen Fähigkeiten ausgewählt werden. Zudem sollten Personalverantwortliche und Führungskräfte weitere Faktoren aus der Team- und Führungsforschung berücksichtigen, welche im folgenden Teil dargestellt werden. Diese Faktoren sind teilweise

unabhängig von der Diversität der Gruppe steuerbar und zeigen einen deutlich größeren Zusammenhang mit dem Teamerfolg als einzelne Diversitätsmerkmale.

So verglichen [4, 17] in betrieblichen Arbeitsgruppen, wie stark Wissensaustausch und Teamidentifikation mit Faktoren (I) der Altersdiversität sowie (II) der Teamführung zusammenhängen. Die Befunde sind in **»»»** Tabelle 2 und **»»»** Abbildung 1 zusammengefasst.

- (I) **Faktoren der Altersdiversität:** Ähnlich wie in den metaanalytischen Befunden zeigte sich ein schwacher, negativer Zusammenhang bei der objektiven Diversität: Höhere Altersdiversität des Teams ging mit weniger Wissensaustausch und geringerer Identifikation einher. Subjektiv wahrgenommene Diversität war ebenfalls mit geringerer Teamidentifikation, aber mehr Wissensaustausch verbunden.
- (II) **Weitere Faktoren der Teamführung:** Die einzige diversitätsbezogene Variable mit moderatem Einfluss war die Einstellung zur Altersdiversität. Passend zu den theoretischen Annahmen [9] fördert eine positive Wertung der Altersdiversität die Teamprozesse und -emotionen, besonders wenn mögliche Teamprobleme nicht mit Altersunterschieden begründet werden. Die größten Zusam-

Tabelle 2 Einflussfaktoren auf Wissensaustausch/Teamidentifikation in altersdiversen Teams [4, 17]

Vorhandene Altersdiversität	Effekt (B)	Empirische Beobachtung
Objektive Altersdiversität im Team	-.04* / -.03	<i>schwach negativ.</i> Je höher die Altersdiversität, desto geringer der Wissensaustausch und die Identifikation.
Subjektive Wahrnehmung der Altersdiversität	.09* / -.07*	<i>schwach positiv/negativ.</i> Je höher die Altersdiversität wahrgenommen wird, desto höher der Wissensaustausch, aber geringer die Identifikation mit dem Team.
Weitere Faktoren		
Positive Einstellung zur Altersvielfalt	.13** / .13**	<i>positiv.</i> Je höher die Wertschätzung der Altersunterschiede, desto höher der Wissensaustausch und die Identifikation.
Zeit für gemeinsamen Austausch	.16** / .05	<i>positiv.</i> Je mehr gemeinsame Zeit, desto höher der Wissensaustausch (kein Effekt auf Identifikation)
Psychologische Sicherheit	.19** / .25**	<i>positiv.</i> Je offener das Klima, desto höher der Austausch und die Identifikation.
Wissen über Teamexpertisen	.39** / .16*	<i>positiv.</i> Je besser „man weiß, wer etwas weiß“, desto höher der Wissensaustausch und die Identifikation.
Klare Ziele des gemeinsamen Austauschs	.44** / .40**	<i>stark positiv.</i> Je klarer die Ziele, desto höher der Wissensaustausch und auch die Identifikation.
Hinweis: B = Effekt der Mehrebenenanalysen (vgl. Korrelation in »»» Tabelle 1)/*Signifikanz mit 5% Irrtumswahrscheinlichkeit /** Signifikanz bei 1% Irrtumswahrscheinlichkeit.		

Vielfalt in der Arbeitswelt. Potenzial, Störfaktor oder Nebensache?

menhänge zeigten diversitätsunabhängige Faktoren, die von Führungskräften und Teammitgliedern gesteuert werden können: Wissensaustausch und Teamidentifikation waren dann hoch, (1) wenn psychologische Sicherheit herrschte, also ein Klima, in dem Probleme und Fehler offen und transparent diskutiert werden können; (2) wenn Teammitglieder wussten, wer im Team welche Kompetenzen, Fähigkeiten und Erfahrungen besitzt (Wissen über Teamexpertisen); und (3) wenn klare Ziele zu den Inhalten, Formaten und Rollen des Wissensaustauschs im Team definiert waren.

Was können Führungskräfte in der alltäglichen Teamarbeit beachten? Zunächst scheint die objektive demografische Diversität weniger relevant zu sein, während die subjektive Wahrnehmung von aufgabenirrelevanten Unterschieden sogar kontraproduktiv wirken kann (siehe Faultline-Forschung). Besondere Herausforderungen entstehen, wenn Diversitätsmerkmale zur Bildung homogener Subgruppen im Team führen und diese wahrgenommen werden (z.B. die älteren und die jüngeren Mitglieder). Wie [6] zeigen, sind latente Faultlines zunächst nicht oder nur schwach mit geringerer Performanz oder Teamkonflikten verbunden. Erst eine bewusst wahrgenommene (aktive) Subgruppe, verstärkt diese kritischen Effekte. Daher ist es umso wichtiger, aufgabenirrelevante Diversitätsmerkmale nicht in den Vordergrund zu stellen, die gemeinsame Aufgabe zu betonen und negativen stereotypen Zuschreibungen oder Konflikten offen und ehrlich entgegenzuwirken.

Vor allem kann eine „klassische“ mitarbeiter- und aufgabenorientierte Führungsarbeit sowohl die erfolgreiche Teamarbeit sichern (vgl. [18]) als auch aufgabenrelevante Diversitätsmerkmale der Arbeitsgruppe funktional nutzen. Ein aufgabenbezogener Teamfokus (gemeinsames Ziel, Rückmeldung, Rollenklärung, Konfliktreduktion, aufgabenbezogener Personaleinsatz, vgl. [18]) verhindert eine Überbetonung aufgabenirrelevanter Diversitätskategorien und kann die Bedeutung aufgabenrelevanter Vielfalt der Teammitglieder gezielt als wichtige Teamressource kommunizieren und nutzen. Ein mitarbeiter- oder personenbezogener Fokus beinhaltet stärker Elemente der individuellen Hinwendung und des individuellen Empowerments [19]. Hier können Führungskräfte bei Motivation, Kommunikation und Förderung den individuellen Besonderheiten der einzelnen Personen gerecht werden, ohne die Unterschiede zwischen den Gruppenmitgliedern explizit

hervorzuheben. Es geht bei mitarbeiterorientierter Führung daher nicht um die gruppenbezogenen Merkmale, wie das Geschlecht, sondern um die individuellen Kompetenzen oder Bedürfnisse (bspw. Bedürfnis nach Arbeitszeitflexibilität aufgrund von Kinderbetreuung/Pflege – unabhängig vom Geschlecht). Auf diese Weise wird der Tiefendiversität in Bezug auf Bedürfnisse und Kompetenzen innerhalb einer Gruppe Rechnung getragen, ohne die potenziellen Trennlinien (Faultlines) sozialer Kategorien in den Mittelpunkt zu stellen.

Für altersgemischte Arbeitsgruppen liegen ausgereifte Führungskonzepte vor, die die individuelle Berücksichtigung altersbezogener Unterschiede adressieren und die Teammitglieder darin unterstützen, in Altersunterschieden mögliche Ressourcen zu erkennen sowie vorherrschende Stereotype zu hinterfragen (vgl. [20]). Strukturierte Interviewansätze für Mitarbeitergespräche können Führungskräfte darin unterstützen, mit Teammitgliedern über individuelle Bedürfnisse zu reflektieren, Unterschiede innerhalb der Gruppe zu identifizieren und daraus konkrete Maßnahmen abzuleiten (vgl. [21]).

Schlussendlich kann neben der Führungskraft auch jedes Teammitglied dazu beitragen, dass ein offenes, sachkritisches und respektvolles Teamklima vorliegt, welches das gemeinsame Arbeitsziel trotz individueller Unterschiede in den Mittelpunkt rückt. So beschreibt Edmondson [22], dass vor allem das Gefühl der psychologischen Sicherheit die Fähigkeit von Teammitgliedern mit unterschiedlichen Hintergründen fördert, mögliche Kommunikationsbarrieren zu überwinden und unterschiedliche Expertise einzubringen. Die Bedeutung der psychologischen Sicherheit in diversen Teams zeigt sich in empirischen Studien [23] sowie in praktischen Umsetzungskonzepten für die Schaffung einer Unternehmenskultur, in denen Wissen und Innovation entstehen, da Mitarbeiter Sicherheit und Wertschätzung erfahren [24].

» Beton werden sollte das gemeinsame Ziel der Gruppe, nicht die aufgabenirrelevante Diversität. Dieses gemeinsame Ziel verbindet alle Teammitglieder sowohl bei der Aufgabenbearbeitung als auch in ihrer Identifikation als Gruppe. Dabei kann aufgabenbezogene Vielfalt eine wertvolle Ressource für die Zielerreichung sein und bewusst genutzt sowie kommuniziert werden. Individuelle Unterschiede können in der Führungsarbeit durch einen mitarbeiterorientierten Führungsstil erkannt und zielgerichtet zur Motivation des Teams transformiert werden.

Fazit

Betrachtet man Arbeitsgruppen, so stellt Diversität zunächst ein objektiv beschreibbares Merkmalsbündel dar, das Unterschiede innerhalb eines Teams analysierbar macht. Zwar zeigen einzelne Diversitätsmerkmale – je nach Kontext – positive oder negative Zusammenhänge mit Teamerfolg, doch keines dieser Merkmale (mit Ausnahme aufgabenbezogener Vielfalt) erweist sich konsistent als verlässlicher Erfolgs- oder Misserfolgsfaktor. Entscheidend für die Teamleistung sind vielmehr die aufgabenbezogenen Interaktionsprozesse, Emotionen und Denkhaltungen im Team, die sich auf ein gemeinsames Gruppenziel ausrichten. Hinderlich sind sowohl Diskriminierung und Ausgrenzung einzelner Teammitglieder als auch die Überbetonung von Unterschieden, insbesondere dann, wenn diese keine Relevanz für die Arbeitsaufgabe haben.

» Erfolgreich ist das Team, das sich über ein gemeinsames Ziel definiert, die Vielfalt an Expertise und Meinungen konstruktiv einbindet – und andere Formen von Diversität weder problematisiert noch idealisiert.

Literatur

- van Dijk H, van Engen ML, van Knippenberg D. Defying conventional wisdom: A meta-analytical examination of the differences between demographic and job-related diversity relationships with performance. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 2012; 119 (1): 38–53
- Wallrich L, Opara V, Wesolowska M, Barnoth D, Yousefi S. The relationship between team diversity and team performance: Reconciling promise and reality through a comprehensive meta-analysis registered report. *Journal of Business and Psychology*. 2024; 39: 1303–1354
- Harrison DA, Klein KJ. What's the difference? Diversity constructs as separation, variety, or disparity in organizations. *Academy of Management Review*. 2007; 32 (4): 1199–1228
- Ellwart T, Bündgens S, Rack O. Managing knowledge exchange and identification in age diverse teams. *Journal of Managerial Psychology*. 2014; 28 (7/8): 950–972
- Shemla M, Meyer B, Grgic J. Perceived diversity in teams: Conceptualizations, effects, and new directions. *Current Opinion in Psychology*. 2024; 60 (101925): 1–6
- Thatcher SMB, Meyer B, Kim Y, Patel PC. A meta-analytic integration of the faultlines literature. *Organizational Psychology Review*. 2024; 14 (2): 238–281
- Meyer B, Shemla M, Li J, Wegge J. On the same side of the faultline: inclusion in the leader's subgroup and employee performance. *Journal of Management Studies*. 2015; 52 (3): 354–380
- van Knippenberg D, De Dreu CKW, Homan AC. Work group diversity and group performance: An integrative model and research agenda. *Journal of Applied Psychology*. 2004; 89 (6): 1008–1022
- van Knippenberg D. Team diversity and team performance: Paths to synergetic and disruptive effects. *Current Opinion in Psychology*. 2024; 59 (101877): 1–5
- Schippers MC, Rus DC. Optimizing decision-making processes in times of COVID-19: Using reflexivity to counteract information-processing failures. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12 (650525)
- Bell ST, Villado AJ, Lukasik MA, Belau L, Briggs AL. Getting specific about demographic diversity variable and team performance relationships: A meta-analysis. *Journal of Management*. 2011; 37 (3): 709–743
- Joshi A, Roh H. The role of context in work team diversity research: A meta-analytic review. *Academy of Management Journal*. 2009; 52 (3): 599–627
- Horwitz SK, Horwitz IB. The effects of team diversity on team outcomes: A meta-analytic review of team demography. *Journal of Management*. 2007; 33 (6): 987–1015
- Triana MdC, Gu P, Chapa O, Richard O, Colella A. Sixty years of discrimination and diversity research in human resource management: A review and analysis of trends in theory, practice, and future directions. *Human Resource Management*. 2021; 60 (1): 45–74
- Traylor AM, Gündemir S, Homan AC, van Knippenberg D. A meta-analysis of diversity ideologies and outcomes. *Journal of Applied Psychology*. 2024; 109 (2): 215–239
- Hackman JR. The design of work teams. In: Lorsch JW (Hrsg.) *Handbook of organizational behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1987; 315–342
- Ellwart T, Beinicke A, Bipp T. Altersdiversität in Teams – (K)ein Erfolgsfaktor? In: Beinicke A, Bipp T (Hrsg.) *Strategische Personalentwicklung. Psychologische, pädagogische und betriebswirtschaftliche Kernthemen*. Springer, 2022; 21–43
- Burke CS, Stagl KC, Klein C, Goodwin GF, Salas E, Halpin SM. What type of leadership behaviors are functional in teams? A meta-analysis. *The Leadership Quarterly*. 2006; 17 (3): 288–307
- Schermuly CC, Creon L, Gerlach P, Graßmann C, Koch J. Leadership Styles and Psychological Empowerment: A Meta-Analysis. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. 2022; 29 (1): 73–95
- Jungmann F, Wegge J. Altersdiversität und altersdifferenzierte Führung. In: Beinicke A, Bipp T (Hrsg.) *Strategische Personalentwicklung. Psychologische, pädagogische und betriebswirtschaftliche Kernthemen*. Springer, 2022; 77–96
- Jaster C, Ellwart T. Dem Fachkräftemangel das Handwerk legen: Entwicklung und Evaluation eines Instruments zur bedürfnisorientierten Arbeitsanalyse und Strukturierung von Mitarbeitendengesprächen im Handwerk. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*. 2022; 24 (4): 42–53
- Edmondson AC, Roloff K. Overcoming Barriers to Collaboration: Psychological Safety and Learning in Diverse Teams. In: Salas E, Goodwin GG, Burke CS (Hrsg.) *Team Effectiveness in Complex Organizations: Cross-disciplinary Perspectives and Approaches*. Psychology Press, 2009; 183–208
- Gerpott FH, Lehmann-Willenbrock N, Wenzel R, Voelpel SC. Age diversity and learning outcomes in organizational training groups: the role of knowledge sharing and psychological safety. *The International Journal of Human Resource Management*. 2021; 32 (18): 3777–3804
- Edmondson AC. Die angstfreie Organisation: Wie Sie psychologische Sicherheit am Arbeitsplatz für mehr Entwicklung, Lernen und Innovation schaffen. Vahlen, 2020



Univ.-Prof. Dr. Thomas Ellwart

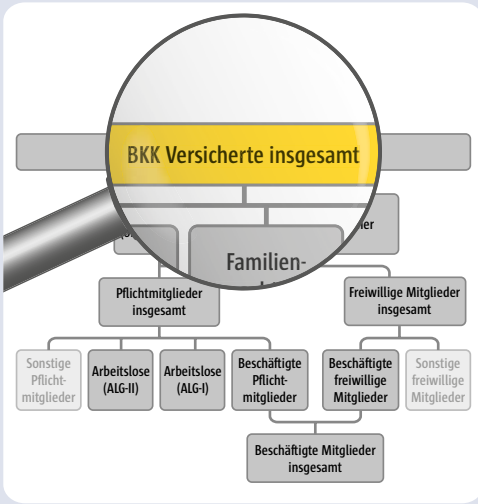
Thomas Ellwart ist Professor für Wirtschaftspsychologie an der Universität Trier. Er studierte Psychologie an der TU Dresden (Diplom, 1994–2000) und wurde dort 2004 mit Auszeichnung zum Dr. rer. nat. promoviert. Nach Stationen als wissenschaftlicher Mitarbeiter in Dresden und Kiel sowie einer Professur für Angewandte Psychologie an der Fachhochschule Nordwestschweiz ist er seit 2010 an der Universität Trier tätig. Seine Forschung beschäftigt sich mit Teamarbeit, Anpassungsprozessen und Resilienz in sozio-technischen Systemen. Neben Aspekten der Prozess- und Arbeitsgestaltung untersucht er Fragen der Kompetenzentwicklung, Führung und Mitarbeitermotivation. Die publikationsorientierten Forschungsaktivitäten werden durch zahlreiche anwendungsnahe Lehr- und Entwicklungsprojekte im Industrie- und Verwaltungskontext komplementär ergänzt.

3

Stationäre Versorgung

Isabelle Oehse, Karin Kliner, Dirk Rennert und Matthias Richter





Äquivalent zu den Analysen für die ambulante Versorgung werden auch bei der Betrachtung des stationären Sektors hauptsächlich die Daten aller BKK Versicherten zugrunde gelegt. Für das Berichtsjahr 2024 sind dabei rund 9,7 Mio. BKK Versicherte einbezogen worden.

3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

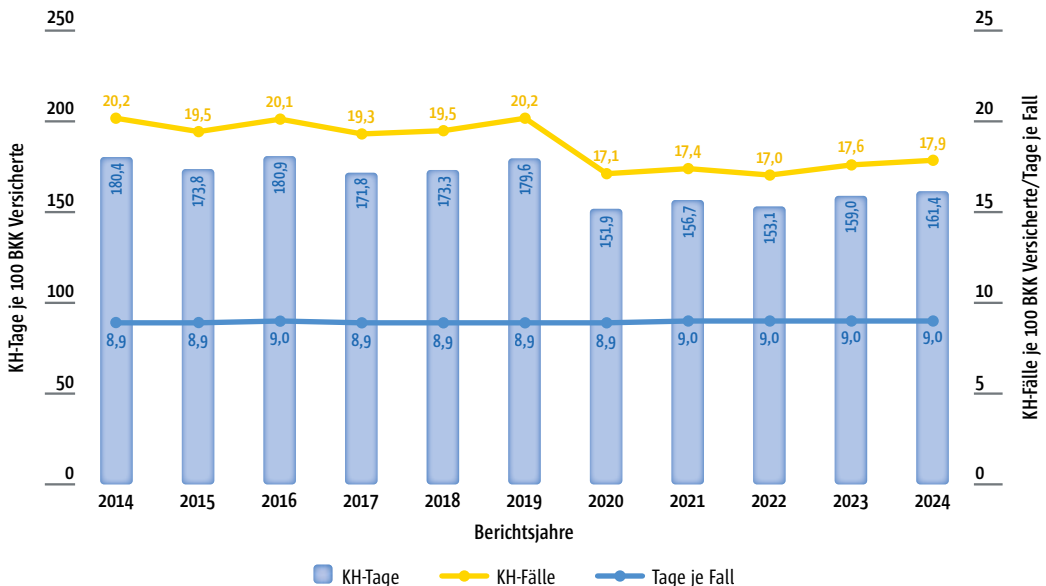
Der folgende Abschnitt gibt zunächst einen Überblick über das stationäre Versorgungsgeschehen.

- Der Anteil der Versicherten mit mindestens einer stationären Behandlung liegt mit 11,2% weiterhin vergleichsweise niedrig.
- Im Durchschnitt wurden je 1.000 Versicherte 179 stationäre Behandlungen mit insgesamt 1.614 Behandlungstagen durchgeführt – ein Niveau, das unter dem Vor-Pandemie-Stand bleibt.
- Im Vergleich zum Vorjahr ist lediglich eine geringe Zunahme der stationären Behandlungsfälle und -tage zu verzeichnen (+1,5% mehr Fälle und +1,5% mehr Tage).
- Die durchschnittliche Verweildauer pro Fall beträgt unverändert neun Tage. Etwa zwei Drittel aller Fälle sind innerhalb einer Woche abgeschlossen. Langzeitfälle mit einer Liegedauer über sechs Wochen ma-

chen mit 3,3% nur einen kleinen Anteil aller Fälle aus, verursachen jedoch fast ein Viertel aller stationären Behandlungstage.

Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse basieren auf rund 1,7 Millionen voll- oder teilstationären Krankenhausfällen (KH-Fälle ohne Entbindungsfälle und ohne ambulante Operationen), die im Jahr 2024 abgerechnet wurden. Bezogen auf alle BKK Versicherten entspricht dies einem Durchschnittswert von rund 17,9 Fällen je 100 Versicherte (»»» Diagramm 3.1.1). 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 (siehe »»» Methodische Hinweise). Insgesamt wurden 15,7 Millionen Krankenhaustage dokumentiert, was einem Durchschnitt von 161 Behand-

Diagramm 3.1.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2014–2024)

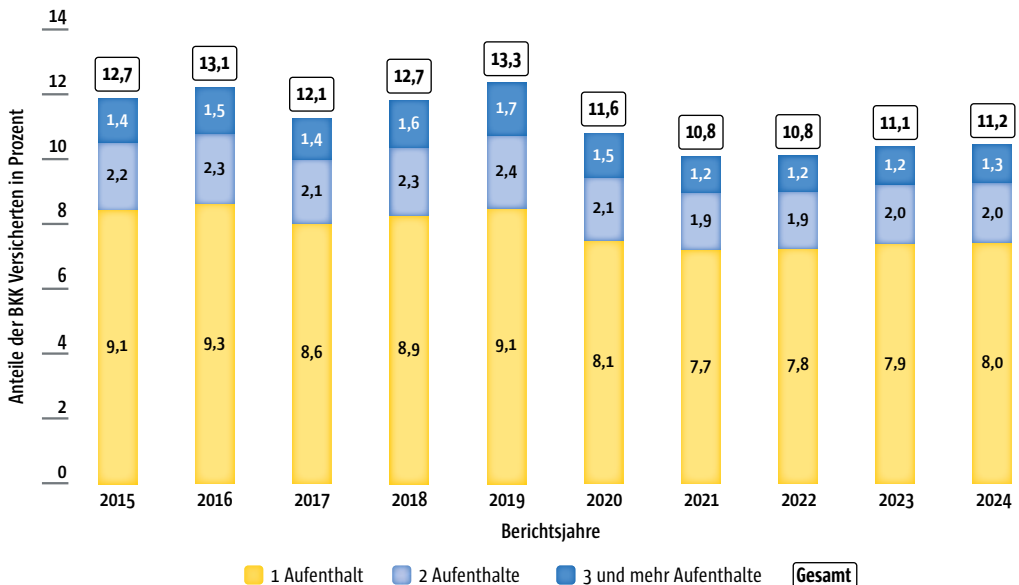


lungstagen je 100 BKK Versicherte entspricht. Die daraus resultierende mittlere Behandlungsdauer bleibt hingegen mit durchschnittlich 9,0 Tagen konstant wie in den Vorjahren. Im Gegensatz dazu zeigt sich ein leichter Anstieg bei der durchschnittlichen Zahl der Krankenhausaufenthalte und -tage: Gegenüber 2023 wurden im Jahr 2024 jeweils +1,5% mehr stationäre Behandlungsfälle und -tage erfasst. Obwohl die Kennzahlen weiterhin deutlich unter dem Vor-Pandemie-Niveau von 2019 und den vorhergehenden Jahren liegen, zeichnet sich wieder eine steigende Tendenz ab. Wesentliche Ursache für die weiterhin verringerten stationären Kennzahlen dürften dabei Nachwirkungen der Coronavirus-Pandemie sein. Eine vergleichbar niedrige Anzahl an stationären Behandlungsfällen bzw. -tagen zeigte sich zuletzt vor mehr als 15 Jahren.

Dank der noch weiter zurückreichenden BKK Versichertenstatistiken sind zudem Rückblicke auf deutlich ältere Berichtsjahre möglich – wenngleich nicht für alle Jahrgänge vollständige Daten vorliegen und sie daher im Zeitreihendiagramm nicht dargestellt sind. Die Vergleichbarkeit der Daten über mehr als zwei Jahrzehnte ist nur eingeschränkt möglich, u. a. aufgrund der veränderten Versichertenpopulation (erst ab 1994 vollständige Erfassung ostdeutscher Leistungsfälle im stationären Bereich) sowie

der Umstellung auf die ICD-10-Kodierung im Jahr 2001. Trotz dieser Einschränkungen offenbaren die historischen Daten eindrucksvoll, wie stark sich die stationäre Versorgung in den letzten Jahrzehnten verändert hat. Medizinische Fortschritte, wie bspw. die breite Einführung minimalinvasiver Operationstechniken in den 1990er-Jahren, führten zu neuen Behandlungsstandards, kürzeren Liegezeiten und veränderten Versorgungsabläufen. Ein besonders prägender Einschnitt war die Einführung des Diagnosis Related Groups (DRG)-Systems im Jahr 2003, das eine pauschalierte Abrechnung von Krankenhausleistungen etablierte. So veränderte die Umstellung auf ein pauschaliertes Abrechnungssystem die Krankenhauslogik grundlegend. Seitdem lassen sich deutlich verkürzte Liegezeiten beobachten. Lag die durchschnittliche Krankenhausverweildauer der Versicherten im Jahr 1990 noch bei 15,2 Tagen, so sank diese in den nachfolgenden Jahren kontinuierlich: 1995 betrug die durchschnittliche Liegedauer bundesweit nur noch 12,8 Tage, im „Optionsjahr“ der DRG-Einführung 2003 waren es dann 9,6 Tage. Dies verdeutlicht eindrücklich, wie strukturelle Reformen, medizinisch-technischer Fortschritt und Veränderungen in der Abrechnungslogik die stationäre Versorgung in Deutschland nachhaltig geprägt haben.

Diagramm 3.1.2 Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2015–2024)



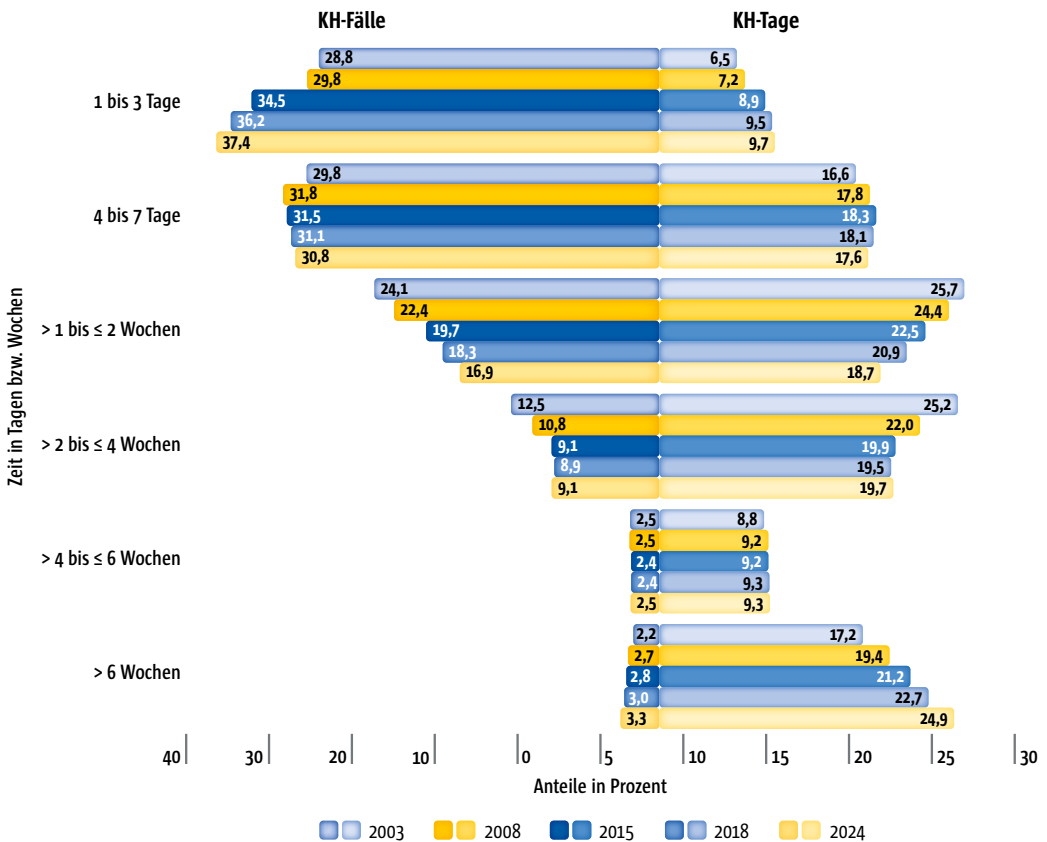
3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Allgemein gilt für die stationäre Versorgung, dass diese aufgrund ihrer zentralen Ausrichtung auf eine schwerwiegende, oft auch akute Erkrankungssymptomatik entsprechend nur von einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung in Anspruch genommen wird bzw. werden muss. Im Jahr 2024 betraf dies 11,2% der BKK Versicherten (III Diagramm 3.1.2). Der Großteil dieser Gruppe (71,1%; 8,0% aller BKK Versicherten) hatte lediglich einen stationären Aufenthalt, während 28,9% – und damit 3,3% aller BKK Versicherten – mehrfach stationär behandelt wurden. Im Zeitverlauf zeigt sich, dass diese Anteilswerte im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert geblieben sind.

Im Berichtsjahr 2024 zeigt sich weiterhin eine vergleichsweise kurze durchschnittliche Falldauer bei einem Krankenhausaufenthalt: Die meisten KH-Fälle (68,2%) wurden innerhalb einer Woche abgeschlossen, 37,4% sogar innerhalb von drei Tagen

(III Diagramm 3.1.3). Damit zeigt sich ein unverändertes Bild im Vergleich zum Vorjahr (nicht im Diagramm dargestellt). Über eine längere Zeitspanne betrachtet, ist insbesondere bei letztgenannter Gruppe eine starke Zunahme zu beobachten: 2003 wurden nur 28,8% aller KH-Fälle innerhalb von drei Tagen beendet. Der größte Rückgang ist hingegen bei den Fällen mit einer Aufenthaltsdauer von ein bis zwei Wochen zu verzeichnen (2003: 24,1%; 2024: 16,9%). Bei den Langzeitfällen ist im Zeitverlauf hingegen ein Anstieg zu beobachten: Im aktuellen Berichtsjahr machen Fälle mit einer Liegedauer von mehr als sechs Wochen 3,3% aus, während es im Jahr 2003 noch 2,2% waren. Auffällig ist zudem, dass die vergleichsweise seltenen Langzeitbehandlungsfälle im Jahr 2024 nahezu ein Viertel aller Krankenhaustage (24,9%) ausmachen – im Jahr 2003 lag dieser Anteil noch bei 17,2%.

Diagramm 3.1.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen im Zeitverlauf (2003–2024)



Hinsichtlich der Aufnahme- und Entlassungstage zeigt sich seit Jahren ein sehr ähnliches Muster:

- Im Berichtsjahr 2024 erfolgte ein Fünftel aller Krankenhausaufnahmen an einem Montag (20,2%), womit dieser Wochentag die häufigsten Einweisungen verzeichnet, gefolgt vom Dienstag (18,9%). Am Wochenende werden überwiegend Notfälle aufgenommen, sodass die Aufnahmezahlen hier vergleichsweise niedrig sind (5,9% an einem Samstag, 6,9% an einem Sonntag).
- Die Entlassungen aus stationärer Behandlung erfolgen hingegen am häufigsten kurz vor dem Wochenende: Mit 20,8% der Krankenhausaufenthalte ist der Freitag der häufigste Entlassungstag, gefolgt vom Mittwoch (17,5%) und Donnerstag (17,3%). An den Wochenenden werden vergleichsweise wenige Aufenthalte beendet, wobei der niedrigste Anteil auf die Sonntage entfällt (5,2%).

3.2 Stationäre Versorgung nach Diagnosen und Diagnosehauptgruppen

Im Folgenden wird das stationäre Versorgungsge-
schehen unter Berücksichtigung der wichtigsten
Diagnosehauptgruppen und Diagnosen dargestellt.
Dabei werden sowohl aktuelle Entwicklungen als
auch langfristige Trends berichtet.

- Die Verteilung stationärer Krankenhausfälle nach Erkrankungsarten zeigt sich gegenüber den Vorjahren weitgehend stabil: Auch im Jahr 2024 entfallen die meisten Behandlungsfälle auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Neubildungen und Krankheiten des Verdauungssystems.
- Psychische Störungen verursachen den größten Anteil an stationären Behandlungstagen und erreichen im aktuellen Berichtsjahr erneut einen Höchststand. Die durchschnittliche Verweildauer steigt auf 30,1 Tage pro Fall – ebenfalls ein neuer Rekordwert.
- Die Kennzahlen sind insbesondere bei psychischen Störungen sowie bei Atemwegserkrankungen überdurchschnittlich angestiegen. Letztere betrafen überwiegend Kurzzeitfälle, die im Zusammenhang mit der Grippe- und Erkältungswelle standen.
- Im Langzeitvergleich sind vor allem die Kennwerte bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen zurückgegangen: Seit 2014 ist die Zahl der stationären Fälle und Behandlungstage um rund ein Fünftel gesunken.

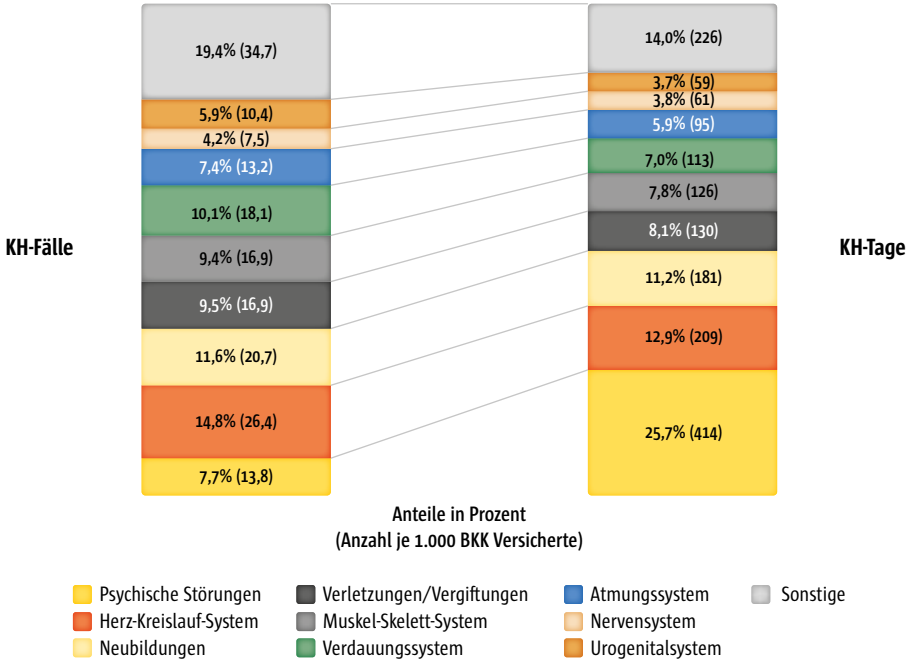
Auch die differenzierte Auswertung der stationären Kennzahlen nach Diagnosehauptgruppen zeigt, dass die stationären Kennwerte weiterhin unter dem Stand des Vorpandemiejahres 2019 liegen. Diese Entwicklung lässt sich bei nahezu allen Diagnosehauptgruppen beobachten. Die relative Verteilung der Krankheitsarten innerhalb der stationären Versorgung bleibt dabei weitgehend stabil (»»» Diagramm 3.2.1). Auch im Jahr 2024 stellen Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiterhin die häufigste Ursache für Krankenhausaufenthalte dar: Auf 1.000 BKK Versicherte entfallen 26,4 KH-Fälle, womit 14,8% aller

Behandlungsfälle auf diese Diagnosehauptgruppe zurückzuführen sind. Zweithäufigster Behandlungsgrund sind mit 11,6% Neubildungen, gefolgt von Erkrankungen des Verdauungssystems (10,1%). Psychische Störungen machen mit 13,8 KH-Fällen je 1.000 BKK Versicherte 7,7% aller stationären Behandlungsfälle aus. Erkrankungen des Atmungssystems – die sowohl im AU-Geschehen als auch in der ambulanten Versorgung eine wichtige Rolle einnehmen – haben in der stationären Versorgung bislang eine eher untergeordnete Bedeutung. Allerdings verzeichnet diese Diagnosehauptgruppe im Vergleich zum Vorjahr mit +7,4% erneut die stärkste Zunahme bei den Fallzahlen (13,2 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte in 2024 vs. 12,3 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte in 2023). Im Gegensatz dazu weisen Erkrankungen des Verdauungssystems (-3,1%) und des Urogenitalsystems (-2,4%) im Vergleich zum Vorjahr den stärksten Rückgang der Fallzahlen auf.

Bei Betrachtung der Behandlungstage nach Erkrankungsart zeigt sich ein anderes Bild als bei den Fallzahlen: Psychische Störungen stehen mit 414 KH-Tagen je 1.000 BKK Versicherte klar an der Spitze und machen mehr als ein Viertel aller KH-Tage (25,7%) aus. Dahinter folgen Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 12,9% der Behandlungstage, gefolgt von Neubildungen (11,2%). Somit entfällt etwa die Hälfte aller Behandlungstage auf eine dieser drei genannten Erkrankungsarten (49,8%) – dies entspricht in etwa jedem zweiten Behandlungstag. Im Vergleich zum Vorjahr ist bei den folgenden Erkrankungsarten mit jeweils rund +4,0% der stärkste Anstieg der Behandlungstage zu verzeichnen:

- Erkrankungen des Atmungssystems (2023: 92 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte; 2024: 95 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte) und
- psychische Störungen (2023: 400 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte; 2024: 414 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte).

Diagramm 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2024)



Die Entwicklung der stationären Kennzahlen aller Diagnosehauptgruppen von 2014 bis zum aktuellen Berichtsjahr 2024 ist im III Diagramm 3.2.2 und III Diagramm 3.2.3 dargestellt. Dabei zeigt sich, dass die stationären Kennwerte vor 2019, also vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie, weitgehend stabil blieben. Ab 2020 ist jedoch ein Rückgang der stationären Kennzahlen bei allen Diagnosehauptgruppen erkennbar, wobei das Ausmaß je nach Erkrankung variiert. Gegenüber 2019 ist insbesondere bei den psychischen Störungen sowie Erkrankungen des Herz-Kreislauf-, Muskel-Skelett-, sowie des Verdauungssystems eine Reduktion der stationären Behandlungsfälle und -tagen zu erkennen. Allerdings zeigt sich bei den genannten Erkrankungsarten insbesondere bei den psychischen Störungen eine erneute Zunahme. Im aktuellen Berichtsjahr ist die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen erneut gestiegen (+3,6%), hat das Vorpandemieniveau überschritten und damit einen neuen Höchststand erreicht. Auch bei der Verweildauer zeigt sich in diesem Jahr ein neuer Höchststand: Ein stationärer Fall dieser Erkrankungsart dauert durchschnittlich 30,1 Tage – 2014 waren es 25,0 Tage pro Fall. Im Vergleich dazu fällt die durchschnittliche Verweildauer bei somatischen Erkrank-

kungen deutlich kürzer aus: So beträgt sie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen 7,9 Tage, bei Neubildungen 8,7 Tage pro Fall. Entsprechend erfolgen Langzeitbehandlungen mit Abstand am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen: Im Jahr 2024 sind 67,4% aller stationären Langzeitbehandlungen mit mehr als sechs Wochen Dauer auf psychische Störungen zurückzuführen. Den zweitgrößten Teil machen Neubildungen mit 9,8% der Langzeitfälle aus, gefolgt von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems mit einem Anteil von 5,6%. Im Gegensatz hierzu sind die Verweildauern bspw. bei Atemwegserkrankungen mit 7,2 Tagen vergleichsweise kurz und erreichen im aktuellen Berichtsjahr im Langzeitvergleich sogar ihren niedrigsten Wert. Im Vergleich zum Vorjahr verzeichnen Atemwegserkrankungen allerdings den stärksten Zuwachs – sowohl bei den Fallzahlen (+7,4%) als auch den Behandlungstagen (+3,9%).

Darüber hinaus ist auch bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen ein Langzeitrend zu beobachten, der schon vor der Pandemie eingesetzt hat: So sind die Kennwerte für diese Erkrankungsart auch in den Jahren zuvor gesunken (-3,6% bei den KH-Fällen bzw. -7,7% bei den KH-Tagen von 2014 bis 2019). Zwar sind im aktuellen Berichtsjahr die Kennwerte gegenüber dem Vorjahr erneut gestiegen (KH-Fälle: +2,9%; KH-

3.2 Stationäre Versorgung nach Diagnosen und Diagnosehauptgruppen

Diagramm 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2024)

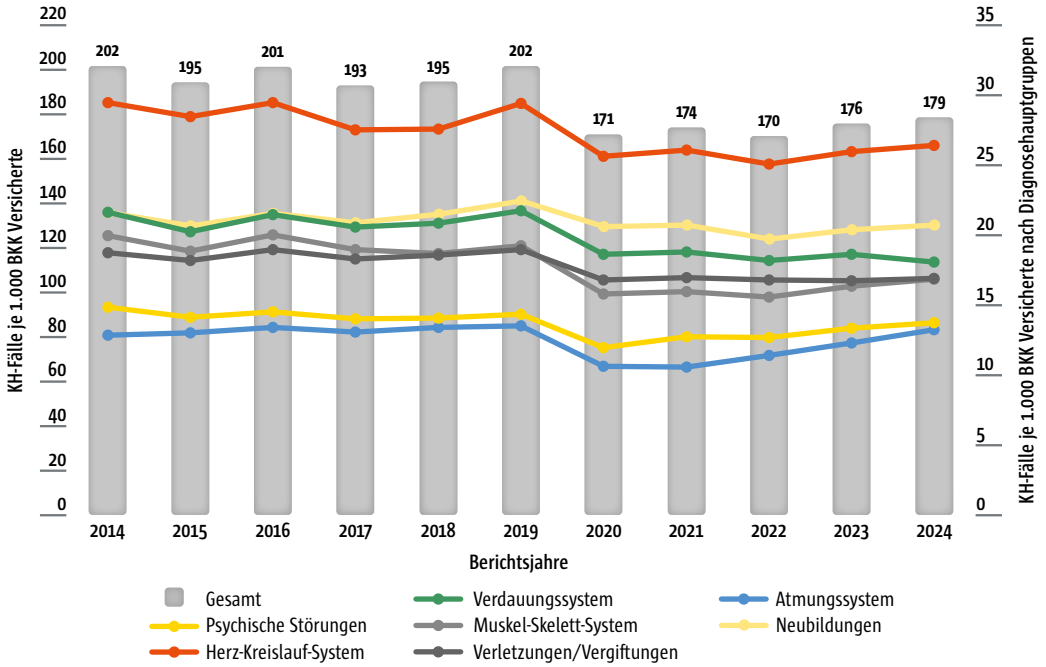
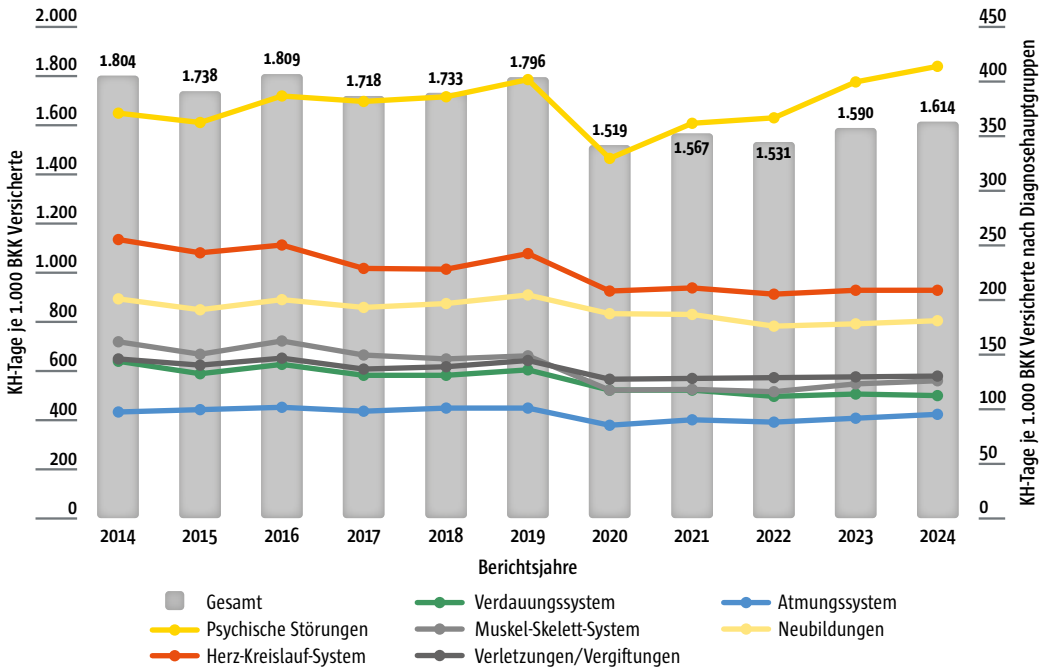


Diagramm 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2024)



Tage: +2,1%), dennoch sind verglichen mit 2014 jeweils rund ein Fünftel weniger stationäre Fälle und Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verzeichnen.

- Wie bereits in den Vorjahren entfällt der größte Anteil der stationären Behandlungstage auf die rezidivierende depressive Störung (F33), gefolgt von der depressiven Episode (F32).
- Die höchste Fallzahl unter den Einzeldiagnosen weist erneut die Herzinsuffizienz (I50) auf.
- Psychische Erkrankungen sind weiterhin mit besonders langen stationären Verweildauern verbunden: So dauern stationäre Aufenthalte bei der rezidivierenden depressiven Störung (F33), der depressiven Episode (F32) und der Schizophrenie (F20) im Mittel fünf bis sechs Wochen und liegen damit deutlich über dem Durchschnitt.

Die Analyse der stationären Kennzahlen auf Ebene der Einzeldiagnosen (»»» Tabelle 3.2.1) bestätigt die Kontinuität der Vorjahre: Auch im Jahr 2024 entsprechen die zehn häufigsten Diagnosen – gemessen an der Zahl der Behandlungstage – jenen des Vorjahres. Die Rangfolge innerhalb dieser Top Ten hat sich ebenfalls nicht verändert. Besonders auffällig ist erneut die hohe Relevanz psychischer Störungen: Die Hälfte der zehn häufigsten Einzeldiagnosen entfällt auf diese Diagnosehauptgruppe, was ihre wachsende Relevanz in der stationären Versorgung unterstreicht. Wie bereits im Vorjahr entfielen die mit Abstand meisten Krankenhaustage auf die rezidivierende depressive Störung (F33) (128 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte), gefolgt von Behandlungen aufgrund einer depressiven Episode

(F32) (65 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte). Verglichen mit dem Vorjahr weist die Gonarthrose (M17) unter den dargestellten Diagnosen den stärksten Anstieg der Fallzahlen auf – mit einem Plus von +8,6 % gegenüber 2023. Im Vorjahr fiel der Zuwachs mit +16,9 % noch deutlich höher aus. Möglicherweise wirkt hier weiterhin ein Nachholeffekt infolge pandemiebedingt verschobener Operationen nach, da es sich bei dieser Diagnose häufig um elektive Eingriffe handelt. Mit Blick auf die stationären Behandlungstage verzeichnet die rezidivierende depressive Störung (F33) auch im Jahr 2024 den deutlichsten Anstieg unter den Einzeldiagnosen – mit einem Zuwachs von +6,5 % gegenüber dem Vorjahr. Direkt dahinter folgen Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) mit einem Plus von +5,4% im Vergleich zu 2023. Die beiden Depressionsdiagnosen sind zudem häufige Ursache für Langzeitbehandlungen mit mehr als sechs Wochen stationärem Aufenthalt: Im aktuellen Berichtsjahr entfielen 42,5% der stationär behandelten Fälle mit einer depressiven Episode (F32) auf solch eine Langzeitbehandlung. Ein noch höherer Anteil zeigt sich bei rezidivierenden depressiven Störungen (F33): Hier überschritt die stationäre Verweildauer bei 50,3% der Fälle die Sechs-Wochen-Marke. Wie aus der Tabelle hervorgeht, belegt die Herzinsuffizienz (I50) bei der Gesamtzahl der stationären Behandlungstage den dritten Rang. Bezogen auf die Fallzahlen handelt es sich jedoch um die am häufigsten dokumentierte Diagnose. Insgesamt unterstreicht die Analyse der wichtigsten Diagnosen auch in diesem Jahr einmal mehr die zentrale Bedeutung psychischer Störungen und von Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die stationäre Versorgung.

Tabelle 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2024)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
F33	Rezidivierende depressive Störung	3,0	128,3	42,8
F32	Depressive Episode	1,7	65,2	38,7
I50	Herzinsuffizienz	4,1	44,9	10,9
I63	Hirnfarkt	2,4	29,6	12,4
S72	Fraktur des Femurs	1,8	27,3	15,0
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2,3	26,9	11,9
F20	Schizophrenie	0,7	26,9	37,4
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	2,7	20,6	7,8
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2,0	19,8	9,8
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,7	19,0	27,4

3.3 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht

Die nachfolgenden Auswertungen beleuchten das stationäre Versorgungsgeschehen im Berichtsjahr 2024 differenziert nach Alter und Geschlecht. Im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die ausschließlich krankengeldberechtigte Mitglieder der BKK betrifft, werden Krankenhausbehandlungen von allen Versichertengruppen – von Kindern bis zu Rentnerinnen und Rentnern – in Anspruch genommen. Dies gilt gleichermaßen für das im vorherigen **III** Kapitel 2 dargestellte ambulante Versorgungsgeschehen. Dabei zeigt sich jedoch, dass sich das Krankheitsspektrum im stationären Bereich deutlich vom ambulanten unterscheidet: Zahlreiche Erkrankungen – darunter auch schwerwiegende oder chronische – treten zwar häufig im ambulanten Sektor auf, führen jedoch nicht zwangsläufig zu einem stationären Aufenthalt.

- Mit zunehmendem Alter steigt sowohl die Zahl der stationären Behandlungsfälle als auch der Behandlungstage deutlich an.
- Männer werden insgesamt nur geringfügig häufiger stationär behandelt als Frauen, wobei die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage nahezu identisch ist.
- Psychische Erkrankungen stellen bei Versicherten unter 60 Jahren die häufigste Ursache für stationäre Aufenthalte dar – sowohl hinsichtlich der Fallzahlen als auch der Behandlungstage. Dabei sind Frauen nicht häufiger, aber im Schnitt deutlich länger in Behandlung als Männer.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen nehmen mit steigendem Alter an Bedeutung zu: Ab dem 60. Lebensjahr gehören sie insbesondere bei Männern zu den häufigsten Ursachen für eine stationäre Aufnahme.

Krankenhausbehandlungen sind bei jüngeren Menschen vergleichsweise selten, wie **III** Diagramm 3.3.1 zeigt. Mit zunehmendem Alter – insbesondere ab dem 45. Lebensjahr – steigt die Häufigkeit stationärer Behandlungsfälle sowie der damit verbundenen Behandlungstage deutlich an. So werden in den Al-

tersgruppen unter 40 Jahren jeweils weniger als 100 stationäre Behandlungsfälle pro 1.000 BKK Versicherte verzeichnet. Ab der zweiten Lebenshälfte nimmt die Inanspruchnahme stationärer Versorgung kontinuierlich zu. In der Altersgruppe 65 bis 69 Jahre liegt die Fallzahl mit 276,5 Fällen je 1.000 BKK Versicherte bereits fast dreimal so hoch wie bei jüngeren Erwachsenen. Bei den über 80-jährigen steigt die Anzahl der stationären Behandlungsfällen mit 611,6 Fällen je 1.000 BKK Versicherte sogar auf das Sechsfache im Vergleich mit den unter 40-jährigen. Parallel zur Zunahme der Fallzahlen verlängert sich auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus: Alle Altersgruppen unter 60 Jahren weisen durchweg eine geringere durchschnittliche Verweildauer auf als der Gesamtdurchschnitt (9,0 Tage je Fall). Im Gegensatz dazu liegt die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus bei Versicherten im Alter von über 80 Jahren bei 9,6 Tagen. Die mit dem Alter zunehmende Zahl stationärer Behandlungsfälle sowie die längeren Aufenthaltsdauern weisen auf einen erheblich steigenden medizinischen Versorgungsbedarf in höheren Altersgruppen hin.

In **III** Diagramm 3.3.2 sind die stationären Behandlungstage für ausgewählte Altersgruppen differenziert nach Geschlecht im Zeitverlauf dargestellt. Besonders auffällig ist der deutliche pandemiebedingte Rückgang der KH-Tage im Jahr 2020 – ein Einbruch, der sich über alle Altersgruppen und Geschlechter hinweg zeigt. Absolut betrachtet fällt der Rückgang jedoch in den älteren Altersgruppen ab 65 Jahren am deutlichsten aus. Gleichzeitig lässt sich beobachten, dass jüngere Versicherte in bestimmten Altersgruppen im Jahr 2024 wieder das Vor-Pandemie-Niveau erreicht oder sogar überschritten haben. Dies gilt für Frauen im Alter von 15 bis 30 Jahren sowie für Männer im Alter von 25 bis 29 Jahren. Darüber hinaus wird erneut der Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und der stationären Inanspruchnahme sichtbar: Mit zunehmendem Alter steigt die durchschnittliche Zahl der stationären Behandlungstage

Diagramm 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)

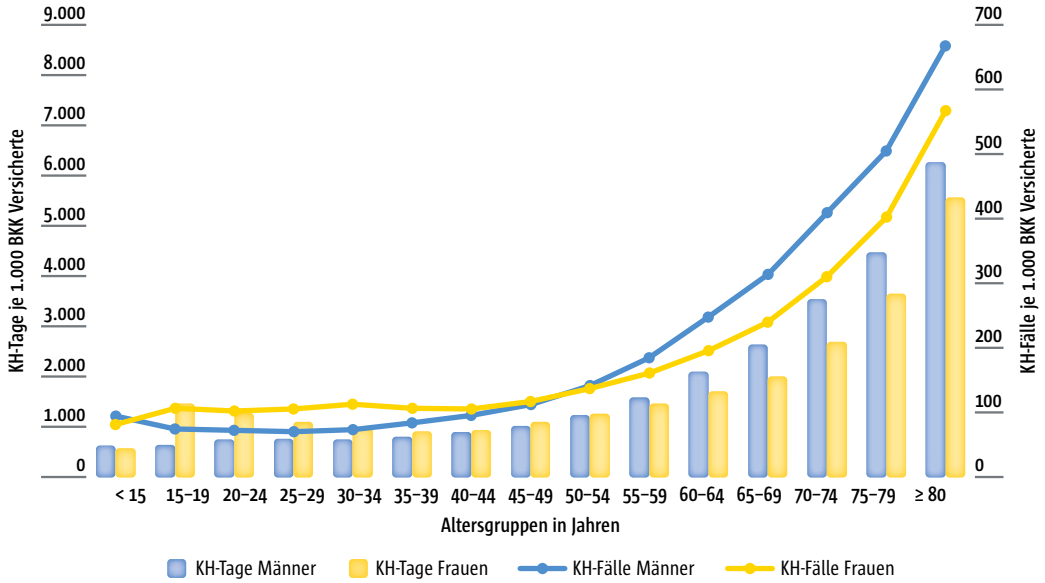
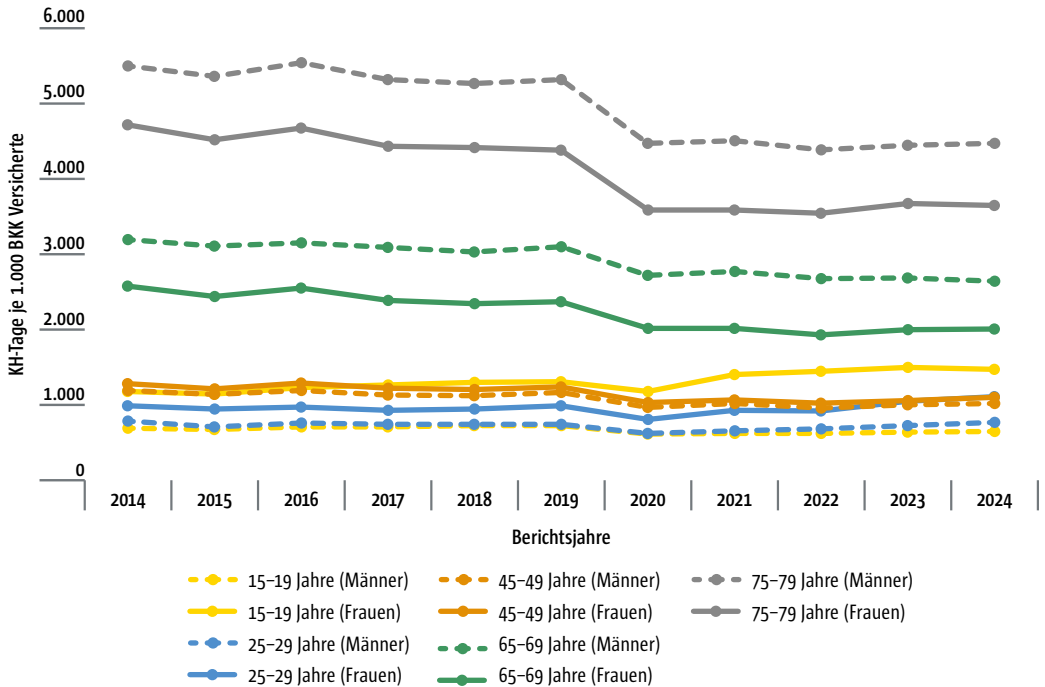


Diagramm 3.3.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Altersgruppen und Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2024)



3.3 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht

deutlich an. Entsprechend werden im betrachteten Zeitraum durchweg die höchsten Werte bei Männern und Frauen ab 80 Jahren erreicht (diese Altersgruppe ist im Diagramm nicht abgebildet).

Ein differenzierter Blick auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigt in der Gesamtschau ein altersabhängiges Muster (Diagramm 3.3.1 und 3.3.2): Bei Kindern unter 15 Jahren liegen Jungen im Jahr 2024 sowohl bei den stationären Behandlungsfällen (94,3 vs. 81,2 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte) als auch bei den Behandlungstagen (635 vs. 577 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte) vor den Mädchen. Besonders bei Erkrankungen des Atmungssystems, angeborenen Fehlbildungen sowie Verletzungen und Vergiftungen zeigen sie höhere Kennwerte. Ab dem Jugendalter bis zum 49. bzw. 54. Lebensjahr kehrt sich das zuvor beobachtete Geschlechterverhältnis um: Hier verzeichnen Frauen durchgehend mehr stationäre Behandlungstage als Männer. Innerhalb dieser Altersspanne liegt der Höhepunkt der Fallzahlen im Jahr 2024 bei den Frauen im Alter von 45 bis 49 Jahren (117,0 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte). Die höchste Zahl an Behandlungstagen entfällt hingegen auf die 15- bis 19-jährigen Frauen (1.469 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte). Insgesamt liegt die Zahl der stationären Fälle bei Frauen dieser Altersgruppe im aktuellen Berichtsjahr fast ein Drittel über der der Männer (757,0 vs. 584,8 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte). Noch deutlicher fällt der Unterschied bei den Behandlungstagen aus: Frauen dieser Altersgruppe verzeichnen im Schnitt etwa 40% mehr KH-Tage als Männer (7.897 vs. 5.643 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte). Diese höheren Werte lassen sich vorrangig auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zurückführen, die vor allem in der Altersgruppe der 25- bis 34-jährigen stark ins Gewicht fallen. Darüber hinaus nehmen psychische Störungen bei 15- bis 19-jährigen Frauen eine herausragen-

de Stellung ein: Mit 32,5 stationären Fällen und 1.139 Behandlungstagen je 1.000 BKK Versicherte stellen psychische Störungen im Jahr 2024 die häufigste Ursache für stationäre Aufenthalte in dieser Alterskohorte dar.

Ab dem 50. bzw. 55. Lebensjahr zeigt sich dann wieder ein gegenteiliger Trend: Männer weisen durchgängig höhere KH-Tage auf als Frauen. Dies lässt sich mit der höheren Prävalenz bestimmter chronischer Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Leiden oder bestimmten Tumorerkrankungen erklären, die bei älteren Männern häufiger auftreten und mit längeren stationären Behandlungszeiten einhergehen.

Wie bereits dargelegt, besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Häufigkeit stationärer Krankenhausbehandlungen – ein Befund, der sich auch in den altersgestaffelten Inanspruchnahmekoten widerspiegelt (III Tabelle 3.3.1). Im Vergleich zu den Vorjahren zeigt sich im aktuellen Berichtsjahr ein weitgehend konstantes Bild: Die überwiegende Mehrheit der unter 35-jährigen verzeichnet keinen Krankenhausaufenthalt (Männer: 94,2%; Frauen: 93,2%). Ist in dieser Alterskohorte eine stationäre Behandlung dennoch erforderlich, so bleibt diese zumeist ein einmaliges Ereignis: Etwa 5% der Männer und 6% der Frauen wurden im Jahr 2024 einmal stationär behandelt; nur jeweils rund 1% verzeichnet zwei oder mehr Krankenhausaufenthalte. Mit zunehmendem Alter steigt die Inanspruchnahme stationärer Leistungen deutlich an. Bei den über 65-jährigen verzeichnen 25,4% der Männer und 22,7% der Frauen mindestens einen Krankenhausaufenthalt. Auffällig ist in dieser Altersgruppe auch der höhere Anteil an Mehrfachbehandlungen: Über ein Drittel derjenigen wurde mehr als einmal stationär aufgenommen, wobei insgesamt 4,6% der Männer und 3,4% der Frauen drei oder mehr Krankenhausaufenthalte verzeichnen.

Tabelle 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Quoten der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)

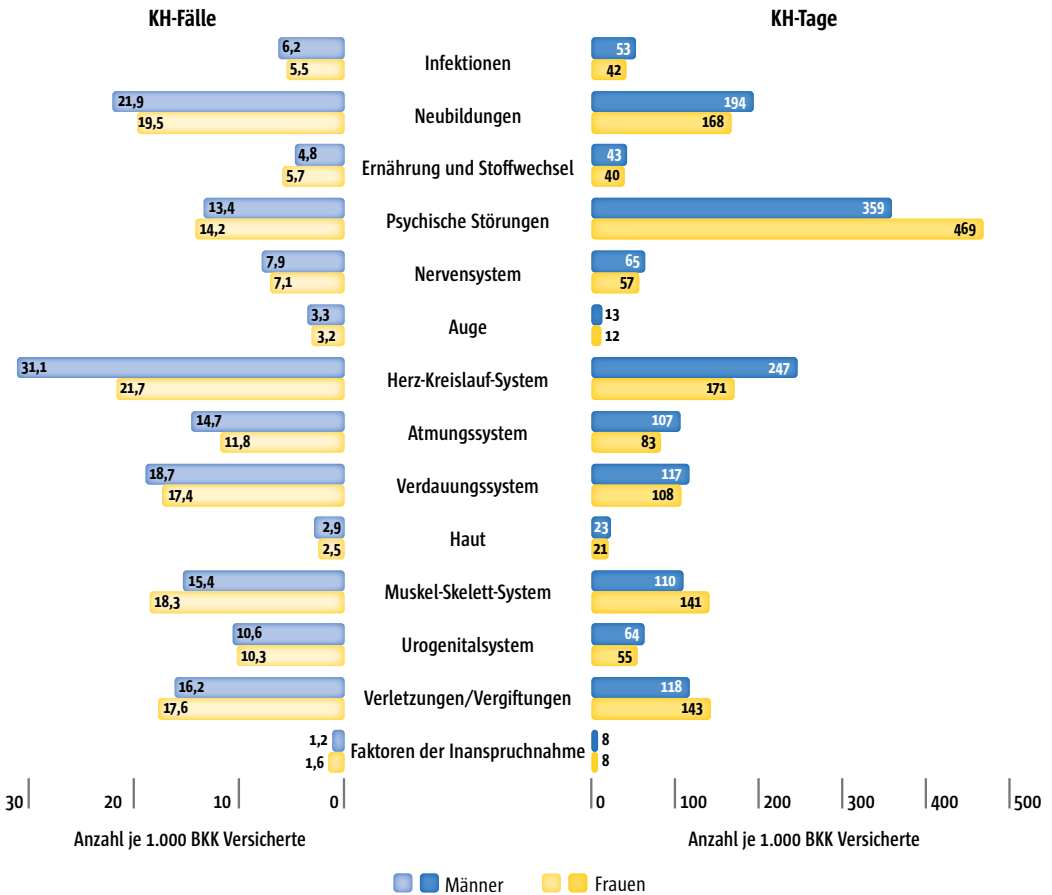
Anzahl der KH-Fälle	unter 35 Jahre		35 bis 64 Jahre		65 Jahre und älter		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Anteile in Prozent							
kein KH-Fall	94,2	93,2	90,2	90,2	74,5	77,3	88,9	88,7
1 KH-Fall	4,8	5,5	7,2	7,5	15,2	14,5	7,7	8,2
2 KH-Fälle	0,7	0,9	1,6	1,5	5,6	4,8	2,0	2,0
3 und mehr KH-Fälle	0,3	0,4	1,0	0,8	4,6	3,4	1,4	1,2

Insgesamt sind Männer auch im Jahr 2024 nur geringfügig öfter in stationärer Behandlung als Frauen (181,9 vs. 175,3 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte). Auch bei der durchschnittlichen Zahl der resultierenden Behandlungstage zeigen sich nur geringe Unterschiede: Männer weisen 1.606 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte auf, Frauen 1.622 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte – ein nahezu identisches Bild zum Vorjahr. Allerdings ist geschlechterübergreifend eine leichte Zunahme der stationären Behandlungstage zu beobachten (Männer: +1,0%; Frauen: +2,1%).

Eine differenzierte Analyse der Geschlechterunterschiede nach Erkrankungsart ist in **»»»** Diagramm 3.3.3 dargestellt. Deutlich wird insbesondere der Unterschied im Bereich psychischer Erkrankungen: Während die Fallzahlen zwischen den Ge-

schlechtern kaum differieren (14,2 vs. 13,4 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte), sind die durchschnittlichen Behandlungstage bei Frauen deutlich höher. So weisen weibliche Versicherte fast ein Drittel mehr stationäre Behandlungstage aufgrund dieser Erkrankungsort auf als Männer (469 KH-Tage vs. 359 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte). Daraus lässt sich resultieren, dass Frauen mit rund 33 Tagen je Fall im Schnitt deutlich länger in stationärer Behandlung sind als Männer (26,8 Tage je Fall). Der größte geschlechtsspezifische Unterschied zeigt sich jedoch bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Männer weisen etwa +40% mehr Behandlungsfälle (31,1 vs. 21,7 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte) und Behandlungstage (247 vs. 171 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte) auf als Frauen. Demgegenüber sind Frauen im Bereich der Ernährungs- und Stoffwechselkrankhei-

Diagramm 3.3.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)



3.3 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht

ten häufiger betroffen und weisen eine höhere durchschnittliche Fallzahl auf. Hinsichtlich der Behandlungstage besteht hier jedoch kaum ein geschlechtsspezifischer Unterschied, was sich durch die längere durchschnittliche Verweildauer der Männer bei dieser Diagnosehauptgruppe erklären lässt (9,0 vs. 7,0 Tage pro Fall).

Ein weiterer relevanter Befund betrifft Erkrankungen des Atmungssystems. Wie im Vorjahr, verzeichnen Männer im Vergleich zu Frauen sowohl mehr stationäre Behandlungsfälle als auch längere Verweildauern. Diese Differenz hatte sich in den ersten beiden Pandemiejahren sogar noch deutlich vergrößert, wobei die Kennwerte im Vorjahr bei den Frauen deutlich stärker stiegen als bei den Männern, was sich auch in 2024 fortsetzt: So nehmen die Fälle aufgrund dieser Erkrankungsart bei den Frauen um +9,3% zu, bei den Männern hingegen um +5,9%.

»» Diagramm 3.3.4 und »» Diagramm 3.3.5 zeigen für ausgewählte Diagnosehauptgruppen die jeweiligen Krankenhausfälle bzw. -tage differenziert nach Alter und Geschlecht. Es zeigt sich, dass in der Altersgruppe der unter 15-jährigen stationäre Krankenhausbehandlungen vergleichsweise selten sind. Über alle betrachteten Diagnosehauptgruppen hinweg weisen Kinder und Jugendliche deutlich niedrigere Fallzahlen auf als ältere Altersgruppen, wobei auch nur marginale Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu beobachten sind. Psychische Störungen stellen innerhalb der ausgewählten Diagnosehauptgruppen die häufigste Ursache für eine stationäre Krankenhausbehandlung (5,2 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte) dar und gehen gleichzeitig mit der höchsten Anzahl an Behandlungstagen einher (188 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte). Betrachtet man jedoch das gesamte Krankheitsspektrum, bilden – wie bereits im Vorjahr – die hier nicht dargestellten Erkrankungen des Atmungssystems insgesamt den häufigsten Anlass für eine stationäre Versorgung in dieser Altersgruppe (17,4 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte).

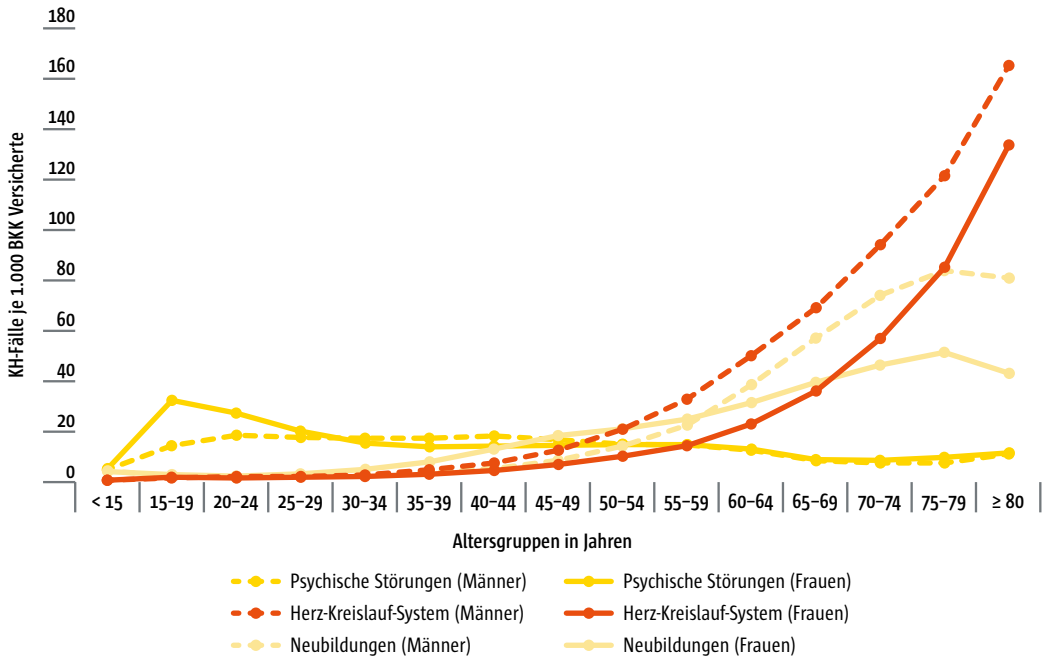
In der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen zeigen sich jedoch deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede im stationären Versorgungsgeschehen: Weibliche Versicherte dieser Altersgruppen werden insgesamt deutlich häufiger stationär behandelt als männliche – die Fallzahlen liegen um mehr als +40% höher (106,4 vs. 74,5 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte). Ein wesentlicher Erklärungsfaktor hierfür ist die hohe Inanspruchnahme stationärer Leistungen aufgrund psychischer Erkrankungen in dieser Altersgruppe. Psychische Störungen sind für rund ein Viertel aller Krankenhausfälle bei den 15- bis 19-jährigen verant-

wortlich und verursachen nahezu drei Viertel aller Behandlungstage. Besonders auffällig ist dabei der geschlechtsspezifische Unterschied in der durchschnittlichen Verweildauer. Wie bereits im Vorjahr zeigt sich in keiner anderen Altersgruppe eine derart ausgeprägte Differenz: Während weibliche Jugendliche im Durchschnitt 35,0 Tage pro Fall stationär behandelt werden, liegt die entsprechende Falldauer bei männlichen Jugendlichen bei 26,3 Tagen. Demgegenüber spielen somatische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Neubildungen im Jugendalter erwartungsgemäß eine eher untergeordnete Rolle.

Im frühen Erwachsenenalter (20 bis 39 Jahre) zeigt sich bei den psychischen Störungen ein verändertes Muster im Vergleich: Erstmals übersteigen die Fallzahlen bei Männern im Alter zwischen 30 und 39 Jahren jene der Frauen (35,0 vs. 29,7 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte). Damit kehrt sich das zuvor beobachtete geschlechtsspezifische Muster zumindest hinsichtlich der Fallhäufigkeit wieder um. Gleichwohl verzeichnen Frauen in dieser Altersgruppe weiterhin eine höhere Zahl stationärer Behandlungstage infolge psychischer Erkrankungen (1.011 vs. 903 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte), was auf längere Verweildauern hinweist. Im Vergleich zum Vorjahr zeigen die 30- bis 34-jährigen insgesamt den größten Zuwachs bei Fallzahlen (+13,3%) und Behandlungstagen (+14,3%) aufgrund psychischer Störungen. Darüber hinaus ist in dieser Alterskohorte bereits ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen bei Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten – ein Trend, der sich mit fortschreitendem Lebensalter zunehmend verstärkt.

Im mittleren Erwachsenenalter (40 bis 59 Jahre) entfallen die meisten stationären Behandlungstage unter den betrachteten Diagnosehauptgruppen auf psychische Störungen. Auch hinsichtlich der Fallzahlen zeigt sich, dass psychische Erkrankungen insbesondere in der Altersgruppe der 40- bis 49-jährigen weiterhin den größten Anteil an den Krankenhausaufenthalten einnehmen (Männer: 35,2 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte; Frauen: 28,9 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte). Erst ab dem 50. Lebensjahr gehen die Kennwerte aufgrund psychischer Störungen zurück, während die Neubildungen sowie die Herz-Kreislauf-Erkrankungen zunehmen. Die stationären Behandlungen aufgrund von Neubildungen nehmen ab dem 40. Lebensjahr vor allem bei den Frauen zu: Wie im Vorjahr sind auch in diesem Jahr Neubildungen der häufigste Aufnahmegrund bei den 45- bis 54-jährigen weiblichen Versicherten.

Diagramm 3.3.4 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)

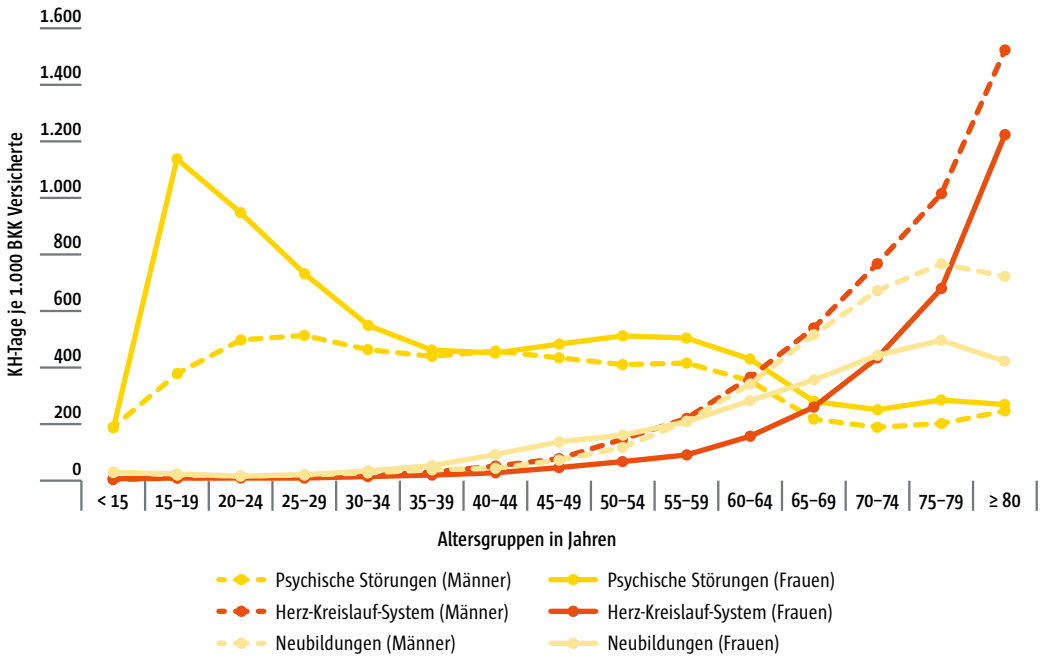


Im höheren Erwachsenenalter verändert sich das Krankheitsspektrum in der stationären Versorgung deutlich. Bei Männern ab 55 Jahren (KH-Fälle) bzw. 65 Jahren (KH-Tage) sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Ursache für Krankenhausaufenthalte, bei Frauen ab einem Alter von 70 Jahren. Bei den über 80-jährigen ist fast jeder vierte Krankenhausfall und -tag auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zurückzuführen. Auffällig ist zudem, dass Frauen in den höheren Altersgruppen durchweg geringere Fallzahlen und entsprechend weniger Behandlungstage in dieser Diagnosegruppe aufweisen. Mit zunehmendem Alter gewinnen auch Neubildungen deutlich an Bedeutung: Bei Männern über 80 Jahren stellen sie nach den Verletzungen und Vergiftungen (hier nicht im Diagramm dargestellt) die dritthäufigste Diagnosegruppe bei Krankenhausaufenthalten dar, bei Frauen derselben Altersgruppe rangieren sie an vierter Stelle - nach Verletzungen und Vergiftungen sowie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (nicht im Diagramm dargestellt). Auffällig ist dabei der geschlechtsspezifische Unterschied in der Fallzahl: Männer weisen in dieser Al-

tersgruppe nahezu doppelt so viele Krankenhausfälle aufgrund von Neubildungen auf wie Frauen (80,8 vs. 43,3 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte).

Ein Vergleich der stationären Versorgung bei psychischen Störungen mit anderen Leistungsbereichen offenbart Unterschiede in den Altersgruppen. So spiegeln sich die hohen stationären Fallzahlen in der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen weder in der ambulanten Versorgung (III Kapitel 2.3) noch in den Arzneimittelverordnungen (III Kapitel 4.3) wider. In beiden Bereichen zeigt sich die höchste Inanspruchnahme erst in der zweiten Lebenshälfte auf. Entsprechend sind sowohl ambulante Behandlungen als auch Psychopharmaka-Verordnungen insbesondere im höheren Erwachsenenalter bzw. bei Versicherten im Rentenalter deutlich häufiger. Im Gegensatz zur stationären Versorgung, wird eine ambulante Versorgung aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen jedoch mehr von Frauen in Anspruch genommen (III Kapitel 2.3), wobei diese auch tendenziell häufiger Medikamente für Herz- und Kreislauf-Erkrankungen als die Männer verordnet bekommen (III Kapitel 4.3).

Diagramm 3.3.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)



Infobox Vielfalt und gesunde Arbeit

Geschlecht hat einen maßgeblichen Einfluss auf den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten. Studien belegen deutliche Unterschiede zwischen Geschlechtern hinsichtlich der Betroffenheit von Krankheit, der Symptomatik und dem Verlauf.^{1,2} So sind Frauen bspw. häufiger von Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Störungen betroffen, während Männer ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen. Diese Geschlechterunterschiede sind nicht ausschließlich auf biologische Faktoren wie Anatomie, Physiologie oder Hormonhaushalt zurückzuführen. Ebenso entscheidend ist die soziale Dimension von Geschlecht, die sich in gesellschaftlichen Rollenbildern, kulturellen Erwartungen und individuellen Zuschreibungen widerspiegelt. Diese prägen auch das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme gesund-

heitsbezogener Leistungen: Frauen suchen häufiger frühzeitig ärztliche Hilfe auf und leben insgesamt gesundheitsbewusster – etwa durch geringeren Alkoholkonsum, ausgewogenere Ernährung und mehr Bewegung.¹ Hingegen suchen Männer medizinische Versorgung seltener bzw. später und mit schwerwiegenden Symptomen auf, was sich negativ auf Krankheitsverlauf, Ausfallzeiten und Behandlungsbedarf auswirken kann. In der Diagnostik zeigen sich ebenfalls geschlechtsspezifische Muster: Frauen erhalten bei ähnlicher Symptomlage häufiger psychische, Männer eher körperliche Diagnosen. Entsprechend profitieren beide Geschlechter, wenn bestehende Versorgungslücken durch eine geschlechter- bzw. diversitätssensible Forschung und Versorgung systematisch geschlossen werden. Ziel muss dabei sein, Ungleichheiten („Gender Health Gaps“) in Prävention, Diagnostik und Therapie zu erkennen und abzubauen – um eine gesundheitliche Chancengleichheit für alle Geschlechter zu fördern. Einen vertiefenden Blick auf dieses Thema bietet der **III** Beitrag von Becher und Oertelt-Prigione in diesem Buch.

- 1 Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2020). *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin.
- 2 Mauvais-Jarvis, F. et al. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet*, 396 (10250), 565–582.

3.4 Stationäre Versorgung nach Regionen

Regionale Rahmenbedingungen haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung. Dazu zählen insbesondere die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die soziale und wirtschaftliche Lage einer Region. Ebenso wirken sich die regionalen Versorgungsstrukturen – etwa die Dichte an Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken – sowie die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen vor Ort auf den Gesundheitsstatus aus. Vor diesem Hintergrund werden im folgenden Abschnitt die Kennzahlen der stationären Versorgung auf Ebene der Bundesländer sowie der Kreise, zugeordnet nach dem Wohnort der Versicherten, dargestellt.

- Auch im Jahr 2024 weist Baden-Württemberg die niedrigste Anzahl an Krankenhaufällen und Behandlungstagen auf. Sachsen-Anhalt führt weiterhin bei den Krankenhaustagen und liegt bei der Fallzahl knapp hinter Thüringen.
- Mecklenburg-Vorpommern weist weiterhin besonders viele Behandlungstage bei psychischen Erkrankungen auf, dicht gefolgt von Hamburg. In Sachsen-Anhalt entfallen überdurchschnittlich viele Krankenhaustage auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- In Bremen machen Neubildungen rund jeden fünften Krankenhaustag aus. Dies resultiert insbesondere aus spezifischen Versorgungsstrukturen und nicht aus einer tatsächlichen regionalen Häufung von Krebserkrankungen.

Die Analyse der stationären Kennwerte nach Bundesländern zeigt deutliche regionale Unterschiede, sowohl hinsichtlich der Fallzahl und Behandlungsdauer (III Tabelle 3.4.1) als auch dem Krankheitsspektrum. Auch im aktuellen Berichtsjahr verzeichnet Thüringen im Bundesländervergleich die höchste Anzahl an Krankenhaufällen (239,6 KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte), während Sachsen-Anhalt die meisten durchschnittlichen Krankenhaustage aufweist (2.198 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte). Wie bereits in den Vorjahren zeigt sich im Süden das gegenteilige Bild: Baden-Württemberg meldet die

niedrigsten Fallzahlen und die geringste Zahl an Krankenhaustagen. Auffällig ist zudem die mit Abstand höchste durchschnittliche Verweildauer in Bremen mit 11,4 Tagen, die auf eine regionale Besonderheit in der onkologischen Versorgung zurückzuführen ist (siehe III Diagramm 3.4.2).

Das III Diagramm 3.4.1 zeigt die durchschnittliche Anzahl an Krankenhaustagen auf Kreisebene und verdeutlicht die teils erheblichen Unterschiede innerhalb der Bundesländer. Im Jahr 2024 verzeichnet die Stadt Gera in Thüringen die höchste durchschnittliche Anzahl an Krankenhaustagen (2.757 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte), gefolgt von Herne in Nordrhein-Westfalen (2.593 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte) und Görlitz in Sachsen (2.580 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte). Demgegenüber liegen die meisten süddeutschen Kreise bei der durchschnittlichen Zahl der Behandlungstage deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Entsprechend zeigt sich besonders in Baden-Württemberg ein homogenes Bild mit vergleichsweise niedrigen Werten. So verzeichnet Böblingen die geringste durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen (935 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte), gefolgt vom Hohenlohekreis und Ravensburg. Demnach verbringen Menschen in Gera im Schnitt dreimal so viele Tage im Krankenhaus wie Menschen im Landkreis Böblingen. Die größte Spannweite auf Kreisebene zeigt sich dagegen in Nordrhein-Westfalen: Während Herford mit 1.351 KH-Tagen je 1.000 BKK Versicherte die niedrigste Anzahl an Krankenhaustagen aufweist, verzeichnet die Stadt Herne die höchste Anzahl (2.593 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich auch im aktuellen Berichtsjahr ein deutliches Nord(ost)-Süd-Gefälle im stationären Versorgungsgeschehen zeigt. Während in Süddeutschland – insbesondere in Baden-Württemberg und im südlichen Bayern – die durchschnittlichen Krankenhaustage flächendeckend deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegen, weisen viele Regionen in Nord-, Mittel- und Ostdeutschland überdurchschnittlich hohe Werte

3.4 Stationäre Versorgung nach Regionen

Tabelle 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2024)

Bundesländer	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
	je 1.000 BKK Versicherte		
Baden-Württemberg	134,1	1.226	9,1
Bayern	163,6	1.476	9,0
Berlin	164,9	1.559	9,5
Brandenburg	197,7	1.792	9,1
Bremen	177,4	2.030	11,4
Hamburg	154,1	1.595	10,3
Hessen	176,2	1.577	8,9
Mecklenburg-Vorpommern	219,7	2.075	9,4
Niedersachsen	180,8	1.611	8,9
Nordrhein-Westfalen	212,4	1.873	8,8
Rheinland-Pfalz	196,6	1.735	8,8
Saarland	206,2	1.852	9,0
Sachsen	204,7	1.957	9,6
Sachsen-Anhalt	232,8	2.198	9,4
Schleswig-Holstein	180,7	1.719	9,5
Thüringen	239,6	2.085	8,7
Gesamt	178,6	1.614	9,0

auf. Dabei sind die stärksten Abweichungen von mehr als +15 % gegenüber dem Bundesdurchschnitt vor allem in Teilen Thüringens, Sachsens, Sachsen-Anhalts sowie in bestimmten Regionen Nordrhein-Westfalens und Niedersachsens zu beobachten. Diese Unterschiede lassen sich nicht allein durch demografische Faktoren erklären. Zwar ist bekannt, dass die Altersstruktur der Versicherten regional variiert – in manchen Bundesländern (z. B. Sachsen-Anhalt) ist die Bevölkerung deutlich älter als in anderen. Dennoch bleibt das Muster auch nach statistischer Bereinigung um Alter und Geschlecht weitgehend bestehen: Die niedrigsten durchschnittlichen Fallzahlen und Krankenhaustage finden sich weiterhin im Süden, während Regionen im Osten und Norden teils deutlich höhere Werte aufweisen. Die Ursachen für diese Unterschiede sind vielfältig. Neben demografischen Einflüssen spielen auch Unterschiede im Gesundheitszustand, in der Struktur der regionalen Versorgung sowie in medizinischen Leitlinien und Behandlungstraditionen eine Rolle.



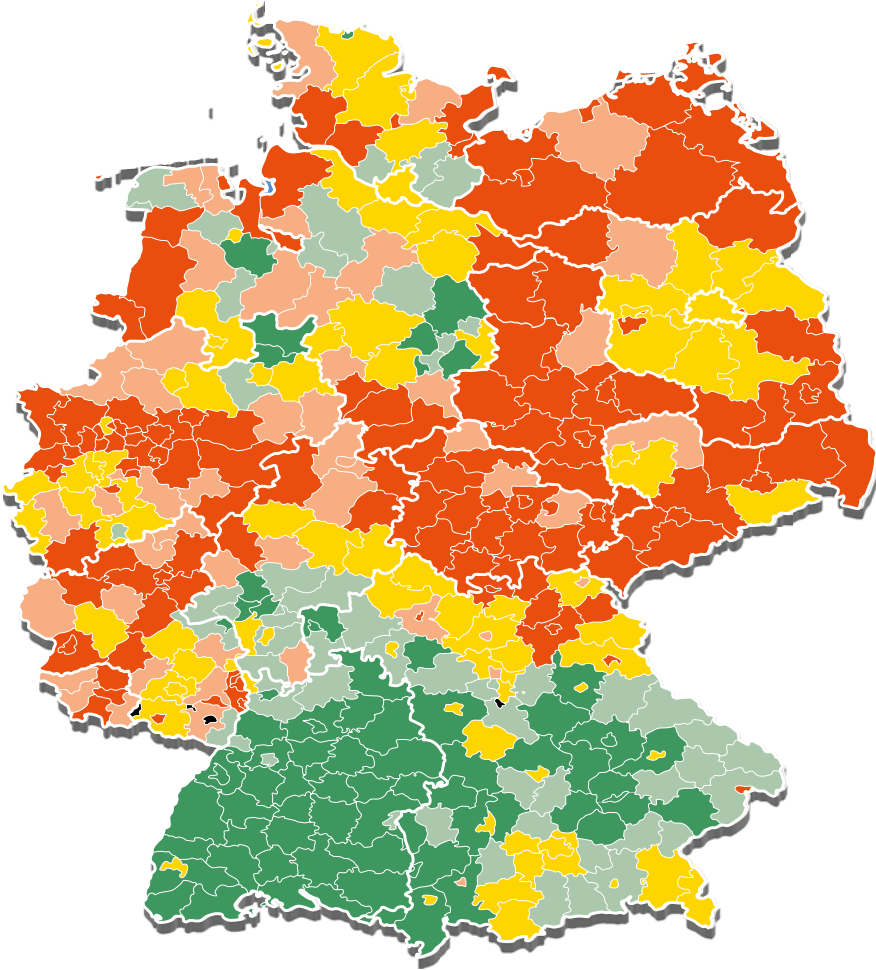
Auch die Verteilung der Krankenhausdiagnosen stellt sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich dar, wie das  Diagramm 3.4.2 veranschaulicht. Wie bereits in den Vorjahren machen psychische Störungen in allen Bundesländern den größten Anteil der durchschnittlichen Behandlungstage aus. Besonders hervorzuheben ist die Versorgung psychischer Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern: Das Bundesland weist mit 559 KH-Tagen je 1.000 BKK Versicherte erneut den höchsten Wert im Vergleich zu allen anderen Bundesländern auf, knapp gefolgt von Hamburg (557 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte). Des Weiteren bleibt in der stationären Versorgung von Neubildungen Bremen (401 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte) führend: Der Anteil dieser Diagnosehauptgruppe an allen Krankenhaustagen ist mit 19,8% nahezu doppelt so hoch wie auf Bundesebene (11,2%). Dabei ist zu beachten, dass Bremen keine überdurchschnittlich hohen Diagnoseraten in der ambulanten Versorgung verzeichnet, weder insgesamt noch speziell bei Neubildungen (siehe  Kapitel 2.4). Stattdessen sind diese

Diagramm 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2024)



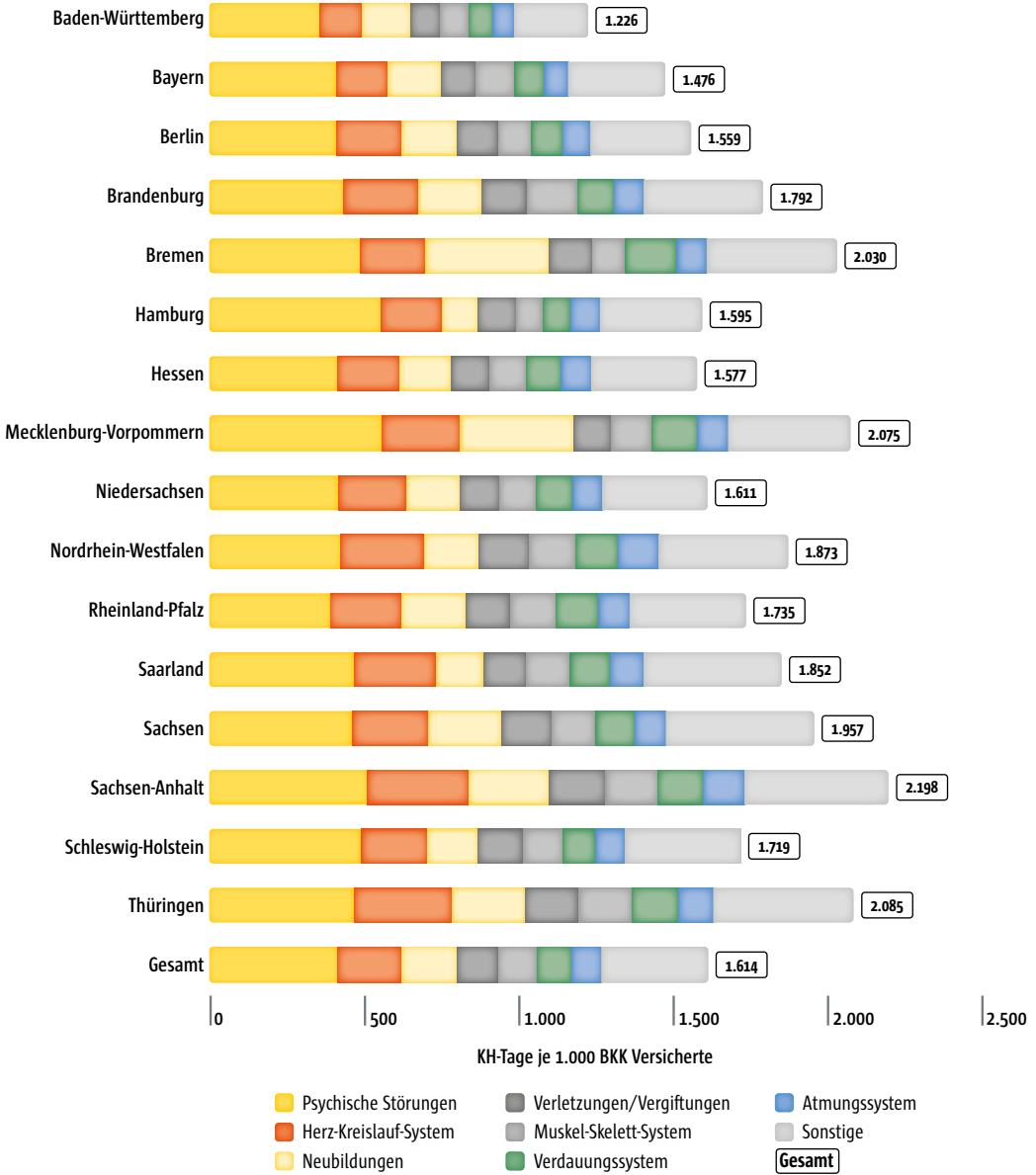
Prozentuale Abweichungen der KH-Tage der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (1.614 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte)

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

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

3.4 Stationäre Versorgung nach Regionen

Diagramm 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2024)



Werte auf regionale Besonderheiten zurückzuführen, insbesondere die stärkere Integration der teilstationären Versorgung von Krebspatienten. Entsprechend sind in Bremen auch deutlich mehr Langzeitbehandlungsfälle dokumentiert. Ein weiteres wiederkehrendes Muster zeigt sich bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Sachsen-Anhalt weist hier erneut die höchsten Werte auf (329 KH-Tagen je 1.000 BKK Versicherte). Im Gegensatz zu Neubildungen gibt es bei diesen Erkrankungen auch im ambulanten Bereich eine hohe Prävalenz unter den Versicherten. Darüber hinaus verzeichnet Sachsen-Anhalt, wie schon im Vorjahr, die meisten stationären Behandlungstage aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems (136 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte).

Infobox Vielfalt und gesunde Arbeit

In Deutschland bestehen deutliche regionale Unterschiede sowohl im Gesundheitszustand der Bevölkerung als auch im Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Gesundheitliche Ungleichheiten zeigen sich nicht nur in dem bekannten Ost-West-Gefälle zwischen den Bundesländern, sondern auch innerhalb der Länder – etwa zwischen städtischen und ländlichen Regionen.³ Ausdruck finden diese Unterschiede in Indikatoren

wie Lebenserwartung, Krankheitsvorkommen sowie Gesundheitsverhalten und stehen in engem Zusammenhang mit der jeweiligen demografischen Struktur und der sozialen Lage. So weisen Menschen in wohlhabenden Regionen mit guten Arbeits- und Lebensbedingungen meist einen besseren Gesundheitszustand auf.⁴ Dagegen treten Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus oder psychische Störungen bei sozioökonomisch benachteiligten Regionen und Bevölkerungsgruppen deutlich häufiger auf.^{3,5} Auch beim Zugang zur Gesundheitsversorgung existieren Ungleichheiten: Während städtische Regionen meist über eine gute medizinische Infrastruktur mit Haus- und Facharztpraxen, Kliniken sowie Notfallstrukturen verfügen, zeigen sich in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten teils Versorgungslücken bis hin zur Unterversorgung.⁶ Diese Unterschiede gehen mit ungleichen Chancen auf Prävention, Behandlung und gesundheitliches Wohlbefinden einher. Vor diesem Hintergrund ist die Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse und einer hochwertigen, flächendeckenden Versorgung – unabhängig vom Wohnort – im Grundgesetz verankert und sollte zu den zentralen gesundheitspolitischen Zielen zählen.⁷ Kommunale Akteure nehmen dabei eine zentrale Rolle ein: Als Experten für die lokalen Lebensverhältnisse können sie gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen im Alltag der Menschen mitgestalten – dort, wo diese leben, lernen, arbeiten und altern.

3 Lampert T, Müters S, Kuntz B, Dahm S, Nowossadeck E (2019). 30 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands. *Journal of Health Monitoring*, 4 (S2), 1–25.

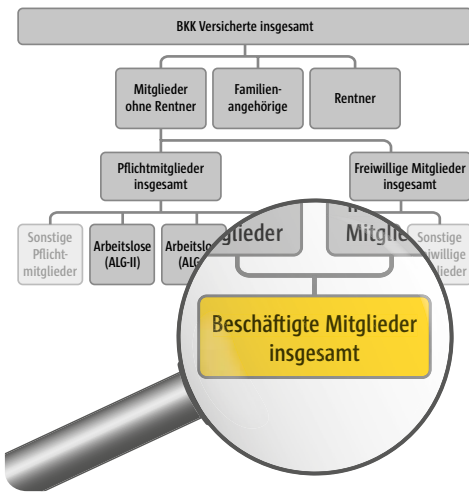
4 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2024). Soziale Lage in Deutschland. https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Handreichungen/24-02_Soziale_Lage_und_Gesundheit.pdf [abgerufen am 23.07.2025].

5 Heidemann et al. (2021). Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 6 (3), 3–27.

6 Gerlinger, T. (2024). Gesundheitliche Chancengleichheit in der Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemgestaltung. *WSI Mitteilungen*, 3, 163–171.

7 Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (Hrsg.) (2024). Gleichwertigkeitsbericht 2024: Für starke und lebenswerte Regionen in Deutschland. https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gleichwertigkeitsbericht-der-bundesregierung-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=86 [abgerufen am 23.07.2025].

3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt



Die nachfolgenden arbeitsweltlichen Analysen beziehen sich auf die Versichertengruppe der beschäftigten Mitglieder. Dabei werden als arbeitsweltliche Indikatoren einerseits die Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe und darüber hinaus die Berufsgruppe in die Auswertung einbezogen.

- Beschäftigte weisen etwa halb so viele Behandlungstage auf als die Versicherten insgesamt.
- Im Vergleich zum Vorjahr ist ein deutlicher Anstieg der stationären Kennzahlen für Atemwegserkrankungen bei Beschäftigten zu verzeichnen, besonders in der Altersgruppe der 40- bis 44-jährigen.
- Auch die Kennzahlen aufgrund psychischer Störungen sind erneut gestiegen, besonders groß war die Zunahme in den Altersgruppen der 30- bis 34-jährigen und der über 65-jährigen.

Die beschäftigten Mitglieder machen fast die Hälfte aller Versicherten aus und stehen im Fokus dieses Kapitels. Daher werden ihre stationären Kennzahlen zunächst gesondert betrachtet. Insgesamt zeigen sich bei den Beschäftigten niedrigere stationäre

Kennwerte im Vergleich zu anderen Versicherten-gruppen, wie etwa den Rentnern oder der Gesamtheit aller Versicherten. So weisen im Jahr 2024 Rentner im Durchschnitt fast fünfmal so viele stationäre Behandlungstage wie Beschäftigte (4.031 vs. 852 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte) auf, während die Versicherten insgesamt nahezu doppelt so viele Krankenhaustage verzeichnen (1.614 vs. 852 je 1.000 BKK Versicherte).

»» Diagramm 3.5.1 und »» Diagramm 3.5.2 veranschaulichen die Krankenhausfälle und -tage der beschäftigten Mitglieder differenziert nach Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen. Die höchsten Werte bei den stationären Behandlungstagen zeigen sich bei den Beschäftigten im Alter von 60 bis 64 Jahren – mit einer Ausnahme: Bei psychischen Störungen verzeichnen die 20- bis 24-jährigen die meisten Behandlungstage. Auch bei den Krankenhausfällen lassen sich bei bestimmten Diagnosen überdurchschnittlich hohe Fallzahlen in jüngeren Altersgruppen beobachten. So entfallen die höchsten Fallzahlen bei psychischen Störungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems auf die unter 25-jährigen. Darüber hinaus lässt sich ein deutlicher Unterschied bei den Beschäftigten über 65 Jahren feststellen: Im Gegensatz zu den Versicherten insgesamt weisen sie eine deutliche Reduktion der Krankenhauskennzahlen auf, insbesondere bei den Fallzahlen. Während sowohl die Fallzahlen als auch die resultierenden Behandlungstage bei den 60- bis 64-jährigen ihren Höchststand erreichen, gehen die Kennwerte bei den Beschäftigten ab 65 Jahren um rund ein Drittel zurück. Dieser auffällige Befund lässt sich durch den *healthy worker effect* erklären, der auch in den meisten anderen Leistungsbereichen zu beobachten ist. Demzufolge sind Erwerbstätige kurz vor oder nach dem Renteneintrittsalter in der Regel gesünder als jüngere Beschäftigte. Dies ist jedoch vor allem auf einen vorangegangenen Selektionseffekt zurückzuführen: Menschen mit chronischen oder schweren Erkrankungen scheiden oft frühzeitig aus dem Arbeitsleben aus, sodass sie in der Gruppe der

Diagramm 3.5.1 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2024)

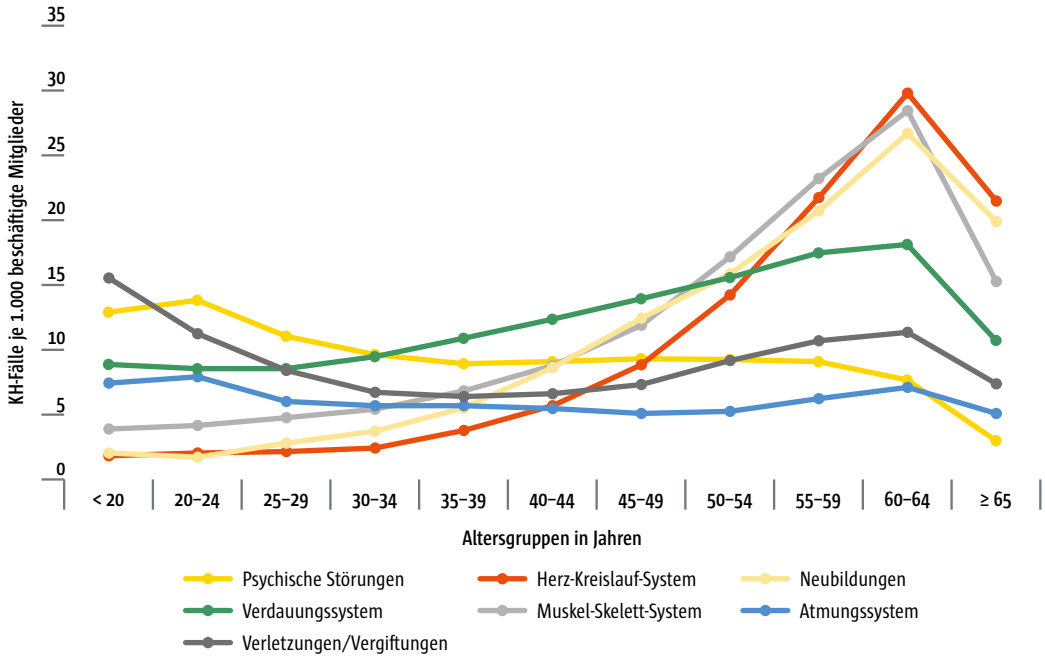
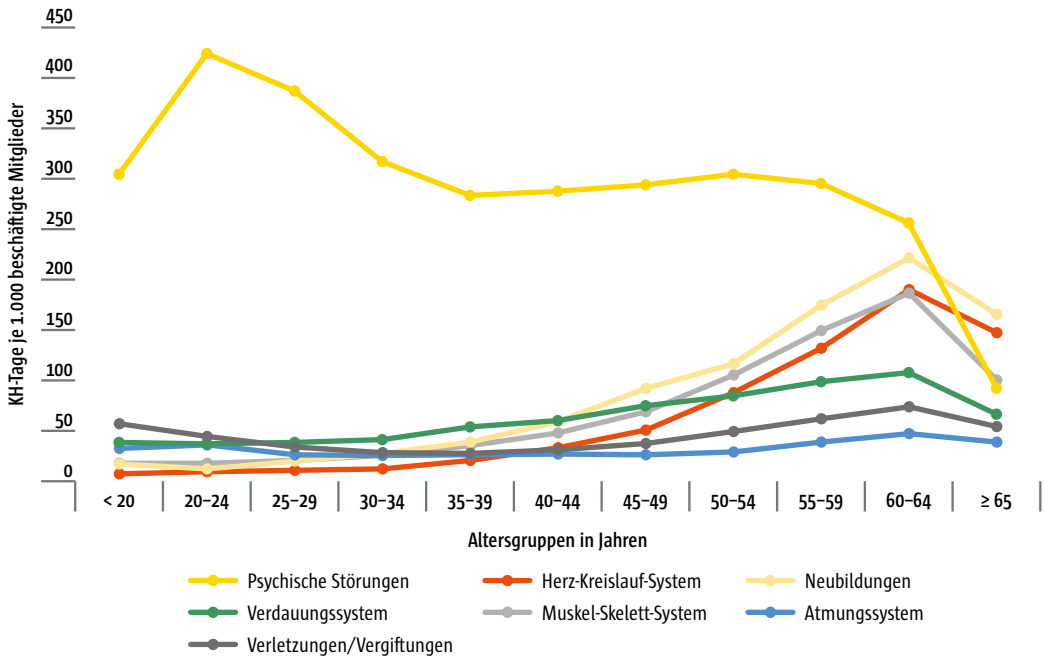


Diagramm 3.5.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2024)



3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

über 65-jährigen Beschäftigten nicht mehr vertreten sind. Dieser Effekt zeigt sich in unterschiedlicher Ausprägung bei allen untersuchten Erkrankungsarten. Während die Behandlungstage bspw. bei Erkrankungen des Atmungssystems sowie bei Verletzungen und Vergiftungen nur geringfügig zurückgehen, ist der Rückgang bei psychischen Störungen besonders ausgeprägt und setzt sogar früher als in anderen Diagnosehauptgruppen ein.

Im Vergleich zum Vorjahr ist bei psychischen Erkrankungen insgesamt ein Anstieg der Behandlungstage (+4,2%) zu verzeichnen. Besonders betroffen sind dabei Beschäftigte zwischen 30 und 34 Jahren, bei denen ein Anstieg von rund +15% zu beobachten ist. Auch bei Beschäftigten über 65 Jahren ist mit etwa +13% ein deutlicher Anstieg gegenüber dem Vorjahr festzustellen. Allerdings zeigt sich verglichen mit dem Vorjahr die stärkste Zunahme bei den KH-Kennzahlen aufgrund von Atemwegserkrankung. Bei fast allen Altersgruppen ist hinsichtlich dieser Erkrankungsart ein Anstieg zu beobachten, besonders aber bei den 40- bis 44-jährigen Beschäftigten, bei denen sowohl die Zahl der Behandlungsfälle (+25,1%) als auch die Behandlungstage (+28,8%) um etwa ein Viertel gestiegen sind.

»» Tabelle 3.5.1 gibt einen Überblick über die zehn häufigsten Diagnosen unter Beschäftigten, basierend auf der Anzahl der Krankenhaustage. Es fällt auf, dass rezidivierende Depressionen (F33) und depressive Episoden (F32) bei beiden Geschlechtern die meisten Krankenhaustage verursachen. Dies entspricht auch dem Bild bei der Gesamtversicherten-schaft, wo Depressionen ebenfalls die meisten stationären Tage verursachen (vgl. »» Tabelle 3.2.1). Im Zeitverlauf fällt zudem auf, dass bei beiden Geschlechtern rezidivierende Depressionen bei den stationären Behandlungstagen einen neuen Höchststand einnehmen: Im Jahr 2024 entfallen 11,7% der KH-Tage bei männlichen Erwerbstätigen auf diese Diagnose, bei weiblichen Erwerbstätigen sind es 18,1%. In der weiteren Verteilung der wichtigsten Diagnosen zeigen sich bei den Beschäftigten jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern:

- Bei Männern rangiert auf Platz drei eine weitere psychische Diagnose – psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10).
- Bei Frauen nimmt diesen Platz hingegen eine onkologische Diagnose, die bösartige Neubildung der Brustdrüse (C50), ein.

Insgesamt wird bei Betrachtung der Tabelle allerdings nochmal deutlich, dass psychische Störungen bei Frauen eine besondere Rolle spielen: Sieben der zehn häufigsten stationären Diagnosen bei weiblichen Beschäftigten entfallen auf psychische Störungen, bei den Männlichen sind es vier. Betrachtet man die Versicherten insgesamt, so gehören zwar fünf psychische Störungen zu den zehn häufigsten Einzeldiagnosen, ihr Anteil ist mit 25,7% jedoch deutlich geringer als bei den Beschäftigten (36,0%). Dies unterstreicht nochmals die besondere Bedeutung psychischer Erkrankungen im Arbeitskontext bzw. im stationären Versorgungsgeschehen von Erwerbstätigen.

Auch im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede bei den Beschäftigten:

- Bei männlichen Beschäftigten zählen drei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu den häufigsten Diagnosen, allen voran der Hirninfarkt (I63) auf Platz vier.
- Bei weiblichen Beschäftigten hingegen sind Herz-Kreislauf-Erkrankung nicht unter den zehn häufigsten stationären Diagnosen vertreten.

Auch bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird nochmals ein Unterschied zwischen den Versicherten-gruppen Beschäftigte und Versicherte insgesamt deutlich. Dort zählen bspw. auch bei Frauen zwei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (I50, I63) zu den häufigsten stationären Diagnosen. Die beschriebenen Abweichungen im Krankheitsspektrum zwischen den Beschäftigten und den Versicherten insgesamt – etwa der höhere Anteil psychischer Störungen (36,0% bei Beschäftigten vs. 25,7% bei BKK Versicherten insgesamt) und der geringere Anteil von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (12,9% bei BKK Versicherten insgesamt vs. 7,7% bei Beschäftigten) an den Behandlungstagen – lassen sich vor allem mit der unterschiedlichen Altersstruktur erklären. Trotz der beschriebenen Unterschiede zeigt sich auch in diesem Jahr ein gemeinsames Muster in beiden Gruppen: Bei Beschäftigten und Versicherten insgesamt dominieren chronische und psychische Erkrankungen das stationäre Versorgungsgeschehen, sowohl bei der Zahl der Fälle als auch bei den Behandlungstagen.

Tabelle 3.5.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2024)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
Männer				
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,1	94,5	44,3
F32	Depressive Episode	1,4	56,1	40,4
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2,3	27,1	11,8
I63	Hirninfarkt	1,1	11,9	10,7
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1,6	11,0	7,0
I21	Akuter Myokardinfarkt	1,6	10,7	6,5
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,7	9,5	5,7
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2,5	9,3	3,7
F45	Somatoforme Störungen	0,5	9,0	19,8
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	1,3	8,9	6,8
Frauen				
F33	Rezidivierende depressive Störung	3,5	164,3	46,3
F32	Depressive Episode	1,7	72,2	42,3
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	2,6	22,7	8,8
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,7	21,7	32,3
F45	Somatoforme Störungen	1,1	21,5	20,4
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,4	16,7	37,6
K80	Cholelithiasis	3,1	14,6	4,7
F41	Andere Angststörungen	0,3	12,2	35,7
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1,6	11,3	7,1
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,0	11,2	11,4

3.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Im Wirtschaftsgruppenvergleich weisen Beschäftigte im Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung insgesamt die meisten stationären Behandlungsfälle und -tage auf, gefolgt von Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen.
- Psychische Störungen stellen in allen Branchen weiterhin den größten Anteil der Behandlungstage dar. Besonders hoch ist dieser Anteil bei Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, in Erziehung und Unterricht, in privaten Haushalten sowie in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung.
- Beschäftigte in freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen weisen die geringste Anzahl an Behandlungstagen auf, während die niedrigsten Fallzahlen Beschäftigte im Bereich Information und Kommunikation verzeichnen.

Die Analyse der stationären Kennwerte nach Wirtschaftsgruppen zeigt deutliche Unterschiede, die sowohl auf spezifische Merkmale der Beschäftigten in den jeweiligen Branchen als auch auf besondere Arbeitsbelastungen zurückzuführen sind. So verzeichnen im Jahr 2024 Beschäftigte aus dem Bereich der freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen mit 673 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte im Wirtschaftsgruppenvergleich insgesamt die geringste durchschnittliche Anzahl an Krankenhaustagen. An zweiter Stelle folgen Beschäftigte der Informations- und Kommunikationsbranche (682 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), die zudem im Durchschnitt die niedrigste Fallzahl (81,9 KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder) aufweisen. Die höchsten Werte bei sowohl Krankenhaufällen als auch Behandlungstagen finden sich hingegen bei Beschäftigten in folgenden Wirtschaftsgruppen:

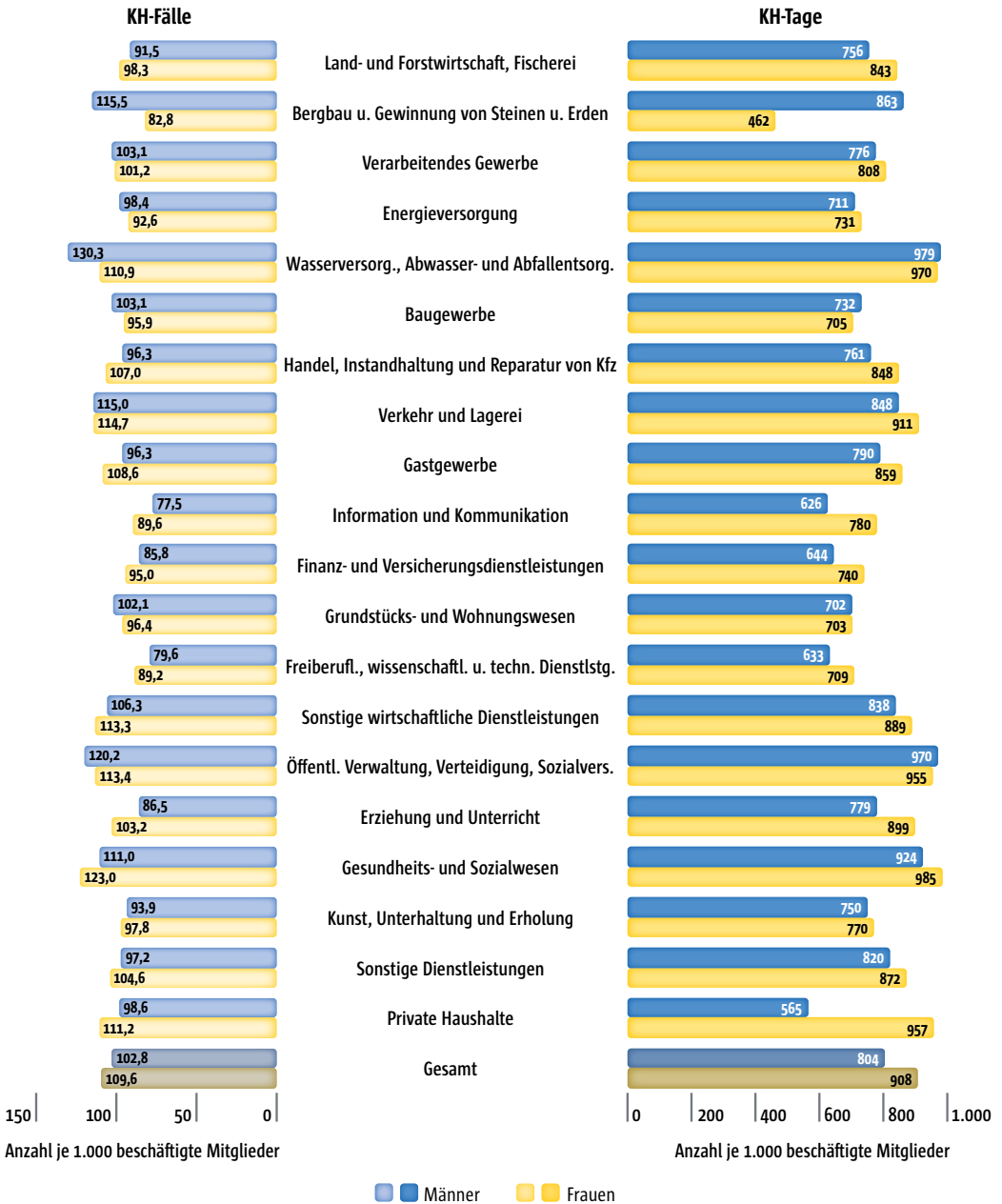
- Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (126,0 KH-Fälle und 977 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte)
- Gesundheits- und Sozialwesen (120,8 KH-Fälle und 974 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte)
- Öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (115,7 KH-Fälle und 960 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Der Vergleich der Kennzahlen nach Geschlecht innerhalb der Wirtschaftsabschnitte offenbart zudem geschlechtsspezifische Unterschiede (»»» Diagramm 3.5.3). Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede innerhalb der Wirtschaftsbereiche

finden sich bei Beschäftigten im Bergbau und in der Gewinnung von Steinen und Erden sowie in privaten Haushalten. Während männliche Erwerbstätige im Bergbau und in der Gewinnung von Steinen und Erden nahezu doppelt so viele Behandlungstage wie ihre weiblichen Kolleginnen (863 vs. 462 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) verzeichnen, weisen weibliche Beschäftigte in privaten Haushalten wiederum fast doppelt so viele Behandlungstage wie Männer (957 vs. 565 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) auf. Die höhere Anzahl an Behandlungstagen bei männlichen Beschäftigten im Bergbau und der Gewinnung von Steinen und Erden ist hauptsächlich auf die stärkere körperliche Belastung bzw. Beanspruchung zurückzuführen: Während Frauen in dieser Branche überwiegend administrative Aufgaben wahrnehmen, sind Männer überdurchschnittlich oft körperlich belastenden Tätigkeiten ausgesetzt. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Beschäftigten in privaten Haushalten lassen sich einerseits mit dem überdurchschnittlich hohen Frauenanteil (83,0%) und andererseits mit den deutlichen Geschlechtsunterschieden in der Verweildauer (Frauen: 8,6 Tage je Fall; Männer: 5,7 Tage je Fall) erklären. Insgesamt fällt auf, dass Wirtschaftsgruppen mit einem hohen Frauenanteil – wie bspw. Gesundheits- und Sozialwesen sowie Erziehung und Unterricht – im Vergleich zu Branchen mit einem höheren Männeranteil (z.B. Energieversorgung, Baugewerbe) höhere Durchschnittswerte bei den Krankenhaustagen verzeichnen. Zudem zeigt sich auch innerhalb der einzelnen Wirtschaftsabschnitte, dass weibliche Beschäftigte in den meisten Branchen im Durchschnitt mehr Behandlungstage aufweisen als ihre männlichen Kollegen.

Im Vergleich zum Vorjahr verzeichnen Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei den stärksten Anstieg bei Krankenhaufällen (+7,8%) und Behandlungstagen (+18,4%). Trotz dieser Zunahme liegen beide Kennwerte weiterhin unter dem Bundesdurchschnitt. Demgegenüber verzeichnen Beschäftigte im Bergbau und in der Gewinnung von Steinen und Erden – die im Vorjahr noch den stärksten Anstieg aufwiesen – den größten Rückgang bei Fallzahlen (-13,3%) und Behandlungstagen (-20,0%). Insbesondere für den letztgenannten Wirtschaftsschnitt sind jedoch in den letzten Jahren häufig Schwankungen zu beobachten, was überwiegend mit der relativ geringen Anzahl an Beschäftigten in dieser Wirtschaftsgruppe (vgl. der digital verfügbaren »»» Tabelle A.9) zusammenhängt. Dadurch unterliegen die Kennwerte stärkeren Schwankungen, bspw. durch eine Zunahme oder Abnahme von (Langzeit-)Fällen.

Diagramm 3.5.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)



3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 3.5.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2024)



Im **III** Diagramm 3.5.4 sind die Behandlungstage der Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppen sowie den wichtigsten Diagnosehauptgruppen im stationären Versorgungskontext differenziert dargestellt. Es wird deutlich, dass das Geschlecht einen entscheidenden Einfluss auf die Kennzahlen der einzelnen Wirtschaftsgruppen hat.

Psychische Störungen: In allen Wirtschaftsabschnitten entfällt auch dieses Jahr der mit Abstand größte Anteil der stationären Behandlungstage auf psychische Erkrankungen. Die meisten durchschnittlichen Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen verzeichnen Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen, mit 407 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte. Im

Gegensatz dazu weisen Beschäftigte in der Energieversorgung (179 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) oder im Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (183 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) nicht einmal halb so viele Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen auf. Insgesamt zeigt sich, dass Branchen mit überdurchschnittlichen Werten vor allem solche sind, deren Tätigkeiten stark von der Interaktion mit Menschen geprägt sind, wie etwa das Gesundheits- und Sozialwesen sowie Erziehung und Unterricht. Diese Wirtschaftsgruppen weisen zudem einen besonders hohen Frauenanteil (76,1% – 82,0%) auf.

Herz-Kreislauf-System: Ein anderes Bild zeigt sich bei den stationären Behandlungstagen aufgrund von

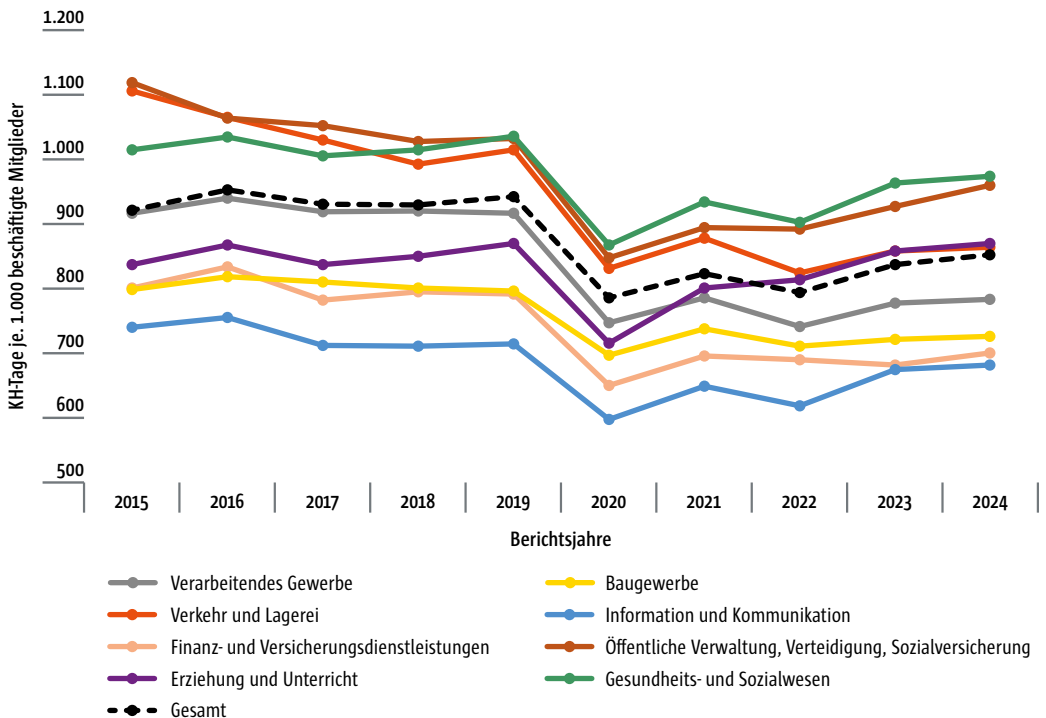
Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Hier weisen Beschäftigte in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung im Jahr 2024 die meisten Behandlungstage wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (109 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) auf, gefolgt von im Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden Tätigen (101 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Die höhere Anzahl an Behandlungstagen könnte u. a. darauf zurückzuführen sein, dass bei Männern ein erhöhtes Risiko für diese Erkrankungsart vorliegt und die betreffenden Branchen überwiegend männlich dominiert sind. Im Vergleich dazu zeigen Beschäftigte in den Branchen freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen sowie Erziehung und Unterricht die niedrigsten durchschnittlichen KH-Tage bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Neubildungen: Im aktuellen Berichtsjahr teilen sich bei den Neubildungen zwei Wirtschaftsabschnitte mit jeweils 104 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte den ersten Platz: Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie Verkehr und Lagerei. Im Gegensatz dazu verzeichnen Beschäftigte im Berg-

bau und Gewinnung von Steinen und Erden (40 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) die geringste Anzahl an durchschnittlichen Behandlungstagen. Auffällig dabei ist, dass sich die Zahl der Behandlungstage in dieser Wirtschaftsgruppe im Vergleich zum Vorjahr um etwa zwei Drittel verringert hat (-67,3%).

Muskel-Skelett-System: Ein anderes Bild zeigt sich bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen: Hier weisen Beschäftigte im Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden die höchste Anzahl stationärer Behandlungstage (112 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) auf. Im Vergleich zum Vorjahr ist die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage in dieser Branche um etwa 40% gestiegen. Den zweithöchsten Wert verzeichnen Beschäftigte in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung. Beide Wirtschaftsgruppen zeichnen sich durch einen hohen Anteil an körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten sowie einen hohen Männeranteil (78,2% - 81,6%) aus - dies bietet einen Erklärungsansatz für die besondere Bedeutung der Muskel-Skelett-Erkrankungen in diesen Branchen.

Diagramm 3.5.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten im Zeitverlauf (2015–2024)



3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

Ein Blick auf die Entwicklung der stationären Behandlungstage nach Wirtschaftsgruppen von 2015 bis 2024 zeigt eine weitgehend stabile Entwicklung: So bleiben Branchen mit hohen Werten durchgehend an der Spitze, während solche mit niedrigen Kennzahlen kontinuierlich im unteren Bereich verbleiben (» Diagramm 3.5.5). Folglich bleiben die relativen Unterschiede zwischen den Branchen weitgehend stabil. Besonders auffällig ist der starke Einbruch im Jahr 2020, der sich in allen Wirtschaftsgruppen zeigt (Rückgang zwischen -4,7% und

-24,0%). Ursache dafür dürften vor allem Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie und die damit verbundenen Schutzmaßnahmen gewesen sein, wie z. B. verschobene Behandlungen oder reduzierte Krankenhausaufenthalte. Im Jahr 2021 ist in allen dargestellten Branchen wieder ein deutlicher Anstieg zu beobachten – mit Wachstumsraten zwischen +5,1% im verarbeitenden Gewerbe und +11,9% im Bereich Erziehung und Unterricht. Über alle Wirtschaftsgruppen hinweg zeigt sich von 2020 auf 2021 ein Anstieg der Behandlungstage um rund +5%. Der

Tabelle 3.5.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2024)

WZ-2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
87	Heime	134,9	1.151	8,5
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	137,2	1.136	8,3
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	141,9	1.095	7,7
88	Sozialwesen	123,8	1.043	8,4
36	Wasserversorgung	114,4	986	8,6
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	130,9	986	7,5
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	134,9	962	7,1
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	115,7	960	8,3
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik	122,5	955	7,8
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	126,7	952	7,5
	Gesamt	106,0	852	8,0
61	Telekommunikation	89,3	659	7,4
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	106,4	648	6,1
71	Architektur- und Ingenieurbüros	82,7	644	7,8
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	77,6	642	8,3
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	83,8	640	7,6
51	Luftfahrt	78,4	636	8,1
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	111,5	632	5,7
60	Rundfunkveranstalter	80,0	622	7,8
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	65,9	509	7,7
9	Dienstleistungen für den Bergbau	81,9	454	5,5

beobachtete Anstieg lässt sich möglicherweise mit einem Nachholeffekt zuvor aufgeschobener Behandlungen erklären. Im Jahr 2022 ist in einzelnen Branchen – z.B. im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in Verkehr und Lagerei – erneut ein leichter Rückgang der Krankenhausstuge zu beobachten. Allerdings lässt sich der Rückgang nicht flächendeckend für alle Wirtschaftsgruppen bestätigen: In anderen Branchen wie bspw. Erziehung und Unterricht oder den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen zeigt sich kein entsprechender Rückgang.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass auch in diesem Jahr keine der betrachteten Wirtschaftsgruppen das Vor-Pandemie-Niveau von 2019 erreicht hat. Gleichwohl ist in vielen Branchen eine allmählich steigende Tendenz bei den stationären Behandlungstagen erkennbar.

In Anbetracht der geringeren Fallhäufigkeit und der damit verbundenen Zahl an Behandlungstagen wird im Folgenden – anders als in den vorhergehenden Kapiteln – die detaillierte Betrachtung der Wirtschaftsabschnitte nicht diagnosespezifisch, sondern auf Ebene der Gesamtkennwerte durchgeführt. **»** Tabelle 3.5.2 gibt einen Überblick über die zehn Branchen mit den höchsten bzw. niedrigsten stationären Behandlungstagen im Jahr 2024. Auffällig ist, dass besonders hohe Krankenhausfallzahlen und Behandlungstage bei Beschäftigten in Wirtschaftsbereichen auftreten, die mit ausgeprägten körperlichen und/oder psychischen Belastungen verbunden sind – etwa in Heimen, im Sozialwesen, im Wach- und Sicherheitsdienst oder in der Abfallwirtschaft. Diese Branchen liegen sowohl bei den Fallzahlen als auch bei den durchschnittlichen KH-Tagen über dem Durchschnitt. Im Gegensatz dazu finden sich unter den zehn Branchen mit den niedrigsten Krankenhausbehandlungstagen vor allem Tätigkeitsfelder mit vergleichsweise geringer physischer und/oder psychischer Belastung. Zwischen beiden Gruppen zeigen sich zudem nicht nur deutliche Unterschiede bei der Anzahl der KH-Fälle und KH-Tage, sondern auch bei der Falldauer. Diese Daten deuten darauf hin, dass nicht nur individuelle gesundheitliche Risikofaktoren, sondern auch die Art der beruflichen Tätigkeit und die jeweiligen Arbeitsbedingungen einen Einfluss auf die stationäre Inanspruchnahme haben können.

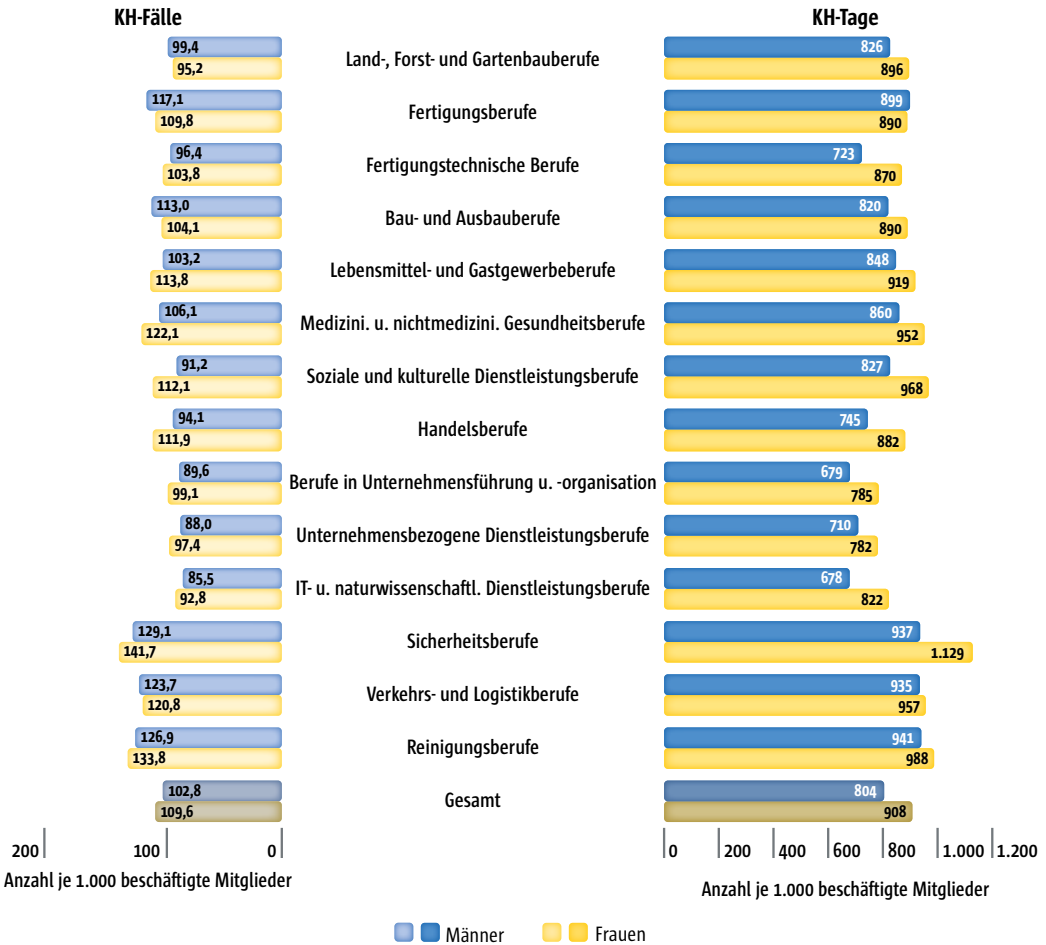
3.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Im Jahr 2024 verzeichnen Beschäftigte in Sicherheits- und Reinigungsberufen erneut die höchste Zahl stationärer Behandlungstage im Vergleich aller Berufsgruppen.
- Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe (z.B. Erziehende und Lehrende) weisen auch im Jahr 2024 wieder die meisten Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen auf, 45,9% aller Behandlungstage innerhalb dieser Berufsgruppe gehen darauf zurück.
- Die wenigsten Behandlungsfälle und -tage sind bei IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen zu finden.

Auch bei der Differenzierung nach Berufsgruppen wird deutlich, dass in der Regel solche mit hohem Frauenanteil mehr stationäre Behandlungstage als solche mit hohem Männeranteil aufweisen (**»** Diagramm 3.5.6). Im Jahr 2024 ist der geschlechtsspezifische Unterschied bei den Krankenhausfällen erneut bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen, den Handelsberufen sowie bei den medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen am größten. Hier weisen Frauen jeweils zwischen 15% und 23% mehr stationäre Behandlungsfälle auf als Männer. Die geschlechterspezifische Analyse der Behandlungstage nach Berufssegmenten zeigt, dass die größten Geschlechtsunterschiede zugunsten der Männer – mit mehr als 20% höheren Behandlungstagen bei Frauen – in folgenden Berufsgruppen auftreten: IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe, Sicherheitsberufe sowie fertigungstechnische Berufe. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der stationären Inanspruchnahme innerhalb von Berufsgruppen lassen sich sowohl durch arbeitsbezogene Faktoren wie Anforderungsniveau und Ausbildungsabschluss als auch durch arbeitsunabhängige Merkmale wie Altersunterschiede und unterschiedliches Gesundheitsverhalten erklären.

» Beispiel soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe

In diesem Berufsfeld sind nur etwa ein Viertel der Beschäftigten Männer. Auffällig ist jedoch, dass nahezu die Hälfte dieser Männer hochkomplexe Tätigkeiten ausübt, was vermutlich auch auf einen höheren schulischen oder beruflichen Bildungsgrad hindeutet. Bei den Frauen zeigt sich ein anderes Bild: Rund die Hälfte ist in fachlich ausgerichteten Positionen oder in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten beschäftigt. Zudem sind die Männer in dieser Berufsgruppe im Durchschnitt jünger als ihre weiblichen Kolleginnen.

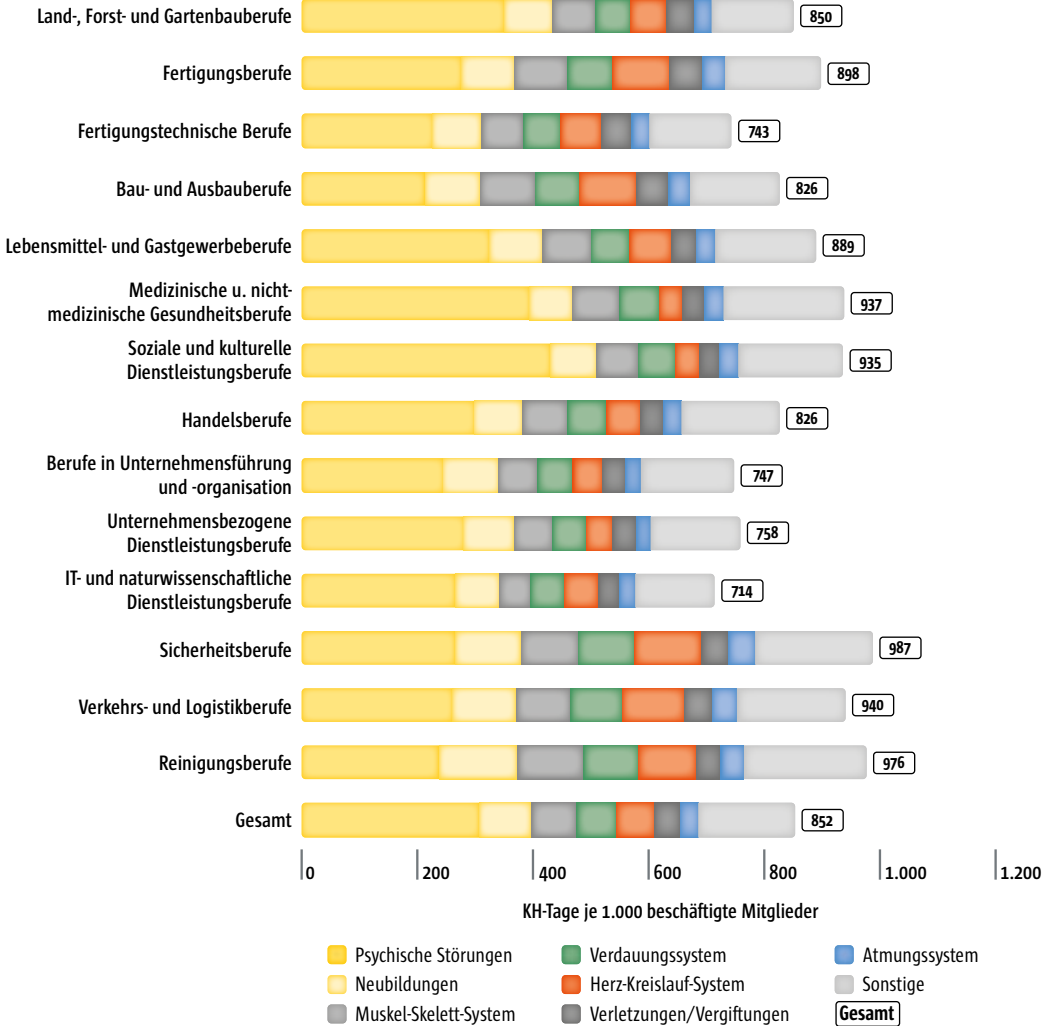
Diagramm 3.5.6 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)


Insgesamt zeigen die stationären Kennzahlen nach Berufsgruppen im Vergleich zum Vorjahr ein weitgehend konstantes Muster. Auch im Jahr 2024 weisen Beschäftigte in Sicherheitsberufen bei beiden Geschlechtern erneut die höchste durchschnittliche Zahl an Krankenhausaufnahmen auf (Männer: 129,1 KH-Fälle je 1.000 Beschäftigte; Frauen: 141,7 KH-Fälle je 1.000 Beschäftigte). Bei den Behandlungstagen führen Männer in Reinigungsberufen, während bei den Frauen Beschäftigte in Sicherheitsberufen die meisten Krankenhaustage aufweisen. Demgegenüber verzeichnen Beschäftigte in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen die wenigsten Behandlungsfälle. Mit 678 Krankenhaustagen je 1.000 Beschäftigte weist diese Berufsgruppe bei den

männlichen Erwerbstätigen zudem die geringste Zahl an Behandlungstagen auf. Bei den weiblichen Beschäftigten zeigt sich die geringste durchschnittliche Anzahl an Krankenhaustagen in den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen (782 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Darüber hinaus bleiben die stationären Kennzahlen für Beschäftigte in den Bereichen Unternehmensführung und -organisation, unternehmensbezogene Dienstleistungen sowie fertigungstechnische Berufe weiterhin deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt.

Auch die Analyse der stationären Kennwerte nach Berufs- und Diagnosehauptgruppen zeigt deutliche berufsspezifische Erkrankungsschwerpunkte (»»» Diagramm 3.5.7).

Diagramm 3.5.7 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2024)



Psychische Störungen: Wie bereits im Vorjahr zeichnen Beschäftigte in sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen mit 429 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte im Berufsgruppenvergleich erneut den höchsten Wert bei Behandlungstagen aufgrund psychischer Störungen. Dieser Wert liegt etwa 40% über dem gesamtberuflichen Durchschnitt in dieser Diagnosehauptgruppe (307 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Auf dem zweiten Platz folgen Beschäftigte in medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen (394 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Die erhöhte Betroffenheit dieser Berufs-

gruppen lässt sich u. a. auf emotionale Anforderungen und arbeitsorganisatorische Belastungen zurückführen – etwa durch die häufige Interaktion mit unterstützungsbedürftigen Personen, den Umgang mit belastenden Situationen sowie die damit verbundene hohe Verantwortung. Die niedrigste durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen aufgrund psychischer Erkrankungen ist hingegen bei Beschäftigten in Bau- und Ausbauberufen zu beobachten. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich die größte Zunahme an stationären Behandlungstagen aufgrund dieser Diagnosehauptgruppe bei Beschäftigten in

3.5 Stationäre Versorgung in der Arbeitswelt

unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen (+7,8%), während der stärkste Rückgang bei Beschäftigten in Sicherheitsberufen zu verzeichnen ist (-14,4%).

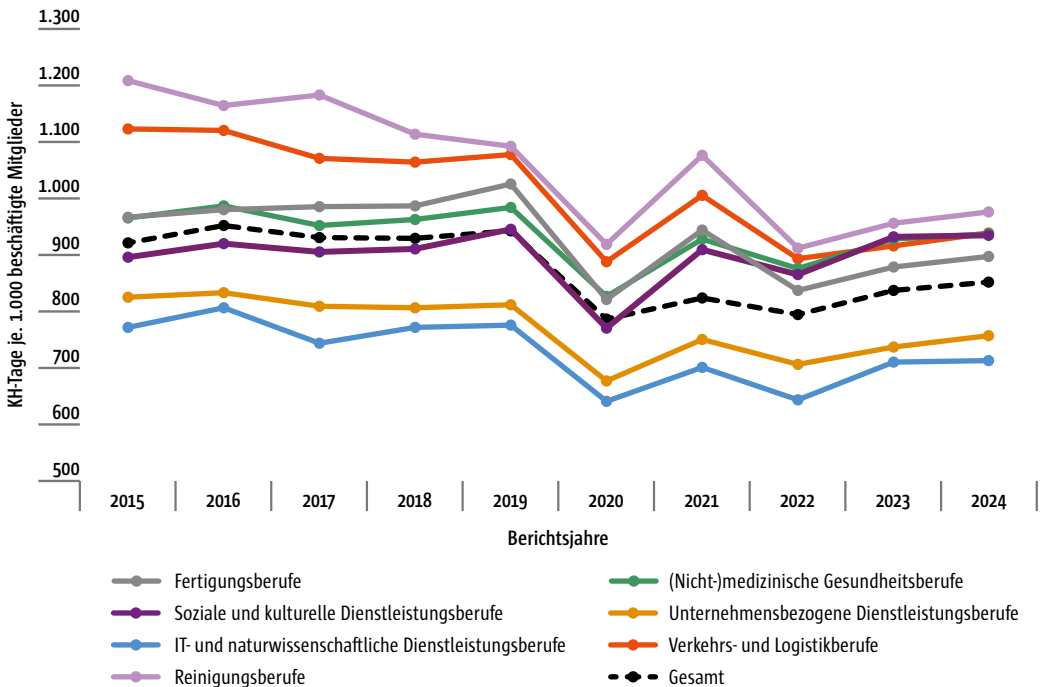
Herz-Kreislauf-System: Die meisten Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verzeichnen Beschäftigte in Sicherheitsberufen mit 116 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte. Knapp dahinter folgen Beschäftigte in Verkehrs- und Logistikberufen sowie in Reinigungsberufen. In Sicherheitsberufen sind die Behandlungstage damit fast dreimal so hoch wie bei Beschäftigten in medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen, die mit 40 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte den niedrigsten Wert aufweisen. Obwohl die Sicherheitsberufe nach wie vor die meisten Behandlungstage verzeichnen, zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine positive Entwicklung: Der Wert ist um -17,5% gesunken. Die stärkste Zunahme der Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist mit +18,5 % bei Beschäftigten im Lebensmittel- und Gastgewerbe zu beobachten.

Neubildungen: Im Jahr 2024 verzeichnen Beschäftigte in Reinigungsberufen erneut die meisten stationären

Behandlungstage aufgrund von Neubildungen – mit 136 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte liegt ihr Wert rund 50% über dem gesamtberuflichen Durchschnitt (91 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). An zweiter Stelle folgen Beschäftigte im Sicherheitsberufen. Die geringste Inanspruchnahme stationärer Behandlung in dieser Diagnosegruppe zeigen hingegen Beschäftigte in medizinischen und nicht-medizinischen Gesundheitsberufen mit 73 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte.

Muskel-Skelett-System: Auch im Jahr 2024 weisen Beschäftigte in Reinigungsberufen die meisten Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen (114 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) auf. Im Gegensatz dazu weisen Beschäftigte in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (55 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) die niedrigsten Werte auf – weniger als die Hälfte der am stärksten betroffenen Gruppe. Den zweiten und dritten Platz belegen Beschäftigte in Sicherheitsberufen sowie im Verkehrs- und Logistikbereich. Diese erhöhte Betroffenheit der genannten Berufsgruppen lässt sich u. a. durch die starke physische Beanspruchung dieser Tätigkeiten erklären.

Diagramm 3.5.8 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufssegmenten im Zeitverlauf (2015–2024)



»»» Diagramm 3.5.8 veranschaulicht die Entwicklung der stationären Behandlungstage im Zeitraum von 2015 bis 2024, differenziert nach ausgewählten Berufsgruppen. Insgesamt zeigt sich, dass die Rangfolge der hier dargestellten Berufssegmente im Zeitverlauf weitgehend stabil bleibt: Berufsgruppen mit hohen Behandlungstagen – etwa Reinigungsberufe und Verkehrs- und Logistikberufe – rangieren über die Jahre hinweg im oberen Bereich, während Berufsgruppen mit geringen Werten – wie IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe – konstant am unteren Ende liegen. Ein markanter Rückgang der stationären Behandlungstage ist im Jahr 2020 über alle Berufsgruppen hinweg zu beobachten

– als Folge der Coronavirus-Pandemie, etwa durch verschobene oder ausgefallene Krankenhausbehandlungen. Dabei variiert der Rückgang je nach Berufsgruppe zwischen –15,8 % und –19,9%. Im Folgejahr 2021 zeigt sich bei einigen Berufsgruppen ein vorübergehender Anstieg der Krankenhausbehandlungstage – besonders deutlich bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (+17,9 %), den Reinigungsberufen (+17,0 %) sowie bei den Fertigungsberufen (+15,0 %). Dieser Anstieg lässt sich möglicherweise mit einem Nachholeffekt zuvor aufgeschobener Behandlungen erklären. Eine differenzierte Auswertung der Krankenhaustage nach Diagnosearten zeigt zusätzlich einen Anstieg psychischer

Tabelle 3.5.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2024)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
821	Altenpflege	149,0	1.212	8,1
213	Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	140,1	1.212	8,6
214	Industrielle Keramikerstellung und -verarbeitung	155,3	1.141	7,3
233	Fototechnik und Fotografie	112,8	1.130	10,0
524	Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	148,8	1.088	7,3
525	Bau- und Transportgeräteführung	145,3	1.083	7,5
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	139,7	1.077	7,7
281	Textiltechnik und -produktion	143,7	1.060	7,4
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	137,5	1.050	7,6
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	132,0	1.049	7,9
	Gesamt	106,0	852	8,0
922	Öffentlichkeitsarbeit	73,7	565	7,7
271	Technische Forschung und Entwicklung	70,6	518	7,3
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	56,9	495	8,7
411	Mathematik und Statistik	83,6	469	5,6
931	Produkt- und Industriedesign	67,3	444	6,6
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	85,3	429	5,0
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	63,5	384	6,0
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	60,4	377	6,2
914	Wirtschaftswissenschaften	57,5	279	4,8
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	46,7	183	3,9

Erkrankungen. Diese Beobachtung könnte zudem auf ein berufsbedingtes Belastungsmuster hindeuten: Zum Beispiel verzeichnen Beschäftigte in sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen seit Jahren überdurchschnittlich viele stationäre Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen. Pandemiebedingte (Mehr)Belastungen könnten diese Entwicklung möglicherweise zusätzlich verstärkt haben. Während einzelne Berufsgruppen im Jahr 2021 teils deutliche Ausschläge aufweisen, zeigt die Gesamtbetrachtung aller Berufsgruppen nur einen vergleichsweise geringfügigen Anstieg der stationären Behandlungstage. Insgesamt zeigt sich auch für das Jahr 2024, dass die Werte weiterhin unter dem Vor-Pandemie-Niveau liegen, wenngleich in allen Berufsgruppen ein kontinuierlicher Anstieg der Krankenhaustage erkennbar ist.

»»» Tabelle 3.5.3 gibt einen Überblick über die zehn Berufsgruppen mit den höchsten bzw. niedrigsten stationären Behandlungstagen im Jahr 2024. Auffällig ist, dass besonders hohe Fallzahlen und Behandlungstage in Berufsgruppen mit starken körperlich und/oder psychisch beanspruchenden Tätigkeiten auftreten. Den „Spitzenplatz“ teilen sich zwei Berufsgruppen mit jeweils 1.212 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte: Altenpflege und industrielle Glasherstellung und -verarbeitung. Diese Berufsgruppen liegen sowohl bei den Fallzahlen als auch

bei den Krankenhaustagen deutlich über dem Durchschnitt. Dabei ist anzumerken, dass die Altenpflege eine große Berufsgruppe darstellt, die bereits seit mehreren Jahren durchgängig überdurchschnittliche Kennwerte aufweist. Eine vertiefende Analyse dazu bietet der BKK Gesundheitsreport 2022 „Pflegefall Pflege?“.

Am unteren Ende der Skala finden sich vor allem Berufsgruppen mit überwiegend akademischer oder kreativer Ausrichtung, wie Mathematik, Wirtschaftswissenschaften, Hochschullehre oder Schauspiel und Tanz. Die geringste Zahl stationärer Behandlungstage verzeichnen Beschäftigte in der Fahrzeugführung im Flugverkehr – mit 183 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte entspricht das etwa einem Fünftel des gesamtberuflichen Durchschnitts. Auch bei der Fallhäufigkeit zeigen sich deutliche Unterschiede: Beschäftigte in der Altenpflege verzeichnen bspw. mehr als dreimal so viele Krankenhausfälle wie etwa jene in der Fahrzeugführung im Flugverkehr (149,0 vs. 46,7 je 1.000 Beschäftigte). Zudem gehen unterdurchschnittliche Behandlungstage meist mit kürzeren Verweildauern einher – etwa bei der Fahrzeugführung im Flugverkehr, wo die durchschnittliche Falldauer bei etwa 4 Tagen liegt, gegenüber einem Durchschnitt von 8 Tagen über alle Berufsgruppen hinweg.

3.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die stationäre Versorgung ist ein unverzichtbarer Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems, insbesondere bei der Behandlung schwerer, akuter oder komplexer Erkrankungen. Aufgrund des Schwerpunkts auf spezifische, meist schwerwiegende Fälle wird sie von einem vergleichsweise kleinen Teil der Versicherten in Anspruch genommen: Bei den BKK Versicherten lag die Inanspruchnahme in den letzten Jahren konstant zwischen 10 und 13%. Die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie und die damit verbundenen Eindämmungsmaßnahmen sind weiterhin spürbar. Zwar ist im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Anstieg der Fallzahlen und Krankenhaustage um 1,5% zu verzeichnen, die Werte bleiben insgesamt jedoch weiterhin unter dem Niveau vor der Pandemie. Dennoch ist bei beiden Kennzahlen eine steigende Tendenz erkennbar. Eine differenzierte Betrachtung offenbart, dass bspw. bei jüngeren Altersgruppen und bei psychischen Erkrankungen die Anzahl der Krankenhaustage inzwischen das Vor-Pandemie-Niveau erreicht oder sogar überschritten hat. Wichtig anzumerken ist zudem, dass die stationären Kennzahlen nur die „Spitze des Eisbergs“ gesundheitlicher Problemlagen zeigen, da viele Erkrankungen oder Risikofaktoren lange vor dem ersten Krankenhausaufenthalt entstehen, oft ambulant behandelt oder sogar unerkannt bleiben.

Das diesjährige Schwerpunktthema „Diversität und gesunde Arbeit“ rückt diversitätsspezifische Analysen der stationären Versorgung in den Fokus. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede hinsichtlich Alter, Geschlecht und Region. Ältere Menschen sind deutlich häufiger und länger in stationärer Behandlung: So entfällt rund ein Fünftel aller Krankenhaufälle auf Personen über 80 Jahre, mehr als die Hälfte auf Menschen älter als 65 Jahre. Diese Altersstruktur spiegelt sich auch im Krankheitsspektrum wider, das vor allem von chronischen und altersbedingten Erkrankungen geprägt ist – allen voran Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ebenso zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Männer sind häufiger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen, während psychische Erkrankungen bei Frauen eine größere Rolle spielen. Insgesamt unterstreichen die aktuellen Krankenhausdaten erneut, dass psychischer Erkrankungen in der stationären Versorgung zunehmend an Bedeutung gewinnen. Sie verursachen nicht nur ein Viertel aller Behandlungstage, sondern zeichnen sich auch durch überdurchschnittlich lange Verweildauern aus. Im aktuellen Berichtszeitraum wurden bei psychischen Störungen sowohl bei den Behandlungstagen als auch bei den Verweildauern neue Höchststände erreicht. Dieser Trend zeigt sich nicht nur im stationären Bereich, sondern spiegelt sich auch in den anderen Leistungsbereichen bspw. im AU-Geschehen und der ambulanten Versorgung wider. Besondere Beachtung sollte die Entwicklung bei jungen Menschen finden: So sind psychische Störungen bei den 15- bis 19-Jährigen für ein Viertel aller Krankenhaufälle und sogar für rund drei Viertel aller Behandlungstage verantwortlich. Diese Daten verdeutlichen einmal mehr, dass zur Förderung und zum Schutz der psychischen Gesundheit umfassende, frühzeitige und zielgruppenspezifische Maßnahmen erforderlich sind. Darüber hinaus offenbaren die regionalen Auswertungen erhebliche Unterschiede in der stationären Versorgung: In einzelnen Regionen ist die Zahl der Behandlungstage bis zu dreimal so hoch wie in anderen. Dieser Befund unterstreicht, dass Gesundheit nicht allein das Ergebnis individueller Lebensführung ist, sondern maßgeblich durch strukturelle und regionale Bedingungen geprägt wird. Eine Vielzahl an Studien belegt, dass die gesundheitlichen Chancen ungleich verteilt sind und Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Regionen schlechtere Chancen auf Gesundheit haben.^{8,9} Erklärungsansätze zu gesundheitlicher Un-

gleichheit.

- 8 Tetzlaff, F. et al. (2024). Age-specific and cause-specific mortality contributions to the socioeconomic gap in life expectancy in Germany, 2003–21: an ecological study. *Lancet Public Health*, 9(5):e295-e305.
- 9 Hoebel, J., Tetzlaff, F., Michalski, N. & Müters, S. (2024). Gesundheitliche Ungleichheit. In Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin

3.6 Zusammenfassung und Ausblick

gleichheit und Ansätze zur Förderung von Chancengleichheit im betrieblichen Kontext bietet der **»»»** Beitrag von Dragano in diesem Buch. Aktuelle Forschung¹⁰ deutet sogar auf eine Verschärfung dieser Ungleichheiten hin. Das verfassungsrechtliche Ziel der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse bleibt somit eine dringliche Herausforderung.

Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse des diesjährigen Gesundheitsreports, dass pauschale Gesundheitsstrategien den komplexen Anforderungen einer diversen Gesellschaft und Arbeitswelt nicht mehr gerecht werden. Der Schlüssel zu mehr Chancengleichheit und Gesundheit für alle liegt vielmehr in der gezielten Berücksichtigung von Diversität – sei es hinsichtlich Alter, Geschlecht oder beruflicher Anforderungen. Die stationäre Versorgung bleibt dabei auch künftig ein unverzichtbarer Pfeiler des Gesundheitssystems. Insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist es entscheidend, diese Versorgungsform zukunftssicher

zu gestalten. Welche konkreten Veränderungen die geplante Krankenhausreform bringen wird und wie sich diese bspw. auf die Fallzahlen oder die Verweildauern auswirken wird, bleibt abzuwarten. Darüber hinaus sind Krankenhäuser nicht nur Orte der medizinischen Versorgung, sondern auch eine Lebenswelt für die dort Beschäftigten.¹¹ Ihre Perspektiven und Arbeitsbedingungen sollten bei der Weiterentwicklung der stationären Versorgung besondere Berücksichtigung finden. Abschließend lässt sich festhalten, dass die vorliegenden Daten wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung der stationären Versorgung liefern und zeigen, wie individuelle, strukturelle bzw. regionale und arbeitsweltliche Faktoren die Gesundheit und den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen beeinflussen. Ziel muss ein gerechtes und nachhaltiges Gesundheitssystem sein, das allen Menschen – unabhängig von Alter, Geschlecht, Wohnort oder Beruf – bestmögliche Chancen auf Gesundheit bietet.

für Sozialforschung & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.), Sozialbericht 2024. Bundeszentrale für politische Bildung.
 10 Hoebel, J., Michalski, N., Baumert, J., Nowossadeck, E. & Tetzlaff, F. (2025). Die Lebenserwartungslücke: Sozioökonomische Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Deutschlands Regionen. *J Health Monit.* 2025;10(1):e13003.

11 Dietscher, C., Metzler, B. & Pelikan, J.M. (2024). Gesundheitsförderndes Krankenhaus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-krankenhaus-das-gesundheitsfoerdernde-krankenhaus/> [abgerufen am 07.07.2025].

Schwerpunkt Politik



3 Fragen an Dr. Martin Danner

Welche Chancen genauso wie welche (oft ungeschenehen) Herausforderungen gibt es aus Ihrer Sicht bei der Schaffung und Aufrechterhaltung von Vielfalt im Arbeitskontext des Gesundheitswesens?

Die Verbände behinderter Menschen setzen sich seit vielen Jahren dafür ein, dass die Versorgung barrierefrei ausgestaltet sein soll. Das betrifft nicht nur die Zugänglichkeit von Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen, sondern auch beispielsweise die digitale Barrierefreiheit für Menschen mit Sehbeeinderungen. Die Barrierefreiheit ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Menschen mit Beeinderungen Zugang zur Versorgung erlangen. Was aber oft übersehen wird ist, dass die Barrierefreiheit auch die Voraussetzung dafür ist, dass Menschen mit Beeinderungen im Gesundheitswesen beschäftigt werden können.

In Zeiten des Ärztemangels und des allgemeinen Mangels an Fachkräften ist die Schaffung eines barrierefreien Gesundheitswesens auch insoweit eine große Chance. Über die Schaffung von Barrierefreiheit hinaus sollte das Gesundheitswesen jedoch auch einen Beitrag dazu leisten, der Stigmatisierung bestimmter Erkrankungen entgegenzuwirken. Dies gilt insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die gerade im Gesundheitswesen auf ein aufgeklärtes und wohlwollendes Umfeld stoßen sollten.

Die Schaffung eines barrierefreien Gesundheitswesens ist eine große Chance.

Welche konkreten Maßnahmen und Empfehlungen würden Sie aus Ihrer Perspektive wünschen, um Vielfalt im Gesundheitswesen weiter zu fördern und die genannten Herausforderungen zu überwinden?

Neben der Schaffung von Barrierefreiheit ist es dringend erforderlich, das Gesundheitswesen kultursensibler auszugestalten und sich gezielt um Personengruppen zu kümmern, die nicht so leicht den Zugang zum Gesundheitswesen finden. Schamgefühl, religiöse Überzeugungen, Kommunikationsgewohnheiten anderer Kulturkreise und Rollenverständnisse von Frauen und Männern sowie älteren und jüngeren Menschen werden im Medizinbetrieb oft nicht hinreichend beachtet. Kultursensibles Auftreten spielt in der Ausbildung der Behandlerinnen und Behandler bislang keine bedeutende Rolle. Solche Defizite können jedoch den Behandlungsbedarf gefährden. Der oft einseitig verstandene Begriff der Adhärenz verkennt, dass die Behandlung ein bilaterales Geschehen ist. Im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung spricht man hier vom Erreichen vulnerabler Zielgruppen. Wir versuchen in der Selbsthilfe ganz gezielt, Kooperationen mit den Organisationen von Menschen mit Migrationshintergrund aufzubauen und die Angebote der Selbsthilfe kultursensibler auszugestalten. Derartige Vorhaben sollten künftig verstärkt gefördert werden.

3 Fragen an Dr. Martin Danner

Welche Möglichkeiten sehen Sie dabei insbesondere in der Digitalisierung/KI, sowohl für die Beschäftigten als auch für die Patientenversorgung?

KI-Tools können sicherlich künftig einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Kommunikation leisten. Ich denke dabei nicht nur an Übersetzungsprogramme, sondern auch an Avatare, die die Kommu-

nikation über Gebärdensprache mit gehörlosen Menschen erleichtern können.

KI-Tools bieten auch großes Potenzial, die Versorgungsstrukturen zu optimieren und transparenter zu gestalten – sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für die weiteren Akteure im Gesundheitswesen.



Dr. Martin Danner

Martin Danner ist seit 2008 Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. Zudem ist er Sprecher der Patientenvertretung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

3 Fragen an Prof. Dr. Hajo Zeeb

Welche Chancen genauso wie welche (oft ungeschienenen) Herausforderungen gibt es aus Ihrer Sicht bei der Schaffung und Aufrechterhaltung von Vielfalt im Arbeitskontext des Gesundheitswesens?

Das Gesundheitswesen ist eine zentrale Komponente des sozialen Sicherungssystems in Deutschland, das eine lange Geschichte mit einer Vielzahl von Einschnitten und Veränderungen aufweist. Seine zentrale Aufgabe ist heute die Förderung und Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung und angemessene Behandlung im Krankheitsfall. Stichwort Bevölkerung: diese unterliegt dem stetigen demographischen Wandel und ist heutzutage u.a. durch die zunehmende regionale und globale Mobilität von hoher Diversität geprägt – kulturell, sozial, sprachlich, wirtschaftlich, usw. Aktuell gehört zu den größten Herausforderungen bei der Arbeit im Gesundheitswesen, gute Lösungen für die oft sehr unterschiedlichen Anforderungen und Wünsche der Menschen zu finden, die das Gesundheitswesen konsultieren. Dazu gehört ganz essenziell, dass die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen selber diese Vielfalt repräsentieren und eine Offenheit mitbringen, auf Bedarfe und Bedürfnisse ihres jeweiligen Gegenübers einzugehen: sei es die asiatische Familie mit geringen lokalen Sprachkenntnissen, sei es die queere Kollegin im Team. Diese Offenheit kann und muss durch eine entsprechende Aus- und Fortbildung sowie durch Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz unterstützt werden. Barrieren auf diesem Weg – fremde Kulturen, unterschiedliche Wertvorstellungen und Umgangsformen, schlichtweg mangelnde Kenntnisse über andere Lebensweisen – sind vielfältig, sie zu überwinden bedarf einiger Anstrengung und des Raumes für persönliche Entwicklung. Andererseits bietet dies vielfältige Möglichkeiten, eine erfüllende, interessante und ethisch anspruchsvolle Arbeit zu erleben und zu gestalten. Eine Untersuchung in über 3.800 Krankenhäusern in den USA (Lee et al., 2023¹) weist zudem auf die deutlichen positiven ökonomischen Effekte von Diversität bei Mitarbeitenden hin. Verzicht auf die Förderung und das alltägliche Zulassen von Vielfalt mag für manche im ersten Mo-

ment attraktiv, weil vermeintlich weniger mühsam erscheinen, allerdings gilt: Unsere freien Gesellschaften sind komplex, vielschichtig und schillernd. Und so kann ein modernes Gesundheitswesen im Dienst der sozialen Gemeinschaft aus meiner Sicht nur eins tun: die Vielfalt bereitwillig annehmen.

Welche konkreten Maßnahmen und Empfehlungen würden Sie aus Ihrer Perspektive wünschen, um Vielfalt im Gesundheitswesen weiter zu fördern und die genannten Herausforderungen zu überwinden?

Ich sehe konkret drei Bereiche, die dazu beitragen können, Vielfalt im Gesundheitswesen im obigen Sinne zu stärken. Zunächst geht es um die Attraktivität der Gesundheitsberufe für Menschen aus allen Lebenslagen und -umständen. Vielfältige Teams erleben und gestalten selber mehr Vielfalt in ihrem Arbeitsalltag, und so sollte Beschäftigung im Gesundheitswesen aktiv um und mit Vielfalt werben. Dazu gehört zweitens, dass Aspekte von Vielfalt – und sicher nicht nur das Angenehme und Bereichernde, sondern auch das Konflikträchtige, Schwierige – noch stärker als bisher in Ausbildungscurricula integriert werden. Kenntnisse über kritische Grundlagen von Diversität – soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit, Menschenrechte, Inklusion, Kritik von Ethnozentrismus und Rassismus – sollten in allen Studiengängen und Ausbildungen für das Gesundheitswesen vermittelt und idealerweise mit dem Entwickeln von Kommunikationsfähigkeiten rund um diese Themen verbunden werden. Damit ist auch klar, dass die Fortbildung des Lehr- und Ausbildungspersonals in diese Richtung geschärft werden muss. Viel lässt sich hier mit problembasierten Ansätzen und Fallstudien erreichen, zudem gibt es eine große Bandbreite multimedialer Lehrinhalte, die genutzt und weiterentwickelt werden können. Drittens ist es wichtig, dass Institutionen des Gesundheitswesens eine klare Orientierung in ihrem Leitbild und ihren Grundsätzen bieten, auf die sich Beschäftigte, aber auch Patient:innen berufen und verlassen können.

Vielfalt gehört zur DNA eines humanen Gesundheitswesens und seiner Institutionen.

1 Lee CC, et al. Relationship between Racial Diversity in Medical Staff and Hospital Operational Efficiency: An Empirical Study of 3,870 U.S. Hospitals. *Behavioral Sciences*. 2023;13(7):564.

Welche Möglichkeiten sehen Sie dabei insbesondere in der Digitalisierung/KI, sowohl für die Beschäftigten als auch für die Patientenversorgung?

Die oben beschriebene grundlegende Offenheit zum respektvollen und interessierten Umgang mit Vielfalt bleibt auch in Zukunft ein menschliches Charakteristikum, das keiner Digitalisierung bedarf. Für das konkrete Leben von Vielfalt und die Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die große Diversität seiner Beschäftigten und Nutzenden bietet Digitalisierung allerdings eine Menge Möglichkeiten, die hier nur ansatzweise skizziert werden können: in der Aus- und Fortbildung können digitale Technologien internationale Lerninhalte nutzbar machen, Sprachbarrieren überwinden oder mit Virtual Reality konkrete Lernerlebnisse und -situationen erschließen helfen. Künstliche Intelligenz wird dabei unterstützen können, relevante Datenbestände auch für sehr spezifische Versorgungssituationen nutzbar zu machen, und dies idealerweise nicht nur im Forschungskontext, sondern auch im Versorgungsalltag. Große Sprachmodelle werden auch immer besser darin, für konkrete Versorgungsfragen gezielte und somit auch für sehr heterogene Patientengruppen nützliche Versorgungsangebote in Prävention, Therapie und Rehabilitation zu erstellen. Es sollte somit unter Bedingungen der Digitalisierung viel

einfacher werden, auch für seltene Erkrankungen und für Krankheitssituationen, in denen viele verschiedene Umstände wie Geschlecht, Alter, Ethnie, Religion oder Wohnumfeld gemeinsam wirken, passende Versorgungsangebote zu ermitteln. Dies kann auch bedeuten, dass telemedizinische Lösungen zum Tragen kommen, um in besonderen Situationen angemessene Behandlungen zu sichern, die ggf. sonst bei knappen lokalen Ressourcen nicht gemeistert werden könnten. Schon jetzt erlaubt Digitalisierung mit funktionstüchtigen Sofort-Übersetzungsprogrammen das Überwinden von Sprachbarrieren im Behandlungsalltag, wenn professionelle Übersetzer:innen fehlen, was leider oft der Fall ist. Aber auch der einfache Zeitgewinn, der im Klinikalltag oder in der Praxis zumindest zu den Versprechen der Digitalisierung gehört, kann sehr wichtig dafür sein, dass eben doch die Minuten gewonnen werden, die nötig sind, um mit der neuen ausländischen Kollegin über ihre ersten Erfahrungen im neuen Umfeld zu sprechen oder kurz einige Informationen über Ernährung im Hinduismus für einen Patienten zu recherchieren. All das setzt eine wachsende digitale Kompetenz bei Beschäftigten wie Nutzer:innen des Gesundheitswesens voraus, für deren Entwicklung Rahmenbedingungen geschaffen oder gestärkt werden müssen.



Prof. Dr. Hajo Zeeb

Hajo Zeeb ist seit 2010 Professor für Epidemiologie an der Universität Bremen und Leiter der Abteilung Prävention und Evaluation am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS. Er ist aktuell Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Public Health und forscht zu Fragen, die die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland und global betreffen, darunter digitale Public Health, Sozial- und Umweltepidemiologie.

3 Fragen an Dr. Regine Rapp-Engels

Welche Chancen genauso wie welche (oft ungesehenen) Herausforderungen gibt es aus Ihrer Sicht bei der Schaffung und Aufrechterhaltung von Vielfalt im Arbeitskontext des Gesundheitswesens?

Die Förderung und Unterstützung von Vielfalt in der Arbeitswelt des Gesundheitswesens eröffnet zahlreiche Chancen – sowohl für die Arbeitnehmer:innen als auch für die Patient:innen.

Ein diverses Team kann die Qualität der Versorgung verbessern, denn unterschiedliche Blickwinkel, Sprachkenntnisse und kulturelle Kompetenzen können ein breiteres Verständnis für die Bedürfnisse der Patient:innen bedeuten. Die Vielfalt an Fachkräften trägt zur Weiterentwicklung der geschlechts- und kultursensiblen Gesundheitsversorgung bei, die auch andere Aspekte wie z.B. Alter, körperliche und mentale Einschränkungen oder Hautfarbe berücksichtigt¹. Die Verschränkung dieser Aspekte kann bestehende Benachteiligungen verstärken (Intersektionalität).

Beim bestehenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen bringen zugewanderte Ärzt:innen, Pflegekräfte und Gesundheitsfachkräfte wertvolle Kompetenzen und Arbeitskraft ein. Insofern sind eine Unternehmenskultur und ein Arbeitsumfeld erforderlich, wo Diversität auch wertschätzend verankert ist. Das bedeutet, dass reine Aufgeschlossenheit nicht ausreicht, sondern dass es aktiv gestaltet und strukturell verankert werden muss. Hier helfen Erfahrungen aus der Gleichstellungspolitik.

Herausforderungen sind neben starren Rollenbildern bekanntermaßen auch Kommunikationsschwierigkeiten und Sprachbarrieren – oft bedingt durch schwierigen Zugang zu Sprachkursen und lange Verfahren der Anerkennung ausländischer Bildungs- und Berufsabschlüsse sowie beruflicher Qualifikationen.

Zudem werden die Erwerbspotenziale von Frauen mit (und ohne) Migrationsgeschichte und von Menschen mit Sorgeverantwortung zu wenig gesehen. Das gilt auch für eine gesamtgesellschaftlich nicht immer offene Willkommenskultur.

Welche konkreten Maßnahmen und Empfehlungen würden Sie aus Ihrer Perspektive wünschen, um Vielfalt im Gesundheitswesen weiter zu fördern und die genannten Herausforderungen zu überwinden?

Um die Chancen von Vielfalt langfristig zu nutzen, sind strukturelle und organisatorische Maßnahmen erforderlich:

- Allgemein:
 - Verbindliche Diversitäts-Strategien mit Festlegung von Zielgrößen für diverse Repräsentanz (Gleichstellungsplan, Chancengleichheitsplan o.ä.)
 - Verankerung von Vielfalt in Leitbildern und Qualitätsstandards, in Beteiligung und Mitgestaltung
 - Regelmäßige und verbindliche Schulungen aller Mitarbeiter:innen zu interkultureller Kommunikation, Wahrnehmung eigener unbewusster Verzerrungen und Vorurteile²
 - Schulungen und Fortbildungsangebote, die das Bewusstsein für diskriminierende Strukturen stärken und zum Abbau von Diskriminierung beitragen; z. B. Antidiskriminierungstrainings zur Entwicklung einer möglichst vorurteilsfreien Grundhaltung im Umgang im Team aber auch mit den Patient:innen
 - Diversität im betrieblichen Gesundheitsmanagement
 - Berücksichtigung von Diversität in der Arbeitsorganisation (Care-Arbeit, Ramadan)
 - Betriebliche Kinderbetreuung, angepasst an die Schichtzeiten
 - Wahrnehmung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen (i.d.R. Frauen), die damit auch das Gesundheitswesen entlasten

1 z.B. Charité - Skin of Color Dermatologie. https://derma.charite.de/leistungen/allgemeine_dermatologie

2 Ende 2025 wird das Projekt Empowerment für Diversität div. (Schulungs-)Materialien auf der open-educational-resources-Plattform bereitstellen. https://diversity.charite.de/diversity_projekte/empowerment_fuer_diversitaet/

3 Fragen an Dr. Regine Rapp-Engels

- **Fachkräftegewinnung:**
 - Anonymisierte Bewerbungsverfahren
 - Beim Gewinnen ausländischer/zugewanderter Fachkräfte
 - Entbürokratisierung und Verkürzung von Anerkennungsverfahren der Bildungsabschlüsse
 - Bildungs-, Integrations- und Sprachkursangebote – bei Bedarf mit Vorhaltung einer qualifizierten Kinderbetreuung
 - Sprachförderung und Mentoring-Programme
 - Psychosoziale Unterstützung bei der Integration, Wohnungssuche
 - Erwerbspotenziale von Frauen mit (und ohne) Migrationsgeschichte nutzen und diese für Gesundheitsberufe gewinnen

Welche Möglichkeiten sehen Sie dabei insbesondere in der Digitalisierung/KI, sowohl für die Beschäftigten als auch für die Patientenversorgung?

Digitalisierung und Künstliche Intelligenz eröffnen den Beschäftigten und den Patient:innen neue Möglichkeiten.

Es werden in Kliniken teilweise bereits digitale mehrsprachige Tools als Tablet am Bett eingesetzt, um dem Pflegepersonal Wünsche oder Bedürfnisse (beispielsweise Lagerung, Schmerzmittel, Toiletengang) zu übermitteln. Dies setzt aber eine gewisse Technik- und Lesekompetenz voraus – oft wird beispielsweise nicht an Menschen mit Sehbehinderung oder Lese- und Schreibschwierigkeiten gedacht.

Neben Lernplattformen und digitalen Weiterbildungen erleichtern auch digitale Sprachanwendungen und Übersetzungstools die Arbeit der Beschäftigten und Patient:innen im Gesundheitswesen. Diese können aber nicht alle Sprachen und deren Dialekte abdecken. Zudem ist fraglich, wie z. B. eine so erfolgte Aufklärung und Einwilligung zu einer

Operation juristisch bewertet wird. Insbesondere kulturelle Unterschiede im Verständnis von Krankheit und deren Behandlung können am besten durch entsprechend geschulte Dolmetscher:innen erfasst und berücksichtigt werden.

KI-gestützte Entscheidungsunterstützung in Diagnostik und Therapie kann sehr hilfreich sein, muss jedoch kritisch begleitet werden. Wenn die KI mit verzerrten Daten trainiert wird – also wenn diese eingespeisten Daten nicht nach Geschlecht, Alter etc. differenziert erhoben wurden – leben diese Verzerrungen in der KI weiter. Das bedeutet am Beispiel des Gender Data Gap, dass Frauen nach wie vor möglicherweise nicht angemessen behandelt werden und Krankheiten nicht rechtzeitig oder gar nicht erkannt werden. KI-Anwendungen bilden dann keine Vielfalt ab und Diskriminierungen werden reproduziert. Und auch hier gilt: Je diverser die Teams in der Entwicklung sind, desto diverser sind auch die Anwendungen und minimiert somit den Geschlechterbias.

Fazit

Vielfalt muss aktiv gestaltet werden, um sie als Ressource nutzen zu können. Das kommt allen zugute: den Beschäftigten im Gesundheitswesen, den Patient:innen, den Kostenträgern und der Gesellschaft.

Vielfalt im Gesundheitswesen muss aktiv gestaltet werden.

» Der Deutsche Frauenrat, Dachverband von rund 60 bundesweit aktiven Frauenorganisationen, ist die größte frauen- und gleichstellungspolitische Interessenvertretung in Deutschland. Ziel ist die rechtliche und faktische Gleichstellung der Geschlechter in allen Lebensbereichen, dies beinhaltet auch den diversitätskritischen und intersektionalen Blick.



Dr. Regine Rapp-Engels

Fachärztin für Allgemeinmedizin und seit über 20 Jahren engagiert für ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem und eine adäquate geschlechtssensible Gesundheitsversorgung von Frauen. Verantwortliche für das Schwerpunktthema „Geschlecht bei Gesundheit und Krankheit berücksichtigen“ im Deutschen Frauenrat. Mitglied im Vorstand des Deutschen Frauenrats.

3 Fragen an Grit Genster

Welche Chancen genauso wie welche (oft ungeschenehen) Herausforderungen gibt es aus Ihrer Sicht bei der Schaffung und Aufrechterhaltung von Vielfalt im Arbeitskontext des Gesundheitswesens?

Gerade im Gesundheitswesen, in dem sich täglich Menschen in all ihrer Vielfalt begegnen, sind gelebte demokratische Werte maßgeblich für eine gelingende, erfolgreiche Zusammenarbeit. Zugleich bieten divers aufgestellte Belegschaften die Chance, den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für Alle zu erleichtern. In Krankenhäusern, Altenpflegezentren, Rehaeinrichtungen, im Rettungsdienst und in der ambulanten Versorgung arbeiten Menschen mit Einwanderungsgeschichte in allen Berufsgruppen. Dringend werden mehr qualifizierte Arbeitskräfte gebraucht, damit eine gute Versorgung sichergestellt werden kann. Als ein Baustein zur Lösung des Problems wird die Migration von Arbeitskräften nach Deutschland gesehen. Klar ist allerdings: Gelingende Migration braucht klare Regeln, faire Bedingungen und Verlässlichkeit für alle Beteiligten. Positiv herauszuheben ist das „Triple-Win-Projekt“ der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit. Dieses Konzept strebt nachhaltige berufliche Mobilität zum Vorteil aller Beteiligten an – sowohl der Migrant:innen als auch der Herkunfts- und Zielländer. Entscheidend für gelingende Arbeitsmigration ist die frühzeitige und umfassende Information über die Bedingungen im Einsatzland und in den Betrieben. Allzu oft bestehen falsche Vorstellungen über Kompetenzen, Aufgaben, Abläufe und betriebliche Hierarchien. So ist ausländischen Pflegekräften manchmal nicht bewusst, dass Pflegefachpersonen in Deutschland auch Aufgaben in der Grundpflege übernehmen, was im Sinne ganzheitlicher Pflege durchaus sinnvoll ist. Wird über diese und andere Fragen nicht bereits im Vorfeld informiert, kann das zu Missverständnissen und Konflikten führen. Unerlässlich für einen gleichberechtigten Austausch und die Ausübung der Berufe ist die dafür notwendige sprachliche Kompetenz inklusive der Beherrschung der Fachbegriffe. Das B2/C1-Niveau, dass in einigen Bundesländern zur Be-

Vielfalt ist für unsere Demokratie unverzichtbar.

dingung gemacht wird, kann nur als Ausgangsniveau verstanden werden. Weitere zeitnahe und für die Beschäftigten kostenfreie (fach-)sprachliche Fortbildungen während der Arbeitszeit sind zwingend notwendig. Zugleich sind die muttersprachlichen Kompetenzen migrantischer Fachkräfte wertvoll für den Zugang zu Patient:innen und pflegebedürftige Menschen aus dem gleichen Sprachraum. Sie können darüber hinaus in der Einrichtung als kulturelle Vermittler eine wichtige Rolle übernehmen.

Welche konkreten Maßnahmen und Empfehlungen würden Sie aus Ihrer Perspektive wünschen, um Vielfalt im Gesundheitswesen weiter zu fördern und die genannten Herausforderungen zu überwinden?

Immer mehr Einrichtungen erkennen große Chancen darin, die Sensibilisierung und Professionalisierung im Umgang mit kultureller und sprachlicher Vielfalt zu fördern und stellen sich dazu strukturell auf. So hat das Uniklinikum Hamburg-Eppendorf nicht nur die Charta der Vielfalt unterzeichnet, sondern auch eine Beauftragte für Migration, Integration und Antirassismus im Haus etabliert. Ein Schwerpunkt ist es, diese Themen in die Aus-, Fort- und Weiterbildung zu integrieren. Wenn Erfahrungen als rassistisch oder diskriminierend empfunden werden, finden die Betroffenen über die innerbetriebliche Anlaufstelle Beratung und Begleitung. Proaktiv wird gegen Rassismus vorgegangen und über ein zukunftsorientiertes Miteinander nicht nur gesprochen, es wird auch gehandelt.

Für ein gutes Miteinander im Betrieb stehen die Arbeitgeber in der Verantwortung, von Betriebs- und Personalräten bzw. Mitarbeitervertretungen mitbestimmte, betriebliche Integrationskonzepte zu erstellen und umzusetzen. Diese nehmen nicht nur die Migrant:innen in den Blick, sondern auch die bestehende Belegschaft. Beispielsweise sollten Möglichkeiten des gemeinsamen Austausches auf Augenhöhe geschaffen werden. Die helfen dabei, kulturelle Zuschreibungen, Diskriminierungen und Rassismus zu vermeiden. Wichtig ist auch, die interkulturelle Kompetenz und den professionell kritischen Blick auf die eigenen Versorgungs- und Arbeitsstrukturen schon in der Ausbildung zu schär-

3 Fragen an Grit Genster

fen. Dieser im Pflegeberufegesetz angelegte Anspruch sollte noch stärker mit Leben gefüllt werden.

Welche Möglichkeiten sehen Sie dabei insbesondere in der Digitalisierung/KI, sowohl für die Beschäftigten als auch für die Patientenversorgung?

KI kann helfen, Sprachbarrieren abzubauen und wird, wenn wir bei dem Beispiel bleiben, mit Spracherkennungsprogrammen große Bedeutung für zunehmend divers zusammengesetzte Belegschaften im Gesundheitswesen in einer vielfältigen Gesell-

schaft erhalten. Wichtig für die Einrichtungen im Gesundheitswesen sind Strategien und Maßnahmen für einen verantwortungsvollen Umgang mit KI. Arbeitsprozesse werden sich verändern, während Arbeitsbedingungen verbessert und gesichert werden müssen. KI kann dabei neue Wege eröffnen. Beschäftigte und ihre Interessenvertretungen sind vor der Einführung frühzeitig zu beteiligen und umfassend zu qualifizieren. Die Einführung von KI kann die Arbeitsqualität verbessern und zu guter Versorgung beitragen, wenn die Kriterien Guter Arbeit schon vor der Implementierung berücksichtigt werden.



Grit Genster

Grit Genster ist seit 2015 Bereichsleiterin Gesundheitspolitik/Gesundheitswesen beim Bundesvorstand der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) in Berlin; als Gewerkschaftssekretärin verfügt sie über langjährige Erfahrungen der Gewerkschaftsarbeit im Krankenhaussektor auf der Bezirks-, Landes- und Bundesebene.

3 Fragen an Dr. Sandra Hartig

Welche Chancen genauso wie welche (oft ungesehenen) Herausforderungen gibt es aus Ihrer Sicht bei der Schaffung und Aufrechterhaltung von Vielfalt im Arbeitskontext des Gesundheitswesens?

Vielfalt im Gesundheitswesen kann eine verbesserte Patientenversorgung fördern, insbesondere durch die Berücksichtigung kultureller Sensibilität und unterschiedlicher Bedürfnisse der Patienten. Gesundheitsorganisationen und -unternehmen, die auf Vielfalt setzen, stärken ihre Arbeitgebermarke und ziehen qualifizierte Fachkräfte aus unterschiedlichen Ländern an. Personal aus dem Ausland schließt, durch die demographische Entwicklung und neue Herausforderungen, entstandene Lücken. So erhöhen Unternehmen ihre personelle Resilienz gegenüber saisonalen Belastungsspitzen wie Krankheitswellen oder Urlaubsphasen. Vielfalt ist jedoch nicht nur ein Instrument zur Fachkräftesicherung, sondern fördert durch unterschiedliche Perspektiven auch Innovationen in der Patientenversorgung: Durch die Integration von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen und sprachlichen Hintergründen können neue Perspektiven gewonnen werden, die zu innovativen Lösungen in der medizinischen Versorgung führen können.

Trotz der positiven Aspekte gibt es auch deutliche Herausforderungen. Sprachbarrieren und kulturelle

Vielfalt fördert Innovation durch Perspektivwechsel.

Unterschiede können sowohl die interne als auch die Kommunikation mit den Patienten erschweren. Dazu kommen bürokratische Hürden: Viele Unternehmen berichten von langsamen Prozessen bei der Anerkennung der beruflichen Qualifikation und dem Visaprozess für Fachkräfte aus Drittstaaten. Die Rekrutierung von ausländischen Fachkräften stellt Einrichtungen vor die Herausforderung, neben der fachlichen auch die gesellschaftliche Integration zu ermöglichen oder zumindest im Auge zu behalten. Denn ansonsten folgt nach der Einwanderung oder Anerkennung von Qualifizierungen häufig ein Jobwechsel oder gar die Abwanderung. Dies mitzudenken ist entscheidend für den langfristigen Verbleib im Betrieb und in der Region.

Bei vielen dieser Herausforderungen helfen die Industrie- und Handelskammern (IHKs) – etwa mit

kostenlosen Veranstaltungen, Austauschformaten und Workshops rund um Integration und Beschäftigung. Die Deutsche Industrie- und Handelskammer unterstützt dabei auch bundesweit insb. mit dem Projekt „NETZWERK Unternehmen integrieren Flüchtlinge“ das wir gemeinsam mit dem Bundeswirtschaftsministerium durchführen. Auch beim Thema Wohnungsknappheit versuchen wir mit unserem Projekt „Zukunft Beschäftigtenwohnen“ Angebote zu machen. Allerdings können weder die Unternehmen noch die IHK-Organisation die großen gesellschaftlichen Probleme allein lösen. Diese Aufgaben erfordern eine gemeinsame Kraftanstrengung von Wirtschaft, Politik und Verwaltung, um Visa-prozesse zu beschleunigen und Deutschland zu einem attraktiven Einwanderungsland für Auszubildende, Studierende und Fachkräfte zu machen.

Welche konkreten Maßnahmen und Empfehlungen würden Sie aus Ihrer Perspektive wünschen, um Vielfalt im Gesundheitswesen weiter zu fördern und die genannten Herausforderungen zu überwinden?

Wichtig ist ein klares Bekenntnis der Geschäftsführung zur interkulturellen Vielfalt, aber auch ein offenes Ohr für Sorgen der Belegschaft und eine offene Diskussion über die betriebswirtschaftlichen Auswirkungen des demographischen Wandels. Viele Unternehmen engagieren sich hier und schließen sich in Strukturen wie dem NETZWERK Unternehmen integrieren Flüchtlinge oder Wirtschaft für ein Weltoffenes Sachsen zusammen.

Zudem helfen Schulungen zur interkulturellen Kompetenz und Sensibilisierung für die Mitarbeitenden, z.B. von der „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Sie stärken nicht nur die interkulturelle Kommunikation, sondern auch das Verständnis für unterschiedliche Patientenbedürfnisse, was auch die Patientenbindung erhöht.

Trotz der großen Herausforderungen durch den Schichtdienst in der Krankenversorgung und der Pflege, bieten viele Arbeitgeber flexible Arbeitszeitmodelle und sprachliche Integration parallel zum Arbeitsprozess an. Zum Beispiel durch begleitende erweiterte Berufssprachkurse. Ein flächendeckendes und hochwertiges Angebot ist hier wichtig, um

3 Fragen an Dr. Sandra Hartig

Menschen mit unterschiedlichen Qualifikationen und Sprachkenntnissen in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

All dies bedeutet auch die Investition monetärer und personeller Ressourcen, damit Menschen aus anderen Kulturen betreut werden können. Mit diesen Aufgaben und Kosten dürfen die Unternehmen nicht allein gelassen werden, sondern benötigen politische Rückendeckung und Unterstützung.

Welche Möglichkeiten sehen Sie dabei insbesondere in der Digitalisierung/KI, sowohl für die Beschäftigten als auch für die Patientenversorgung?

Die Digitalisierung und der Einsatz von Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen bieten großes Potenzial für eine verbesserte Patientenversorgung und effizientere Ressourcennutzung. KI kann den Bedarf an Krankenhausbetten, medizinischem Personal und Geräten vorhersagen, um Engpässe zu vermeiden und Ressourcen effizient zu verteilen. Administrative Aufgaben wie Patientenaufnahme und Dokumentation können durch digitale Tools automatisiert werden, wodurch das medizinische Personal entlastet wird und sich stärker auf die direkte

Patientenversorgung konzentrieren kann. Die Möglichkeiten der Telemedizin und Ferndiagnose bieten besonders in ländlichen Gebieten oder während Pandemiezeiten Vorteile. Bei sprachlichen Herausforderungen mit den Patienten oder neuen Kollegen können Übersetzungsapps eine Hilfestellung bieten.

Bei all diesen Anwendungen ist der Datenschutz zu beachten. Es muss sichergestellt werden, dass personenbezogene Gesundheitsdaten sicher verarbeitet und gespeichert werden. Gleichzeitig darf der Datenschutz kein Selbstzweck werden, der sinnvolle Innovationen verhindert. Digitale Systeme sind anfällig für Cyberangriffe, die zu Datenverlust führen können.

Zudem müssen wir auf die digitale Kluft in der Gesellschaft achten. Nicht jede Person hat Zugang zu digitalen Gesundheitsdiensten, insbesondere ältere Menschen oder sozial benachteiligte Gruppen sind hier oftmals ausgeschlossen. KI-Algorithmen berücksichtigen oft nicht kulturelle oder sprachliche Unterschiede, was bestehende Ungleichheiten weiter vertiefen kann. Deshalb braucht es verlässliche Rahmenbedingungen für die Unternehmen und Investitionen in Sicherheit, in Weiterbildung und beim Zugang zu digitalen Gesundheitsdiensten.



Foto: © Werner Schüring

Dr. Sandra Hartig

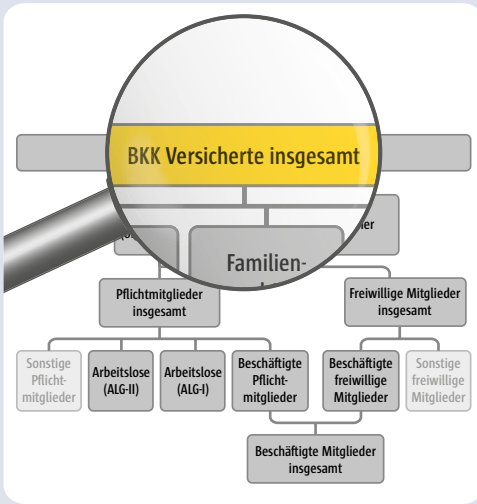
Sandra Hartig ist Bereichsleiterin Gesundheitswirtschaft, Beschäftigung und Organisationsentwicklung bei der Deutschen Industrie- und Handelskammer (DIHK). Die DIHK vertritt die Interessen der deutschen Wirtschaft in den Branchen Handel, Industrie und Dienstleistungen gegenüber der Bundesregierung, den Ministerien und dem Bundestag. Zusätzlich unterstützt die DIHK die Unternehmen direkt über gemeinsame Projekte mit den 79 Kammern und den Bundesministerien bei so unterschiedlichen Herausforderungen wie gute Ausbildung, Fachkräfteeinwanderung, Künstliche Intelligenz oder betrieblicher Klimaschutz.

4

Arzneimittelverordnungen

Dirk Rennert, Karin Kliner, Isabelle Oehse und Matthias Richter





Die Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen vervollständigen die Analysen der Routinedaten und ergänzen somit das Gesamtbild zum Krankheitsgeschehen der BKK Versicherten sowie der beschäftigten BKK Mitglieder.

Die Auswertungen erfolgen anhand der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (kurz: ATC-Klassifikation)¹. Diese Klassifikation systematisiert Wirkstoffe anhand ihrer chemischen Eigenschaften, ihres therapeutischen Einsatzgebietes sowie ihrer anatomischen Kriterien. Deren Anwendungsgebiete sind nach Organsystemen in 14 anatomische Hauptgruppen unterteilt. Zur Einordnung und Interpretation der verwendeten Kenngrößen sei an dieser Stelle nochmals auf das Kapitel **Methodische Hinweise** verwiesen.

1 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation 2024: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/ATC/atc-ddd-amtlich-2024.html> [abgerufen am 22.05.2025]

4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

- Der Anteil der Versicherten, die mindestens ein Arzneimittel verordnet bekommen haben, beträgt im Jahr 2024 72,6% und liegt damit weiterhin unter dem vorpandemischen Niveau (2014–2019: 73,0% – 74,0%).
- Mit durchschnittlich 555 verordneten Tagesdosen je BKK Versicherten wird im Jahr 2024 hingegen ein neuer Höchstwert für die vergangenen 10 Jahre erreicht.

Insgesamt haben die ca. 9,7 Millionen BKK Versicherten im Jahr 2024 78,0 Millionen Einzelverordnungen (EVO) erhalten. Das entspricht einem durchschnittlichen Wert von 8,0 EVO je BKK Versicherten, die zugehörige Menge der definierten Tagesdosen (DDD) beläuft sich auf 555 DDD je BKK Versicherten. Fast drei Viertel (72,6%) aller BKK Versicherten haben dabei im Jahr 2024 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten.

In **III** Tabelle 4.1.1 sind die wichtigsten Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen für die einzelnen Versichertengruppen dargestellt. Der größte Anteil der Versicherten (90,8%) mit mindestens einer Arzneimittelverordnung ist in der Gruppe der Rentner zu finden. Dies gilt auch für die Anzahl der Einzelverordnungen (19,4 EVO je Rentner) sowie für die definierten Tagesdosen (1.498 DDD je Rentner). Mit

durchschnittlich 181 DDD weist dagegen die Gruppe der Familienangehörigen die niedrigsten Tagesdosen im Vergleich auf. Gleichzeitig liegen auch die Einzelverordnungen (4,4 EVO je Familienversicherten) deutlich unter denen aller anderen Versichertengruppen. Ein wesentlicher Grund ist, dass in dieser Gruppe zum Großteil Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren (75,8%) zu finden sind. Da in dieser Altersgruppe eher akute Erkrankungen von kurzer Dauer (bspw. Atemwegserkrankungen oder Infektionen) dominieren, ist zwar der Verordnungsanteil mit 65,9% im Verhältnis zu den anderen beiden Kennzahlen relativ hoch, es werden aber meist nur Medikamente mit einer geringen Anwendungsdauer und geringen Tagesdosen (DDD) verschrieben. Hingegen hat nur die Hälfte (50,2%) der Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug eine Arzneimittelverordnung erhalten. Damit ist für diese Gruppe der niedrigste Anteil im Vergleich zu verzeichnen. Diese Versichertengruppe weist allerdings bei den Einzelverordnungen (8,3 EVO je Arbeitsloser im ALG-I-Bezug) sowie auch bei den definierten Tagesdosen (579 DDD je Arbeitsloser im ALG-I-Bezug) zusammen mit den ALG-II-Empfängern (442 DDD je Arbeitsloser im ALG-II-Bezug) die höchsten Werte nach den Rentnern auf.

Wie in **III** Tabelle 4.1.2 zu sehen ist, hat sich der Verordnungsanteil im Jahr 2024 im Vergleich zum Vor-

Tabelle 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2024)

Versichertengruppen	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	5,2	350	66,8
Arbeitslose (ALG-I)	8,3	579	50,2
Arbeitslose (ALG-II)	6,9	442	57,5
Familienangehörige	4,4	181	65,9
Rentner	19,4	1.498	90,8
BKK Versicherte insgesamt	8,0	555	72,6

Tabelle 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2014–2024)

Berichtsjahre	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
2014	7,5	462	74,0
2015	7,6	470	73,8
2016	7,7	486	74,0
2017	7,3	465	73,0
2018	7,5	478	73,3
2019	7,7	505	73,0
2020	7,5	515	69,8
2021	7,4	518	68,9
2022	7,8	537	71,7
2023	7,9	546	72,7
2024	8,0	555	72,6

jahr kaum verändert (–0,1 Prozentpunkte), liegt aber immer noch unterhalb des Niveaus der vorpandemischen Werte bis zum Jahr 2019 (73,0% – 74,0%). Dagegen ist die Anzahl der Einzelverordnungen nur wenig verändert, während gleichzeitig die definierten Tagesdosen nochmals angestiegen sind und mit 555 DDD je Versicherten einen neuen Höchstwert erreicht haben. Die definierten Tagesdosen haben seit 2014 um durchschnittlich +93 DDD je BKK Ver-

sicherten (+20,2%) zugenommen. Diese Diskrepanz zwischen Verordnungsanteilen und -mengen (DDD) ist vor allem mit den Veränderungen im Verordnungsgeschehen und dem demografischen Wandel zu erklären. Welche Veränderungen dabei bezogen auf Verordnungshauptgruppen im Einzelnen zu beobachten sind und welche Ursachen es für diese Entwicklung gibt, soll im Folgenden näher betrachtet werden.

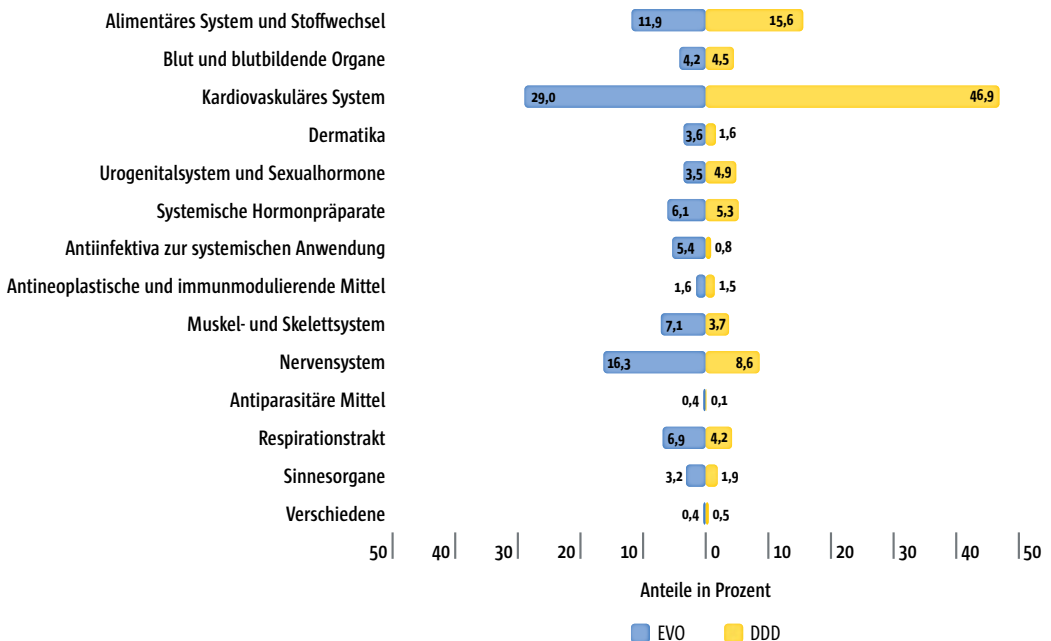
4.2 Die wichtigsten Verordnungshauptgruppen

- Arzneimittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, auf das Ernährungs- und Verdauungssystem sowie auf das Nervensystem vereinen bei den BKK Versicherten, wie bereits in den Vorjahren, auch 2024 die Mehrheit aller Einzelverordnungen und definierten Tagesdosen auf sich.

Wie in **»»»** Diagramm 4.2.1 für das aktuelle Berichtsjahr zu sehen ist, werden weiterhin die Anteile der Einzelverordnungen sowie der definierten Tagesdosen von den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System dominiert. Mehr als jede vierte Einzelverordnung (29,0%) sowie fast die Hälfte (46,9%) aller definierten Tagesdosen gehen allein auf diese Wirk-

stoffgruppe zurück. Die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel (Ernährungs- und Verdauungssystem) bilden mit 11,9% den drittgrößten Anteil der Einzelverordnungen und mit 15,6% den zweitgrößten Anteil aller verordneten Tagesdosen. An dritter Stelle folgen die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem, die für 16,3% aller Einzelverordnungen und 8,6% aller Tagesdosen verantwortlich sind. Zusammen sind allein diese drei Wirkstoffgruppen im Jahr 2024 für die Mehrheit (57,2%) aller Einzelverordnungen und für mehr als zwei Drittel (71,1%) aller verordneten Tagesdosen bei den BKK Versicherten verantwortlich. Wirkstoffgruppen, die hingegen meist bei saisonalen bzw.

Diagramm 4.2.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2024)



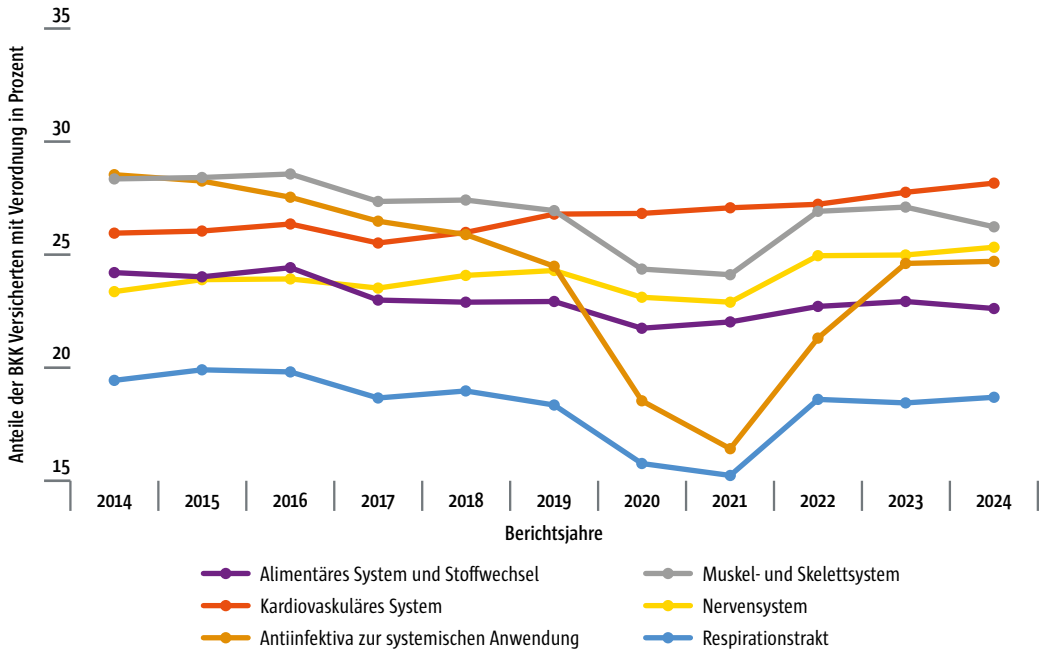
kurzzeitigen Erkrankungen (bspw. Atemwegsinfekten) in geringen Mengen verordnet werden, spielen bei den Anteilen an den definierten Tagesdosen nur eine untergeordnete Rolle. Dies trifft bspw. auf Antiinfektiva zur systemischen Anwendung und Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt zu.

- Mehr als jeder vierte BKK Versicherte (28,2%) hat im letzten Jahr mindestens einmal ein Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verordnet bekommen.
- Auch in der langfristigen Betrachtung (2014–2024) sind es die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, die sowohl bei den Verordnungsanteilen (+2,2 Prozentpunkte) als auch bei den definierten Tagesdosen (+55 DDD je BKK Versicherten) die größten Zuwächse zu verzeichnen haben.

In **III** Diagramm 4.2.2 sind die jeweiligen Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung für ausgewählte anatomische Hauptgruppen im Zeitverlauf zwischen 2014 und 2024 dargestellt. Sowohl in der Reihung als auch in der Aus-

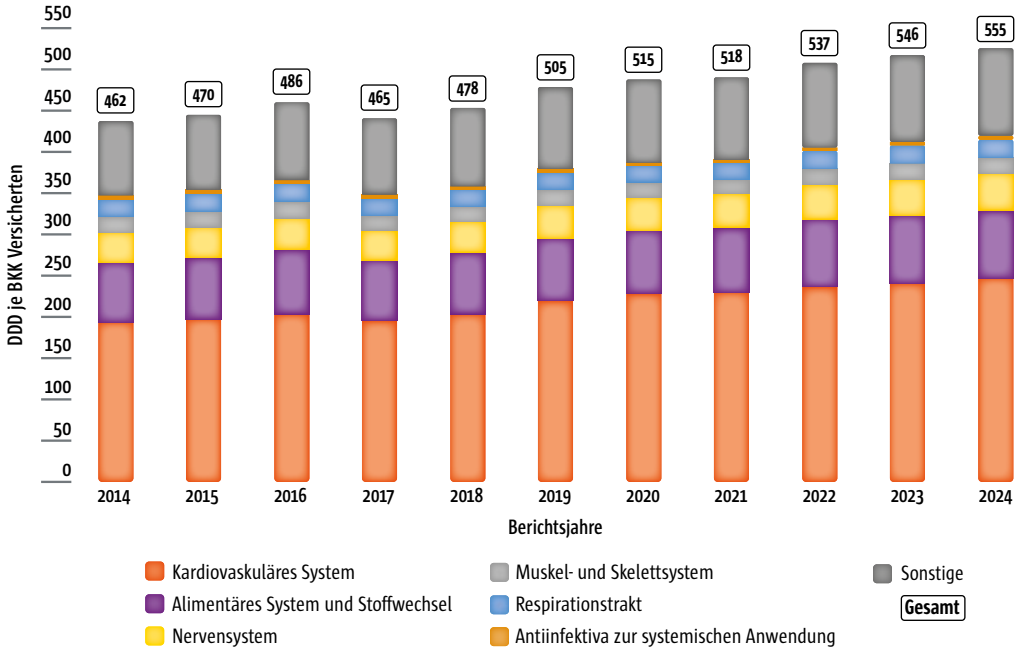
prägung der Anteile ist bis 2019 für die meisten hier dargestellten Wirkstoffgruppen nur wenig Dynamik zu erkennen. Ab dem Jahr 2020 zeigt sich, vor allem beeinflusst durch die Coronavirus-Pandemie und die zugehörigen Schutzmaßnahmen, allerdings eine deutlich höhere Variabilität der Kennzahlen, wobei die Gruppe der Antiinfektiva zur systemischen Anwendung sowie die Mittel mit Wirkung auf den Respirationstrakt die deutlichsten Rückgänge zwischen 2020 und 2021 zu verzeichnen haben. Dagegen ist seit 2022 insbesondere für die Antiinfektiva zur systemischen Anwendung wiederum ein deutlicher Anstieg erkennbar, der im Zusammenhang mit dem gleichzeitig überdurchschnittlich stark ausgeprägten Auftreten von akuten Atemwegserkrankungen steht. Etwa jeder vierte BKK Versicherte (24,7%) hat im Jahr 2024 ein Mittel aus der Gruppe der Antiinfektiva verordnet bekommen. Trotz des Anstiegs in den letzten drei Jahren, liegt der Wert weiterhin im unteren Bereich der Spanne der vorpandemischen Jahre 2014–2019 (24,5% – 28,6%). Ein Grund hierfür ist der deutliche Rückgang der Antibiotikaverordnungen

Diagramm 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2024)



4.2 Die wichtigsten Verordnungshauptgruppen

Diagramm 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2024)



(einer Subgruppe der Antiinfektiva) in den vergangenen zehn Jahren. Für die meisten anderen Verordnungshauptgruppen zeigen sich nur minimale Veränderungen im Vorjahresvergleich (-0,3 bis +0,4 Prozentpunkte), mit -0,9 Prozentpunkten ist diese Veränderung für die Mittel mit Wirkung auf das Muskel-Skelett-System am deutlichsten ausgeprägt. Die stärkste Variabilität zwischen 2014 und 2024, ausgenommen die Antiinfektiva zur systematischen Anwendung mit -3,8 Prozentpunkten, zeigt sich bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System (+2,2 Prozentpunkte). Im aktuellen Berichtsjahr bekommt deutlich mehr als jeder vierte BKK Versicherte (28,2%) mindestens einmal im Jahr ein Mittel aus letztgenannter Wirkstoffgruppe verordnet.

Im **»»»** Diagramm 4.2.3 sind ergänzend zum **»»»** Diagramm 4.2.2 die definierten Tagesdosen der sechs wichtigsten anatomischen Hauptgruppen im Zeitverlauf zu sehen. Im Vergleich zum Vorjahr ist hier die größte Zunahme bei den definierten Tagesdosen für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreis-

lauf-System (+6,4 DDD je BKK Versicherten) zu beobachten. Da es sich bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen meist um Langzeiterkrankungen handelt, ist dort häufig eine Langzeitmedikation notwendig. Entsprechend sind die zugehörigen definierten Tagesdosen dieser Wirkstoffgruppe sowohl in ihrer Ausprägung (260 DDD je BKK Versicherten) als auch in ihren Anteilen (46,9% aller verordneten DDD gehen auf diese Wirkstoffgruppe zurück) die mit Abstand bedeutendste im Verordnungsgeschehen der BKK Versicherten. Dies zeigt sich zudem auch in der Betrachtung der Entwicklung der vergangenen zehn Jahre: Mit +55 DDD je BKK Versicherten ist bei den Herz-Kreislauf-Mitteln der höchste Anstieg zu beobachten, gefolgt von den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem und den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel (jeweils +10 DDD je BKK Versicherten). Ein Rückgang ist im gleichen Zeitraum hingegen bei den Antiinfektiva zur systemischen Anwendung (-1 DDD je BKK Versicherten) zu erkennen.

4.3 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln sichtbar wurde, stehen die soziodemografischen Merkmale der BKK Versicherten in einem engen Zusammenhang mit deren Versorgungsgeschehen bzw. deren gesundheitlicher Lage. Inwiefern dies auch für die Arzneimittelverordnungen zutrifft, wird im folgenden Abschnitt sichtbar. Parallel zu den vorhergehenden Auswertungen werden dabei vor allem das Alter und das Geschlecht betrachtet.

- Mit 53,4% sind im Jahr 2024 die niedrigsten Verordnungsanteile bei den 25- bis 29-jährigen BKK Versicherten zu finden, während mit 95,3% der höchste Anteil in der Gruppe der über 90-jährigen auftritt.
- Mit 23,1 Prozentpunkten tritt der größte Geschlechtsunterschied bei den Verordnungsanteilen in der Gruppe der 20- bis 24-jährigen auf. Dies ist vor allem auf Verhütungsmittel-Verordnungen bei den Frauen in dieser Altersgruppe zurückzuführen.
- Ab dem 30. Lebensjahr steigen die verordneten Tagesdosen sukzessive, die Kennwerte von Frauen und Männern gleichen sich dabei immer mehr an.
- Im Zeitverlauf zeigen sich bei den 5- bis 9-jährigen Versicherten deutliche Schwankungen bei den Anteilen mit Verordnung, mit den niedrigsten Werten in den Jahren 2020 und 2021. Durch das deutlich reduzierte Infektionsgeschehen während der Coronavirus-Pandemie sind vor allem Verordnungen von Antinfektiva zur systemischen Anwendung im genannten Zeitraum stark zurückgegangen.

Im **III** Diagramm 4.3.1 sind die Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung sowie die DDD im Jahr 2024 differenziert nach Alter und Geschlecht zu sehen.

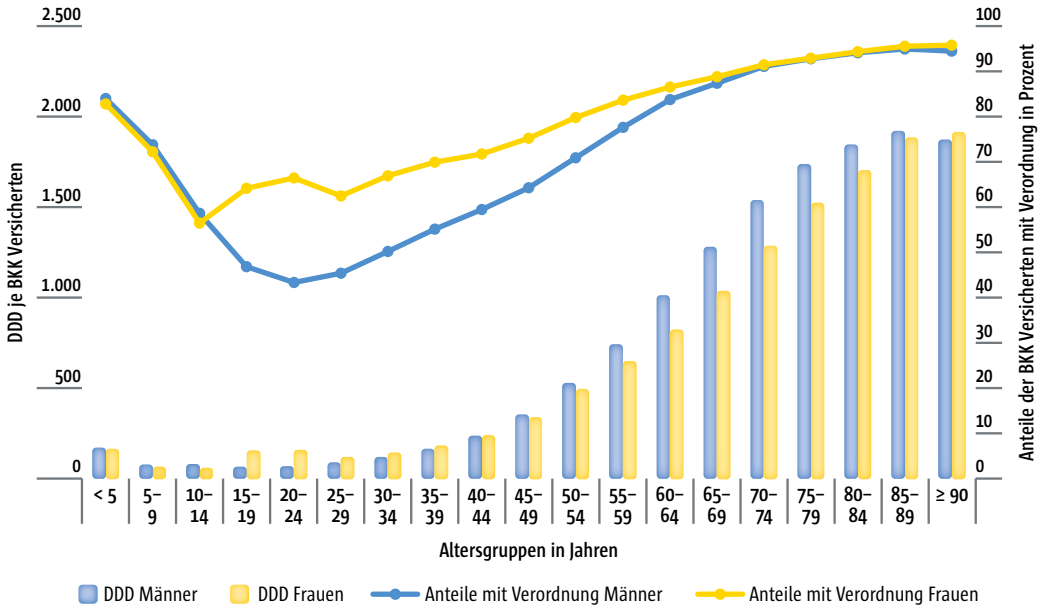
Anteile mit Verordnung: Arzneimittelverordnungen bei Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 14 Jahren treten bei beiden Geschlechtern nahezu gleich häufig auf, wobei die Anteile vom Klein-

kind- bis zum frühen Jugendalter gleichzeitig deutlich abnehmen. In dieser Altersgruppe sind – analog zu den ambulanten Diagnosedaten (**III** Kapitel 2.2) – vor allem den Respirationstrakt betreffende, entzündungshemmende und fiebersenkende Arzneimittel die am häufigsten verordneten Wirkstoffe. Ein weiterer Grund für den hohen Anteil von Verordnungen bei jungen BKK Versicherten wird vermutlich auch die Erstattungsfähigkeit bspw. von Mund- und Rachentherapeutika sowie Erkältungsmedikamenten für Heranwachsende bis zu zwölf Jahren sein². Durch die Verordnung auf ein Kassenrezept werden dabei auch solche Medikamente erfasst, die für Betroffene anderer Altersklassen in der Regel nicht erstattungsfähig sind und somit durch die vorliegende Statistik nicht abgebildet werden können.

Ab einem Alter von 15 Jahren unterscheiden sich die geschlechtsspezifischen Verordnungshäufigkeiten hingegen deutlich. In der Altersgruppe der 20- bis 24-jährigen ist dieser Unterschied am auffälligsten – der Verordnungsanteil liegt bei den jungen Frauen um +23,1 Prozentpunkte höher als bei den gleichaltrigen Männern, was vor allem durch Verordnungen von Kontrazeptiva (Verhütungsmittel) begründet ist. Bis zum Jahr 2018 war der größte Unterschied immer in der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen beobachtbar, eine Gesetzesänderung im Jahr 2019 (§ 24a SGB V), die das Alter für eine Verordnung auf Kassenrezept vom vollendeten 20. auf das vollendete 22. Lebensjahr verlängert hat, ist primäre Ursache für diese Veränderung. Die insbesondere bei den Frauen dann folgende deutliche Abnahme des Verordnungsanteils ist wiederum dadurch erklärbar, dass Kontrazeptiva nach dem 22. Lebensjahr in der

2 G-BA (2025) Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie). <https://www.g-ba.de/richtlinien/3/> [abgerufen am: 25.05.2025].

4.3 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

Diagramm 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)


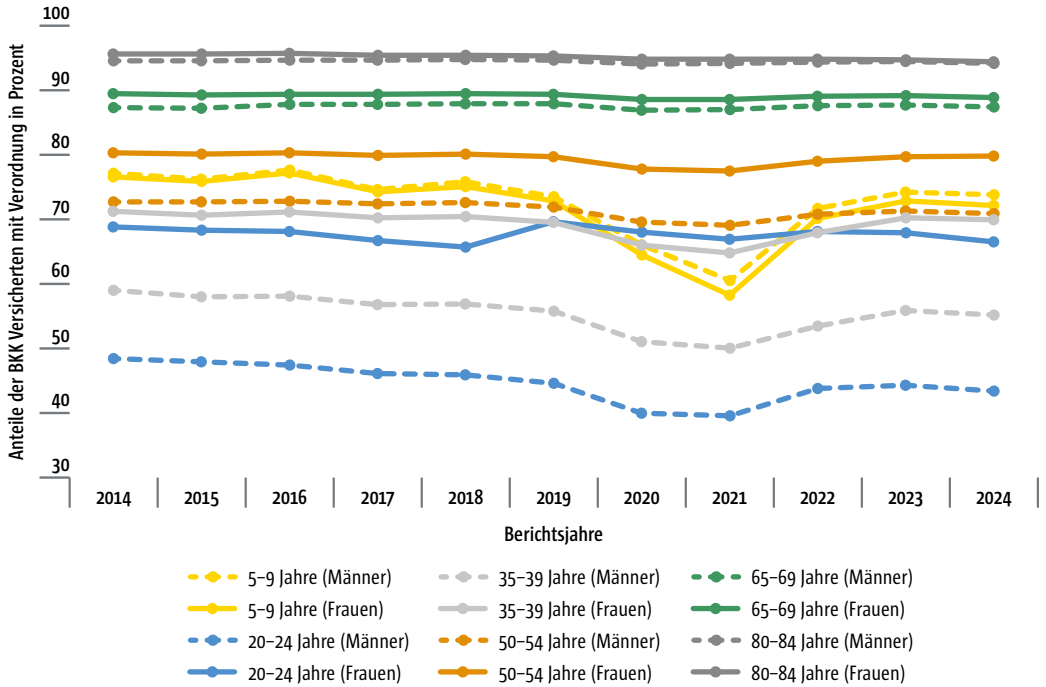
Regel nicht mehr zulasten der GKV verordnet werden und somit nicht in der Statistik abgebildet sind. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung insgesamt an, wobei gleichzeitig der Geschlechtsunterschied immer mehr abnimmt. Ab dem 70. Lebensjahr erhalten mehr als neun von zehn BKK Versicherten mindestens ein Arzneimittel pro Jahr verordnet.

Definierte Tagesdosen: Bei der Betrachtung der definierten Tagesdosen der BKK Versicherten zeigt sich sowohl bezogen auf das Alter als auch auf das Geschlecht ein ähnliches Muster, wie es bereits bei den Verordnungsanteilen zu erkennen ist. Hier ist ebenfalls ein sichtbarer Geschlechtsunterschied bei den 15- bis 19-Jährigen bzw. bei den 20- bis 24-Jährigen für die DDD mit den deutlich höheren Werten für die Frauen – vor allem bedingt durch die Verordnung von Verhütungsmitteln – festzustellen. Ab dem 45. Lebensjahr erhalten Männer mehr definierte Tagesdosen als Frauen der gleichen Altersgruppe verordnet. In der Gruppe der 70- bis 74-Jährigen ist der Unterschied mit einer Differenz von +249 DDD zulasten der Männer am größten ausgeprägt. Dieser Geschlechtsunterschied wird vor allem durch Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verursacht. In den nachfolgenden Altersgruppen nimmt diese Differenz wieder deutlich ab und kehrt

sich in der Gruppe der 90-Jährigen und Älteren sogar zulasten der Frauen um (-43 DDD).

In der Betrachtung des Zeitverlaufs bei den Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht für die Anteile mit Verordnung (▣▣▣ Diagramm 4.3.2) bzw. die definierten Tagesdosen (▣▣▣ Diagramm 4.3.3) werden bestimmte Auffälligkeiten sichtbar, die sich im Querschnitt nicht abbilden. Die erste Besonderheit betrifft die Gruppe der 5- bis 9-Jährigen in den Jahren 2020 und 2021: Dort ist ein starker Einbruch bei den Verordnungsanteilen sowohl bei den weiblichen als auch bei den männlichen Versicherten zu erkennen. Die definierten Tagesdosen sind zwar im gleichen Zeitraum ebenfalls zurückgegangen, allerdings fällt dieser Rückgang wesentlich geringer aus. Hintergrund sind die häufig in dieser Altersgruppe verordneten Arzneimittel, die bei Atemwegsinfekten verabreicht werden. Da in den Jahren 2020 und 2021 aufgrund der Schutzmaßnahmen im Rahmen der Coronavirus-Pandemie das Infektionsgeschehen deutlich niedriger als in anderen Jahren war, ist hier beim Anteil derjenigen, die ein solches Mittel verordnet bekommen haben, ein starker Rückgang zu verzeichnen. Da diese Arzneimittel meist nur eine kurze Einnahmedauer haben, wirken sie sich aber nur minimal auf die Höhe der definierten Tagesdosen aus. Dass dieser Effekt in den weiteren darge-

Diagramm 4.3.2 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Altersgruppen und Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2024)



stellten Altersgruppen nicht bzw. nur minimal vorhanden ist, lässt sich vor allem mit der Erstattungsfähigkeit entsprechender Wirkstoffgruppen bis einschließlich zum 12. Lebensjahr begründen.

Eine weitere Auffälligkeit betrifft die Gruppe der 20- bis 24-jährigen Versicherten: Hier ist im Jahr 2019 sowohl bei den Anteilen als auch bei den definierten Tagesdosen ein deutlicher Anstieg ausschließlich bei den weiblichen Versicherten zu finden. Dieser Anstieg wird durch die bereits erwähnte Gesetzesänderung im Jahr 2019 verursacht, die das Alter der Erstattungsfähigkeit für Kontrazeptiva (Verhütungsmittel) bis zum vollendeten 22. Lebensjahr um zwei Jahre verlängert hat.

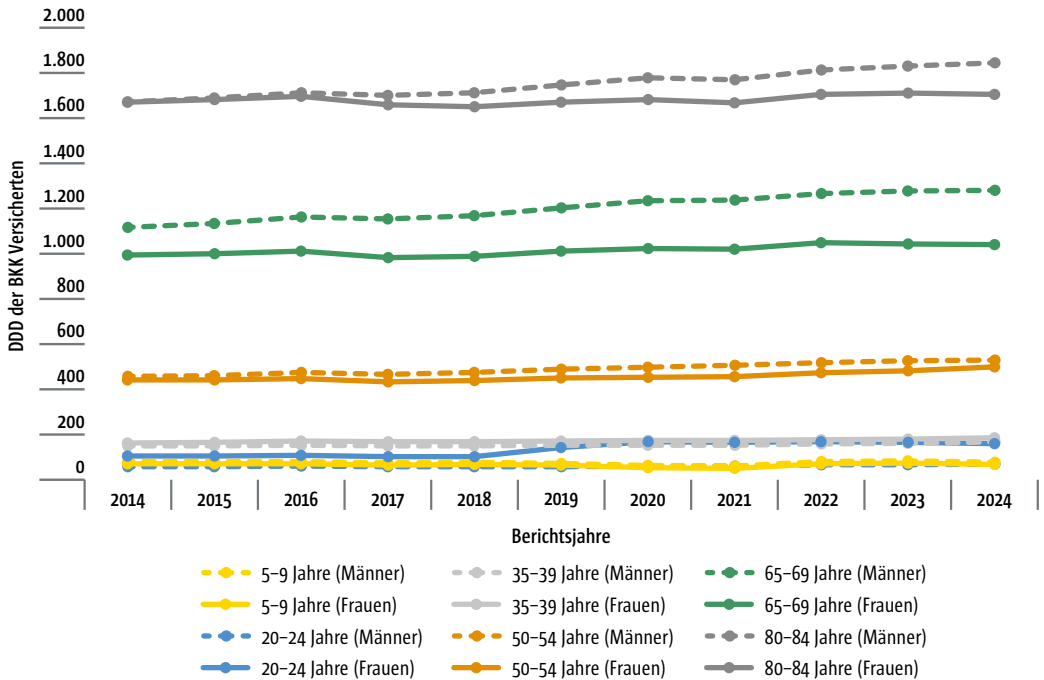
Ein dritter auffälliger Aspekt zeigt sich im Zeitverlauf bei den älteren Versicherten, hier am Beispiel der 80- bis 84-Jährigen: Während die Anteile mit einer Verordnung im Längsschnitt nahezu unverändert sind und sich zwischen den männlichen und weiblichen Versicherten kaum unterscheiden, nehmen die definierten Tagesdosen bei den männlichen deutlich stärker (2014–2024: +171 DDD je Versicherten) als bei weiblichen Versicherten zu (2014–2024: +36 DDD je Versicherte). Entsprechend ist der Ab-

stand zwischen Männer und Frauen bezogen auf die definierten Tagesdosen von +3 DDD je Versicherten im Jahr 2014 auf +138 DDD je Versicherten angestiegen. Hauptsächlich geht dieser Anstieg, wie bereits erwähnt, auf Verordnungen für Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zurück, der bei den männlichen Versicherten zwischen 2014 und 2024 deutlich höher als bei den weiblichen Versicherten ausfällt. Eine mögliche Ursache ist in der Anpassung der Hypertonie-Leitlinie zu finden, die Werte von 120/70 bis 139/89 mmHg als erhöhten Bluthochdruck definiert³. Vermutlich geht mit der Anpassung dieser Grenzwerte auch ein Anstieg der Verordnungsmengen (III Diagramm 4.2.3) und Anteile (III Diagramm 4.2.2) insbesondere für die einschlägige Medikamentengruppe einher.

3 Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Hypertonie – Kurzfassung, Version 1.0. 2023. DOI: 10.6101/AZQ/000502. https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-009k_53_Hypertonie_2023-06.pdf. [abgerufen am: 13.06.2025]

4.3 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

Diagramm 4.3.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach ausgewählten Altersgruppen und Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2024)



- Drei Viertel (75,0%) der BKK Versicherten ab 65 Jahren erhalten mindestens einmal im Jahr ein Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verordnet, wobei gleichzeitig mehr als die Hälfte der Tagesdosen (54,2%) in dieser Altersgruppe auf diese Arzneimittelgruppe entfällt.
- Nur geringfügige alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich hingegen bei den Antiinfektiva zur systemischen Anwendung, da die hier zugrundeliegenden Erkrankungen altersunabhängig gleich häufig auftreten.

Das **III** Diagramm 4.3.4 zeigt die Verordnungsanteile sowie die definierten Tagesdosen für die wichtigsten Verordnungshauptgruppen im Jahr 2024, differenziert nach Alter und Geschlecht.

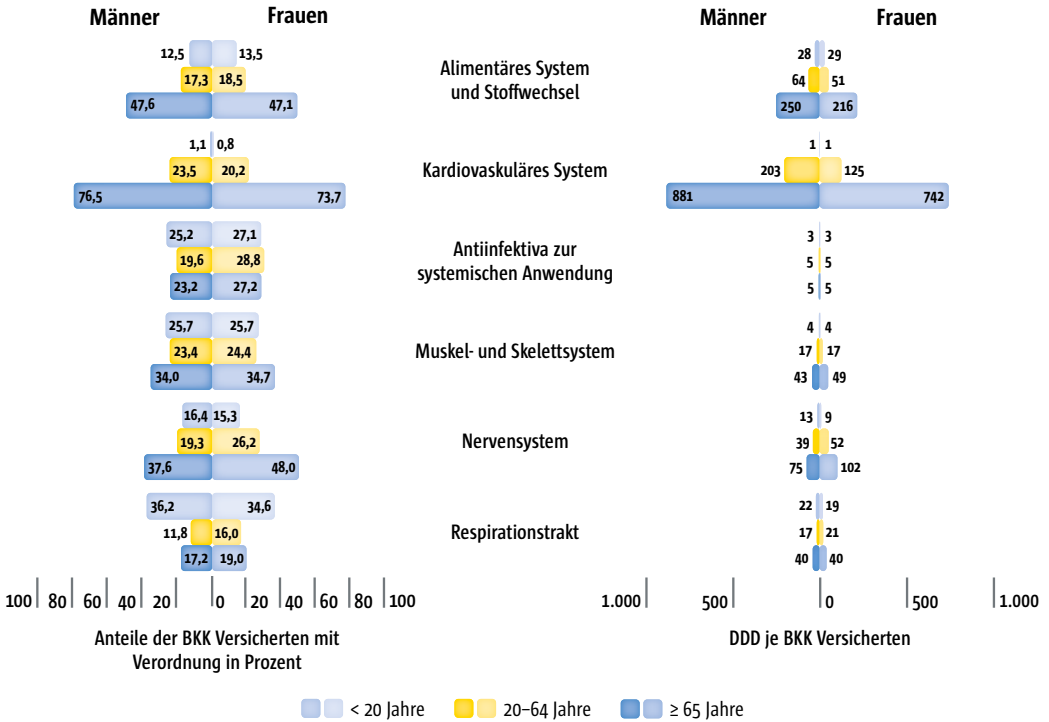
Verordnungsanteile: Deutlich vom Alter der Versicherten abhängige Verordnungsanteile sind vor allem für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System erkennbar, die unter anderem im Zusammenhang mit der höheren Prävalenz von Herz-Kreislauf-Diagnosen in der Gruppe der älteren Versicherten stehen (**III** Kapitel 2.2). Bei den unter 20-Jährigen findet man solche Verordnungen hin-

gegen sehr selten, da die zugrundeliegenden Krankheitsbilder in dieser Altersgruppe nahezu nicht auftreten. Ein ähnliches Muster ist auch für die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel zu beobachten.

Wesentlich geringere Altersunterschiede finden sich dagegen bei Arzneimitteln, die bspw. bei Atemwegserkrankungen verordnet werden, wie es bei den Antiinfektiva bzw. den Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt der Fall ist. Insbesondere bei letztgenannten nehmen die Verordnungsanteile – entgegen dem allgemeinen Trend – mit zunehmendem Alter sogar ab. Dabei ist für dieses Muster vor allem die bereits erwähnte Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Krankenkassen bis zum 12. Lebensjahr maßgeblich.

Bei dieser Gegenüberstellung werden zudem Geschlechtsunterschiede sichtbar: Während Frauen bei den Herz-Kreislauf-Mitteln in allen Altersgruppen tendenziell weniger Verordnungsanteile als die Männer aufweisen, zeigt sich bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem ab dem 20. Lebensjahr ein umgekehrtes Muster.

Diagramm 4.3.4 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten für ausgewählte Verordnungshauptgruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)



Definierte Tagesdosen: Für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System wird anhand der definierten Tagesdosen ebenfalls ein sehr deutlicher Zusammenhang mit dem Lebensalter der Versicherten erkennbar. Die 65-jährigen und älteren BKK Versicherten erhalten den mit Abstand größten Anteil der definierten Tagesdosen aus dieser Wirkstoffgruppe verordnet: Mehr als jede zweite Tagesdosis (Männer: 55,9%; Frauen: 52,6%) geht in dieser Altersgruppe allein auf diese Verordnungshauptgruppe zurück. Dabei erhalten Männer wiederum tendenziell mehr Verordnungen als Frauen, was mit den zugehörigen Kennzahlen der Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus der ambulanten (III Kapitel 2) und stationären Versorgung (III Kapitel 3) korrespondiert. Ein ähnlicher, allerdings etwas geringer ausgeprägter, Alterseffekt ist bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und Stoffwechsel beobachtbar.

Nahezu unabhängig von Alter und Geschlecht der BKK Versicherten sind wiederum die verschriebenen Tagesdosen bei den Antiinfektiva zur systemischen Anwendung. Dies korrespondiert mit der Tatsache, dass die zugrundeliegenden Erkrankungen in allen Altersgruppen bzw. unabhängig vom Geschlecht nahezu gleich häufig auftreten. Hier wird zudem noch einmal der Kontrast zwischen den Anteilen mit Verordnung und den definierten Tagesdosen deutlich. Trotz relativ hoher Verordnungsanteile fallen die Werte für die definierten Tagesdosen sehr gering aus, da es sich hier meist um Mittel mit einer sehr geringen Anwendungsdauer bzw. Dosierung handelt.

4.4 Arzneimittelverordnungen nach Regionen

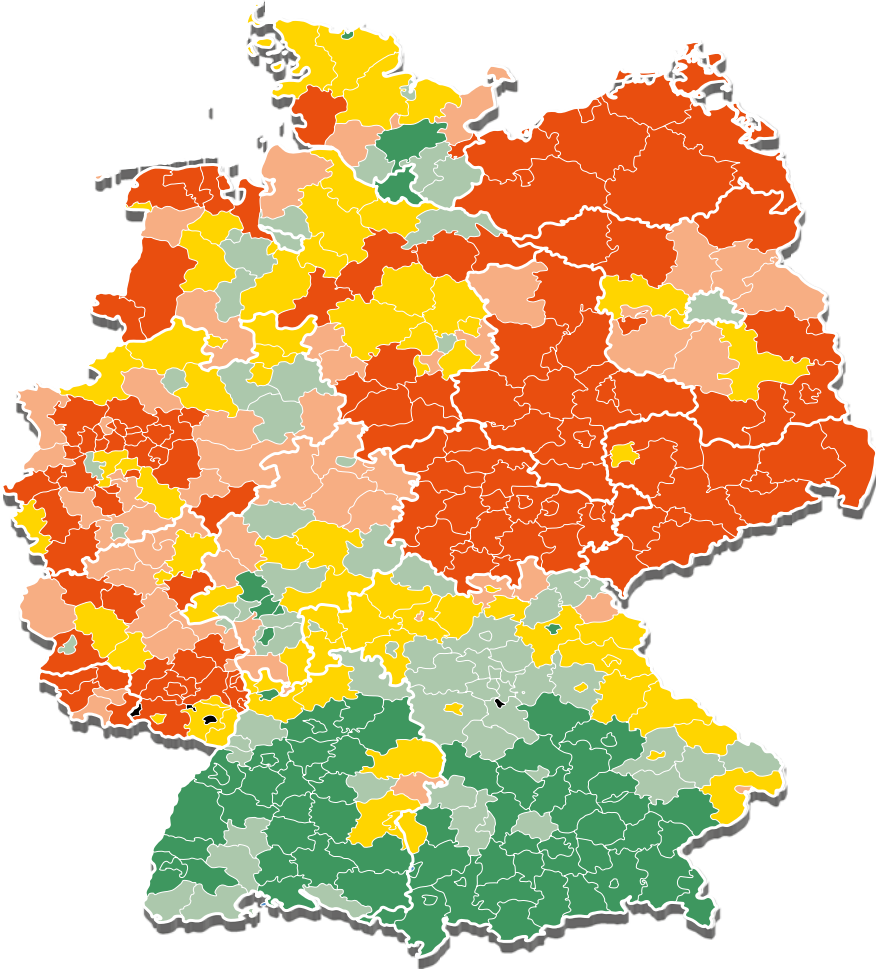
Für die Arzneimittelverordnungen zeigen sich im Regionalvergleich Unterschiede, die neben den soziodemografischen Merkmalen der Versicherten ebenso von den medizinischen Versorgungsstrukturen und den sozioökonomischen Bedingungen vor Ort beeinflusst werden. Im Folgenden werden die Verordnungskennzahlen auf Ebene der Bundesländer bzw. der Kreise miteinander verglichen.

- Bei BKK Versicherten mit Wohnsitz in Hamburg, Berlin, Bayern und Baden-Württemberg sind die niedrigsten Anteile und Tagesdosen verordneter Arzneimittel im Bundeslandvergleich zu finden.
- In den Ostbundesländern wohnhafte BKK Versicherte erhalten dagegen nicht nur häufiger, sondern auch deutlich mehr Tagesdosen von Arzneimitteln verordnet.
- Zwischen den Landkreisen sind die regionalen Unterschiede im Verordnungsgeschehen noch stärker ausgeprägt, wobei es hier auch innerhalb eines Bundeslandes starke Schwankungen geben kann.

Tabelle 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2024)

Bundesländer	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten
Baden-Württemberg	70,7	6,9	463
Bayern	72,5	7,3	480
Berlin	66,4	7,0	515
Brandenburg	72,0	8,3	634
Bremen	68,6	7,4	524
Hamburg	64,5	6,6	442
Hessen	71,9	7,8	537
Mecklenburg-Vorpommern	76,5	9,8	726
Niedersachsen	73,2	8,5	593
Nordrhein-Westfalen	74,7	9,2	630
Rheinland-Pfalz	74,7	9,1	641
Saarland	76,2	9,7	659
Sachsen	71,8	9,0	693
Sachsen-Anhalt	76,0	10,9	805
Schleswig-Holstein	70,2	8,0	565
Thüringen	73,1	9,7	760
Gesamt	72,6	8,0	555

Diagramm 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2024)



Prozentuale Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (555 DDD je BKK Versicherten)

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

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

In **III** Tabelle 4.4.1 sind die Verordnungskennzahlen der BKK Versicherten im Bundeslandvergleich für das Jahr 2024 dargestellt. Mit einem Verordnungsanteil von 76,5% haben, wie bereits im vergangenen

Jahr, in Mecklenburg-Vorpommern die meisten Versicherten mindestens einmal ein Arzneimittel verordnet bekommen. Dagegen sind in Sachsen-Anhalt mit 10,9 EVO bzw. 805 DDD je BKK Versicherten die

4.4 Arzneimittelverordnungen nach Regionen

höchsten Werte der Einzelverordnungen bzw. definierten Tagesdosen im Bundeslandvergleich zu finden. Insgesamt werden vor allem in den Ostbundesländern durchschnittlich mehr Einzelverordnungen und definierte Tagesdosen als in den Westbundesländern verordnet. Unterdurchschnittliche Werte sind hingegen in Berlin und Hamburg, sowie in Bayern und Baden-Württemberg zu finden. Dies ist zum Teil auch mit der Altersstruktur der dort wohnhaften BKK Versicherten zu begründen. So liegt das Durchschnittsalter der BKK Versicherten in Sachsen-Anhalt bei 48,0 Jahren, in Berlin und Hamburg sowie Bayern und Baden-Württemberg ist es hingegen deutlich niedriger (41,2–42,3 Jahre).

Aber auch beim Vergleich von BKK Versicherten gleichen Alters zeigt sich zwischen den Bundesländern ein ähnliches Muster: Es sind wiederum die Ostbundesländer, welche die höchsten Verordnungsanteile sowie die meisten definierten Tagesdosen aufweisen. Insofern ist es nicht allein das Alter, sondern zudem die regionalen sozioökonomischen Unterschiede, welche die gesundheitliche Lage im Kontext der Arzneimittelverordnungen der Versicherten in Abhängigkeit vom jeweiligen Wohnort beeinflussen.

Die verordneten Tagesdosen aller Arzneimittel der BKK Versicherten sind im **»»»** Diagramm 4.4.1 auf Ebene der Landkreise dargestellt. Es zeigt sich hier im Detail das bereits beschriebene Muster mit den überdurchschnittlich hohen Werten vorrangig in den Ostbundesländern. Aber auch im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-Westfalen sowie in Niedersachsen sind für einige Kreise deutlich überdurchschnittliche Verordnungsmengen zu erkennen. Zum wiederholten Mal steht der Saalekreis in Sachsen-Anhalt mit durchschnittlich 929 DDD je BKK Versicherten an der Spitze des Regionalvergleichs. Deutlich weniger als die Hälfte dieses Wertes sind es hingegen im Durchschnitt in Heidelberg in Baden-Württemberg mit 349 DDD je BKK Versicherten – der niedrigste Wert im Vergleich der Landkreise. Wie unterschiedlich das Verordnungsgeschehen auch innerhalb eines Bundeslandes sein kann, wird am Beispiel von Schleswig-Holstein deutlich: Während die Stadt Flensburg mit 425 DDD je BKK Versicherten unter dem Bundesdurchschnittswert (555 DDD je BKK Versicherten) liegt, ist dagegen in Lübeck mit 684 DDD je BKK Versicherten ein überdurchschnittlicher Wert zu finden.

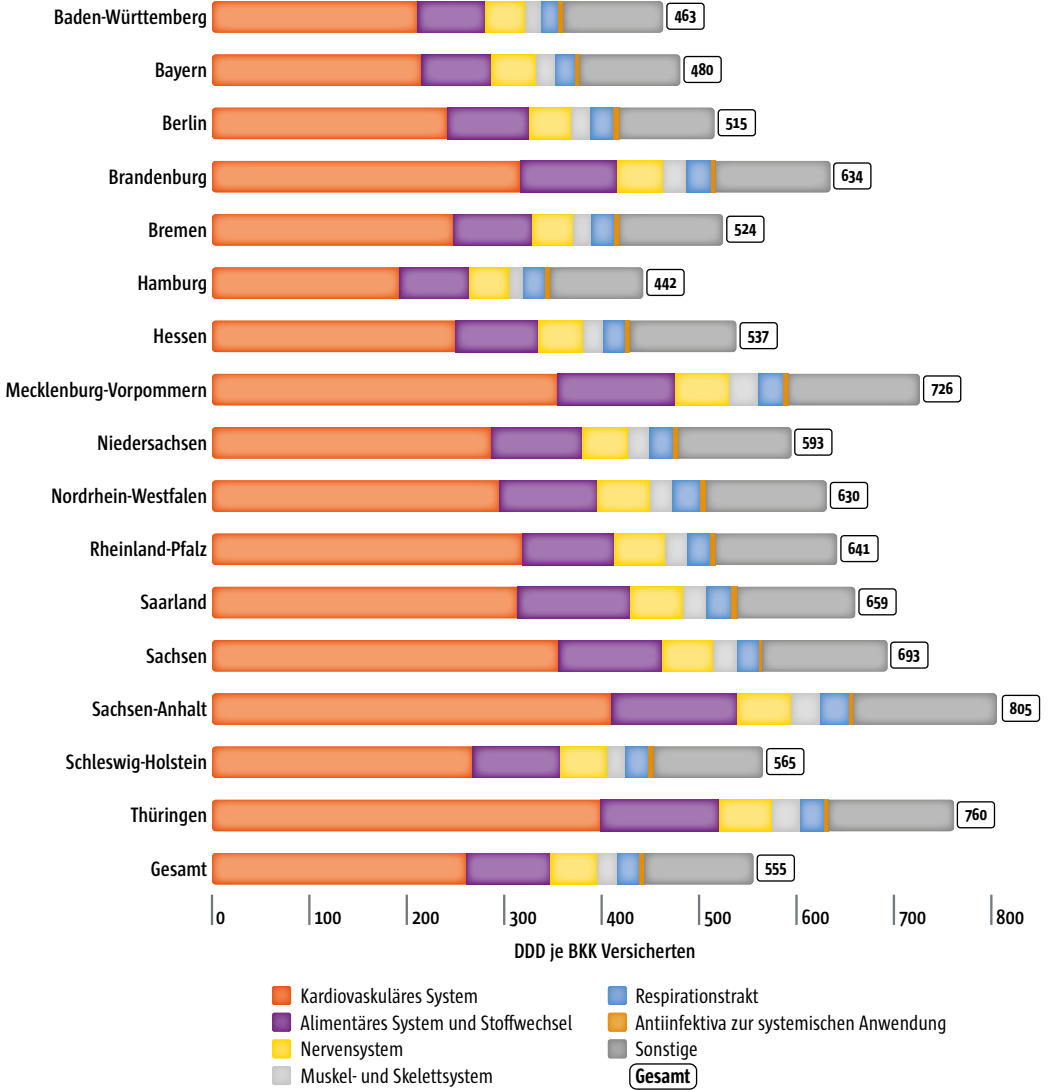
Ergänzend zur **»»»** Tabelle 4.4.1 sind in **»»»** Diagramm 4.4.2 die definierten Tagesdosen nach aus-

gewählten Verordnungshauptgruppen differenziert nach Bundesländern dargestellt. Nicht nur der größte Anteil, sondern auch der größte regionale Unterschied ist für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zwischen den BKK Versicherten mit Wohnort in Sachsen-Anhalt (409 DDD je BKK Versicherten) und Hamburg (192 DDD je BKK Versicherten) zu finden. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel mit dem Höchstwert in Sachsen-Anhalt bzw. dem niedrigsten Wert in Baden-Württemberg (129 vs. 70 DDD je BKK Versicherten). Für die meisten anderen Verordnungshauptgruppen fallen die regionalen Unterschiede deutlich geringer aus. Bezogen auf die Verordnungshauptgruppen wird wiederum das beschriebene Muster sichtbar, dass die BKK Versicherten mit Wohnort in den Ost- im Vergleich zu den Westbundesländern durchweg höhere definierte Tagesdosen aufweisen, insbesondere was Wirkstoffgruppen betrifft, die vorrangig bei Langzeiterkrankungen zum Einsatz kommen. Neben den bereits erwähnten Altersunterschieden spielen hier zusätzlich wieder die regionalen Unterschiede der sozioökonomischen sowie strukturellen Faktoren eine wesentliche Rolle.

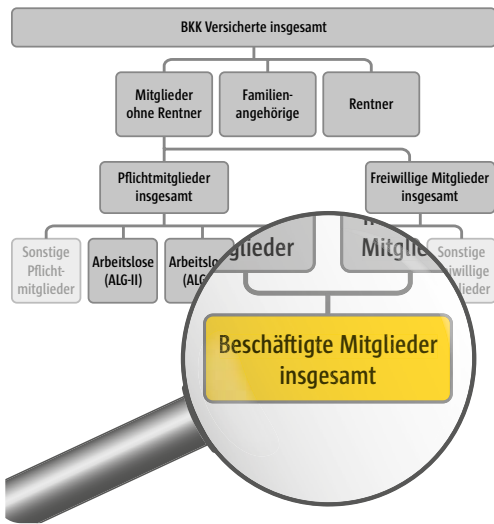
Infobox Vielfalt und gesunde Arbeit

Unterschiedliche Arbeits- bzw. Wohnorte von Beschäftigten bzw. Versicherten sind ebenfalls ein wesentliches Merkmal der Vielfalt in der Arbeits- und Lebenswelt. Über die regionalspezifische Sozialisation bis hin zu den vor Ort vorhandenen sozioökonomischen Bedingungen (Arbeitslosenquote, Wirtschaftskraft, Bevölkerungsstruktur, Infrastruktur, medizinische Versorgungsstruktur etc.), gibt es eine Vielzahl von Einflussfaktoren, durch die die regionale Vielfalt von Menschen beeinflusst und geprägt wird. Diese regionale Prägung strahlt unter anderem auch auf die Zusammenarbeit von Beschäftigten in einem Unternehmen aus, was sowohl Herausforderungen als auch Chancen mit sich bringt. Nicht zuletzt spiegelt sich diese Diversität aber auch deutlich in der gesundheitlichen Lage der Versicherten im Rahmen der Analysen zu den Arzneimittelverordnungen wider. Dabei vervollständigen diese Kennzahlen, in Erweiterung zu den vorhergehenden Kapiteln, das Gesamtbild der gesundheitlichen Lage der Versicherten, die wiederum weitere Ansätze und Möglichkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung eröffnen. Die Betriebskrankenkassen bieten hierfür, dank ihrer eigenen Vielfalt und regionalspezifischen Expertise, maßgeschneiderte Angebote für die Versicherten vor Ort und vor allem für die Beschäftigten in den ortsansässigen Unternehmen an.

Diagramm 4.4.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2024)



4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt



Die nun folgenden arbeitsweltlichen Betrachtungen beziehen sich auf die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder.

- Bei den Verordnungsanteilen ist zwischen 2014 und 2024 der mit $-3,1$ Prozentpunkten größte Rückgang bei den Antinfektiva zur systemischen Anwendung für die Beschäftigten zu verzeichnen.
- Hinsichtlich der definierten Tagesdosen sind es hingegen die Herz-Kreislauf-Mittel, die im gleichen Zeitraum mit $+50$ DDD je Beschäftigten für mehr als die Hälfte des Gesamtanstiegs ($+94$ DDD je Beschäftigten) verantwortlich sind.

Identisch zu den Auswertungen für die BKK Versicherten insgesamt (»»» Diagramm 4.2.2), sind in »»» Diagramm 4.5.1 die Anteile der Beschäftigten mit Verordnung für die wichtigsten Wirkstoffgruppen

dargestellt. Den mit $-3,1$ Prozentpunkten größten Rückgang haben die Antinfektiva zur systemischen Anwendung im Zeitverlauf von 2014 bis 2024 zu verzeichnen. Der niedrigste Wert wurde dabei im Jahr 2021 mit $15,7\%$ erreicht. Neben der Coronavirus-Pandemie ist vor allem die Ausprägung der weiteren saisonalen Grippe- und Erkältungswellen maßgeblich für die starken Schwankungen in dieser Verordnungshauptgruppe. Der mit $-1,2$ Prozentpunkten zweitstärkste Rückgang ist im Zeitverlauf bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel zu verzeichnen. Zuwächse werden hingegen bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem sowie für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System (jeweils $+2,9$ Prozentpunkte) sichtbar.

In »»» Diagramm 4.5.2 sind die definierten Tagesdosen der Beschäftigten im Zeitverlauf für die wichtigsten Verordnungshauptgruppen dargestellt. Insgesamt ist im Zeitverlauf ein Zuwachs der Tagesdosen um rund $+81$ DDD je Beschäftigten zu verzeichnen. Mehr als die Hälfte dieses Zuwachses ($54,5\%$) geht auf Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zurück, $10,6\%$ auf Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem sowie $9,1\%$ auf Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel. Mit $-0,8\%$ ist hingegen bei den Antinfektiva zur systemischen Anwendung ein leichter Rückgang im gleichen Zeitraum zu verzeichnen. Im Zusammenhang mit der Entwicklung der Verordnungsanteile zeigt sich deutlich, dass die Tagesdosen von Arzneimitteln, die vor allem bei Langzeiterkrankungen verschrieben werden (bspw. Herz-Kreislauf-Medikamente), deutlich zugenommen haben. Eine Ursache ist der demografische Wandel, der auch in der Gruppe der Beschäftigten im Anstieg des Durchschnittsalters zwischen 2014 ($41,8$ Jahre) und 2024 ($43,4$ Jahre) sichtbar wird.

Diagramm 4.5.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2024)

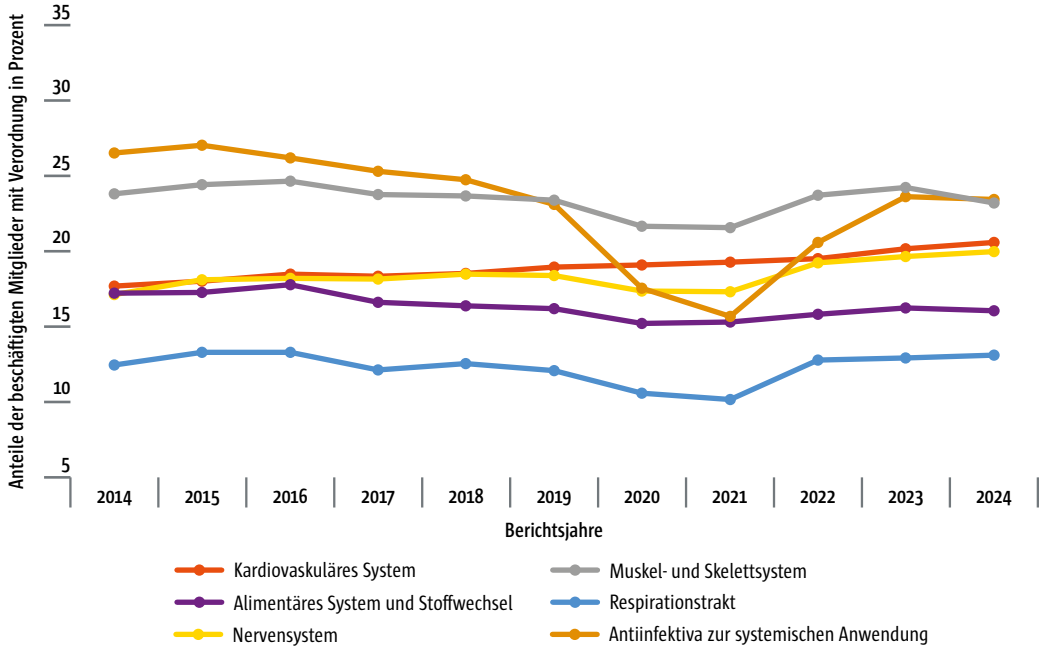
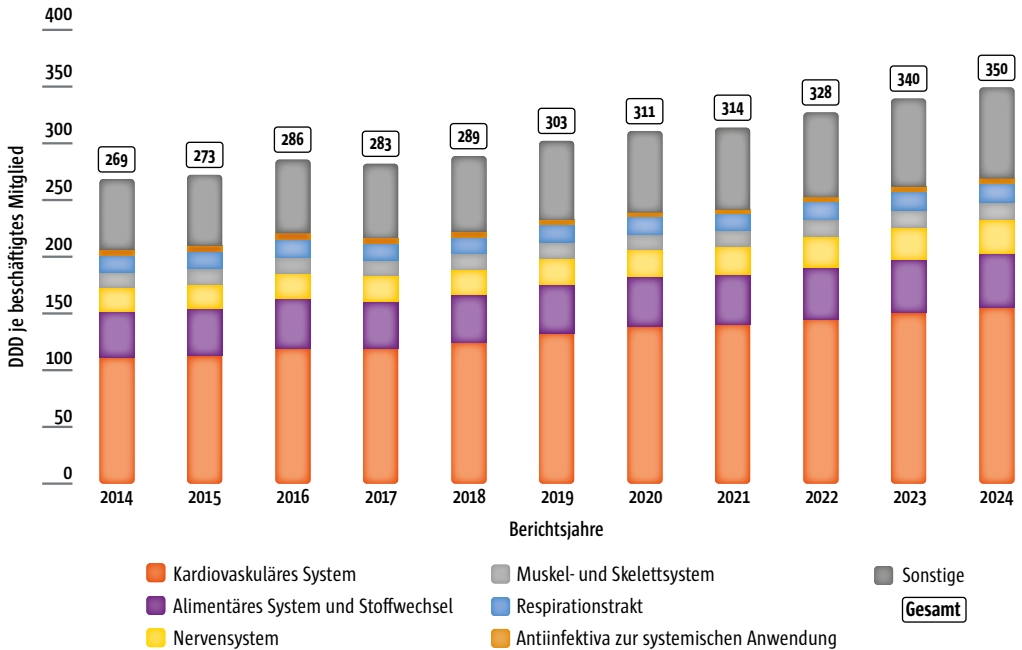


Diagramm 4.5.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2014–2024)



4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

4.5.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Am häufigsten bekommen beschäftigte Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen und beschäftigte Männer in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung im Jahr 2024 mindestens ein Arzneimittel verordnet.
- Bei den Verordnungsanteilen weisen die beschäftigten Frauen über alle Wirtschaftsgruppen hinweg höhere Werte auf, was unter anderem mit der Verordnung von Kontrazeptiva bzw. Antinfektiva begründet ist.
- Herz-Kreislauf-Mittel weisen nicht nur die größte Spannweite bei den Tagesdosen der Beschäftigten zwischen den Branchen auf, sie treten besonders häufig in Arbeitsfeldern mit hoher körperlicher Belastung in Erscheinung, in denen vor allem Männer tätig sind.
- Im Zeitverlauf zeigt sich für alle Wirtschaftsgruppen ein ähnliches Verlaufsmuster des Arzneimittelverordnungs geschehens, wobei der Abstand zwischen der Branche mit dem höchsten und der mit dem niedrigsten Kennwert sukzessive zugenommen hat.

In **III** Diagramm 4.5.3 sind sowohl die Anteile mit Verordnung als auch die definierten Tagesdosen der Beschäftigten nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht dargestellt. Den niedrigsten Verordnungsanteil (47,6%) weisen insgesamt, wie bereits in den Vorjahren, die Beschäftigten im Bereich Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei auf, der höchste Anteil ist im Gesundheits- und Sozialwesen (73,1%) zu finden. Der größte Geschlechtsunterschied bei den Verordnungsanteilen zeigt sich im Bereich Erziehung und Unterricht: Hier liegen die Werte der Frauen (72,4%) deutlich über denen der Männer (55,1%). Über alle Wirtschaftsgruppen hinweg zeigt sich, dass die Verordnungsanteile der Frauen zwar durchgehend über denen der Männer liegen, bei den definierten Tagesdosen ergibt sich hingegen ein nahezu komplett umgekehrtes Muster: Bis auf wenige Ausnahmen erhalten die Männer zum Teil deutlich mehr Tagesdosen als die Frauen verordnet. Die größte Differenz mit einem Unterschied von +131 DDD je Beschäftigten tritt dabei im Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung auf. Insgesamt ist das vor allem durch geschlechtsspezifische Verordnungsschwerpunkte begründet: Während Frauen deutlich häufiger Arzneimittel, allerdings mit geringen Dosierungen (bspw. Antinfektiva bzw. unterschiedliche Hormonpräparate), verordnet bekommen, sind es bei den Männern häufiger Wirkstoffe, die mit hohen Tagesdosen einhergehen

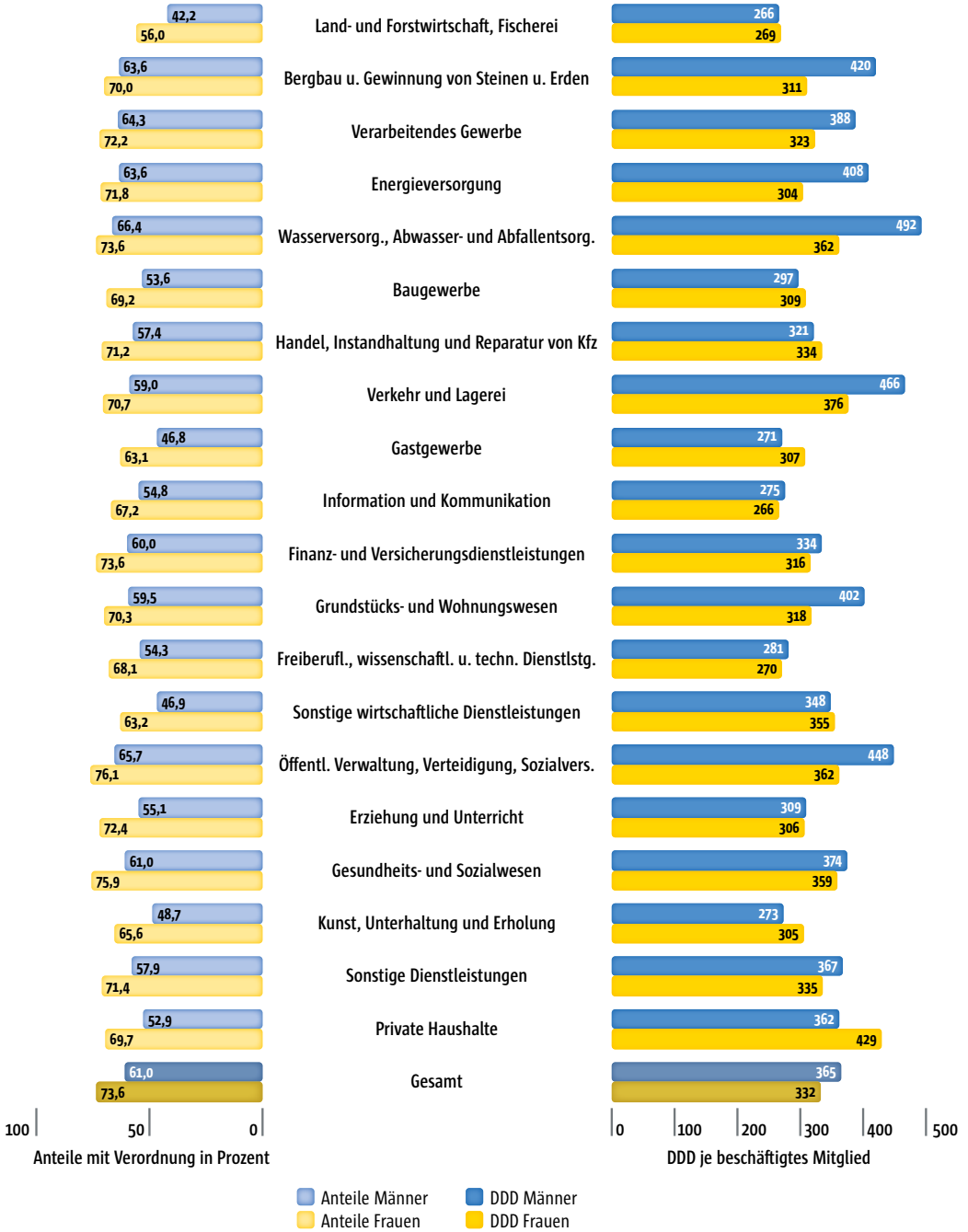
(bspw. Herz-Kreislauf-Medikamente). Teilweise sind die Unterschiede im Verordnungsgeschehen zwischen Männern und Frauen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe auch von der konkret ausgeübten Tätigkeit abhängig: Je ähnlicher die konkrete Tätigkeit und die zugehörige Belastung sind, desto geringer sind die Unterschiede bei den definierten Tagesdosen ausgeprägt. So weisen bspw. Beschäftigte aus den IT-Berufen, die in der Branche Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung tätig sind, nur einen minimalen Unterschied bei den verordneten Tagesdosen auf (Männer: 302 DDD je Beschäftigter; Frauen: 294 DDD je Beschäftigte).

Darüber hinaus zeigt sich wiederum ein ähnliches Muster wie in den anderen berichteten Leistungsbereichen, was als ein weiteres Indiz für den Zusammenhang zwischen der branchenspezifischen Arbeitsbelastung und der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten zu werten ist.

In **III** Diagramm 4.5.4 sind die Tagesdosen für ausgewählte anatomische Hauptgruppen im Wirtschaftsgruppenvergleich dargestellt. Beschäftigte in der Wasserversorgung bzw. Abwasser- und Abfallentsorgung sowie auch im Bereich Verkehr und Lagerei weisen nicht nur insgesamt, sondern auch wirkstoffspezifisch die höchsten Verordnungsmengen bei Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System auf. Dies gilt auch für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie für solche für das Muskel- und Skelettsystem, was mit der hohen körperlichen Arbeitsbelastung als auch mit dem überdurchschnittlichen Anteil beschäftigter Männer in diesen Branchen zusammenhängt. Dagegen fallen bei Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem vor allem solche Wirtschaftsgruppen mit überdurchschnittlich hohen Tagesdosen auf, die einen relativ großen Frauenanteil unter den Beschäftigten haben (bspw. Gesundheits- und Sozialwesen oder private Haushalte). Sowohl insgesamt die niedrigsten Ausprägungen als auch die geringsten Unterschiede zwischen den Wirtschaftsgruppen zeigen sich bei den Tagesdosen der Antinfektiva, was vor allem mit der kurzen Anwendungsdauer von meist nur wenigen Tagen zusammenhängt. Dagegen zeigen die zugehörigen Verordnungsanteile zwischen den Wirtschaftsgruppen eine deutlich größere Spannweite (15,3% – 29,0%), wobei vor allem Branchen mit einem hohen Männeranteil unterdurchschnittliche Werte aufweisen.

Die Entwicklung der Arzneimittelverordnungen für ausgewählte Wirtschaftsgruppen sind im Zeitverlauf für die Anteile in **III** Diagramm 4.5.5 und für die definierten Tagesdosen in **III** Diagramm 4.5.6 der

Diagramm 4.5.3 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)



4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Diagramm 4.5.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2024)

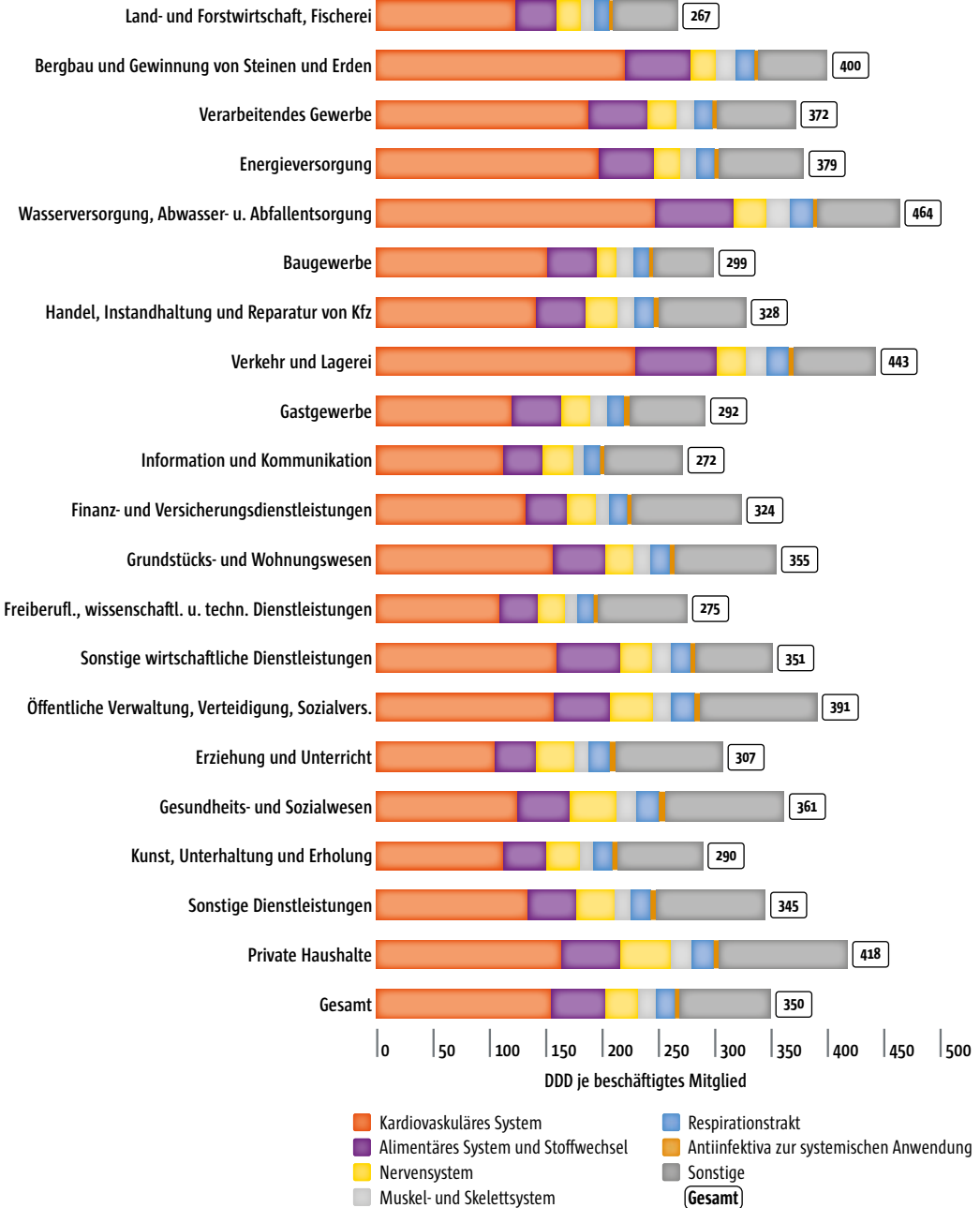
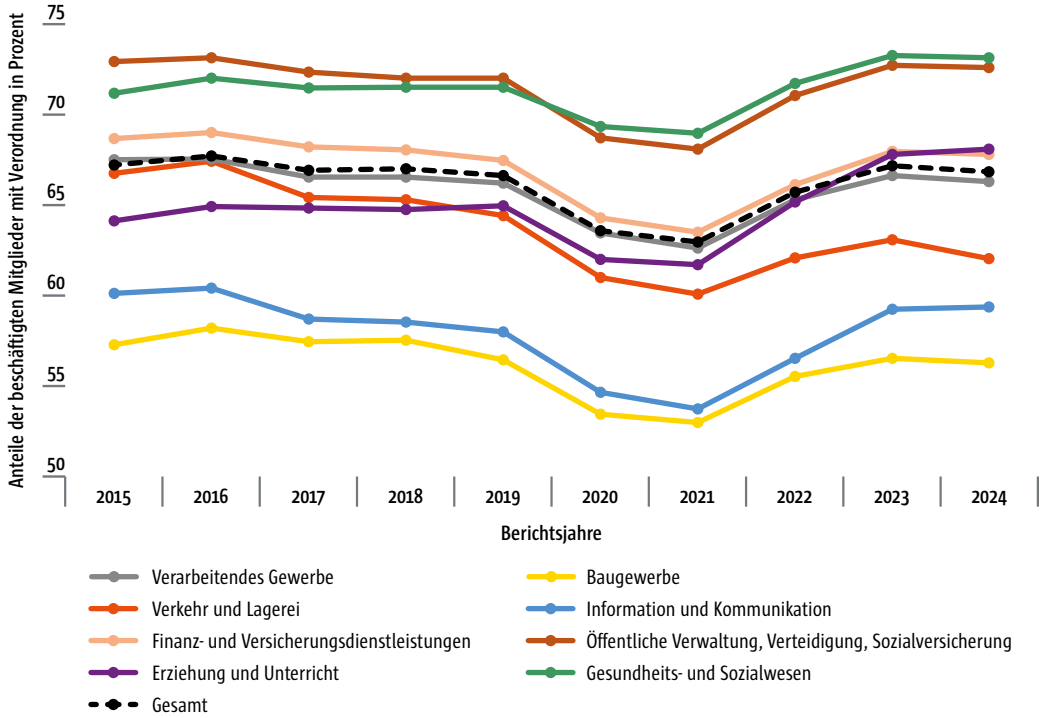


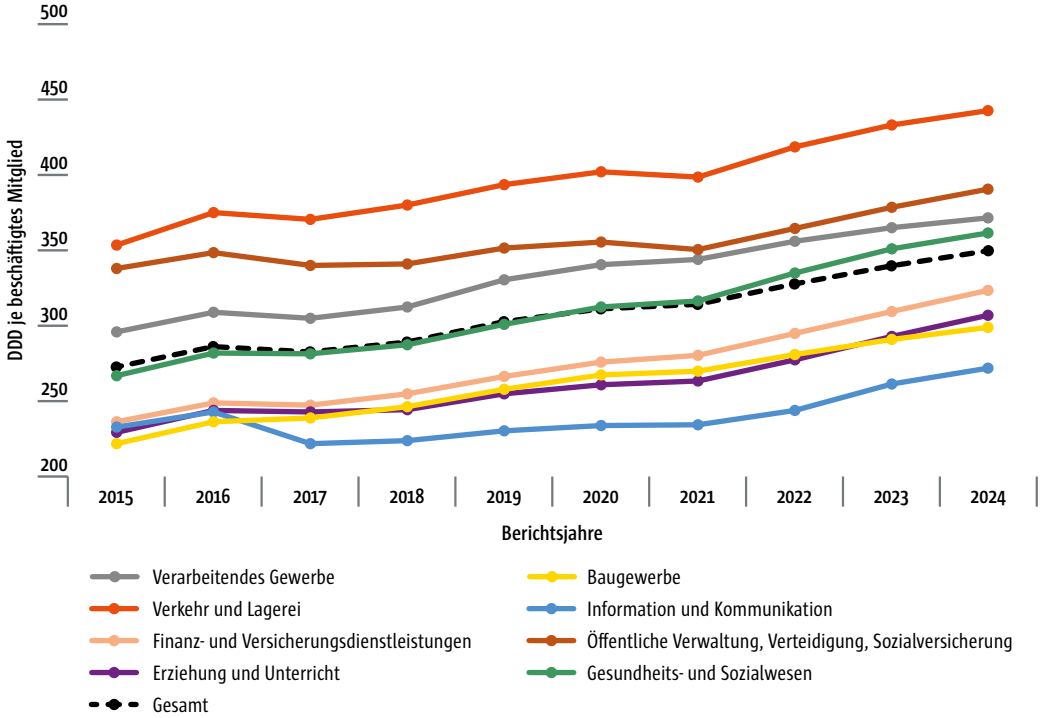
Diagramm 4.5.5 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten im Zeitverlauf (2015–2024)



beschäftigten Mitglieder dargestellt. Parallel zu den vorhergehenden längsschnittlichen Betrachtungen bei den BKK Versicherten (»»» Diagramm 4.2.2 bzw. 4.2.3) zeigt sich auch bei der Subgruppe der Beschäftigten der Einbruch der Verordnungsanteile in den Jahren 2020 und 2021, während die definierten Tagesdosen über den gesamten Beobachtungszeitraum nahezu kontinuierlich gestiegen sind. Zu erkennen ist zudem, dass sich die Rangfolge zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen im Laufe der Zeit kaum verändert hat. Während die öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie das Gesundheits- und Sozialwesen durchweg die höchsten Anteile aufweisen, sind die Beschäftigten

im Bereich Verkehr und Lagerei diejenigen mit dem jeweils höchsten Wert für die definierten Tagesdosen. Dagegen weisen Beschäftigte im Bereich Information und Kommunikation durchweg niedrige Kennwerte auf. Zudem nimmt im Zeitverlauf die Differenz zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen zu: Betrug diese im Jahr 2015 im Maximum bezogen auf die Anteile 21,9 Prozentpunkte bzw. bei den definierten Tagesdosen 150 DDD je Beschäftigten, so liegen diese Abstände mit 25,5 Prozentpunkten bzw. 197 DDD je Beschäftigten im aktuellen Berichtsjahr deutlich höher. Die Dynamik der Entwicklung der Arzneimittelverordnungen fällt in den einzelnen Wirtschaftsgruppen sehr unterschiedlich

Diagramm 4.5.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten im Zeitverlauf (2015–2024)



aus. Neben der demografischen Entwicklung spielen hier aber auch die unterschiedlichen branchenspezifischen Belastungen sowie die Quantität und Qualität der BGF-Angebote (»» BKK Gesundheitsreport 2024: Spurwechsel Prävention – Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung 2024) eine Rolle.

In »» Tabelle 4.5.1 sind jeweils die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten bzw. wenigsten definierten Tagesdosen im Jahr 2024 zu finden. Auch in dieser differenzierten Betrachtung zeigt sich ein ähnliches Muster, wie es bereits in den vorhergehenden Diagrammen deutlich wurde: Die meisten Tagesdosen werden vor allem im Bereich des produzierenden bzw. verarbeitenden Gewerbes, der Ver- und Entsorgung

sowie in der Verkehrs- und Logistikbranche verordnet. Anders verhält es sich bei den zehn Wirtschaftsgruppen mit den geringsten verordneten Tagesdosen: Hier sind vorrangig solche aus den Bereichen Information und Kommunikation sowie der Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen zu finden. Die definierten Tagesdosen unterscheiden sich zwischen der Branche mit dem niedrigsten (Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen: 207 DDD je Beschäftigten) und dem höchsten (Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien: 536 DDD je Beschäftigten) Wert um mehr als das Doppelte.

Tabelle 4.5.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten DDD insgesamt (Berichtsjahr 2024)

WZ 2008-Code	Wirtschaftsabteilungen	EVO	DDD	Anteile der Beschäftigten mit Verordnung in Prozent
		je beschäftigtes Mitglied		
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	7,0	536	63,7
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	6,6	523	65,2
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	6,5	508	70,2
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen, Rückgewinnung	6,3	484	67,9
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	5,8	434	68,9
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik	5,8	431	67,6
8	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	5,6	427	65,8
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	6,7	424	74,3
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	6,2	419	67,2
13	Herstellung von Textilien	5,9	419	68,4
Gesamt		5,2	350	66,8
1	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	3,9	268	46,7
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie	3,9	266	58,6
63	Informationsdienstleistungen	4,1	262	58,4
2	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	3,9	261	54,8
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	3,9	248	56,8
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	3,8	237	38,1
73	Werbung und Marktforschung	3,8	233	58,0
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	3,7	226	53,2
75	Veterinärwesen	4,1	224	66,5
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	3,5	207	50,3

4.5.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Unverändert zu den Vorjahren erhalten die Beschäftigten in den Sicherheitsberufen, den Reinigungsberufen sowie den Verkehrs- und Logistikberufen im Mittel die meisten Tagesdosen verordnet.
- Beschäftigte in den Sicherheitsberufen erhalten mehr als doppelt so viele Tagesdosen mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System wie die Beschäftigten in den Gesundheitsberufen.
- Die durchschnittlich niedrigsten Tagesdosen werden in den personenbezogenen, kaufmännischen und unternehmensbezogenen, sowie IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen verordnet.

Innerhalb einer Wirtschaftsgruppe sind meist Beschäftigte vieler unterschiedlicher Berufe zu finden. So sind zum Beispiel in einem Verkehrsunternehmen neben den Fahrerinnen und Fahrern der Verkehrsmittel selbst auch Beschäftigte aus Verwaltungs-, IT- und Reinigungsberufen tätig. Die genannten Berufsgruppen sind durch ihre unterschiedlichen Tätigkeiten verschiedenen Beanspruchungen und Belastungen ausgesetzt sowie durch deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten gekennzeichnet. Dass sich solche berufsspezifischen Unterschiede auch in den Arzneimittelverordnungen widerspiegeln, zeigt sich in den folgenden Betrachtungen.

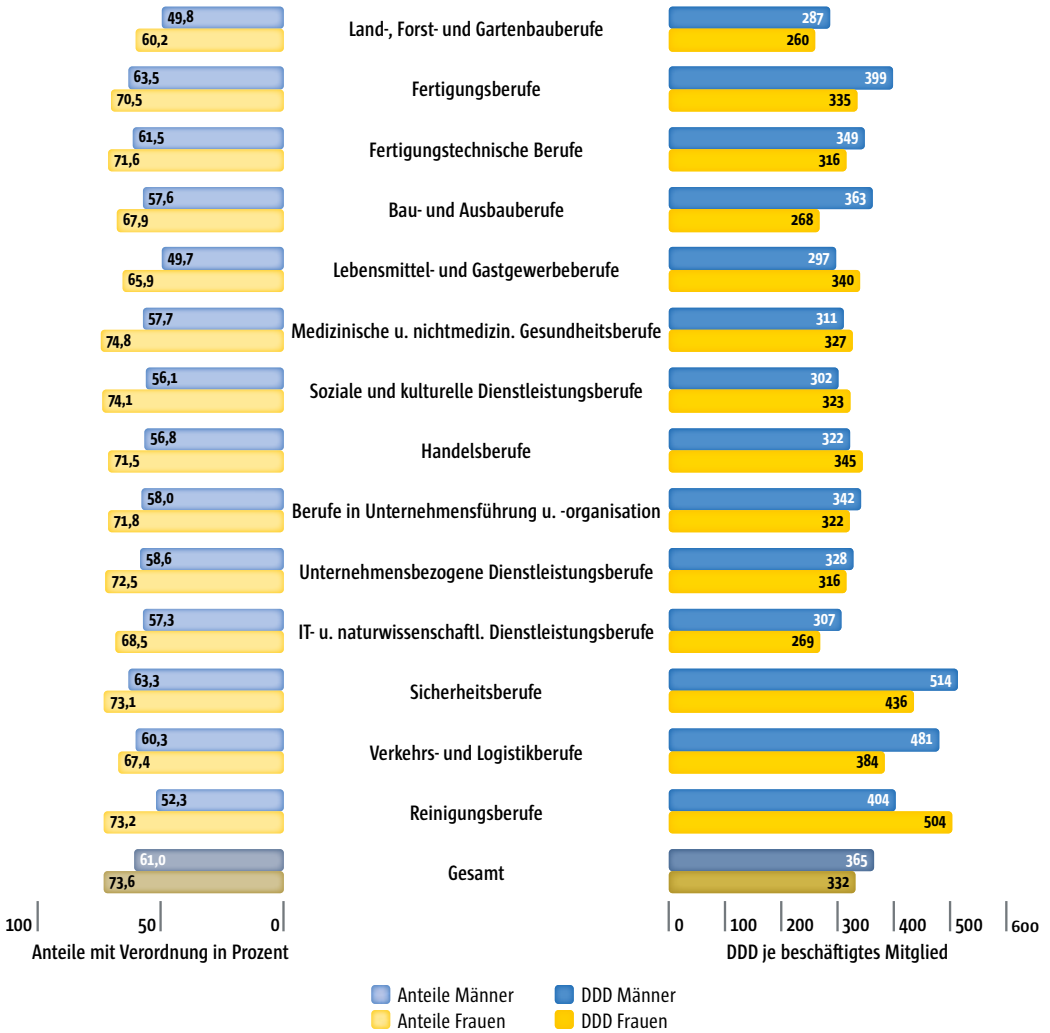
In **»»** Diagramm 4.5.7 sind die Anteile der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung sowie die zugehörigen definierten Tagesdosen gegliedert nach Berufssegmenten und Geschlecht im Jahr 2024 zu sehen. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen weisen Beschäftigte in den Sicherheits-, den Reinigungs- sowie den Verkehrs- und Logistikberufen die meisten verordneten definierten Tagesdosen auf. Deutlich niedrigere Werte finden sich hingegen bspw. in den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen. In der Mehrheit der Berufsgruppen liegen dabei die Werte, wie bereits bei den Wirtschaftsgruppen zu beobachten war, für die Männer über denen der Frauen. Umgekehrt verhält es sich hingegen bei den Verordnungsanteilen. Diese sind durchweg mit +7,0 bis +20,9 Prozentpunkten bei den beschäftigten Frauen höher ausgeprägt als bei ihren männlichen Kollegen. Auch hier spielen wiederum die bereits mehrfach erwähnten physiologischen bzw. sozialen Gründe für das geschlechtsspezifisch unterschiedliche Verordnungsgeschehen eine Rolle. Unabhängig davon zeigen sich auch hier deutliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen: Sowohl bei den Männern (49,8%) als auch bei den Frauen

(60,2%) sind die jeweils niedrigsten Verordnungsanteile in den Land-, Forst- und Gartenbauberufen zu finden. Mit 63,5% treten die höchsten Verordnungsanteile bei den Männern in den Fertigungsberufen auf, bei den Frauen haben mit 74,8% Beschäftigte in den Gesundheitsberufen die Spitzenposition inne. Damit wird deutlich, dass neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden die berufliche Tätigkeit ebenfalls einen maßgeblichen Einfluss auf die Höhe der verordneten Arzneimittel ausübt.

Die verordneten Tagesdosen für ausgewählte anatomische Hauptgruppen im Vergleich zwischen den einzelnen Berufssegmenten sind in **»»** Diagramm 4.5.8 dargestellt. Über drei Viertel (77,1%) aller verordneten Tagesdosen lassen sich bei den Beschäftigten auf die sechs hier ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Jahr 2024 zurückführen. Bei den Herz-Kreislauf-Mitteln sind es die Beschäftigten in den Sicherheits-, den Reinigungs- sowie den Verkehrs- und Logistikberufen, die mit Abstand die höchsten Werte aufweisen. Dabei erhalten bspw. die in Sicherheitsberufen Beschäftigten mehr als doppelt so viele Tagesdosen von dieser Wirkstoffgruppe wie die Beschäftigten in medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (246 DDD vs. 103 DDD je Beschäftigten). Bei den Beschäftigten der Reinigungsberufe, der Sicherheitsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe sind zudem auch die höchsten Verordnungsmengen bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel, auf das Muskel-Skelett-System und auf den Respirationstrakt zu finden. Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem sind wiederum die Berufssegmente mit hohen Verordnungsmengen auffällig, 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 ursächlichen Krankheiten (bspw. psychische Störungen) betroffen sind. Nahezu keine Unterschiede im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit sind hingegen bei den Antinfektiva feststellbar, da diese meist nur kurzfristig und in geringen Mengen eingenommen werden müssen.

Die zeitliche Entwicklung der Arzneimittelverordnungskennzahlen im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit weist ein sehr ähnliches Muster auf, wie es bereits bei den Wirtschaftsgruppen zu beobachten ist. Auch hier ist bei den Verordnungsanteilen in den Jahren 2020 und 2021 ein deutlicher Einbruch zu beobachten, wohingegen ab dem Jahr 2023 wieder das Niveau von 2015 erreicht wird

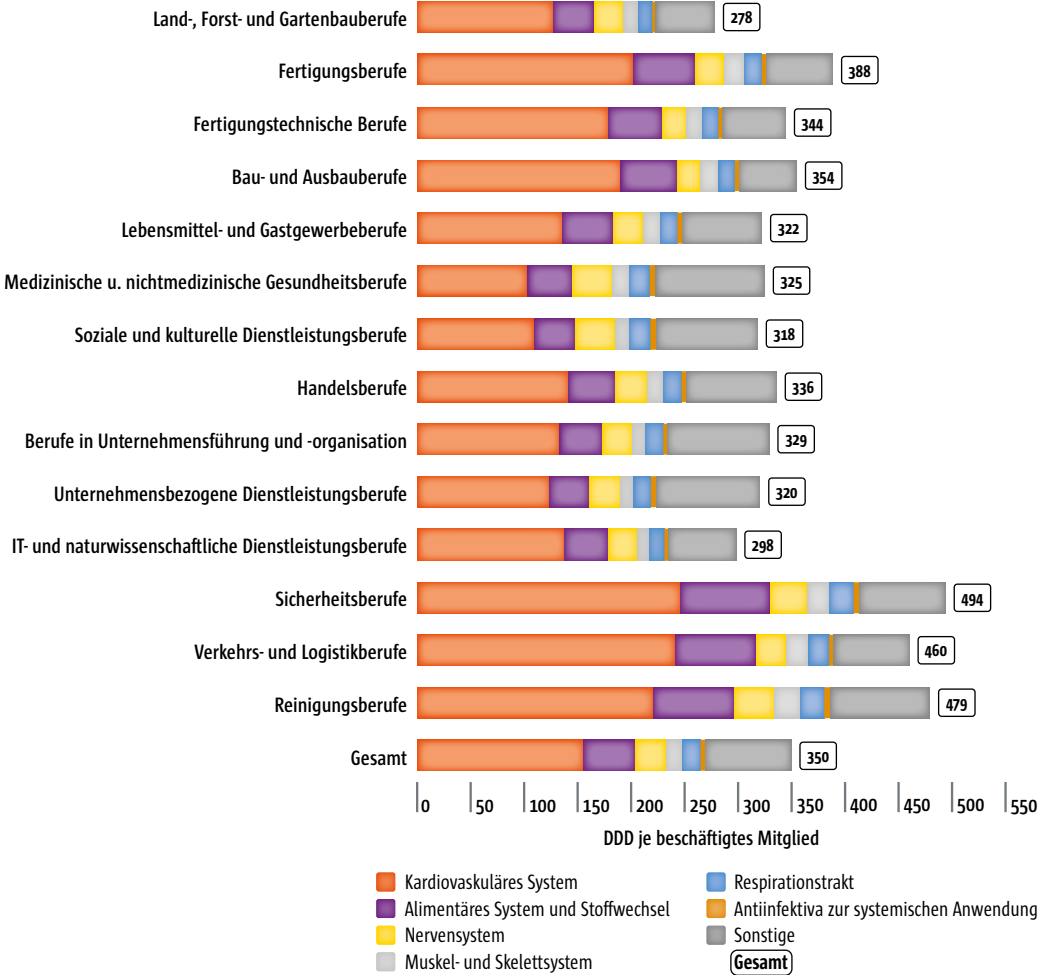
Diagramm 4.5.7 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2024)



(»» Diagramm 4.5.9). Bei den definierten Tagesdosen bildet sich dieser „Corona-Knick“ in den Jahren 2020 und 2021 hingegen nicht bzw. nur minimal ab. Hier ist über den gesamten Zeitraum für alle Berufssegmente ein annähernd linearer Anstieg der definierten Tagesdosen beobachtbar (»» Diagramm 4.5.10). Zudem gibt es im Zeitverlauf nur wenig Dynamik, was die Rangfolge der einzelnen Berufssegmente angeht. Hervorzuheben ist hier noch einmal der Zusammenhang der Kennzahlen an zwei Beispielen: Die Gruppe der Bau- und Ausbau-

berufe weist durchweg unterdurchschnittliche Verordnungsanteile auf, was auch mit den Daten in der ambulanten Versorgung (»» Kapitel 2.5.2) korreliert. Im Gegenzug liegen die definierten Tagesdosen allerdings knapp über dem Durchschnitt. In dieser Berufsgruppe arbeiten vorwiegend Männer (>90%), die eher seltener und meist wesentlich später als Frauen medizinische Hilfe suchen und im Verhältnis dazu dann meist Arzneimittel in höheren Dosierungen verordnet bekommen. Im Kontrast dazu stellt sich das Bild bei den Gesundheitsberufen dar, in denen

4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Diagramm 4.5.8 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2024)

vorwiegend Frauen (>80%) tätig sind. Der Anteil der dort Beschäftigten, die mindestens einmal im Jahr ein Arzneimittel verordnet bekommen, ist zwar mit Abstand am größten, allerdings liegen die definierten Tagesdosen unter dem jeweiligen Jahresdurchschnitt. In dieser Berufsgruppe werden zwar häufig Medikamente verordnet, allerdings meist nur mit einer geringen Anwendungsdauer (bspw. für Atemwegserkrankungen oder Infekte).

Unter den zehn Berufsgruppen mit den meisten Tagesdosen sind vor allem produzierende und verarbeitende Berufe sowie solche aus dem Verkehrs-

und Logistikbereich, dem Sicherheits- und dem Reinigungsbereich zu finden. Die Berufsgruppen mit den wenigsten verordneten Tagesdosen setzen sich mehrheitlich aus den Bereichen personenbezogene, kaufmännische und unternehmensbezogene, sowie IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe zusammen (III Tabelle 4.5.2). Diese Reihung spiegelt im Wesentlichen das bei der Betrachtung der Arzneimittelverordnungen nach Berufssegmenten (III Diagramm 4.5.7) gefundene Muster wider.

Diagramm 4.5.9 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent nach ausgewählten Berufssegmenten im Zeitverlauf (2015–2024)

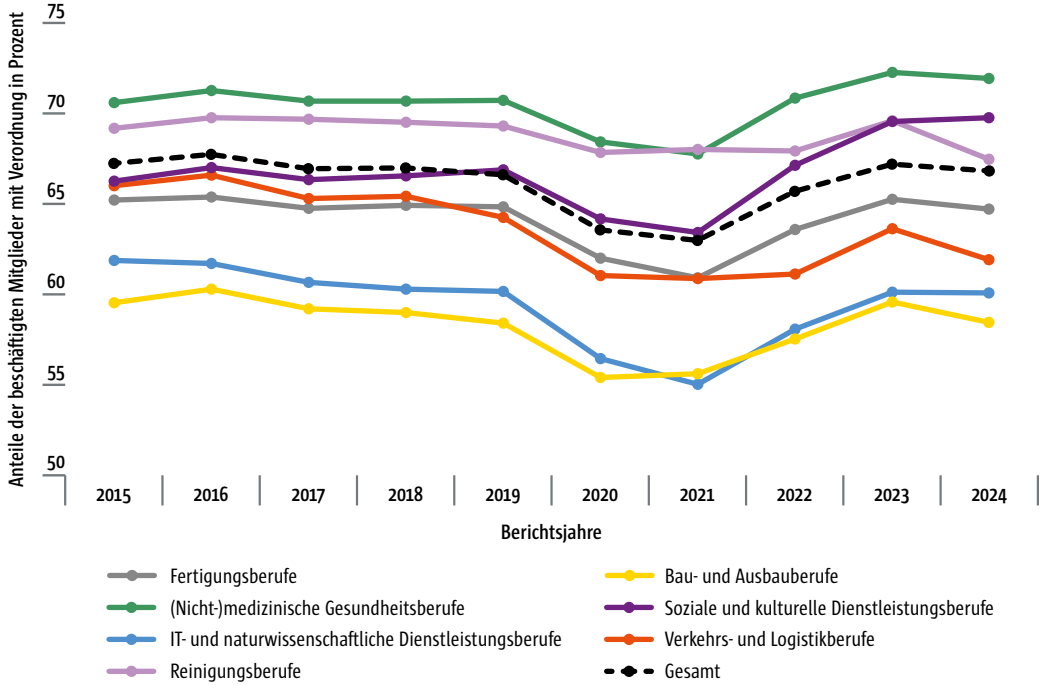
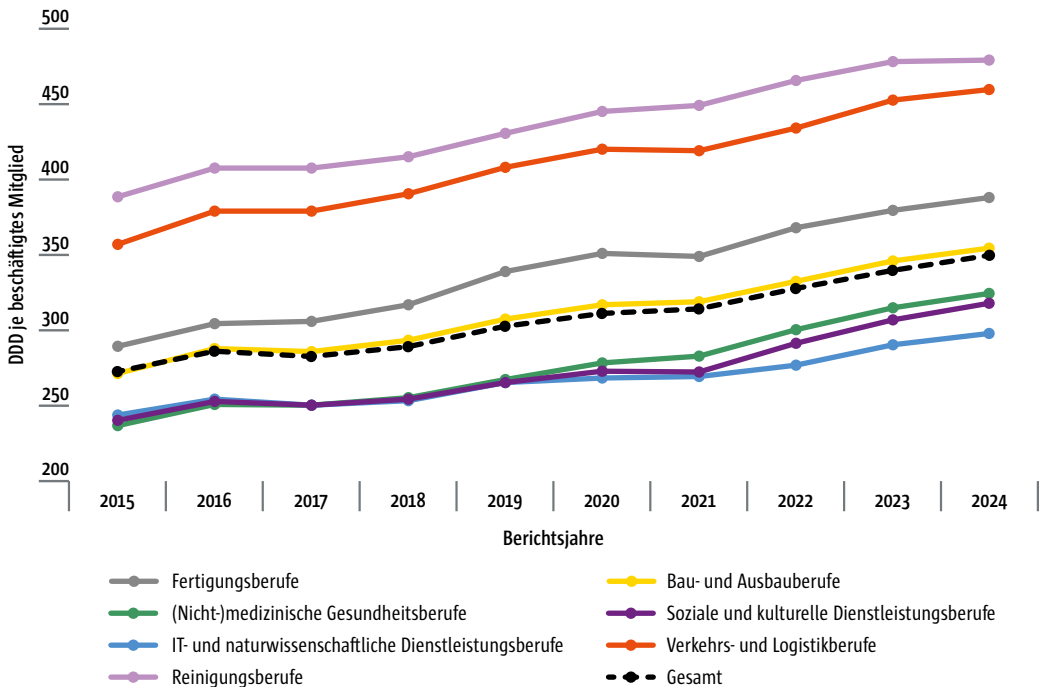


Diagramm 4.5.10 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufssegmenten im Zeitverlauf (2015–2024)



4.5 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Tabelle 4.5.2 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufshauptgruppen mit den meisten/wenigsten DDD insgesamt (Berichtsjahr 2024)

KldB 2010-Code	Berufshauptgruppen	EVO	DDD	Anteile der Beschäftigten mit Verordnung in Prozent
		je beschäftigtes Mitglied		
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	7,0	568	63,7
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	6,6	495	66,0
54	Reinigungsberufe	7,0	479	67,5
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung	5,9	433	65,4
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	5,5	419	63,4
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	5,7	411	60,3
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	5,5	410	64,9
28	Textil- und Lederberufe	5,7	397	67,9
41	Mathematik, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	5,4	383	67,2
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	5,4	368	60,3
Gesamt		5,2	350	66,8
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	4,7	290	65,3
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	4,6	281	57,0
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	4,4	278	62,3
33	(Innen-)Ausbauberufe	3,9	266	52,2
84	Lehrende und auszubildende Berufe	4,2	266	58,9
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	4,1	261	60,9
43	Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	3,7	261	56,9
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	3,7	245	46,3
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	3,6	233	50,6
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	3,6	232	57,2

Infobox Vielfalt und gesunde Arbeit

Die berufliche Tätigkeit ist eines der zentralen Merkmale der Vielfalt in der Arbeitswelt. In einem Unternehmen sind Beschäftigte ganz vieler unterschiedlicher Professionen tätig, die gleichzeitig in Kombination mit weiteren Vielfaltsdimensionen, wie bspw. dem Schul- und Berufsabschluss, der Stellung im Beruf, dem Komplexitätsgrad der Tätigkeit, dem Beschäftigungsverhältnis und der Wahrnehmung von Führungsaufgaben auftreten. Alle genannten Merkmale haben einen bedeutsamen und eigenständigen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten, wie sich auch in den vorliegenden Datenanalysen zeigt. Darauf basierend ergeben sich diverse Ansatzpunkte der Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt sowie darüber hinaus. So sind bspw. die Bildungsvariab-

len eine der wichtigsten direkten (bspw. in Bezug auf Gesundheitskompetenz und -verhalten) sowie indirekten (bspw. definierten sie maßgeblich den Weg in eine spätere berufliche Tätigkeit und die Rolle bzw. Position in einem Unternehmen) Einflussfaktoren der gesundheitlichen Lage von Beschäftigten. Neben der eigentlichen Tätigkeit und den damit in Verbindung stehenden Beanspruchungen und Belastungen, sollten auch solche weiteren Tätigkeitsmerkmale bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit unbedingt berücksichtigt werden. Die Betriebskrankenkassen sind durch ihre Expertise und ihren starken Arbeitsweltbezug dafür prädestiniert, Unternehmen und deren Beschäftigte bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeit zu beraten und zu unterstützen.

4.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die Entwicklung bei den Arzneimittelverordnungen im Jahr 2024 weist im Wesentlichen ein ähnliches Muster wie in den letzten 10 Jahren auf: Während sich die Einzelverordnungen und die Anteile der Versicherten mit mindestens einer Verordnung – ausgenommen hiervon ist der „Corona-Knick“ in den Jahren 2020 und 2021 – nur wenig verändert haben, sind die durchschnittlichen verordneten Tagesdosen pro Versicherten im gleichen Zeitraum deutlich angestiegen. Eine wesentliche Ursache dieser Entwicklung ist im demografischen Wandel begründet. Durch den Geburtenrückgang und die gleichzeitig gestiegene Lebenserwartung ist sowohl die Anzahl als auch der Anteil der älteren Versicherten in den letzten Jahren sukzessive angestiegen. Wie die Auswertungen nach Altersgruppen zeigen, sind in der Gruppe der älteren Versicherten die mit Abstand höchsten Kennzahlen im Verordnungsgeschehen zu verzeichnen. Dass hier meist mehrere Verordnungen in höherer Dosierung gleichzeitig stattfinden, erklärt auch den minimalen Anstieg des Anteils mit (mindestens) einer Verordnung im Vergleich zu dem deutlichen Anstieg bei den Tagesdosen. Angesichts der demografischen Entwicklung ist von einer Fortsetzung dieser Entwicklung in den kommenden Jahren auszugehen. Besonders davon betroffen sind Mittel, die vor allem bei chronischen Erkrankungen zum Einsatz kommen. Entsprechend ist in den Auswertungen durchweg eine starke Dominanz der Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System sichtbar, wobei dieses Muster auch in den Analysen zur ambulanten und stationären Versorgung zutage tritt.

Betrachtet man die Gruppe der Beschäftigten, so zeigt sich dabei ein ähnliches Muster, wie es bereits bei den Versicherten insgesamt sichtbar wurde. Auch hier dominieren die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System das Verordnungsgeschehen. Allerdings wird bei den Tagesdosen im Durchschnitt weniger als die Hälfte des Wertes der BKK Versicherten insgesamt erreicht, was noch einmal

sehr plakativ den Zusammenhang mit dem Lebensalter illustriert. In der Betrachtung nach Wirtschafts- und Berufsgruppen zeigt sich, dass nahezu identisch zu den anderen Leistungsbereichen, die gleichen Branchen und Berufe mit überdurchschnittlichen (bspw. Verkehr- und Lagerei, Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung, Sicherheitsberufe und Reinigungsberufe) Werten auffallen. Umgekehrt gilt dies in gleicher Weise für solche Tätigkeitsfelder, in denen sich Werte unter dem Durchschnitt finden, wie dies bspw. im Bereich Information und Kommunikation oder in den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen der Fall ist. Insofern kann der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit, anhand der differenzierten Betrachtung relevanter tätigkeitsspezifischer Merkmale, in allen Leistungsbereichen gezeigt und somit auf Basis der Analysen belegt werden.

Der Zusammenhang zwischen der Vielfalt in der Arbeitswelt und der Gesundheit von Beschäftigten lässt sich auch in den Analysen zu den Arzneimittelverordnungen nachweisen. Der Mehrwert zu den klassischen Fehlzeitenanalysen besteht vor allem darin, dass hier – wie auch in der ambulanten Versorgung – medizinische Versorgung abgebildet wird, die nicht zwangsläufig immer zu einer Arbeitsunfähigkeit führt. So konnte bspw. bereits im **III** BKK Gesundheitsreport 2019 gezeigt werden, dass die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten mit einer diagnostizierten depressiven Episode (F32) und einer Verordnung eines Antidepressivums im Laufe des gleichen Jahres keine Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit dieser Diagnose aufweist. Für die Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass Angebote nicht allein auf Basis der AU-Kennzahlen erstellt werden sollten, sondern hier auch weitere, ergänzende Informationen herangezogen werden können. Somit lässt sich aus der Vielfalt der vorliegenden Daten ein Gesamtüberblick als Ausgangsbasis der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit erarbeiten.

Schwerpunkt Praxis



Von Diskriminierung zu Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung: Das Programm „Empowerment für Diversität“

Ute Siebert, Sybill Schulz, Tuğba Yalçınkaya, Jalid Sehouli und Theda Borde
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Das Programm „Empowerment für Diversität – Allianz für Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung“ (EMPDIV) setzt sich für die gleichberechtigte Teilhabe und Chancengerechtigkeit aller Menschen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland ein. Gesundheit ist ein Menschenrecht und bildet die Grundlage für Teilhabe in allen Lebensbereichen sowie für gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Das Programm wird seit 2023 von der Stiftung Mercator gefördert, ist an der Klinik für Gynäkologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin angesiedelt und wird von

- Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jalid Sehouli (Direktor der Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für onkologische Chirurgie, Charité Campus Virchow-Klinikum) und
- Prof. Dr. Theda Borde (Professorin Alice Salomon Hochschule Berlin [i.R.]) geleitet.

Diskriminierung aufgrund eines niedrigen sozioökonomischen Status oder Bildungsgrades, aufgrund von (zugeschriebener) Migrations- und Fluchtgeschichte, Geschlechtsidentität, sexueller Orientierung oder anderer Gründe kann krank machen. Verschiedene Studien zeigen, dass Diskriminierungserfahrungen im Alltag und im Berufsleben zu chronischem Stress führen, der sich negativ auf die Gesundheit auf psychischer und physischer Ebene auswirkt [1, 2, 3]. Hinzu kommt, dass auch die Gesundheitsversorgung ein Feld darstellt, in dem Diskriminierung auf struktureller, institutioneller und interpersoneller Ebene stattfindet.

Studien zeigen, dass die Förderung von Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung eng mit der Berücksichtigung sozialer und struktureller Determinanten verbunden ist. Denn diese wirken maßgeblich auf den Gesundheitszustand, den Zugang zur Versorgung und die Qualität der Behandlung. So nehmen Menschen mit niedrigem Einkommen und Bildungsgrad seltener Vorsorgeangebote wahr und

erhalten oft eine geringere Behandlungsqualität. Diese Benachteiligungen führen nachweislich zu einem schlechteren Gesundheitszustand und zu höheren Sterblichkeitsraten [4, 5].

Zusätzlich erfahren Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte in der Gesundheitsversorgung häufig sprachliche, rechtliche und institutionelle Hürden sowie rassistische Diskriminierung. Der Lagebericht zu Rassismus in Deutschland [6] betont, dass Nutzer:innen des Gesundheitswesens in Deutschland vor allem wegen ihrer Hautfarbe, ethnischen Herkunft und aus rassistischen Gründen regelmäßig Diskriminierung erfahren. Hamed et al. [7] und Bartig et al. [8] halten hierzu fest, dass sich institutioneller und interpersoneller Rassismus gegenüber Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte sowie gegenüber BIPOC (Schwarze, Indigene und People of Color) negativ auf die Versorgungsqualität auswirkt und zu Fehlbehandlungen, Ausschlüssen, Vertrauensverlust und Versorgungslücken führt.

Diese Erkenntnisse unterstreichen den dringenden Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung, Diskriminierung auf struktureller, institutioneller und interpersoneller Ebene zu identifizieren und gezielt entgegenzuwirken. Eine nachhaltige Verankerung diversitäts- und zukunftsgerichteter institutioneller Strukturen und professioneller Kompetenzen ist notwendig, um den Zugang zur Versorgung, zu guter Information und Aufklärung sowie zu einer gleich guten Qualität der Behandlung für Alle zu sichern.



Das Programm „Empowerment für Diversität“ verfolgt das Ziel, Diskriminierung in den institutionellen Strukturen der Gesundheitsversorgung abzubauen sowie Diversitätskompetenz und eine diskriminierungskritische Haltung beim Gesundheitspersonal weiterzuentwickeln.

Die Maßnahmen basieren auf einem intersektionalen Diversitätsverständnis, das die im Allgemeinen Gleichstellungsgesetz (AGG) genannten Merkmale enthält (Gender, ethnische/nationale Herkunft, Religion/Weltanschauung, Behinderung, Alter, sexuelle Orientierung/Identität) sowie weitere Diversitätsdimensionen wie soziale Herkunft, sozioökonomischer Status, Körpergewicht und die damit verbundenen Wechselwirkungen als Diskriminierungsrisiken berücksichtigt.

Im Folgenden werden Maßnahmen des Programms in Bezug auf die Handlungsfelder „Diversitätsorientierte Organisationsentwicklung in Kliniken“ und „Qualifizierung von Gesundheitspersonal“ vorgestellt.

Diversitätsorientierte Organisationsentwicklung in Kliniken

Um die bestehenden Herausforderungen für eine chancengerechte Gesundheitsversorgung adäquat zu adressieren, verfolgt das Programm „Empowerment für Diversität“ (EMPDIV) einen systematisch verzahnten, partizipativen Ansatz zur diversitätsorientierten und diskriminierungskritischen Organisationsentwicklung in Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe. Die Organisationsentwicklung verbindet zwei zentrale Interventionsachsen:

- Der Abbau struktureller Zugangsbarrieren für Patient:innen und Angehörige, sowie
- die Sensibilisierung und kompetenzbezogene Qualifizierung des Gesundheitspersonals.

Der Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors [9] belegt regelmäßige Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen im Gesundheitsbereich, auch von nicht rassistisch markierten Menschen: So geben Frauen am häufigsten an, negative Erfahrungen im Gesundheitsbereich zu machen. Etwas mehr als zwei Drittel (68%) der befragten muslimischen Frauen gaben an, schon einmal von Ärzt:innen oder sonstigem medizinischen Personal „ungerechter oder schlechter behandelt“ worden zu sein als andere. 35% sprechen sogar von regelmäßigen derartigen Erfahrungen. Zur Identifizierung von Diskriminierungsrisiken und Rassismen nimmt das Programm EMPDIV Strukturen, Regelungen, Abläufe und Routinen sowie Zuständigkeiten und Zugänge zu Information und Dienstleistungen in Kliniken in den Blick. Dabei wird sowohl die institutionelle als auch die interpersonale Ebene berücksichtigt.

Nach einer bundesweiten, an Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe gerichteten Ausschreibung wurden sieben Kliniken aus verschiedenen Regionen (Ost/West, Stadt/Land) und Trägerschaften (Universitäten, christliche Verbände) auf Basis ihrer eingereichten Konzepte als „Empowerment Partner Kliniken“ ausgewählt und die Zusammenarbeit in der diversitätsorientierten Organisationsentwicklung für die erste Phase des Programms bis Ende 2025 in Kooperationsverträgen festgeschrieben (III Tabelle 1).

Ziel ist eine partizipativ ausgerichtete Organisationsentwicklung in den Kliniken zur Unterstützung struktureller Veränderungsprozesse, um exkludierende und diskriminierende Mechanismen zu erfassen und durch diversitätsorientierte, nachhaltig wirksame Maßnahmen abzubauen. Dabei ist die Umsetzung, Erprobung sowie die nachhaltige Verstetigung von geeigneten Prozessen und Maßnahmen im klinischen Setting ein wichtiges Anliegen, das schon in der Phase I des EMPDIV Programms in den Fokus genommen und in der Folgephase II (März 2026 bis Februar 2029) weiterverfolgt wird (III Abbildung 1).

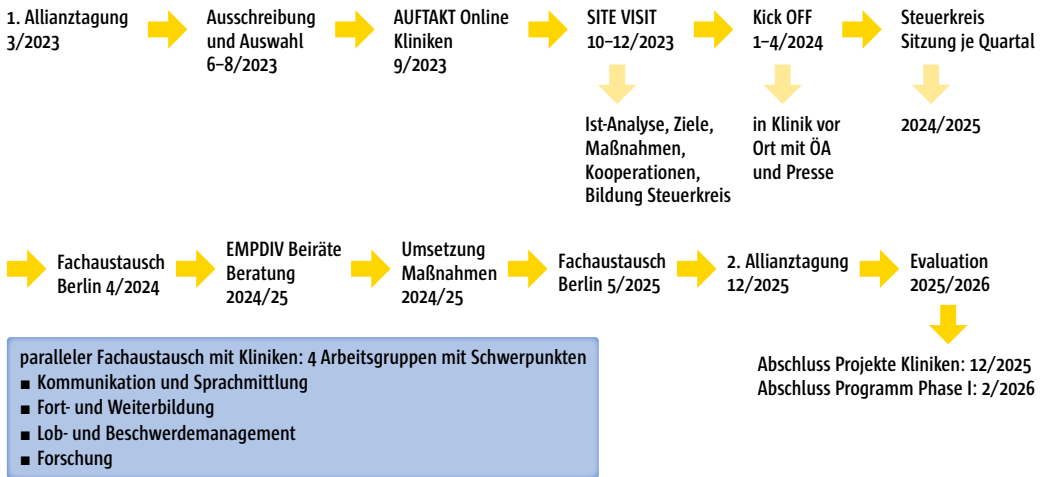
Die Entwicklungsprozesse werden durch die beiden EMPDIV-Mitarbeiterinnen Sybill Schulz und Anthea Backfisch moderiert und fachlich begleitet, die langjährige Erfahrungen im Gesundheits- und Integrationsbereich und in der Organisationsentwicklung aufweisen. Gemeinsam mit den in den Partner Kliniken aufgebauten Steuerkreisen, die 5-15 Vertreter:innen aus Medizin, Pflege, Qualitätsmanagement, Unternehmenskommunikation, Gleichstellung und Antidiskriminierung umfassen, wurden anhand von interaktiven Workshops zur Ist-Analyse zunächst klinikspezifische Handlungsbedarfe identifiziert und entsprechende Projektziele vereinbart. Diese dienten als Grundlage für die Spezifizierung der jeweiligen Maßnahmen und Benennung von Kooperationspartner:innen für den Organisationsentwicklungsprozess. Die Umsetzung der Maßnahmen wird von der Stiftung Mercator (als Förderin des Gesamtprojektes) und zu gleichen Teilen durch die Kliniken selbst finanziert.

In jeder Klinik fand eine Kick-Off Veranstaltung statt, an der relevante Akteur:innen wie Mitarbeitende und Patient:innen, verschiedene Communities, Zivilgesellschaft, Vertreter:innen aus Politik und Fachverbänden teilnahmen. Durch eine Fachdiskussion und einen Markt der Möglichkeiten konnten die Thematik der Chancengerechtigkeit und Akzeptanz von Vielfalt in der Gesundheitsversorgung öffentlichkeitswirksam in die Breite getragen und Kooperationen gestärkt werden.

Abbildung 1 Programm „Empowerment für Diversität – Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung“. Diversitätsorientierte Organisationsentwicklung in Empowerment Partner Kliniken

Zeitplanung 2023–2026 (Phase 1)

Kooperation mit 7 Kliniken (Fokus: Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe)



Zur Analyse von Gelingensbedingungen und hemmenden Faktoren für Diversitätsorientierung im klinischen Alltag wurden mit den Kliniken die jeweiligen Rahmenbedingungen analysiert, Fallbeispiele für Diskriminierungen gesammelt, Zufriedenheitsbefragungen und das Beschwerdemanagement gemeinsam systematisch ausgewertet.

Die diversitätsorientierten Vorhaben sind in den Bereichen Kommunikation, Sprachmittlung, Fort- und Weiterbildung, Lob- und Beschwerdemanagement sowie Forschung verortet. Im gesamten Programmzeitraum haben die beteiligten Kliniken die Möglichkeit, den divers zusammengesetzten, interprofessionellen Praxisbeirat von EMPDIV zur Beratung (bspw. bei der Durchführung von Workshops, Entwicklung von Fragebögen, Erstellung von themenspezifischen Videos und Informationsmaterialien) hinzuzuziehen. Gleichzeitig kann die Expertise des Projektbeirates als Vertretung von relevanten Entscheidungsträgern auf Bundes- und Landesebene genutzt werden, um konkrete Fragestellungen zu adressieren und die Vernetzung mit relevanten Institutionen zu fördern.

Der Praxisbeirat berät das EMPDIV Programm aus der Sicht von Nutzer:innen des Gesundheitssystems als Expert:innen für unterschiedliche Diskriminierungserfahrungen und -risiken, aus der machtkritischen Sicht von Vertretungen/NGOs von marginali-

sierten gesellschaftlichen Gruppen und aus der Perspektive verschiedener Expert:innen der Gesundheitsversorgungspraxis.

Weitere Infos zu den Beiräten siehe: https://diversity.charite.de/diversity_projekte/empowerment_fuer_diversitaet/bundesweites_netzwerk/

Darüber hinaus wurde für Handlungsfelder, die für alle Kliniken zum Abbau von Diskriminierungen von Bedeutung sind, ein regelmäßiger Fachaustausch zwischen den Beteiligten initiiert. Alle beteiligten Empowerment Partner Kliniken vereint der Vorsatz zur Kommunikation und Verständigung auf Augenhöhe, so die Etablierung von passgenauen Sprachmittlungsdiensten, fachspezifischen Übersetzungsprogrammen, Gebärdendolmetschservice, Mehrsprachigkeit von Informationsmaterial, Webseiten und Videos, mehrsprachigen Kreißsaalführungen sowie interdisziplinären Austauschformaten für Personal, Patient:innen und Angehörige.

Parallel wurden in der quartalsweise tagenden Fachgruppe Kommunikation und Sprachmittlung konkrete Bedarfe und Lösungsansätze diskutiert, aktuelle Studien vorgestellt und zehn unterschiedlich fungierende Sprachmittlungsdienstleister:innen zum Austausch eingeladen.

In der Fachgruppe Fort- und Weiterbildung finden regelmäßige Vernetzungstreffen mit dem Arbeitsbereich Qualifizierung des EMPDIV-Programms (III s.u.) statt, um sich über entwickelte diskriminierungssensible Lehrmodule auszutauschen sowie diese in Kliniken anzuwenden bzw. für weitere Zielgruppen anzupassen.

In der Fachgruppe Lob- und Beschwerdemanagement wurden die Ergebnisse einer internen Erhebung in allen beteiligten Kliniken zur Funktionsweise des jeweiligen Beschwerdemanagement-Systems für Patient:innen und Personal gemäß gesetzlichen Vorgaben präsentiert und Struktur- und Verfahrensänderungen unter Einbeziehung von Empfehlungen des BBfG (Bundesverband für Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen) diskutiert. Ziel dieses Online-Formates ist ein Voneinander-Lernen, da jede Klinik unterschiedliche Erfahrungen mit Beschwerdeerfassung und Software, Zugangswegen und Inanspruchnahme mitbringt. Auf der Basis eines bereits gewonnenen Vertrauens aller Partner:innen ist eine große Offenheit und Transparenz von Fortschritten und Hürden in der täglichen Beschwerdebearbeitung sichtbar.

Darüber hinaus stehen diverse strukturelle Änderungen in den Kliniken auf der Agenda, wie u. a. die Schaffung von Diversitäts- und Gleichstellungsbeauftragten, die Implementierung von Onkolots:innen in der Organisationsstruktur sowie die Verankerung von Sensibilisierungsschulungen und berufsspezifischen Fortbildungen in Klinikstrukturen wie Akademien und vergleichbaren Institutionen.

Zur externen Evaluierung der beschriebenen Prozesse in der diversitätsorientierten Organisationsentwicklung in den Empowerment Partner Kliniken wurden zwei studentische Begleitforschungen im Rahmen von Masterarbeiten initiiert. Diese erfassen bis Ende 2025 mittels qualitativer bzw. quantitativer Methoden folgende Aspekte:

- Erfolgsfaktoren, Herausforderungen und Handlungsempfehlungen zur Förderung von Chancengerechtigkeit durch diversitätssensible Organisationsentwicklung in Kliniken der Gynäkologie und Geburtshilfe (RaChOe)
- Diversitätsorientierte Prozesse in Kliniken: Möglichkeiten, Grenzen und Entwicklungspotenziale technologischer Entwicklungen für die sprachliche Kommunikation mit Patient:innen mit begrenzten Deutschkenntnissen in Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe (TechKomPat)

Entsprechend dem zugrunde liegenden Projektmanagement-Zyklus werden zum Ende der Programm-

laufzeit Phase I die Ergebnisse anhand einer Evaluationsmatrix (Wirkungsanalyse nach Theory of Change) je Klinik und je übergreifenden Fachthemen evaluiert.

Diversitätskompetenz und diskriminierungskritische Haltung des Gesundheitspersonals

Die Maßnahmen im EMPDIV Programmbereich Qualifizierung zielen darauf ab, Rassismus und andere Diskriminierungsformen basierend auf Vorurteilen, Einstellungen, Handlungen, Routinen und Wissensbeständen in der Berufspraxis und Interaktion mit Patient:innen, An- und Zugehörigen und anderen Kolleg:innen im (Berufs-)Alltag zu adressieren und abzubauen (III Tabelle 2).

Zehn Kooperationspartner:innen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal konzipieren und erproben Lehrformate und Lehrmaterial, um das aktuelle und das zukünftige Gesundheitspersonal für Diskriminierungsrisiken in der Gesundheitsversorgung zu sensibilisieren sowie Diversitätskompetenz [9] auszubauen und eine diskriminierungskritische professionelle Haltung zu entwickeln. Die Kooperationspartner:innen werden von der EMPDIV-Mitarbeiterin Dr. Ute Siebert fachlich begleitet, die langjährige Erfahrung in der diversitätsorientierten Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal mitbringt.

In allen von den Empowerment Partner:innen konzipierten und bereits erprobten Lehrveranstaltungen und Lehrmaterialien (inkl. Lehrfilme, Podcasts, Praxisleitfäden) geht es darum, Stereotypen und Vorurteile abzubauen und rassistischen medizinischen Mythen wie etwa der Pseudo-Diagnose „Morbus Mediterraneus“ sowie rassistischen medizinischen Wissensbeständen entgegenzuwirken. (Bei „Morbus Mediterraneus“ handelt es sich um das rassistische Vorurteil, dass aus dem Mittelmeerraum stammende Menschen eine übertrieben starke Schmerzáußerung bzw. Wehleidigkeit aufweisen. Dies kann in der Praxis zu einer Unterversorgung mit Schmerzmitteln führen, und dazu, dass Patient:innen mit ihren Symptomen nicht ernst genommen werden).

Die erarbeiteten Kurse, Workshops und Lehrmaterialien fördern außerdem kommunikative Kompetenzen, Fähigkeiten in der Überwindung von Sprachbarrieren sowie Kompetenz in der Arbeit mit professionellen Sprachmittler:innen. Ebenso werden die Fähigkeit zum Zuhören, eine empathische Haltung sowie Deeskalations- und Konfliktlösungskompeten-

zen entwickelt. Alle Lehrmodule und Lehrmaterialien zeichnen sich durch Praxisorientierung aus, mit dem Ziel der Entwicklung von Handlungsstrategien gegen Diskriminierungen im Berufsalltag der Gesundheitsversorgung auf interpersoneller, institutioneller und struktureller Ebene.

Die entwickelten Lehrformate und Lehrmaterialien befähigen das (zukünftige) Gesundheitspersonal ebenfalls darin, strukturelle Barrieren und Ausschlüsse im Gesundheitssystem sowie diskriminierende Strukturen auf institutioneller Ebene zu erkennen und zu adressieren, wie z.B. fehlende Sprachmittlungssysteme, fehlende multilinguale Patient:inneninformationen, diskriminierende Routinen. Diese Fähigkeiten sind Teil der dringend notwendigen „strukturellen Kompetenz“ des Gesundheitspersonals [11].

In einem partizipativen Prozess wurden die Lehrformate und Lehrmaterialien durch kollegialen Austausch und durch die Beratung von Mitgliedern des EMPDIV Praxisbeirats entwickelt. Somit konnten vielschichtige, machtkritische und interprofessionelle Blickrichtungen in den Erarbeitungsprozess einfließen.

Im Dezember 2025 werden alle Lehrformate und Lehrmaterialien als Open Educational Resources (OER) auf einer Webseite zur Verfügung gestellt. Somit können Lehrpersonen und Dozierende im gesundheitsbezogenen Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereich alle Kursbeschreibungen und Materialien nutzen und in die eigene Lehre einbinden.

Wo bisher ein Mangel an guten multimedialen Lehrmaterialien und Lehrformaten zum Thema Antidiskriminierung in der Gesundheitsversorgung herrschte, finden Lehrpersonen nun auf der OER Webseite viele Anregungen vor, wie diese essenziellen Lernthemen in die Lehre bzw. den Unterricht integriert werden können.

Ab 2026 bietet das Programm „Empowerment für Diversität“ außerdem gezielte Train-the-Trainer Workshops an, um Lehrende und Dozierende darin zu unterstützen, die OER Materialien in der Lehre zu Diversitätskompetenz, strukturelle Kompetenz und diskriminierungskritische Haltung für verschiedene Zielgruppen zu unterrichten.

Um es mit der Herausforderung aufzunehmen, diversitätsorientierte und diskriminierungskritische Lehrinhalte nachhaltig in den Lehrplänen und Curriculae der gesundheitsbezogenen Studien- und Ausbildungsgänge sowie in der berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildung zu verankern, hat Dr. Ute Siebert

vom EMPDIV Programm einen bundesweiten Arbeitskreis eingerichtet. Dieser hat das Ziel, Akteur:innen, Gremien und Institutionen mit Entscheidungsmacht in Bezug auf die Ausgestaltung von Lehrplänen und Curriculae zu adressieren und zu sensibilisieren.

Beispielsweise wurde aus dem Arbeitskreis heraus zusammen mit den Kooperationspartner:innen des Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe und der Lindenburg Akademie (Uniklinik Köln) im Juni 2025 eine Petition an die Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes (PflBG) gestellt. Diese fordert Diversitätskompetenz, Antidiskriminierung, Rassismuskritik und Demokratiebildung in den Rahmenlehrplänen zur Ausbildung von Pflegefachpersonen zu implementieren. Diese Fachkommission erstellt auf Bundesebene die Rahmenlehrpläne für die Pflegeausbildung, an denen sich alle Pflegeschulen bzw. -akademien in Deutschland orientieren.

Im Arbeitskreis wird außerdem der Revisionsprozess des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) thematisiert und gegenüber entsprechenden Gremien und Institutionen die Beachtung der rassismuskritischen Kommentierung des NKLM durch die „Medical Students for Antiracist Action“ [12] von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland unterstützt. Denn nach einigen Überarbeitungsschleifen wird der NKLM künftig als Kerncurriculum für alle Medizinischen Fakultäten in Deutschland bindend sein.

Für solch eine bildungspolitische Lobbyarbeit braucht es institutionelle Unterstützung wie den Arbeitskreis und einen langen Atem; beides wird das EMPDIV Programm auch in den nächsten Jahren ermöglichen.

Fazit

Um der ungerechten Verteilung von Gesundheitschancen entgegenzuwirken, bedarf es eines umfassenden, partizipativ angelegten, praxisorientierten und wissenschaftlichen Programms unter Einbeziehung breiter Akteur:innengruppen und der Adressat:innen selbst. Nur durch die Verbindung beider Ansätze – strukturorientierte Maßnahmen zur chancengerechten Versorgung und Qualifizierungsmaßnahmen zur diskriminierungskritischen Professionalisierung – können institutionelle Veränderungsprozesse und die Herstellung von Teilhabegerechtigkeit für Patient:innen sowie die Entwicklung einer reflektierten, diskriminierungssensiblen Haltung

und Handlungskompetenz des Gesundheitspersonals erreicht werden.

Das Programm „Empowerment für Diversität“ verfolgt eine umfassende diversitätsorientierte Organisationsentwicklung in gynäkologischen und geburtshilflichen Kliniken sowie die Entwicklung von Qualifizierungsmaßnahmen, die u. a. die zentralen Erkenntnisse des NaDiRa-Berichtes „Rassismus und seine Symptome“ mit dem Schwerpunkt Gesundheit [9] untermauern. Ziel ist es, institutionelle Diskriminierungsrisiken durch partizipative Ansätze systematisch zu identifizieren und abzubauen. Schwerpunkte liegen auf dem Abbau struktureller Zugangshürden, dem Empowerment von Patient:innen sowie der diskriminierungskritischen Qualifizierung des Personals. Die Maßnahmen der sieben Empowerment Partner Kliniken verdeutlichen die Notwendigkeiten und Fortschritte im Abbau von intersektionalen Diskriminierungen. Durch gezielte Qualifizierungsmaßnahmen der Bildungsträger:innen in Ausbildung, Studium und beruflicher Fort- und Weiterbildung wird das Gesundheitspersonal für Diskriminierungsrisiken sensibilisiert und in diversitätsorientierter, struktureller Kompetenz gestärkt. Die praxisnahen Lehrmaterialien und Lehrformate vermitteln Handlungsstrategien gegen interpersonelle, institutionelle und strukturelle Diskriminierung, fördern machtreflexive Perspektiven und befähigen zur Identifikation sowie zum Abbau struktureller Barrieren in der Gesundheitsversorgung.

Die enge Einbindung von Praxisexpert:innen und Selbstvertretungen über die EMPDIV Beiräte sichert eine machtkritische und intersektionale Ausrichtung. Gleichzeitig werden durch bildungspolitische Initiativen wie Petitionen sowie Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit und einer bundesweiten Vernetzung die Grundlagen geschaffen, diese Kompetenzen und Strukturkenntnisse mittelfristig in Curriculae und Versorgungspraxis zu verankern.

Die Verfestigung und Verbreitung dieser diskriminierungskritischen und diversitätsorientierten Ansätze in den Strukturen von Qualifizierung und Gesundheitsversorgung sind das Ziel dieses Programms und der von ihm geschaffenen bundesweiten Allianz für Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. Das Management, die Leitung und weitere Entscheidungsgremien in Institutionen der Gesundheitsversorgung sowie Einrichtungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals und Verantwortliche für die Krankenversicherten spielen bei der Umsetzung und Implementierung einer diversitätsorientierten und diskriminierungssensiblen Versorgung und Qualifizierung eine zentrale Rolle.

Literatur

1. Bhugra, D.; Watson C.; Clissold, E.; and Ventriglio, A. (2020): Migrants, Racism and Healthcare. Chapter of a forthcoming book. Oxford Textbook of Social Psychiatry. Oxford: OUP
2. Berger, M.; Sarnyai, Z. (2015): More than skin deep: Stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. *Stress*. 2015;18(1):1–10.
3. Paradies, Y.; Ben, J.; Denson, N., Elias, A.; Priest, N.; Pieterse, A.; Gupta, A.; Kelaher, M.; Gee, G. (2015): Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoSOne*. 2015 Sep 23;10(9):e0138511.
4. Hoebel, J.; Müters, S. (2024): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Datenlage, Befunde und Entwicklungen in Deutschland.
5. Lampert, T.; Kroll, L.E.; Kuntz, B.; Hoebel, J. (2018): Health inequalities in Germany and in international comparison: trends and developments over time. Robert Koch Institut: *Journal of Health Monitoring, special issue*
6. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Die Beauftragte der Bundesregierung für Antirassismus (Hg.) (2023): Lagebericht zu Rassismus in Deutschland. <https://www.integrationsbeauftragte.de/resource/blob/1864320/2157012/91cf1c900234c9fcb034ff46e95e28/lagebericht-rassismus-komplett-data.pdf?download=1> (Letzter Zugriff: 14.07.2025)
7. Hamed, S.; Thapar-Björkert, S.; Bradby, H.; Ahlberg, B.M. (2020): Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qualitative Health Research* 30(11)
8. Bartig, S.; Kalkum D.; Le, H.; Lewicki A. (2021): Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hg.)
9. Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (2023): Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin, S. 13–15. https://www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/Demo_FIS/publikation_pdf/FA-5824.pdf (Letzter Zugriff: 14.07.2025)
10. Siebert, U. (2024): Studienbegleithandbuch, Bachelor Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung – online (IGO)“, Modul C4: Gesellschaftliche Vielfalt und Gesundheit. Alice Salomon Hochschule Berlin.
11. Mair, I.; Holmes S.M.; Holmberg, C.; Führer, A. (2024): Wie die Gesellschaft Krankheit und Gesundheit beeinflusst. Strukturelle Kompetenz im Klinikalltag. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 121, Heft 18
12. Finke, R.; Gerhards, S.; Honerkamp, L. (2022): Rassismuskritik in der medizinischen Ausbildung: Kommentierung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs (NKLM) und Empfehlungen für den Revisionsprozess. <https://www.bvmd.de/wp-content/uploads/2022/12/PM-NKLM-Kritik.pdf> (Letzter Zugriff: 14.07.2025)
13. Empowerment für Diversität (2025): Organisationsentwicklung in Kliniken. URL: https://diversity.charite.de/diversity_projekte/empowerment_fuer_diversitaet/organisationsentwicklung_in_kliniken (Letzter Zugriff: 14.07.2025)
14. Empowerment für Diversität (2025): Qualifizierung für eine diversitätsorientierte Professionalität. URL: https://diversity.charite.de/diversity_projekte/empowerment_fuer_diversitaet/qualifizierung. (Letzter Zugriff: 14.07.2025)

Tabelle 1 Maßnahmen der Empowerment Partner Kliniken für den Abbau von Zugangsbarrieren

Empowerment Partner Kliniken	Maßnahmen
Charité – Universitätsmedizin Berlin Klinik für Gynäkologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mehrsprachige Aufnahmeformulare und Willkommensbroschüren ■ Zusammenarbeit mit Sprachdienstleistungsunternehmen ■ Patient:innen-Umfrage zu Barrieren in der Teilnahme an klinischen Studien ■ Mitarbeitenden-Befragung zu Diskriminierung ■ Regelmäßige interdisziplinäre Diskussionsrunden und Supervision für das gesamte Team ■ Erstellung und Konzeption von Aufklärungsvideos „Selbstbestimmt! Für mehr Diversität in klinischen Studien“ ■ Workshops zu diversen Themen: diversitätssensible Aufklärung zu fertilitätserhaltenden Möglichkeiten bei Krebstherapie, zu Patientenverfügung und Palliativversorgung, Diversität in klinischen Studien ■ Erstellung von Informationsmaterialien für diversitätssensible Aufklärung
GFO Kliniken Bonn Gynäkologie und Geburtshilfe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beschaffung von Übersetzungsressourcen (Website, Informationsvideos und Flyer) ■ Dreh von Aufklärungsvideos, Übersetzung bestehender Informationsmaterialien und Zufriedenheitsfragebögen ■ Etablierung eines zuverlässigen Sprachmittlungssystems ■ Breitere Nutzung von dolmetschenden Personen/Ressourcen ■ Etablierung einer diversitäts-/antidiskriminierungs-/gleichstellungsbeauftragten Person ■ Umsetzung der Fortbildungsinhalte zu Themen: <ul style="list-style-type: none"> – Curriculum Diversitätssensible Geburt – Fortbildung zu „leichter Sprache“ ■ Etablierung und Durchführung einer Femal Genital Mutilation-Sprechstunde (FGM)
Universitätsklinikum Dresden Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erstellung mehrsprachiger Aufklärungsflyer über geburtshilfliche/gynäkologische Krankheitsbilder ■ Fort-/Weiterbildungen im Rahmen der internen Fortbildungsreihe „Kreißaalforum“: Rassismus im beruflichen Alltag und Diversität, Rassistische und diskriminierende Sprache, FGM/C ■ Fort-/Weiterbildung zum Thema „Sterben und Sterbebegleitung in unterschiedlichen Kulturkreisen“ ■ Erstellung einer Internetseite mit Informationen über Schwangerenbetreuung und Geburt in einfacher Sprache sowie mehrsprachige Übersetzung
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Klinik und Poliklinik für Gynäkologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Supervision von Pflegekräften aus dem Ausland auf gynäkologischer Station ■ Interne Mitarbeitenden-Schulung zum Thema Diversitätskompetenz ■ Diversitäts-Dienstag: Strukturierter, wöchentlicher und interprofessioneller Austausch ■ Zugangserleichterung für Hospitationen ausländischer Student:innen/Ärzt:innen ■ Implementierung des Onkolots:innen-Projektes ■ Studien zur Datenerfassung im Kontext Diversität ■ Quantitative und qualitative Studien zum IST-Zustand, Evaluation von Maßnahmen im Sinne von Pre-Post-Studien
Universitätsklinikum Leipzig Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde	<ul style="list-style-type: none"> ■ Struktur- und Bedarfsanalyse zu Sprachmittlungsmöglichkeiten, klinikinterne Übersicht über Dolmetsch-Bereitschaft aller Angestellten ■ Einführung digitaler Übersetzungsgeräte ■ Übersetzung von Anamnesebögen und Informationsmaterial ■ Intensivierte Zusammenarbeit mit Beschwerde- und Qualitätsmanagement sowie Gleichstellungs- und Antidiskriminierungsbeauftragten ■ Trainings/Workshops zum Umgang mit Sprachbarrieren, zum sicheren Umgang mit Unversicherten, Antirassismus/Antidiskriminierung in der Medizin ■ Weiterbildung für dolmetschende Mitarbeitende ■ Interkulturelle Veranstaltungen ■ Forschung und Lehre: Fallvorstellungen, Wahlfach, Forschungstreffen ■ Ausbau der Kooperation mit der Stadt, Universität, Vereinen und Communities/Zivilbevölkerung

Von Diskriminierung zu Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung

Empowerment Partner Kliniken	Maßnahmen
Klinikum Lippe Detmold Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mehrsprachige Flyer für Entlassmanagement und Klinik ■ Mehrsprachige Kreißsaalführung ■ Aufbau Übersetzer:innen-Pool ■ Antidiskriminierungstraining für Mitarbeitende als Pflichtschulung und Einladung niedergelassener Ärzt:innen und Teams ■ Patient:innentage: Thementage mit mehrsprachigen Angeboten zum emanzipatorischen Umgang mit Gesundheitsthemen und zur gesundheitlichen Aufklärung (Vorsorge/Verhütung/Schwangerschaft) ■ Aufklärungsvideos in verschiedenen Sprachen ■ Vernetzung mit lokalen Akteur:innen
GFO Kliniken Rhein Berg, Standort: Bensberg Gynäkologie und Geburtshilfe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Etablierung zuverlässiger Sprachmittlungsdienste ■ Interne Dolmetsch-Liste der Mitarbeitenden aktualisieren ■ Gebärdens-Dolmetsch-Service: Simultanübersetzung im Online-Infoabend für werdende Eltern ■ Ist-Analyse: Umfrage unter Mitarbeitenden ■ Austausch mit der Qualitätssicherung zu Patient:innen-Beschwerden ■ Antidiskriminierungsschulung/Workshop: Diskriminierungs- und Rassismuskritik, Interkulturelle Aspekte der Geburt ■ Nutzung des Leitfadens sensible Sprache der Universität Köln ■ Diversität des Personals bei Neueinstellung fördern ■ Austausch mit Patient:innen-Fürsprecher:in

Weitere Details siehe: https://diversity.charite.de/diversity_projekte/empowerment_fuer_diversitaet/organisationsentwicklung_in_kliniken [13]

Tabelle 2 Maßnahmen der Empowerment Partner für die Qualifizierung von Gesundheitspersonal

Empowerment Partner Qualifizierung	Maßnahmen
Medizinische Fakultät, Universität zu Köln Prodekanat für Lehre und Studium & Prodekanat für Akademische Entwicklung und Chancengerechtigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lehrveranstaltung „Diversitätssensible interdisziplinäre Kommunikation im Kreißsaal“, inkl. Lehrfilme ■ Lehrveranstaltung „Diversitätssensible Kommunikation im Medizinstudium“ ■ Programm „Medicus Kickstarter“ für studiumsbegleitende Karriereförderung und Mentoring für (post-)migrantische Studierende und Studierende der ersten Generation an einer Universität ■ Train-the-Trainer Lehrformat „Diversität in der (medizinischen) Lehre“ <p>→ Zielgruppen: Medizinstudierende, Studierende der Hebammenwissenschaft, Lehrende/Dozierende</p>
Medizinische Hochschule Brandenburg Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie	<p>„Divermed – Längsschnittliches Curriculum Diversitätssensible Medizin“ Lehrveranstaltungen in Präsenz und Blended Learning in verschiedenen Semestern des Medizinstudiums. Die Studierenden lernen, Diskriminierungen zu erkennen, erarbeiten Strategien für Gesundheitsgerechtigkeit und erlernen rassismuskritische, diversitätsorientierte Kommunikation für den Arztberuf.</p> <p>→ Zielgruppe: Studierende der Humanmedizin</p>

Empowerment Partner Qualifizierung	Maßnahmen
<p>Medizinische Fakultät, Universität Halle-Wittenberg Institut für Medizinische Soziologie & Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik</p>	<p>Lehrformat „Seminar zur Untersuchung und kritischen Evaluation von Lehrmaterialien und Lehrbüchern im Medizinstudium“ aus sozialwissenschaftlicher Perspektive zu symbolischer Gewalt und intersektionalem Feminismus (Blended Learning, Lehrfilme & Podcastfolgen etc.).</p> <p>→ Zielgruppe: Studierende der Humanmedizin</p>
<p>Medizinische Fakultät, Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Allgemeinmedizin</p>	<p>Lehrveranstaltungen/Workshops „Weiterbildung für Diversitätssensible Primärversorgung“. Sensibilisierung für Diskriminierung in der Primärversorgung, Auswirkungen von Rassismus und anderen Diskriminierungsformen auf die Gesundheitschancen, Erkennen von Diskriminierung in der eigenen Arztpraxis und Entwicklung von Handlungsstrategien dagegen.</p> <p>→ Zielgruppen: Ärzt:innen in Weiterbildung zur Fachärzt:in für Allgemeinmedizin, Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin mit Weiterbildungsbefugnis, Mitarbeiter:innen und Engagierte in solidarischen Primärversorgungszentren</p>
<p>Charité – Universitätsmedizin Berlin Steering Committee Gleichstellung, Diversität und Inklusion, Frauen- und Gleichstellungsbüro & Dieter Scheffner Fachzentrum für medizinische Hochschullehre und evidenzbasierte Ausbildungsforschung</p>	<p>Lehrformat „Digitale Fortbildung für diskriminierungsarme und diversitätssensible Lehre – Ein Selbstlernkurs für Dozierende“</p> <p>→ Zielgruppen: Lehrpersonen, Dozierende in allen Studiengängen der Charité – Universitätsmedizin (inkl. Humanmedizin, Pflegewissenschaften etc.)</p>
<p>Alice Salomon Hochschule Berlin / Berlin School of Public Health / Alexianer Akademie für Pflegeberufe</p>	<p>Lehrveranstaltung „Kollegiale Beratung zu Themen der Diversitätssensibilität und Rassismuskritik“, Formate in Präsenz und Digital-Synchron.</p> <p>→ Zielgruppen: Auszubildende zu Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Studierende im Master-Studiengang Public Health, Teilnehmende an der Ausbildung zu Praxisanleitenden in der Pflege</p>
<p>Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe</p>	<p>Lehrveranstaltungen zur Sensibilisierung für Diskriminierungsrisiken in der Gesundheitsversorgung, Entwicklung von Handlungsstrategien bei rassistischer und intersektionaler Diskriminierung</p> <p>→ Zielgruppen: Internationale Pflegefachpersonen im „Anpassungslehrgang“, sowie Auszubildende als Pflegefachpersonen und als Pflegefachassistenz</p>
<p>Lindenburg Akademie, Uniklinik Köln Akademie für Aus- und Weiterbildungen von Gesundheitsberufen</p>	<p>Lehrformate und Lernmaterial zum Abbau von Diskriminierung und Rassismus in der Gesundheitsversorgung für Studium, Ausbildung sowie in der Fort- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal (Lehrveranstaltungen in Präsenz & Blended Learning, Podcastfolgen, Train-the-Trainer).</p> <p>→ Zielgruppen: Auszubildende und dual Studierende der Schule für Pflegefachberufe, Auszubildende der Schule für Physiotherapie, der Medizinischen Technologien für Radiologie & Laboratoriumsanalytik, Schule für Anästhesie- und Operationstechnische Assistenz und Teilnehmende in (fach-)pflegerischen Weiterbildungen, Lehrende und Dozierende</p>

Von Diskriminierung zu Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung

Empowerment Partner Qualifizierung	Maßnahmen
Ärztchamber Hamburg Fortbildungsakademie für Ärzte & Ärztinnen und Medizinisches Fachpersonal	Lehrformat „Sensibilisierung zu Diskriminierungsrisiken in der Gesundheitsversorgung für Ärzte und Ärztinnen in Führungspositionen“; Kurs „Die Diverse Praxis“ zur Sensibilisierung für Diskriminierungsrisiken & soziale, rechtliche und politische Faktoren, die sich auf die Gesundheit von Patient:innen und auf die Gesundheitsversorgung auswirken. → Zielgruppen: Ärzt:innen, medizinisches Assistenzpersonal
Gesundheitsamt Frankfurt am Main Abteilung Medizinische Dienste, Beratung und humanitäre Sprechstunden	Sensibilisierung für Diskriminierung und Rassismus in der Gesundheitsversorgung und im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Entwicklung von Good Practice Beispielen zur Vermeidung von Diskriminierung im beruflichen Handeln. → Zielgruppen: Alle Mitarbeiter:innen des Gesundheitsamts

Weitere Details siehe: https://diversity.charite.de/diversity_projekte/empowerment_fuer_diversitaet/qualifizierung [14]



Dr. phil. Ute Siebert

Sozialanthropologin, Beraterin, Dozentin und Supervisorin für Diversitätskompetenz von Gesundheitspersonal & diversitätsorientierter Organisationsentwicklung.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Leitung des Bereichs Qualifizierung im Programm „Empowerment für Diversität“ am Klinikum Charité – Universitätsmedizin Berlin.



Sybill Schulz

Juristin, Gesundheitswissenschaftlerin, systemische Beraterin für Projektmanagement, Organisationsentwicklung, Diversitätskompetenz; Coach, Supervisorin, Moderatorin.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Leitung des Bereichs Organisationsentwicklung im Programm „Empowerment für Diversität“ am Klinikum Charité – Universitätsmedizin Berlin.



Tuğba Yalçınkaya

Sozialwissenschaftlerin, Antidiskriminierungstrainerin, Forscherin mit den Schwerpunkten soziale Ungleichheit und (Anti-)Diskriminierung.
Kordinatorin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Programm „Empowerment für Diversität“ am Klinikum Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Digitale Barrierefreiheit – Zugang für alle ermöglichen. Wie Inklusion im digitalen Raum gelingt.

Julia Weyer
Merck KGaA, Darmstadt

Einleitung

Willkommen in unserer digitalen Welt.

In einer zunehmend digitalen und virtuellen Welt ist Barrierefreiheit mehr als ein Schlagwort – sie ist eine Notwendigkeit. Digitale Barrieren werden jedoch oft übersehen: Sie zeigen sich in schwer lesbaren Webseiten, fehlenden Alternativtexten für Bilder, zu kleinen Schriftgrößen oder zu komplexen Benutzeroberflächen. Das betrifft nicht nur Menschen mit Behinderung, sondern auch ältere Erwachsene, Personen mit vorübergehenden Einschränkungen sowie alle, die nicht mit den neuesten Technologien vertraut sind. Wer kennt es nicht? Schon die Bezahlung an der Parkuhr oder das Streamen eines Films zu Hause kann zur Herausforderung werden, wenn digitale Dienste nicht für alle zugänglich gestaltet sind.

Digitale Barrierefreiheit bedeutet, Webseiten, Apps und digitale Systeme so zu gestalten, dass jeder Mensch – unabhängig von individuellen Fähigkeiten – sie nutzen kann. Dazu gehören kontrastreiche Farben, verständliche Sprache, gut auffindbare Navigationspunkte und die Möglichkeit, verschiedene Eingabegeräte zu verwenden. Es geht darum, digitale Angebote von Anfang an inklusiv zu konzipieren und laufend zu verbessern.

Unternehmen wie Merck setzen sich aktiv dafür ein, digitale Hürden abzubauen. Sie erkennen die Vielfalt ihrer Belegschaft und Kunden an. Sie schaffen Initiativen, damit wirklich alle auf digitale Anwendungen zugreifen können – ganz gleich, welche Voraussetzungen sie mitbringen. Dieser Ansatz fördert nicht nur Inklusion, sondern auch Innovation und Zusammenhalt im Arbeitsalltag. Denn eine lebendige, vielfältige Unternehmenskultur entsteht, wenn alle teilhaben können.

Digitale Barrierefreiheit ist also kein Luxus, sondern eine grundlegende Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe. Jede Organisation ist gefordert,

ihren Beitrag zu leisten – für mehr Chancengleichheit und echte Teilhabe in der digitalen Zukunft.

In einer digitalen Welt ist Barrierefreiheit essenziell. Unsichtbare Hindernisse grenzen viele Menschen aus. Dieser Artikel beleuchtet digitale Barrieren, stellt Initiativen zur Förderung von Inklusion vor und erklärt unsere Maßnahmen bei Merck KGaA, Darmstadt, Deutschland.

Verständnis digitaler Barrieren

Digitale Barrieren sind Hindernisse, die verhindern, dass Menschen vollständig auf digitale Inhalte und Technologien zugreifen können. Im Gegensatz zu physischen Barrieren, die oft sichtbar sind, können digitale Barrieren subtil und komplex sein. Sie können beispielsweise in Form von nicht zugänglichen Websites, Software, die ausschließlich mit der Maus bedient werden kann, oder komplizierten Benutzeroberflächen auftreten, die für viele schwierig zu navigieren sind.

Für Personen, die alternative Eingabegeräte nutzen oder über begrenzte technische Kenntnisse verfügen, können diese Barrieren besonders herausfordernd sein. Zu den häufigsten Problemen gehören kleine Schriftgrößen, schlechte Farbkontraste, das Fehlen von Bildbeschreibungen und übermäßig komplexe Sprache. Solche Herausforderungen betreffen nicht nur Menschen mit Behinderungen, sondern auch ältere Erwachsene und Technikneulinge. Sind wir ehrlich, jeder von uns stößt im Alltag auf digitale Barrieren. Sei es am Handy, an der Parkuhr, kontaktlosen Bezahlen im Supermarkt und das Teilen von Inhalten mit unseren Freunden und Familien über Social Media.

Die Bedeutung der digitalen Barrierefreiheit

Digitale Barrierefreiheit bezieht sich auf die Gestaltung von Websites, Anwendungen und digitalen Inhalten, um sicherzustellen, dass sie von allen Menschen, unabhängig von ihren Fähigkeiten, genutzt werden können. Dieses Konzept ist nicht nur ein Luxus; es ist eine grundlegende Voraussetzung für die Förderung einer echten Teilhabe in der digitalen Ära. Durch den Abbau digitaler Barrieren können Organisationen sicherstellen, dass alle Menschen gleichberechtigten Zugang zu Informationen, Dienstleistungen und Chancen haben.

Bei Merck spiegelt sich das Engagement für digitale Barrierefreiheit in verschiedenen Initiativen wider, die darauf abzielen, ein inklusives Umfeld zu schaffen. Das Unternehmen erkennt die unterschiedlichen Bedürfnisse seiner Belegschaft an und bemüht sich, sicherzustellen, dass alle Mitarbeiter nahtlos auf digitale Anwendungen zugreifen können. Dieses Engagement wird durch den Glauben untermauert, dass Vielfalt und Inklusion für die Förderung einer lebendigen Unternehmenskultur unerlässlich sind.

Abbau digitaler Barrieren

Um digitale Barrieren effektiv abzubauen, müssen Organisationen einen vielschichtigen Ansatz nach innen und nach außen verfolgen. Dies beinhaltet das Verständnis der spezifischen Bedürfnisse von Individuen und die Umsetzung von Strategien, die Barrierefreiheit fördern. Einige wichtige Strategien sind:

1. **Webzugänglichkeit:** Sicherstellen, dass Websites mit Blick auf Barrierefreiheit gestaltet sind. Dazu gehört die Verwendung geeigneter Farbkontraste, das Bereitstellen von Alternativtexten für Bilder und die Gewährleistung der Kompatibilität mit Hilfstechnologien wie Screenreadern.
2. **Softwarezugänglichkeit:** Entwicklung von Software, die die Bedürfnisse verschiedener Benutzer berücksichtigt. Dies kann die Integration von Tastenkombinationen, die Ermöglichung anpassbarer Benutzeroberflächen und die Sicherstellung der Kompatibilität mit Hilfstechnologien umfassen.
3. **Hardwarezugänglichkeit:** Gestaltung physischer Geräte, die von Menschen mit Behinderungen genutzt werden können. Dazu gehört die Entwicklung von adaptiven Tastaturen, verstellbaren

Monitorständern und Geräte die Sprachsteuerung unterstützen.

4. **Zugänglichkeit digitaler Inhalte:** Sicherstellen, dass alle digitalen Inhalte, einschließlich Dokumenten und Videos, zugänglich sind. Dies beinhaltet die Bereitstellung von Untertiteln und Transkripten für multimediale Inhalte sowie die Verwendung zugänglicher Dateiformate.
5. **Fragebogen für Lieferanten:** Jeder Lieferant wird gebeten ob und wie er sich mit dem Thema Barrierefreiheit auseinandersetzt. Das bezieht sich auf die Firma selbst und auf deren Produkte und Services. Dies unterstützt unsere Kaufentscheidung für mehr Barrierefreiheit.
6. **Schulung und Sensibilisierung:** Schulung der Mitarbeitenden über die Bedeutung digitaler Barrierefreiheit und die Bereitstellung von Wissen zur Erstellung zugänglicher Inhalte. Dies kann dazu beitragen, eine Kultur der Inklusion innerhalb der Organisation zu fördern.
7. **Messbarkeit:** Durch die Einrichtung eines Ticketsystems wird eine Messbarkeit des Erfolges der Initiative dokumentiert. So können die einzelnen Anfragen bewertet und kategorisiert werden.
8. **Verschwiegenheit:** Alle Anfragen und Informationen, die das Serviceteam erhält, werden vertraulich behandelt. So schaffen wir einen sicheren Ort, an dem jeder Mitarbeitende unkompliziert beraten wird.
9. **Bereitstellung:** Um eine schnelle und zuverlässige Bereitstellung von technischen Geräten für unsere Mitarbeiter zu ermöglichen, haben wir einen schnellen Bezahprozess eingerichtet.
10. **Reporting:** Teilhabe ist messbar. Öffentliche Kommunikation und internes Reporting der erreichten Ziele verdienen es kommuniziert zu werden.
11. **Jobbörse:** Achten Sie darauf, dass sie Stellenausschreibungen in einfacher Sprache verfassen und nutzen Sie spezielle Jobportale, die für jeden erreichbar sind [1].
12. **Öffentlichkeit:** Die Umsetzung unserer Richtlinien liegt maßgeblich in den Händen all unserer Mitarbeiter. Daher kommunizieren wir regelmäßig auf allen internen Kommunikationsmedien und Veranstaltungen.

Im Speziellen: Die Rolle von AID-IT4YOU

Bei Merck spielt das Programm AID-IT4YOU eine entscheidende Rolle bei der Förderung digitaler Barrierefreiheit. AID-IT steht für: Accessible, Inclusive & Divers IT. Diese Initiative konzentriert sich darauf,

digitale Werkzeuge zu nutzen, um einen inklusiven Arbeitsplatz zu schaffen. Das Programm wird kontinuierlich von Menschen mit und ohne Behinderungen entwickelt und zielt darauf ab, den unterschiedlichen Bedürfnissen aller Mitarbeitenden gerecht zu werden.

Die wichtigsten Säulen des Programms umfasst verschiedene Komponenten, wie zum Beispiel:

- **Individuelle Beratung:** Bereitstellung maßgeschneiderter Ratschläge für Mitarbeitende mit spezifischen Bedürfnissen, um sicherzustellen, dass sie digitale Technologien effektiv nutzen können.
- **Gestaltungsrichtlinien:** Entwicklung von Richtlinien, um sicherzustellen, dass alle digitalen Produkte zugänglich sind. Diese Richtlinien sind entscheidend für die Förderung eines inklusiven Arbeitsumfelds.
- **Interaktive Informationsseiten:** Verwendung von Applikationen wie Chatbots, um Informationen zu Vielfalt, Chancengleichheit und Inklusion benutzerfreundlich bereitzustellen.
- **Applikation zur Meldung digitaler Barrieren:** Die Schaffung einer Plattform, auf der Mitarbeitende digitale Barrieren melden können, um kontinuierliche Verbesserungen in der Barrierefreiheit zu ermöglichen.
- **Einhaltung von Zugänglichkeitsstandards:** Ziel ist es, die Anforderungen der europäischen Zugänglichkeitsrichtlinie (European Accessibility Act) zu erfüllen [2].

- **Videoerstellung:** Wir setzen auf digitale Medien, die Vielfalt „können“. Dafür verwenden wir einen Videogenerator mit vielfältigen Avataren für Schulungen, Marketing und Übersetzungen (140 Sprachen) „Text_zu_Sprache und Bild“ [3]. Dieser Service ist für jeden Mitarbeitenden frei verfügbar.

Die Auswirkungen digitaler Barrierefreiheit

Die Vorteile der digitalen Barrierefreiheit gehen über die Einhaltung von Vorschriften hinaus; sie verbessern auch das gesamte Benutzererlebnis. Für Mitarbeitende und Kunden. Durch das Einreißen von Barrieren auf digitale Inhalte können Organisationen ein breiteres Publikum erreichen. Damit können wir die Kundenzufriedenheit steigern und die Loyalität bei Mitarbeitenden und Kunden fördern.

Darüber hinaus steht die digitale Barrierefreiheit im Einklang mit Initiativen zur sozialen Verantwortung von Unternehmen. Unternehmen, die Inklusion priorisieren. Sie zeigen ein Engagement für soziale Gerechtigkeit und können ihren Ruf auf dem Markt verbessern. Wir sehen dies als wichtiges Qualitätsmerkmal.

Es ist besonders relevant für Merck, dass Nachhaltigkeit und soziale Verantwortung als Kernbestandteile seiner globalen Unternehmensstrategie betont.

Abbildung 1 Mitarbeitende der Firma Merck mit einem Banner des Programms AID-IT4YOU



Digitale Barrierefreiheit – Zugang für alle ermöglichen. Wie Inklusion im digitalen Raum gelingt.

Fazit: Ein Aufruf zum Handeln für eine inklusive digitale Gesellschaft

Digitale Barrierefreiheit ist kein nachträglicher Gedanke; sie ist eine Notwendigkeit für die Schaffung einer Gesellschaft, die Vielfalt und Chancengleichheit schätzt.

Um wahre Inklusion zu erreichen, sind kollektive Anstrengungen, innovative Ansätze und gegenseitige Rücksichtnahme erforderlich. Organisationen sollten die Bedeutung digitaler Barrierefreiheit erkennen, um eine Kultur der Zugehörigkeit und Ermächtigung zu fördern.

Während wir voranschreiten, ist es entscheidend, weiterhin für digitale Barrierefreiheit zu plädieren. Durch die Förderung von Inklusion können wir sicherstellen, dass die digitale Landschaft zu

einem Raum wird, der Engagement, Selbstbestimmung und gleiche Chancen für alle Menschen bietet.

Durch die Fokussierung auf diese Prinzipien und Strategien können Organisationen wie Merck den Weg zu einer zugänglicheren und inklusiveren digitalen Welt ebnen.



Schreiten Sie zur Tat!

Literatur

1. myAbility: <https://www.myability.jobs/de/>
2. Europäische Zugänglichkeitsrichtlinie/European Accessibility Act: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/disability/union-equality-strategy-rights-persons-disabilities-2021-2030/european-accessibility-act_en
3. Synthesia.io: <https://www.synthesia.io/de>



Julia Weyer

Julia Weyer ist diplomierte Biologin und Mitglied im Deutschen Fachjournalisten Verband. Bei Merck ist sie Geschäftsbeziehungsmanagerin für IT-Anwendungen der globalen Gruppenfunktionen.

Vielfalt im Unternehmenskontext: ein Plädoyer zur Einführung eines Diversity Managements am Beispiel HAMBURG WASSER

Jan-Paul Goroncy
HAMBURG WASSER, Hamburg

Ist das Diversity oder kann das weg? Gründe zur Implementierung eines Diversity Managements in Unternehmen

Die Auseinandersetzung mit Vielfalt und der Aufbau von Diversity Management-Strukturen haben in den letzten Jahrzehnten auch in Deutschland deutlich zugenommen [1]. Gleichzeitig ist ein gesellschaftlicher Gegenwind spürbar: Die aggressive Anti-Diversity-Politik der Trump-Regierung, das Erstarken rechter Kräfte in Deutschland, eine zunehmend konservative politische Ausrichtung sowie wirtschaftliche Unsicherheiten beeinflussen die öffentliche Debatte und die Bereitschaft von Unternehmen, sich aktiv und finanziell für Vielfalt einzusetzen. [2, 3, 4]

Sichtbar wird dieser Wandel in Deutschland unter anderem am Verbot der CSD-Flagge auf dem Reichstagsgebäude zum Berliner CSD, am Rückzug von Sponsoren aus Pride-Veranstaltungen oder an den Titeln aktueller Diversity-Konferenzen, die zunehmend defensiv formuliert sind (z.B. „Diversity verteidigen“ oder „Vielfalt unter Druck“) [5, 6, 7, 8].

» Diese gesellschaftspolitischen Schwankungen ändern jedoch nichts an den guten Gründen, warum sich Unternehmen mit Vielfalt beschäftigen sollten.

Im Folgenden werden die in »» Abbildung 1 dargestellten zentralen Argumente für die aktive Auseinandersetzung mit Vielfalt im Unternehmen, skizziert - von rechtlichen Anforderungen über wirtschaftliche Vorteile bis hin zu gesundheitlichen und kulturellen Aspekten.

Vielfalt als rechtliche Verpflichtung

Vielfalt ist kein „On-Top oder nice-to-have Thema“, sondern rechtlich verankert. In Deutschland bildet das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) die zentrale gesetzliche Grundlage zur Verhinderung von Diskriminierung im Arbeitsleben. Es verpflichtet Arbeitgeber:innen, aktiv gegen Benachteiligung vorzugehen – etwa durch diskriminierungsfreie Stellenausschreibungen, Schulungen oder die Einrichtung einer Beschwerdestelle. Verstöße können nicht nur rechtliche Konsequenzen haben, sondern auch das Vertrauen und die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden beeinträchtigen [11, 12].

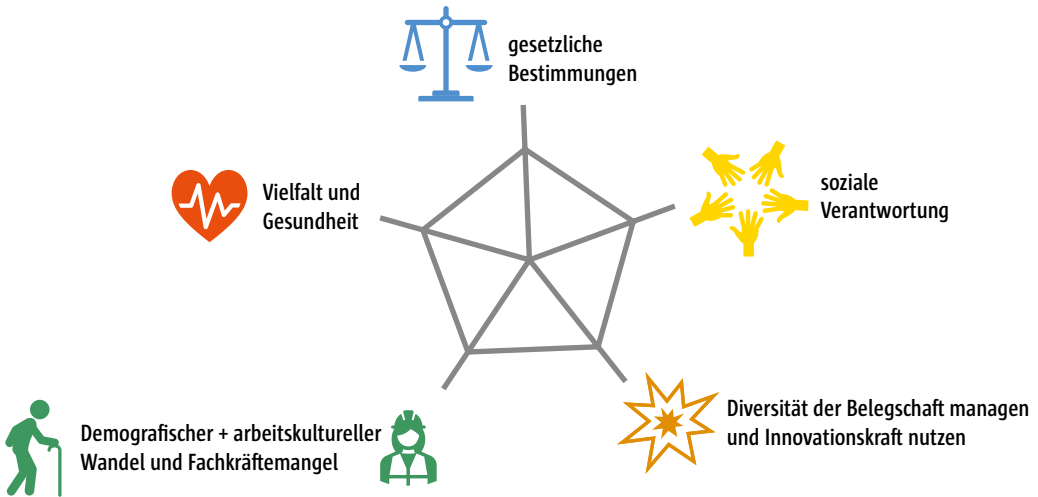
Schützenswerte Merkmale nach dem AGG

Nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) sind in Deutschland folgende Merkmale besonders schützenswert. Diskriminierung aufgrund dieser Merkmale ist im Arbeitsleben und darüber hinaus unzulässig:

- Ethnische Herkunft
- Geschlecht
- Religion oder Weltanschauung
- Behinderung
- Alter
- Sexuelle Identität

Es sei hier angemerkt, dass diese Merkmale nicht alle Kerndimensionen der Vielfalt, mit denen häufig gearbeitet wird, inhaltlich oder sprachlich abdecken. So fehlt hier bspw. die Dimension „Soziale Herkunft“ komplett oder es wird nur von Geschlecht und nicht zusätzlich der geschlechtlichen Identität gesprochen, wie es zum Beispiel der Charta der Vielfalt e.V. tut, einer der prominentesten Orientierungspunkte für Vielfalt und Diversity Management in Deutschland. Gerade die Aussparung der Dimension der sozialen Herkunft wird immer wieder kritisiert. [28, 29]

Abbildung 1 Vielfalt im Unternehmen



Diversität: ein Business Case?

In den letzten Jahren wurde immer stärker der Business Case Diversity hervorgehoben, also der wirtschaftliche Nutzen von Diversität für Unternehmen herausgearbeitet. Ein Argument ist hierbei die höhere Innovationskraft: Unternehmen versprechen sich von divers zusammengesetzten Teams innovativere Lösungen [13]. Auch wird angeführt, dass Unternehmen mit konsequentem Diversity Management wirtschaftlich nachhaltig besser abschneiden würden. Dabei werden vor allem eine inklusive Führung und ein diverses Führungsteam als Erfolgsfaktoren hervorgehoben [14]. Es soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass auch Kritik an dieser ökonomischen Erfolgsperspektive auf Diversity Management immer lauter wird. Forscher:innen kritisieren Aussagen von mehr Gewinn durch Diversity Management und weisen auf eine zu schlechte Datengrundlage hin. Es wird immer stärker hervorgehoben, dass eine Beschäftigung mit Diversität kein wirtschaftlicher Erfolgs- oder Innovationsmotor ist, sondern vielmehr eine Notwendigkeit angesichts des demografischen Wandels und Fachkräftemangels, auf die im Folgenden noch näher eingegangen wird [15].

In diesem Zusammenhang wird immer wieder hervorgehoben: Vielfalt allein reicht nicht, sondern kann auch richtig anstrengend und konflikträchtig werden. Ohne gemeinsame **Team- und auch Unternehmenskultur** können Unterschiede auch zu Missverständnissen oder Konflikten führen. Deshalb sprechen viele Unternehmen heute nicht mehr nur von „Diversity“, sondern von Diversity, Equity, In-

clusion & Belonging (DEIB) - und rücken damit auch Chancengerechtigkeit und Zugehörigkeit in den Fokus. Neben der Wertschätzung von Vielfalt braucht es eben diese Zugehörigkeit, um sowohl Anerkennung für die eigene Identität zu erfahren als auch, um eine „Wir-Kultur“ zu empfinden. [1, 15, 16, 17]. Bei uns bei HAMBURG WASSER wurde daher das Diversity Management auch an das Team der Organisationsentwicklung angegliedert, um die Team-, Unternehmens- und Zusammenarbeitskultur ganzheitlich zu denken.

Vielfalt als Schlüssel für Recruiting und Mitarbeiter:innenbindung

Wie oben schon angedeutet, ist es in Zeiten von Fachkräftemangel und demografischem Wandel entscheidend, möglichst viele Menschen für das eigene Unternehmen zu gewinnen. Dabei kann Diversity ein entscheidender Faktor werden [18]. Aktuelle Studien zeigen, dass es gerade für junge Beschäftigte und Bewerber:innen ausschlaggebend ist, ob Unternehmen aktiv ihr Engagement für Diversity sichtbar machen [19, 20]. Für HAMBURG WASSER bedeutet das zum Beispiel, gezielt Frauen für handwerklich-technische Berufe anzusprechen. Doch Recruiting allein genügt nicht: Wer vielfältige Talente anzieht, muss auch dafür sorgen, dass sie bleiben – durch ein diskriminierungsfreies, wertschätzendes Arbeitsumfeld. Gleichzeitig darf die bestehende Belegschaft nicht „abgehängt“ werden. Vielfalt muss so gestaltet werden, dass sich alle Mitarbeiter:innen weiterhin zugehörig fühlen – auch im Kontext von Generationenwechsel und Wissensweitergabe.

Vielfalt als Ausdruck unternehmerischer Verantwortung

Neben rechtlichen und wirtschaftlichen Argumenten steht auch die gesellschaftliche Verantwortung im Fokus. Unternehmen sind Teil des gesellschaftlichen Gefüges – und haben die Möglichkeit, ihre Stimme für Vielfalt zu erheben. Das bedeutet: Vielfalt darf nicht nur in einem Nebensatz auf der Unternehmenswebsite auftauchen, sondern muss sichtbar gelebt werden – intern wie extern. Dieser Leitsatz ist für uns bei HAMBURG WASSER gerade als öffentliches Unternehmen zentral. Als Ver- und Entsorger für Hamburg ist es unser Ziel, auch die vielfältige Hamburger Stadtgesellschaft widerzuspiegeln.

Vielfalt, Zugehörigkeit und Gesundheit

Auch im Hinblick auf Gesundheit ist das Thema Vielfalt hochrelevant.

» Diskriminierungserfahrungen – oder umgekehrt das Gefühl von Zugehörigkeit – wirken sich nachweislich auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von Beschäftigten aus. Hier kann ein wirksames Diversity Management einen bedeutenden Beitrag leisten. Denn: Diskriminierung am Arbeitsplatz ist kein Einzelfall.

Laut Statistischem Bundesamt haben allein im Jahr 2021 rund zehn Prozent der Beschäftigten mindestens eine Diskriminierung bei der Arbeit erlebt [21]. Solche Erfahrungen stellen ein erhebliches Risiko für die psychische Gesundheit dar. Studien zeigen einen engen Zusammenhang zwischen Ausgrenzung und erhöhter Stressbelastung sowie weiteren gesundheitlichen Folgen wie Burn-out, Depressionen, Schlafstörungen oder Magen-Darm-Erkrankungen [22, 16].

Die Folgen sind nicht nur individuell spürbar, sondern auch betrieblich relevant: höhere Krankheitsquoten, gesteigerte Kündigungsraten und eine geringere Arbeitsleistung. Umgekehrt wirkt sich ein starkes Zugehörigkeitsgefühl positiv auf Motivation, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit aus [23, 24]. Wichtig ist aber auch hier wieder anzuerkennen: Di-

versität in Teams kann zunächst Stress erzeugen – insbesondere, wenn sie nicht aktiv begleitet wird. Deshalb muss Vielfalt bewusst gestaltet und gemanagt werden [15, 16, 17].

Auch vor diesem Hintergrund ist die Antidiskriminierungsarbeit ein Kernthema unseres Diversity Managements bei HAMBURG WASSER. Unser Ziel ist es, diskriminierungsfreie Arbeitsbedingungen zu schaffen – und eine Arbeitsatmosphäre, in der niemand einen Teil seiner Persönlichkeit am Werkstor abgeben muss.

Diversity! Aber wie? Unsere Erfahrung und Learnings beim Aufbau des Diversity Managements bei HAMBURG WASSER

» Gerade bei Themen wie Diversity, die häufig hoch emotionalisiert diskutiert werden, braucht es eine strukturierte, datengestützte und gleichzeitig anpassungsfähige Herangehensweise.

Beim Aufbau des Diversity Managements bei HAMBURG WASSER haben wir uns daher an einem strukturierten Ablauf orientiert, der in vereinfachter Form in der »»» Abbildung 2 dargestellt wird.

Der Aufbau eines Diversity Managements wird hier in sechs Phasen beschrieben – von der Analyse bis zur Umsetzung. In der Praxis ist dieser Prozess jedoch nicht linear, sondern iterativ: Erkenntnisse aus jeder Phase fließen in die nächste Runde ein. Neue gesellschaftliche Entwicklungen, interne Rückmeldungen oder veränderte Rahmenbedingungen machen es notwendig, regelmäßig zu reflektieren, Ziele zu überprüfen und Maßnahmen anzupassen.

Vorarbeit leisten: Commitment der Unternehmensleitung

Ein wirksames Diversity Management braucht ein klares Bekenntnis der Unternehmensleitung. Ohne Rückendeckung „von oben“ fehlt die strategische Legitimation.

Abbildung 2 Aufbau des Diversity Managements (nach [9, 10])



Bei HAMBURG WASSER wurde der erste Impuls durch engagierte Mitarbeiter:innen gesetzt und von der damaligen Personal- und Geschäftsleitung aufgegriffen. Ein interdisziplinäres Vorprojekt zur Erfassung des Status Quo war das erste sichtbare Zeichen für das Commitment der Führung. Auch heute holen wir für größere Projekte aktiv die Unterstützung der Geschäftsführung ein – etwa durch Einbindung in Strategieprozesse oder unterstützende Beiträge im Blog der Geschäftsleitung. Auch auf Bereichsebene bemühen wir uns, die jeweilige Leitung als interne Auftraggeber:in zu gewinnen.

Bestandsaufnahme: Situation analysieren

Diversity-Arbeit sollte datenbasiert und realitätsnah erfolgen. Nur wer die tatsächlichen Bedarfe kennt, kann gezielt handeln.

Wir starteten unsere aktive Auseinandersetzung mit Vielfalt mit einem Diversitybericht auf Basis quantitativer und qualitativer Befragungen der Beschäftigten sowie eines Benchmarks. Die Ergebnisse überzeugten die Unternehmensleitung, eine feste Stelle für Diversity Management zu schaffen. Nach meinem Einstieg bei HAMBURG WASSER auf dieser

Stelle, habe ich die Analyse vertieft und die Dimensionen Geschlecht und Generation als erste Schwerpunkte definiert.

Typische Fragen in dieser Bestandsaufnahme- und Analysephase Phase können sein:

- Wie viele Frauen arbeiten im Unternehmen – und in welchen Bereichen?
- Wie ist die Geschlechterverteilung in der Führung?
- Wie alt sind unsere Mitarbeiter:innen im Schnitt – und wo gibt es Auffälligkeiten?
- Gibt es bereits Netzwerke (z.B. LGBTQIA+)?
- Welche Maßnahmen laufen bereits – auch ohne bisher konkretes „Diversity-Label“?

Exkurs: LGBT ... was?

Die Abkürzung LGBTQIA+ beschreibt die Vielfalt geschlechtlicher Identitäten und sexueller Orientierung. Die Buchstaben bedeuten dabei: Lesbisch, Schwul (Gay), Bisexuell, Trans*, Queer, Inter*, Asexuell*. Das + steht für weitere Identitäten und Orientierungen, die nicht ausdrücklich genannt sind, wie pansexuell, non-binär oder a-romantisch. Eine vertiefenden Einblick gibt **»»»** Abbildung 3.

Abbildung 3 Vielfalt geschlechtlicher Identitäten und sexueller Orientierung (Darstellung von Pia Osterloh für HAMBURG WASSER)

Über „das Geschlecht“ und alles, was hinter den Begriffen heterosexuell, lesbisch, schwul, bi, trans*, inter*, queer, asexuell oder divers steht, wird viel gesprochen. Aber was steckt dahinter?



	<p>Geschlechtsidentität Die Art und Weise, wie du dein Geschlecht definierst. Diese Definition kann mit deinem biologischen Geschlecht vollkommen übereinstimmen, muss aber nicht. Für einige Personen ist diese Identität etwas festes, für andere etwas, was sich auch verändern kann.</p>	
	<p>Geschlechtlicher Ausdruck Die Art und Weise, wie du dein Geschlecht präsentierst (in deiner Kleidung, deinem Auftreten und Verhalten). Das Tragen von Kleidern bspw. wird als weiblicher Geschlechtsausdruck aufgefasst, das Tragen von einem Anzug mit Krawatte eher als männlicher Geschlechtsausdruck.</p>	
	<p>Biologisches Geschlecht Die biologischen Merkmale, mit denen du geboren bist und die du entwickelst, wie zum Beispiel Genitalien, Körperform, Körper- und Gesichtsbehaarung, Hormone, Chromosomen usw.</p>	
	<p>Romantische Anziehung Zu welchen Personen du dich romantisch, also emotional hingezogen fühlst. Dies kann mit körperlichem und sexuellem Begehren einhergehen, muss es aber nicht.</p> <p>Sexuelle Anziehung Zu welchen Personen du dich sexuell hingezogen fühlst. Dies kann mit einem romantischen Begehren einhergehen, muss es jedoch nicht.</p>	

In Anlehnung an die „Genderbread Person“ von Jack Killermann. Wir arbeiten hier mit vereinfachenden Kategorien. In der Realität gibt es unendliche viele Ausprägungen der abgebildeten Dimensionen.

Ziele festlegen, Maßnahmen definieren, Stakeholder einbinden

Auf Basis der Analyse wurden realistische Ziele und passende Maßnahmen entwickelt. Gleichzeitig war es entscheidend, alle relevanten Stakeholder einzubinden – insbesondere die Unternehmensleitung, um den strategischen Auftrag abzusichern.

In den ersten zwei Jahren lag der Fokus darauf, Vielfalt sichtbar zu machen und strukturell zu verankern. Ab dem dritten Jahr wurde die Strategie weiterentwickelt: Trotz gesellschaftlichen Gegenwinds halten wir an unseren Zielen fest, verstetigen erfolgreiche Formate und ergänzen Antidiskriminierung als strukturellen Schwerpunkt.

Zur Veranschaulichung sehen Sie in der **»»** Abbildung 4 unser aktuelles Maßnahmenpaket aus der Vielfalt-Strategie 2025. Unsere Maßnahmen gliedern sich in vier strategische Bereiche:

- Vielfalt-Programme & -Projekte: z. B. Förderung von Frauen in Technik und Handwerk, Antidiskriminierungsformate
- Verzahnung & Vernetzung: Zusammenarbeit mit internen Bereichen und externen Partnern, damit Vielfalt kein on-top oder nice-to-have Thema wird, gut verzahnt wird und wir gegenseitig von der Zusammenarbeit mit branchennahen Unternehmen lernen können
- Aktionstage: z. B. Internationaler Frauentag, Tag gegen Rassismus, Pride Week oder Diversity Tag – hier achten wir darauf, dass nicht nur eine Flagge gehisst wird, sondern jeder Aktionstag auch wirklich mit einer Aktion, wie einem Dialogforum, Workshopprogramm oder einer Podiums-

diskussion begangen wird. Hier arbeiten wir verstärkt mit städtischen Schwesterunternehmen zusammen, um Synergieeffekte zu nutzen.

- Kommunikation & Außenwirkung: Sichtbarkeit schaffen, Vielfalt erlebbar und besprechbar machen sowie potenzielle Bewerber:innen für das Unternehmen begeistern – intern (Intranet) und extern (LinkedIn, Instagram und Facebook).

Ressourcen- und Umsetzungsplanung

Diversity Management braucht Ressourcen – nicht nur Budget, sondern auch Zeit, klare Zuständigkeiten und strukturelle Verankerung. Ein „Nebenbei-Mitlaufen“ funktioniert spätestens ab einer gewissen Unternehmensgröße nicht mehr.

Bei HAMBURG WASSER wurde dafür eine entsprechende Stelle geschaffen. Weitere Ressourcen wurden bedarfsgerecht ergänzt – etwa für Kommunikation, Aktionstage oder die Zusammenarbeit mit der Compliance-Abteilung. Wichtig ist: Die Umsetzung liegt nicht allein bei einer zentralen Stelle. Sie lebt von der Zusammenarbeit mit Personalentwicklung, Kommunikation, Netzwerken, Multiplikator:innen und Führungskräften.

Maßnahmen umsetzen – pragmatisch & lernend

Maßnahmen müssen zur Organisation passen und in bestehende Strukturen integriert werden. Vielfalt darf kein Zusatzthema sein, sondern Teil der Unternehmenskultur.

Wir starteten bewusst mit zwei Schwerpunkten: der Förderung von Frauen in technischen Berufen und dem Thema Generation. Ab dem dritten Jahr

Abbildung 4 Das Vielfaltprogramm von Hamburg Wasser in 2025



kam Antidiskriminierung als weiterer Fokus hinzu. Ergänzend setzen wir auf Schulungen – z. B. zu Unconscious Bias (unbewusster Voreingenommenheit), Beratung bei Diskriminierungsmeldungen oder Führung in diversen Teams. Viele Maßnahmen pilotieren wir zunächst im Kleinen, prüfen ihre Wirksamkeit und übertragen sie dann in größere Strukturen.

Monitoring & Zielprüfung

Wir brauchen einen ehrlichen Blick auf das, was wirkt – und was nicht. Deshalb reflektieren wir einmal jährlich gemeinsam mit Führung und Kolleg:innen: Welche Ziele wurden erreicht? Was braucht Anpassung?

So bleibt unsere Strategie lebendig, anschlussfähig – und lernfähig.

Zentrale Learnings

- Vergleiche dich mit ähnlichen Organisationen – lass dich nicht von schillernden LinkedIn-Beispielen blenden. Die größte Herausforderung ist, Maßnahmen zu finden, die wirklich zum eigenen Unternehmen passen.
- Top-Down-Commitment ist unverzichtbar – ohne Rückhalt der Führung kein nachhaltiger Erfolg.
- Fokus statt Überforderung – z. B. mit einer oder zwei Diversity-Dimensionen starten.
- Vielfalt gehört in bestehende Prozesse – kein Zusatz, sondern Teil der Unternehmenskultur.
- Kommunikation ist entscheidend – intern wie extern, kontinuierlich und sichtbar.
- Diversity Management ist ein Marathon, kein Sprint. Es wird immer wieder zwei Schritte nach vorne und einen zurück geben, daher brauchen Diversity Manager:innen einen langen Atem und eine gute Frustrationstoleranz.

Einblick aus der Praxis: Die drei Säulen unseres Diversity Managements

Im vorherigen Abschnitt wurden bereits zentrale Elemente unseres Diversity Managements bei HAMBURG WASSER beschrieben. An dieser Stelle möchten wir drei Grundpfeiler unserer Arbeit noch einmal gezielt hervorheben.

Dazu zählen:

- eine **datenbasierte Antidiskriminierungsarbeit**, die systematisch Problemlagen sichtbar macht und gezielte Maßnahmen ermöglicht,

- **Vernetzung und Beteiligung als Mittel des Empowerments** und der Entwicklung zielgerichteter Vielfaltformate
- sowie **Trainings und Haltungsrbeit**, mit einem besonderen Fokus auf **Unconscious Bias** (unbewusster Voreingenommenheit und unbewussten Denkmuster) sowie einem mehrstufigen Workshop-Programm zur Entwicklung gemeinsamer Haltungen in Teams.

Datenbasierte Antidiskriminierungsarbeit

Kern der ersten Säule ist ein **unternehmensweiter Diskriminierungsreport**, der halbjährlich in Zusammenarbeit mit dem Compliance-Team erscheint. Er erfasst systematisch alle Diskriminierungsmeldungen aus verschiedenen Ansprechstellen, um auch bisher wenig sichtbare Problemlagen zu identifizieren. In Abstimmung mit der Unternehmensleitung werden auf dieser Grundlage gezielte Maßnahmen entwickelt.

Ein zentrales Ziel ist es, die **Meldebereitschaft deutlich zu erhöhen**. Dafür braucht es nicht nur technische Strukturen, sondern auch transparente Meldewege, eine klare Haltung und intensive Kommunikationsarbeit. So wurde eine **Top-down-Kommunikation** etabliert, in der Geschäftsführung und Unternehmensleitung die Unternehmenswerte und eine **Null-Toleranz-Politik** gegenüber Diskriminierung, Rassismus und Sexismus deutlich machen. Gleichzeitig wird über interne Kanäle kontinuierlich dafür sensibilisiert, grenzüberschreitendes Verhalten zu erkennen, anzusprechen und zu melden – mit dem Ziel, die Scham vor einer Meldung abzubauen. Zur Unterstützung im Umgang mit Diskriminierungssituationen wurden unternehmensweite **Guidelines für Ansprechpersonen** entwickelt – etwa für Gleichstellungsbeauftragte, Betriebsrat, Personalrat oder Schwerbehindertenvertretung. Ergänzend wurden Workshops konzipiert, die eine einheitliche Beratungsqualität fördern und die Handlungssicherheit der Ansprechpersonen stärken. Ein Leitfaden zur Gesprächsführung unterstützt zusätzlich bei der konkreten Beratung. Aktuell wird außerdem das Dokumentationssystem überarbeitet, um eine einheitliche und strukturierte Erfassung von Meldungen zu ermöglichen. Ab dem Jahr 2026 werden zusätzlich **Diskriminierungserfahrungen im Rahmen der psychischen Gefährdungsbeurteilung** systematisch erfasst. Auch die Maßnahmen zur Sensibilisierung und Qualifizierung werden ab diesem Zeitpunkt **gezielt auf Führungskräfte ausgeweitet**, um das Thema strukturell weiter zu verankern.

Vernetzung und Beteiligung als Mittel des Empowerments und der Entwicklung zielgerichteter Vernetzungsformate



Die besten Konzepte entstehen nicht hinter dem Schreibtisch, sondern im direkten Austausch mit den Menschen, die sie betreffen.

Deshalb fragen wir unsere Kolleginnen und Kollegen: **Was braucht ihr wirklich?**

Ein zentrales Instrument dafür sind unsere **Vernetzungsformate**, die nicht nur dem Empowerment dienen, sondern auch gezielt genutzt werden, um Herausforderungen sichtbar zu machen und daraus **maßgeschneiderte Maßnahmen** abzuleiten. Drei Formate stehen dabei im Mittelpunkt:

- **Der Nachwuchs-Treffpunkt** vernetzt junge Frauen und Berufseinsteigerinnen in technischen und handwerklichen Berufen mit Kolleginnen aus anderen städtischen Betrieben. Ziel ist es, den beruflichen Austausch zu fördern, Vorbilder sichtbar zu machen und Perspektiven für die eigene Entwicklung zu eröffnen.
- In den **bereichsbezogenen Vernetzungsrunden für Frauen** – insbesondere in handwerklich-technischen und ingenieurprägten Bereichen – werden konkrete Herausforderungen im Arbeitsalltag identifiziert. Die jeweiligen Bereichsleitungen fungieren dabei als **Auftraggeber:innen**, was die strukturelle Verankerung stärkt. Aus diesen Runden sind bereits mehrere Maßnahmen entstanden, darunter Empowerment-Seminare, Schulungen für Führungskräfte zum Thema Gleichstellung, sogenannte „Führungskräfte-Nuggets“, um Gleichstellung im gesamten Team, also auch unter den männlichen Kollegen besprechbar zu machen, sowie ein selbstorganisiertes Mini-Mentoring-Programm von Frauen für Frauen.
- Die **Vernetzungsrunde „Frauen in Führung“** wurde gemeinsam mit der **Hamburg Port Authority** aufgebaut und inzwischen um die **Hamburger Hochbahn** erweitert. Hier werden spezifische Herausforderungen für Frauen in Führungspositionen – insbesondere in technisch geprägten Unternehmen – thematisiert. Die Runde bietet Raum für Austausch, gegenseitige Unterstützung und kollegiale Beratung – auch über die Treffen hinaus.

Alle drei Formate liefern wertvolle Erkenntnisse, die direkt in unsere Diversity-Strategie einfließen. Sie sind damit nicht nur Orte der Vernetzung, sondern auch **strategische Werkzeuge zur Entwicklung bedarfsorientierter Maßnahmen**.

Trainings und Haltungsarbeit – Bewusstsein schaffen, Haltung entwickeln

Ein zentraler Bestandteil unserer Diversity-Arbeit ist die Förderung eines diskriminierungssensiblen Arbeitsumfelds durch gezielte Qualifizierungsmaßnahmen. Dabei setzen wir bewusst auf Formate, die nicht nur Wissen vermitteln, sondern auch zur **Reflexion und Haltungsentwicklung** anregen.

Ein besonders wirkungsvolles Format ist unser **Kurzworkshop zu Unconscious Bias** (s. a. Exkurs auf der Folgeseite). Denn: Wir alle haben unbewusste Denkmuster – und genau darin liegt die Stärke dieses Formats. Es schafft einen niedrigschwelligen Zugang zum Thema, ohne zu moralisieren. Statt Schuldzuweisungen geht es um Erkenntnis: **Unconscious Bias betrifft uns alle – und deshalb kann auch jede:r etwas verändern**. Der Workshop ist bewusst kompakt gehalten (90–120 Minuten) und kann von einzelnen Teams gebucht werden – als Impuls für die Teamentwicklung oder als Online-Session. In interaktiven Sequenzen arbeiten wir mit verschiedenen Bias-Typen, diskutieren typische Denkfallen in Kleingruppen und entwickeln gemeinsam alltagsnahe Strategien zur Reflexion und Veränderung.

Verstetigung statt Einmal-Effekt

Trainings allein reichen nicht aus – das zeigen sowohl Forschung als auch unsere eigenen Erfahrungen. Deshalb setzen wir auf **Verstetigung**: Rund vier Wochen nach dem Workshop erhalten die Teilnehmenden eine informelle Erinnerung, um die Inhalte erneut ins Bewusstsein zu rufen. Zusätzlich stellen wir **Desktop-Hintergründe** mit den verschiedenen Bias-Typen bereit – als tägliche visuelle Erinnerung und Reflexionshilfe im Arbeitsalltag.

Mehrstufiges Workshop-Programm: Haltung entwickeln, Teams stärken

Parallel dazu haben wir ein **mehrstufiges Workshop-Programm** in unserem größten handwerklich-technischen Bereich erfolgreich pilotiert und rollen es nun in weitere Bereiche aus. Das zentrale Learning: **Zuerst müssen die Führungskräfte gemeinsam geschult werden**. Nur wenn sie eine gemeinsame Haltung entwickeln, Handlungssicherheit im Umgang mit Diskriminierung und grenzüberschrei-

tendem Verhalten gewinnen und über ausreichend Hintergrundwissen zum Thema Vielfalt verfügen, können sie ihre Teams aktiv und glaubwürdig begleiten.

Im zweiten Schritt folgen **Teamworkshops**, in denen die Führungskräfte gemeinsam mit ihren Teams an konkreten Fragestellungen arbeiten. Auch hier steht die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung im Mittelpunkt – immer mit Blick auf die spezifischen Herausforderungen des jeweiligen Arbeitsbereichs. So wird das Programm nicht nur zur Qualifizierung, sondern auch zur Teamentwicklung.

Exkurs:

Warum haben wir eigentlich Unconscious Bias?

Die Frage, warum wir überhaupt unbewusste Denkmuster haben, ist zentral für das Verständnis von Diversity-Arbeit. Unconscious Bias ist kein individuelles Fehlverhalten, sondern eine neuropsychologische Notwendigkeit: Unser Gehirn muss täglich eine enorme Menge an Informationen verarbeiten – weit mehr, als wir bewusst steuern könnten. Rund 95% aller Informationsverarbeitung und Entscheidungen laufen im Unbewussten ab.

Besonders anschaulich beschrieben hat das der Psychologe **Daniel Kahneman**, der unser Denken in zwei Systeme unterteilt:

- **System 1:** das schnelle, intuitive Denken – unser „Autopilot“, geprägt durch Instinkt und Erfahrung.
- **System 2:** das langsame, rationale Denken – zuständig für bewusste Reflexion und Kontrolle.

System 1 ist evolutionär darauf ausgelegt, **Gefahrensignale schnell zu erkennen**. Dabei spielen bestimmte Hirnregionen eine zentrale Rolle:

- Die **Basalganglien** speichern häufige Denk- und Verhaltensmuster und ermöglichen automatisierte Reaktionen – auch auf stereotype Reize.
- Die **Fusiform Face Area (FFA)** im Temporallappen ist für die Gesichtserkennung zuständig und kategorisiert automatisch zwischen „vertraut“ und „fremd“.
- Der **präfrontale Kortex** hilft, impulsive Reaktionen zu kontrollieren und bewusst zu reflektieren – er ist entscheidend für die Entwicklung von Haltung und kritischem Denken.

Diese Mechanismen führen dazu, dass wir in Sekundenbruchteilen bewerten – oft unbewusst und auf Basis von erlernten Mustern. Gerade in vielfältigen Arbeitskontexten kann das zu grenzüberschreitendem Verhalten oder unbewusster Ausgrenzung führen.

Welche Bias-Typen gibt es?

Unconscious Bias zeigt sich in vielen Formen. Einige der häufigsten Typen sind:

- **Halo-Effekt:** Eine einzelne positive Eigenschaft (z.B. sympathisches Auftreten) führt dazu, dass auch andere Eigenschaften einer Person automatisch positiv bewertet werden.
- **Affinitäts- oder Ähnlichkeits-Bias:** Die Tendenz, Menschen zu bevorzugen, die einem selbst ähnlich sind – etwa in Herkunft, Sprache, Interessen oder Lebensstil.
- **Stereotype Bias:** Festgefahrene, oft unrealistische Vorstellungen über bestimmte Gruppen, die unser Denken und Verhalten unbewusst beeinflussen.

Diese Bias-Typen wirken subtil, aber nachhaltig – und genau deshalb ist es so wichtig, sie zu erkennen, zu reflektieren und gezielt zu bearbeiten. Unsere Trainingsformate setzen genau hier an: Sie schaffen Bewusstsein, regen zur Reflexion an und fördern eine diskriminierungssensible Haltung im Arbeitsalltag [25, 26, 27].

Fazit und Ausblick

Wir stellen immer wieder fest: Vielfalt und Diversity Management ist kein Sprint, sondern ein richtiger Dauerlauf. Trotz unseres aktiven Engagements der letzten 3 Jahre ist auch bei uns noch nicht alles perfekt. Trotz dessen spüren wir sichtbare Erfolge seit Einführung unseres Diversity Managements. In den letzten Jahren hat sich die Häufigkeit und die Art und Weise, wie wir über Vielfalt sprechen stark verändert. Am Anfang stand noch die Frage, ob wir ein Diversity Management und eine damit verbundene Stelle wirklich brauchen. Über diese Frage sind wir längst hinweg und sprechen nicht mehr über das „ob“, sondern verstärkt über das „wie“. Ein großer Erfolg auf diesem Weg ist dabei für uns die an vielen Stellen gelungene Einbindung unserer Führungskräfte, das wiederholte Commitment unserer Unternehmensleitung und dass unsere Vielfaltprogramme jetzt nicht mehr nur von uns angeboten, sondern von den unterschiedlichen Unternehmensbereichen auch aktiv angefragt werden. Auch eine verstärkte Meldung von Diskriminierungserfahrungen – was sich auf den ersten Blick nicht nach einer Erfolgsmeldung anhört – ist ein gutes Zeichen dafür, dass Vielfalt stärker besprechbar wird. Für die Zukunft liegt unser Fokus jetzt darauf, gut laufende Formate und Aktionstage zu verstetigen, aber auch etwas mehr von bunten Aktionen zu einer noch stärkeren

Einbettung von Vielfalt in bestehende Prozesse und Strukturen zu gelangen. Dazu gehören nicht nur Weiterbildungsstrukturen, sondern bspw. auch die Thematisierung von Diskriminierungserfahrungen in Jahresgesprächen, der Ausbau von Meldewegen, die Verselbstständigung von initiierten Netzwerken oder die Prüfung von On- und Offbordingprozessen.

Literatur

1. Voß E, Würtemberger S. Vielfalt im Employee Lifecycle: Diversity Management in HR-Prozessen. Wiesbaden: Springer Gabler; 2023.
2. Wrede I. Diskriminierung – Beenden Unternehmen Diversity-Programme? In: Deutsche Welle; 2025. URL: <https://www.dw.com/de/diskriminierung-beenden-unternehmen-diversity-programme/a-69012345> (abgerufen am 18. Juli 2025)
3. Barth N. Aus für Diversitätsprogramme: Trump sagt „Wokeness“ den Kampf an. In: tagesschau.de; 2025. URL: <https://www.tagesschau.de/ausland/amerika/trump-wokeness-diversitaet-100.html> (abgerufen am 18. Juli 2025)
4. Diermeier M, Bergmann K, Zink B, Päßler N. Vielfalt ist Zukunft: Rechtsaußen-Erstarken in Deutschland – Implikationen für den Wirtschaftsstandort. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft; 2025. URL: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Gutachten/PDF/2025/IW-Gutachten_2025-Vielfalt-ist-Zukunft.pdf (abgerufen am 18. Juli 2025)
5. Deutschlandfunk. „Der Bundestag ist ja nun kein Zirkuszelt“ – Breite Kritik an Äußerung von Kanzler Merz zur Regenbogenflagge. In: Deutschlandfunk.de; 2025. URL: <https://www.deutschlandfunk.de/der-bundestag-ist-ja-nun-kein-zirkuszelt-breite-kritik-an-aeusserung-von-kanzler-merz-zur-regenbogen-100.html> (abgerufen am 18. Juli 2025)
6. Kühlberg J. Weniger Geld für Diversität: CSDs im Norden spüren Veränderungen. In: NDR.de; 2025. URL: <https://www.ndr.de/kultur/Weniger-Geld-fuer-Diversitaet-CSDs-im-Norden-spueren-Veraenderungen,diversitaet120.html> (abgerufen am 18. Juli 2025)
7. von Bülow J. Weniger Sponsoren: Christopher Street Day fehlt Geld. In: rbb24.de; 2025. URL: <https://www.rbb24.de/wirtschaft/beitrag/2025/05/berlin-csd-parade-sponsoren-geld-christopher-street-day.html> (abgerufen am 18. Juli 2025)
8. DIVERSITY Konferenz 2025. In: diversity-konferenz.de; 2025. URL: <https://www.diversity-konferenz.de/event/fa6968cf-3732-4119-95be-f94ded85cad/home> (abgerufen am 18. Juli 2025)
9. Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung (LADS). Diversity Toolkit: Vielfalt in der Verwaltung. Berlin: Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz; o.J. URL: https://www.berlin.de/sen/lads/_assets/schwerpunkte/diversity/materialien-und-links/toolkit_web_formular.pdf (abgerufen am 18. Juli 2025)
10. Bräuhöfer M, Rieder P. Diversity Management. In: vielfalt-managen.at; o.J. URL: <https://www.vielfalt-managen.at/diversity-management/> (abgerufen am 18. Juli 2025)
11. Wikipedia. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz. In: Wikipedia – Die freie Enzyklopädie; 2025. URL: https://de.wikipedia.org/wiki/Allgemeines_Gleichbehandlungsgesetz (abgerufen am 18. Juli 2025)
12. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG). In: antidiskriminierungsstelle.de; 2025. URL: <https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ueber-diskriminierung/recht-und-gesetz/allgemeines-gleichbehandlungsgesetz/allgemeines-gleichbehandlungsgesetz-node.html> (abgerufen am 18. Juli 2025)
13. PageGroup. Diversity Management in Deutschland: PageGroup Diversity Studie 2021. Düsseldorf: Michael Page International (Deutschland) GmbH; 2021. URL: <https://www.michaelpage.de/sites/michaelpage.de/files/pagegroupdiversitystudie2021.pdf> (abgerufen am 18. Juli 2025)
14. McKinsey & Company. Diversity matters even more – Europe. Düsseldorf: McKinsey & Company; 2024. URL: <https://www.mckinsey.de/~ /media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2024/2024%20-%2003%20-%2006%20diversity%20matters/diversity-matters-even-more%20europe.pdf> (abgerufen am 18. Juli 2025)
15. Pfeifer S. Diversität in Unternehmen. In: bosch-stiftung.de; 2024. URL: <https://www.bosch-stiftung.de/de/stories/diversitaet-in-unternehmen> (abgerufen am 18. Juli 2025)
16. Hambrock F. Vorurteile und Diskriminierung überwinden: Für eine offene und demokratische Gesellschaft. Dresden: IKK classic; 2025. URL: <https://www.rheingold-marktforschung.de/wp-content/uploads/2025/02/IKK-Vorurteile.pdf> (abgerufen am 18. Juli 2025)
17. Wallrich L, Opara V, Wesolowska M, Barnoth D, Yousefi S. The relationship between team diversity and team performance: Reconciling promise and reality through a comprehensive meta-analysis registered report. J Bus Psychol. 2024; 39: 1303–1354. URL: <https://doi.org/10.1007/s10869-024-09977-0> (abgerufen am 18. Juli 2025)
18. Arnold-Triangeli L, Birner N, Busch-Heizmann A, Johnsen D, Kelterborn P, Maschke M, Sprung C. Fachkräfte durch Diversität: Wie Unternehmen durch Vielfalt gewinnen. Berlin: BZF – Bundesweite zentrale Frauenbeauftragtenstelle; 2023. URL: https://wvide-it.de/sites/default/files/document/2023-06-BZF_Studie_Fachkraefte-Diversitaet_DE.pdf (abgerufen am 18. Juli 2025)
19. Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. (GfA). Factsheet Generation Z. Dortmund: GfA; 2023. URL: https://www.arbeitswissenschaft.net/fileadmin/Downloads/Angebote_und_Produkte/Zahlen_Daten_Fakten/Factsheet_Generation_Z_final.pdf (abgerufen am 18. Juli 2025)
20. Randstad Deutschland. Gehalt verliert an Relevanz: Was die Gen Z vom Job erwartet. In: randstad.de; 2024. URL: <https://www.randstad.de/ueber-randstad/presse/personalmanagement/gehalt-verliert-relevanz-was-gen-z-vom-job-erwartet/> (abgerufen am 18. Juli 2025)
21. Statistisches Bundesamt (Destatis). Diskriminierung am Arbeitsplatz – Dimension 7: Qualität der Arbeit. In: destatis.de; 2025. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-7/diskriminierung-arbeitsplatz1.html> (abgerufen am 18. Juli 2025)
22. Urlings S, Hambrock F. Vorurteile und Diskriminierung machen krank: Eine rheingold Grundlagenstudie zur Wirkung von Vorurteilen und Diskriminierung im Alltag. Köln: IKK classic; 2021. URL: <https://www.rheingold-marktforschung.de/wp-content/uploads/2025/02/IKK-Vorurteile.pdf> (abgerufen am 18. Juli 2025)
23. Carr EW, Reece A, Kellerman GR, Robichaux A. The value of belonging at work. In: Harvard Business Review; 2019. URL: <https://hbr.org/2019/12/the-value-of-belonging-at-work> (abgerufen am 18. Juli 2025)

Vielfalt im Unternehmenskontext

24. Schwartz J, Denny B, Mallon D. Creating a culture of belonging. In: Deloitte Insights; 2020. URL: <https://www2.deloitte.com/us/en/insights/focus/human-capital-trends/2020/creating-a-culture-of-belonging.html> (abgerufen am 18. Juli 2025)
25. Kahneman D. Schnelles Denken, langsames Denken. München: Siedler Verlag; 2012.
26. Amodio DM. The neuroscience of prejudice and stereotyping. Nat Rev Neurosci. 2014; 15(10): 670–682. URL: <https://doi.org/10.1038/nrn3800> (abgerufen am 18. Juli 2025)
27. Habermacher A, Peters T, Ghadiri A. Das Gehirn, Entscheidungen und Unconscious Bias. TCP – The Coaching Psychologist. 2017; 9(2). URL: https://www.researchgate.net/publication/313311112_Das_Gehirn_Entscheidungen_und_Unconscious_Bias (abgerufen am 18. Juli 2025)
28. Charta der Vielfalt e.V. Vielfaltsdimensionen. In: Charta der Vielfalt. URL: <https://www.charta-der-vielfalt.de/vielfaltsdimensionen> (abgerufen am 24. Juli 2025)
29. Rogall S. Broke als Status – Warum tun wir so, als hätten wir kein Geld? In: Deutschlandfunk Nova. URL: <https://www.deutschlandfunknova.de/beitrag/broke-als-status-warum-tun-wir-so-als-haetten-wir-kein-geld> (abgerufen am 24. Juli 2025)



Jan-Paul Goroncy

Jan-Paul Goroncy ist seit 2023 Diversity Manager beim städtischen Wasserver- und -entsorger HAMBURG WASSER. Er hat Sozialökonomie und Soziologie in Hamburg und Frankfurt studiert. Berufliche Stationen führten ihn unter anderem zur Unternehmensberatung KPMG, wo er im Bereich Diversity Management tätig war, sowie zum Verein Unternehmer ohne Grenzen e.V., wo er als Projektreferent arbeitete.

Die Charta der Vielfalt: Eine Arbeitswelt für alle

Rafael Cruces und Katinka Inger
Charta der Vielfalt e.V.

Am Arbeitsplatz zeigt sich besonders deutlich die Vielfalt, die Deutschland ausmacht. An keinem Ort verbringen wir mehr Zeit mit Menschen, die uns am wenigsten ähneln.

Bis zu vier Generationen arbeiten aktuell in deutschen Betrieben zusammen. Dazu kommen Fach- und Arbeitskräfte mit verschiedenen Nationalitäten und Migrationsgeschichten. Ob in Bezug auf Alter, Geschlecht und geschlechtliche Identität, körperliche und geistige Fähigkeiten, Nationalität und Migrationsgeschichte, Religion und Weltanschauung, sexuelle Orientierung oder soziale Herkunft birgt diese Vielfalt Reibungsfläche – oder das Potenzial einer großen Bereicherung. Der strukturelle Umgang mit gesellschaftlicher Vielfalt ist damit zu einer zentralen Herausforderung und zugleich Chance für die Arbeitswelt geworden. Eine Initiative, die diesen Wandel maßgeblich mitgestaltet, ist die Charta der Vielfalt.

Die Charta der Vielfalt ist Deutschlands größte Arbeitgeberinitiative zur Förderung von Vielfalt in der Arbeitswelt. Der gemeinnützige Verein versteht sich als Brückenbauer zwischen unternehmerischer Realität, gesellschaftlichem Anspruch und internationalem Umfeld. Seit ihrer Gründung 2006 haben über 6.500 Unternehmen und Institutionen – von DAX-Konzernen über kleine und mittelständische Betriebe bis hin zu öffentlichen Einrichtungen und sozialen Trägern – die Charta der Vielfalt unterzeichnet und sich damit auf den Weg gemacht, die Vielfalt der Gesellschaft auch an ihren Arbeitsplätzen zu fördern.

Die Grundidee der Charta ist einfach, aber wirkungsvoll: Organisationen sollen ein Arbeitsumfeld schaffen, das frei von Vorurteilen ist und in dem alle Mitarbeitenden – unabhängig von persönlichen oder sozialen Merkmalen – die gleichen Chancen erhalten.

Damit positioniert sich die Initiative explizit gegen Diskriminierung und für chancengerechte Teilhabe aller Erwerbsfähigen in Deutschland. In Zeiten de-

mografischen Wandels, Fach- und Arbeitskräftemangels sowie globaler Krisen sind solche Maßnahmen von wachsender Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit von Organisationen.

Gerade im Gesundheitswesen – einem Bereich, in dem Menschen unterschiedlicher sozialer und kultureller Herkunft arbeiten und versorgt werden – ist der professionelle Umgang mit Vielfalt besonders entscheidend. Hier treffen verschiedene Perspektiven, Werte und Kommunikationsstile aufeinander. Ein diversitätsorientiertes Arbeitsumfeld fördert nicht nur das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden, sondern auch die Qualität der Patientenversorgung. Gleichzeitig zeigt sich, dass Mitarbeitende mit sichtbaren oder zugeschriebenen Differenzmerkmalen besonders häufig von Mehrfachbelastungen betroffen sind: etwa durch ungleiche Karrierechancen, Ausgrenzung durch stereotype Zuschreibungen oder strukturelle Diskriminierung (vgl. [1]). Der Nationale Diskriminierungs- und Rassismussmonitor 2025 stellte zuletzt direkte Zusammenhänge zwischen Diskriminierungserfahrungen und dem Risiko für psychische Belastungen fest [2]. Die Forschenden fanden deutlich häufiger Symptome für Depressionen und Angststörungen bei Menschen, die mehrfach im Monat Diskriminierung erfuhren.

Eine Unternehmenskultur, die Vielfalt hingegen wertschätzt und fördert, wirkt sich positiv auf die psychische Gesundheit, die Arbeitszufriedenheit und die Bindung der Mitarbeitenden aus. Das Gefühl, mit der eigenen Identität gesehen und anerkannt zu werden, trägt wesentlich zur Reduktion von Stress und zur Förderung von Resilienz bei. Insbesondere marginalisierte Gruppen profitieren von einer expliziten Diversity-Strategie, weil sie in stärkerem Maße auf strukturelle Sicherheit und soziale Unterstützung angewiesen sind. Aber auch die gesamte Organisation profitiert: durch geringere Fluktuation, höhere Produktivität und bessere Teamarbeit. Um das zu erreichen, braucht es ein institutionelles Verständnis von Diversity, das nicht auf individueller Toleranz beruht, sondern auf organisationaler Verantwortung.

Die Bedeutung von Vielfalt

Am Anfang dieses Prozesses steht ein Verständnis von Unterschieden und Gemeinsamkeiten. Schon in den 1990er-Jahren begannen Lee Gardenswartz und Anita Rowe in den USA mit der Erforschung und Kategorisierung von Vielfalt. Ihr Modell der verschiedenen Ebenen und Dimensionen von Vielfalt stellt für viele die Grundlage für ihr Diversity Management dar (»»» Abbildung 1).

Gardenswartz und Rowe [3] unterscheiden dabei vier Ebenen von Vielfalt: die Persönlichkeit, Kern-Dimensionen, die Äußere Ebene und die Organisationale Ebene. Je weiter die Ebenen sich dem äußeren Rand im Dimensionenrad nähern, desto mehr Möglichkeiten haben Menschen, auf diese Merkmale Einfluss zu nehmen.

Abbildung 1 Dimensionen von Vielfalt (erweiterte Fassung nach [3])



Die vier Ebenen von Vielfalt

- Im Kern hat jede Person eine individuelle Persönlichkeit, die sich schon früh entwickelt und durch Erziehung und Lebenserfahrungen weiter geprägt wird. Dazu gehören beispielsweise Empathiefähigkeit, Aufgeschlossenheit oder Belastbarkeit.
- Die sieben Kern-Dimensionen beschreiben Eigenschaften, die am häufigsten über Ein- und Ausgrenzung entscheiden und liegen daher im Zentrum von einem Verständnis von Vielfalt. Sechs dieser Vielfaltsdimensionen sind seit 2006 im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz verankert, um Benachteiligung aufgrund von Alter, Geschlecht und geschlechtlicher Identität, körperlicher und geistiger Fähigkeiten, Ethnische Herkunft und Nationalität, Religion und Weltanschauung oder sexueller Orientierung zu verhindern. Die siebte Vielfaltsdimension „Soziale Herkunft“ findet seit seiner Ergänzung durch die Charta der Vielfalt im Jahr 2021 einen breiten Zuspruch als Faktor für ungleiche Entwicklungschancen.
- Auf der äußeren Ebene im Dimensionenrad befinden sich Faktoren, die Teil des persönlichen Werdegangs oder biographische Merkmale darstellen. Dadurch prägen sie sowohl die Persönlichkeitsentwicklung, als auch Berufs- und Aufstiegschancen einer Person. Das sind unter anderem Ausbildung, Wohnort, Einkommen, Familienstand, Elternschaft, Freizeitverhalten und Gewohnheiten. Diese Elemente bieten Möglichkeiten, durch individuelle Entscheidungen und strukturelle Lösungen Einfluss zu nehmen.
- Ganz außen im Dimensionenrad befindet sich die Organisationale Ebene. Gerade auf dieser Ebene sind die Handlungsfelder verortet, in denen Diversity Management wirken kann: Arbeitsort, Management Status, Funktion/Einstufung, Arbeitsinhalte/-feld, Abteilung/Einheit/Gruppe, Gewerkschaftszugehörigkeit und die Dauer der Organisationszugehörigkeit.

Die verschiedenen Ebenen und Elemente im Dimensionenrad verbildlichen die Vielzahl an Lebensrealitäten, individuell wie auch als Gruppen, die unsere Gesellschaft und damit auch Arbeitsplätze ausmachen. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der intersektionalen Perspektive. Die Überschneidungen zwischen den Diversity-Dimensionen – beispielsweise zwischen sozialer Herkunft und ge-

schlechtlicher Identität oder zwischen Alter und Behinderung – beeinflussen Diskriminierungserfahrungen und Ausschlussmechanismen. Nur indem dieses Zusammenspiel im organisationalen Kontext mitgedacht und stetig reflektiert wird, kann verhindert werden, dass gut gemeinte Maßnahmen an der Lebensrealität der Betroffenen vorbeigehen. Denn als Menschen sind wir stark geprägt von Vorurteilen. Wir schreiben Menschen Eigenschaften zu oder ab, sobald sie bestimmte Merkmale aufweisen. Zu jung, zu alt, nicht fit genug oder zu weiblich. Die Liste ist lang, denn hinter jeder Vielfaltsdimension lauern die Vorurteile und haben echte Konsequenzen wenn es um Personalentscheidungen geht. Um diesen Vorurteilen zu begegnen und Menschen mit ihren Potenzialen wahrzunehmen und zu fördern, braucht es eine Sensibilisierung für Vielfalt, besonders auf strategischer Ebene.

Wie Vielfalt am Arbeitsplatz unterstützt werden kann

Wer sich das Dimensionenrad angeschaut hat, merkt, dass die Umsetzung von gelebter Vielfalt am Arbeitsplatz mehr ist als die Einführung einer Frauenquote. Eine vielfältige Belegschaft braucht strategisches Diversity Management. Es handelt sich dabei um ein differenziertes Konzept, um den Umgang mit Vielfalt zielorientiert zu planen und zu steuern. Mit konkreten Maßnahmen und Zielen entlang der unternehmerischen Werte und Bedarfe findet jede Organisation ihren individuellen Weg im Diversity Management.

Oft wird dabei unterschätzt, wie viele Maßnahmen Arbeitgebende bereits umgesetzt haben, ohne sie unter dem Stichwort Diversity Management zu verorten. Gemeinsam mit der IU Internationalen Hochschule hat die Charta der Vielfalt daher ein kostenloses Diversity-Reifegradmodell wissenschaftlich entwickelt und 2025 veröffentlicht, welches Unternehmen eine umfangreiche Selbsteinschätzung ihres Diversity Managements ermöglicht. Entlang des Mitarbeitendenzyklus bietet das Tool eine Einordnung bestehender und möglicher Maßnahmen, vom Recruiting bis zum Offboarding (»»» Abbildung 2).

Durch konkrete Angebote zur Sensibilisierung und Kompetenzentwicklung begleitet die Charta auch den

Abbildung 2 Handlungsfelder in der Diversity-Arbeit (Diversity-Reifegradmodell, 2025)



Die Charta der Vielfalt: Eine Arbeitswelt für alle

strategischen Wandel von Organisationen. Sie zeigt auf, wie Diversity in die Führungskultur, in Entscheidungsprozesse und Strukturen integriert werden kann. Dabei geht es nicht nur um symbolische Erkenntnisse, sondern um tiefgreifende Veränderungen:

» Wer wird als Talent rekrutiert und wie werden Personen allgemein entwickelt? Wer trifft Entscheidungen – und auf welcher Grundlage? Wie werden gesundheitliche Belastungen erkannt, die auf Ausgrenzung oder Mehrfachdiskriminierung beruhen?

Die Beantwortung dieser Fragen erfordert eine differenzierte Auseinandersetzung mit organisationaler Macht, mit unbewussten Vorannahmen und mit strukturellen Barrieren.

Als Netzwerk steht die Initiative insbesondere für die Unterzeichnung der Selbstverpflichtungserklärung „Charta der Vielfalt“. Unterzeichnende setzen mit ihrer Unterschrift für ihre Belegschaft und die Öffentlichkeit ein Zeichen, ihr Engagement für Vielfalt ernst zu nehmen und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Sie werden dadurch öffentlich auf der Webseite der Charta der Vielfalt gelistet und profitieren von vielen Möglichkeiten, sich auf Veranstaltungen und in digitalen Angeboten weiterzubilden und mit Gleichgesinnten zu vernetzen.

Zentrale Formate wie der Deutsche Diversity-Tag, den die Charta der Vielfalt seit über zehn Jahren als Aktionstag organisiert, machen Vielfalt sichtbar, erlebbar und organisational anschlussfähig. Darüber hinaus bietet die Charta praxisnahe Handreichungen, Leitfäden und wissenschaftlich fundierte

Grundlagen zur strategischen Implementierung von Diversity Management.

Take Home Messages

- In einer zunehmend diversen Gesellschaft ist es nicht mehr die Frage, *ob* sich Organisationen mit Vielfalt beschäftigen, sondern *wie*.
- Die Charta der Vielfalt bietet dafür Orientierung, Unterstützung und ermutigt Organisationen, über gesetzliche Pflichten hinauszugehen und Diversity als strategischen Bestandteil ihrer Unternehmenskultur zu verankern. Mit ihrer Expertise, ihrem Netzwerk und ihren praxisorientierten Formaten leistet sie einen zentralen Beitrag zur Weiterentwicklung der Arbeitswelt – hin zu mehr Gerechtigkeit, Zugehörigkeit und Gesundheit.
- Vielfalt ist kein Ziel, das erreicht werden kann und dann abgeschlossen ist – sie ist ein kontinuierlicher Lernprozess. Wer das begreift und diesen Prozess proaktiv gestaltet, leistet nicht nur einen Beitrag zu einer gerechteren Gesellschaft ist, sondern auch zu einer gesünderen, innovativeren und nachhaltigeren Arbeitswelt.

Literatur

1. Gundert S, Kosyakova Y, & Fendel T (2020) Migrantinnen und Migranten am deutschen Arbeitsmarkt: Qualität der Arbeitsplätze als wichtiger Gradmesser einer gelungenen Integration (No. 25/2020). IAB-Kurzbericht.
2. Fuchs L, Gahein-Sama M, Kim TJ, Mengi A, Podkowik K, Salikutluk Z, Thom M, Kien Tran, Zindel Z (2025) Verborgene Muster, sichtbare Folgen. Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor.
3. Gardenswartz L & Rowe A (2003): Diverse Teams at Work. Capitalizing on the Power of Diversity. Alexandria: SHRM.



Rafael Cruces

Rafael Cruces ist Global Inclusion Manager bei McDonald's. Für den studierten Betriebswirt begann die berufliche Laufbahn mit einer Dualen Ausbildung bei der Sparkasse in Detmold. 2007 ging es zu McDonald's ins HR-Department. Der gebürtige Spanier ist inzwischen verheiratet, Vater von zwei Kindern und lebt mit seiner Familie in München. Seit 2023 ist er Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands und Schatzmeister im Charta der Vielfalt e.V.



Katinka Inger

Katinka Inger ist studierte Projektmanagerin für soziale Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit („Global Project and Change Management“ in den Niederlanden). Seit 2021 arbeitet sie beim Charta der Vielfalt e.V. im Projektmanagement und der Vereinskommunikation. In dieser Rolle liegt ihr Fokus auf der Vermittlung von Diversity Management durch Kommunikation und Veranstaltungen. Ein thematischer Schwerpunkt ist die Inklusion von Menschen mit Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt.

3 Fragen an Andreas Lenz und Martina Stamm

Warum hat Ihr Unternehmen die Charta der Vielfalt unterzeichnet?

Weil wir der festen Überzeugung sind, dass wir als Gesellschaft nur bestehen können, wenn wir die vorhandene Vielfalt nutzen und weiter fördern. Und dabei beschränken wir uns nicht auf die Vielfalt in unserer Belegschaft, sondern meinen damit auch die vielfältigen Bedürfnisse unserer Versicherten. Wir in der BKK Pfalz leben diese vorurteilsfreie Einstellung aktiv und haben uns schon vor vielen Jahren auch in unserem Leitbild ganz klar gegen jede Form der Diskriminierung und Benachteiligung positioniert. Daher war es uns schon 2013 wichtig, die „Charta der Vielfalt“ zu unterzeichnen und damit unseren Standpunkt auch nach außen sichtbar zu vertreten. Mit der Unterschrift zeigen wir, dass die BKK Pfalz die Anerkennung, Wertschätzung und Einbeziehung von Vielfalt in der Unternehmenskultur in Deutschland voranbringen will.

Wie bewerten Sie aktuell und mit Blick in die Zukunft die Relevanz von Vielfalt in der Arbeitswelt?

Wir sind der festen Überzeugung, dass wir als Gesellschaft nur bestehen können, wenn wir die vorhandene Vielfalt nutzen und weiter fördern.

Die Bedürfnisse der Mitarbeitenden, aber auch der Versicherten verändern sich stetig. Alleine daraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass wir gut beraten sind, uns offen und aktiv mit dem Thema Vielfalt auseinanderzusetzen. Antidiskriminierung und Demokratie sind entscheidende Handlungsfelder, in denen wir sowohl als Arbeitgeber, aber auch als Mitglieder der Gesellschaft zwingend handeln müssen, um auch in Zukunft gut miteinander leben und arbeiten zu können.

Wie wird in Ihrem Unternehmen mit dem Thema Vielfalt umgegangen und welche Erkenntnisse konnten Sie zu Effekten von Vielfalt sammeln?

Ob im Bewerbungsverfahren oder bei der internen Personalentwicklung: Bei uns zählt ausschließlich die Qualifikation für das jeweilige Stellenprofil. Dabei hat jeder und jede die gleiche Chance. Wir setzen ganz bewusst auf die vielfältige Zusammensetzung der Teams, denn nur, wenn wir Beschäftigte mit unterschiedlichen Erfahrungen und Lebensgeschichten zusammenbringen, kann Neues entstehen. Bei der Besetzung von Projektgruppen achten wir darauf, dass alle „Hierarchiestufen“ vertreten sind und sich einbringen können. Wir haben damit gerade bei innovativen und für die Zukunft entscheidenden Themen sehr gute Erfahrungen gemacht.

Unsere fast 400 Beschäftigten kommen aus unterschiedlichen Nationen und sprechen viele Sprachen. Mit unserem „International Customer Service“ möchten wir fremdsprachigen Kundinnen und Kunden die Kontaktaufnahme erleichtern, unsere „Lotsen“ können sie in 15 Sprachen beraten und ihnen zur Seite stehen. Dieser Service wird sehr gut nachgefragt und geschätzt, denn er ermöglicht auch Menschen, die noch nicht so gut Deutsch sprechen eine vertrauensvolle Kontaktaufnahme zu uns. Wir sind uns sicher, dass wir dadurch Hürden abbauen und für eine offene Kommunikation auf Augenhöhe sorgen können.

Kultur ist wichtig für den Zusammenhalt einer Gesellschaft. Deshalb fördern wir etliche kleine Projekte in der Metropolregion Rhein-Neckar, die sich klar zu Diversität und gegen Diskriminierung bekennen. Auch unsere Unterstützung von Monnem Pride ist ein klares und bewusstes Statement für Pluralität.

Unsere Unterstützung von Monnem Pride ist ein klares und bewusstes Statement für Pluralität.

3 Fragen an Andreas Lenz und Martina Stamm



Andreas Lenz

Andreas Lenz ist Vorstandsvorsitzender der BKK Pfalz und seit mehr als 40 Jahren im System der gesetzlichen Krankenversicherung tätig.



Martina Stamm

Martina Stamm ist Leiterin der Unternehmenskommunikation der BKK Pfalz und verantwortet die Themen externe und interne Kommunikation, Nachhaltigkeit, Kultursponsoring und setzt sich beruflich und privat für Vielfalt und Chancengleichheit ein.

3 Fragen an Dr. Patricia Heufers

Warum hat Ihr Unternehmen die Charta der Vielfalt unterzeichnet?

Unser Unternehmen hat die Charta der Vielfalt unterzeichnet, um ein klares Bekenntnis zu Inclusiveness abzugeben. Wir glauben, dass ein diverses und vor allem inklusives Arbeitsumfeld nicht nur die Kreativität und Innovation fördert, sondern auch zu einer positiven Unternehmenskultur beiträgt. Durch die Unterzeichnung der Charta möchten wir ein Zeichen setzen und unsere Verantwortung als Arbeitgeber betonen, Diskriminierung entgegenwirken und ein respektvolles Miteinander fördern.

Neben der Unterzeichnung der Charta der Vielfalt haben wir ein eigenes Statement zu Inclusiveness entwickelt, zu dem sich unsere Geschäftsführung bekennt.

Wie bewerten Sie aktuell sowie mit Blick in die Zukunft die Relevanz von Vielfalt in der Arbeitswelt?

Wir sehen Vielfalt als einen entscheidenden Faktor für den Erfolg von Unternehmen.

In einer globalisierten Welt ist es wichtig, unterschiedliche Perspektiven und Erfahrungen zu integrieren, um besser auf die Bedürfnisse der Kunden eingehen zu können. Diverse Teams, die inklusiv geführt werden, entwickeln in der Regel bessere Lösungen für die Herausforderungen der Mandanten.

Darüber hinaus sind Unternehmen, die Vielfalt und Inklusion fördern, in der Lage, talentierte Mitarbeitende zu gewinnen und zu halten, was letztlich zu einer höheren Wettbewerbsfähigkeit führt.

Wenn Mitarbeitende sie selbst sein können und sich nicht verstecken müssen, können sie ihre gesamte Energie in ihre Arbeit und Aufgaben stecken.

Neben den wirtschaftlichen Vorteilen sollten Unternehmen sich fragen, für welche Werte sie stehen und was die Basis ihres Handelns ist.

Die Relevanz von Vielfalt wird sich nicht verändern. Die Vielfalt ist da, sie bleibt und die Arbeitswelt sollte weiterhin daran arbeiten, sie wertzuschätzen.

Wie wird in Ihrem Unternehmen mit dem Thema Vielfalt umgegangen und welche Erkenntnisse konnten Sie zu Effekten von Vielfalt sammeln?

Wir schätzen und fördern die Vielfalt und arbeiten täglich an Inclusiveness und Chancengerechtigkeit. Unsere Kolleg:innen sollen sich zugehörig und wertgeschätzt fühlen.

Dabei ist es wichtig, dass die damit zusammenhängenden Themen nicht als einzelne Projekte verstanden werden, sondern Teil der Personalstrategie sind. Das heißt allerdings nicht, dass nur die Personalabteilung dafür verantwortlich ist. Für die erfolgreiche Umsetzung der Inclusivness-Strategie sind die Fachbereiche und Führungskräfte verantwortlich.

Neben Workshops, Schulungen und unseren internen Netzwerken zu den verschiedenen Vielfaltsdimensionen arbeiten wir an fairen und inklusiven Personalprozessen, damit alle Mitarbeitenden gerechte Möglichkeiten haben, ihre Talente und Fähigkeiten zu entwickeln. Dies fördert eine Arbeitsumfeld, in der alle die Chance haben, erfolgreich zu sein.

Wir fragen die Mitarbeitenden im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Mitarbeitendenbefragungen, wie sie die Themen Inclusiveness und Chancengerechtigkeit bei uns einschätzen und leiten daraus entsprechende Maßnahmen ab.

Sollten Mitarbeitende diskriminierendes, rassistisches oder sexistisches Verhalten zeigen oder auf andere Weise gegen unsere Werte verstoßen, können sich die Kolleg:innen an unsere Ethics Hotline wenden und diese Vorfälle melden oder sich auch vorab zum Sachverhalt beraten lassen. EY geht jeder Meldung nach, Verstöße gegen den Code of Conduct werden mit entsprechenden Konsequenzen sanktioniert.

Die Themen Vielfalt, Inklusion und Chancengerechtigkeit sowie Zugehörigkeit sind nur dann erfolgreich, wenn sie strategisch verankert sind und Ressourcen zur Verfügung stehen. Dabei gilt: Don't fix the people, fix the system, d.h. dass die Strukturen und Prozesse vielfaltsgerecht gestaltet werden.

3 Fragen an Dr. Patricia Heufers



Dr. Patricia Heufers

Patricia Heufers ist seit 2017 Inclusiveness Leader bei EY Deutschland.

3 Fragen an Birgit Lehmann und Jennifer Eicher

Warum hat Ihr Unternehmen die Charta der Vielfalt unterzeichnet?

Der BSR ist das Thema Vielfalt sehr wichtig – in all ihren Dimensionen. Zu diesen Dimensionen gehören Alter, ethnische Herkunft, körperliche/geistige Fähigkeiten, Religion, sexuelle Orientierung, soziale Herkunft und natürlich auch Geschlecht/geschlechtliche Identität. Die Entsorgungsbranche ist z.B. traditionell eine Männerdomäne. Seit Inkraftsetzung des Landesgleichstellungsgesetzes (LGG Berlin) im Jahr 1991 stieg der Frauenanteil bei der BSR nur langsam. Im Jahr 2006 übernahm erstmals eine Frau, Vera Gäde-Butzlaff, den Vorstandsvorsitz und traf mutige Entscheidungen zur Förderung und Gleichstellung von Frauen. 2009 unterzeichnete die BSR die Charta der Vielfalt und stellte 2011 erstmals Frauen in der Straßen- und Grünflächenreinigung ein. Seitdem wird bspw. das Ziel eines höheren Beschäftigungsanteils von Frauen in Führung und technischen Berufen konsequent verfolgt (»»» Tabelle 1).

Mit der Unterzeichnung der Charta der Vielfalt ist eine Selbstverpflichtung verbunden, auch strukturelle Hindernisse dauerhaft anzugehen, z.B.: Wie kann die körperliche Schwere der Arbeit bei Straßenreinigung und Müllabfuhr reduziert werden, damit Männer wie Frauen in diesem Beruf bis zur Rente leistungsfähig bleiben? Wie kann die Vereinbarkeit

von Beruf und Familie verbessert werden, damit die BSR als Arbeitsgeberin für alle Beschäftigten noch attraktiver wird? Wie können inklusive Arbeitsbedingungen geschaffen werden, für Beschäftigte aller Geschlechter und unterschiedlicher sexueller Orientierung, mit und ohne Behinderung, verschiedener Herkunft, Religion und aller Generationen?

Wie bewerten Sie aktuell sowie mit Blick auf die Zukunft die Relevanz von Vielfalt in der Arbeitswelt?

Vielfalt ist entscheidend, um als Arbeitgeberin attraktiv zu sein und trotz Arbeits- und Fachkräftemangel offene Stellen zu besetzen. Die Potenziale von Beschäftigten mit den verschiedensten Erfahrungen, Hintergründen, Herkünften, Orientierungen und Geschlechtern sind für den Unternehmenserfolg unverzichtbar.

Da Menschen oft Vertrautes bevorzugen, bleiben Teams häufig homogen, wenn nicht aktiv gegengesteuert wird. Während homogene Teams ähnliche Bedürfnisse verfolgen, bringen gemischte Teams Unternehmen auf besondere Weise voran – so werden verstärkt innovative Ideen entwickelt und Veränderungspotenziale genutzt. Führungskräfte spielen hierbei eine wichtige Rolle: Sie bestimmen die Teamzusammensetzung, fördern den Perspektiv-

Tabelle 1 Frauenanteil in der BSR seit 2007

Jahr*	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2023	Apr 2025
Σ Anzahl BSR	5.273	5.098	5.251	5.106	5.227	5.409	5.834	6.071	6.202	6.333
Anteil Frauen BSR	14%	13%	15%	16%	18%	18%	18%	18%	18%	19%
Anteil Frauen in Führung**	-	-	-	-	-	-	-	43%	46%	44%
Anteil Frauen SGR	1%	1%	10%	14%	20%	23%	21%	19%	20%	20%
Anteil Frauen MW***	-	-	-	-	-	-	2%	3%	3%	3%

* Werte jeweils zum Jahresende

** Führungsebenen 2 & 3

*** Einstellung von weiblichen Müllwerker:innen erst ab 2018

wechsel und unterstützen das Zusammenwachsen gemischter Teams. Dies erfordert Mühe, da unterschiedliche Bedürfnisse akzeptiert und strukturelle Hürden überwunden werden müssen. Gerade unterrepräsentierte Gruppen bringen mit einer neuen – bisher oft vernachlässigten – Perspektive wichtige Impulse zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen ein.

Ausgleichende Maßnahmen hinsichtlich struktureller Hürden für bestimmte Gruppen können von anderen Beschäftigtengruppen jedoch als Bevorzugung wahrgenommen werden. Hier bedarf es der Aufklärung, Sensibilisierung und Transparenz. Als Diversity-Beauftragte setzen wir uns zudem dafür ein, dass neben den erforderlichen Einzelfallentscheidungen die Arbeitsbedingungen so verbessert werden, dass sie für alle Beschäftigtengruppen inklusiv sind und der Mehrwert für alle spürbar wird.

Und wenn es gelingt, nicht ausschließlich in einzelnen Vielfaltsdimensionen, sondern ganzheitlich und intersektional zu denken, profitieren alle Beschäftigten – und die BSR als Arbeitgeberin gewinnt weiter an Attraktivität.

Ein Beispiel: Früher waren Standort- und Personaleinsatzplanungen wenig inklusiv. Heute berücksichtigen wir die Themen „Vielfalt“ und „New Work“ bei unseren Beschäftigten wesentlich umfassender: Gibt es z.B. genug Sanitäranlagen für Frauen, Män-

ner und diverse Personen? Welche Barrieren für Menschen mit Behinderung können vermieden werden? Wie formulieren wir Arbeitsanweisungen verständlich für alle Beschäftigtengruppen? Wie planen wir familienfreundliche Schichtzeiten?

Ein weiteres Beispiel: Früher schloss die körperlich schwere Arbeit bei Straßenreinigung und Müllabfuhr Frauen oft aus. Mittlerweile ist es viel selbstverständlicher, sich allumfassend mit Belastungsschwerpunkten körperlich schwerer Arbeit auseinanderzusetzen. Gemischte Teams tragen wesentlich zu Veränderungen bei; sie geben spannendes Feedback und entwickeln neue Ideen (»» Abbildung 1).

Arbeitsgeräte und Fahrzeuge werden alters- und geschlechtergerecht gestaltet. Arbeitsschutzkleidung berücksichtigt mehr alters-, geschlechtergerechten und individuellen Gesundheitsschutz. Dies fördert Gesundheit, Motivation, Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit der Beschäftigten – und bringt auch wirtschaftliche Vorteile für das Unternehmen.

Unser Personalmarketing konzentriert sich daher auf gemischte Teams und nimmt unterrepräsentierte Zielgruppen besonders in den Blick. Der Erfolg

Eine Arbeitsumgebung, die Vielfalt berücksichtigt, fördert Mitarbeiterzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit des Unternehmens gleichermaßen.

Abbildung 1 Gemischtes Team der Berliner Stadtreinigung bei der Arbeit



zeigt sich in einer vielfältigen Stellenbesetzung: Rund 45% Frauen in der 2. und 3. Führungsebene, ca. 350 Frauen als Straßen-/Grünflächenreinigerinnen oder Kraftfahrerinnen sowie rund 26 Frauen in der Müllabfuhr. Und es gibt viel Potenzial für noch mehr Vielfalt in der Belegschaft: Bis 2028 werden rund 2.500 Stellen neu besetzt.

Wie wird in Ihrem Unternehmen mit dem Thema Vielfalt umgegangen und welche Erkenntnisse konnten Sie zu Effekten von Vielfalt sammeln?

Gelebte Vielfalt bedeutet, alle Dimensionen von Diversity in allen HR-Prozessen zu berücksichtigen – von der strategischen Personalplanung über das Onboarding und die Personalentwicklung bis hin zum Ausstieg. Bei der Förderung und Gleichstellung von Frauen setzen wir bereits auf bestimmte Zielgrößen und verankern Maßnahmen in Frauenförderplänen¹, wobei wir Führungskräfte über Förderplan-konferenzen aktiv einbinden.

Zukünftig wollen wir Diversity noch stärker mit der Unternehmensstrategie verzahnen und fakten-

basierter steuern. Auch wenn derzeit die technischen Voraussetzungen noch fehlen, ist es wichtig, diesen Weg konsequent zu verfolgen. Diversity muss gesteuert werden, um Fortschritt messbar und den Nutzen für alle Beschäftigten sichtbar zu machen.

In den letzten Jahren haben wir festgestellt, dass unser Engagement für Vielfalt immer mehr interessierte Beschäftigte erreicht. Veränderungsbereitschaft, Flexibilität, emotionale Intelligenz und Eigenverantwortung sind zentrale Kompetenzen, die wir alle brauchen – für eine moderne Arbeitswelt und für gelebte Vielfalt.

Wir brauchen eine Lernkultur, die lebenslanges Lernen fördert, auch um unbewusste Vorurteile zu reflektieren sowie mehr Verständnis und Wertschätzung zu entwickeln. Regelmäßiger Austausch hilft, Wünsche und Herausforderungen der Beschäftigten zu ermitteln und neue Synergien zu schaffen.

Für Vielfalt und ein respektvolles Miteinander können wir gar nicht genug tun: Unsere Angebote wie Trainings, Mentoring-Programme, der Diversity-Tag und Roadshows auf verschiedenen Standorten unterstützen dies und werden ständig weiterentwickelt. Es bleibt aber genug zu tun, damit Vielfalt immer besser gelingt und der Arbeitsplatz ein Ort ist, an dem wirklich alle Beschäftigten ihr Potenzial voll entfalten können.

1 Der BSR-Frauenförderplan 2024 bis 2029 ist abrufbar unter: https://www.bsr.de/assets/downloads/BSR24004_Frauenfoerderplan_2024_Ansicht.pdf



Birgit Lehmann

Birgit Lehmann ist Diplom-Ingenieurin für Werkstoffwissenschaften. Nach ersten Berufserfahrungen in der Qualitätssicherung in verschiedenen Unternehmen wechselte sie 1997 zur Berliner Stadtreinigung (BSR). Sie war in ihren beruflichen Stationen verantwortlich für den Aufbau des Umwelt-, Qualitäts- und Prozessmanagements, war als Organisationsentwicklerin und Abteilungsleiterin tätig, engagierte sich als Gesamtfrauenvertreterin für die betriebliche Förderung und Gleichstellung von Frauen. In dieser Rolle war sie Sprecherin der AG Gleichstellung im Verband Kommunaler Unternehmen (VKU). Seit Sommer 2024 ist sie Diversity Beauftragte bei der Berliner Stadtreinigung.



Jennifer Eicher

Jennifer Eicher ist Diversity Beauftragte der Berliner Stadtreinigung (BSR). Ihr Duales Studium schloss sie mit dem Bachelor of Arts im Dienstleistungsmanagement mit Schwerpunkt Personal und Marketing ab. Nach ersten beruflichen Erfahrungen als Personalreferentin und im Recruiting in der Dienstleistungsbranche und in einem Konzern wechselte sie 2013 zur BSR. Nach knapp zehn Jahren im Recruiting und Personalmarketing widmet sie sich mit großem Engagement ihrem Herzensthema: Chancengerechtigkeit, Akzeptanz, Toleranz und gelebte Vielfalt im Arbeitsumfeld. Zuletzt gründete sie gemeinsam mit interessierten Beschäftigten ein Regenbogen-Netzwerk.

5

Fazit:
**Vielfalt leben, Gesundheit stärken –
Wegbereiter für die Arbeitswelt
der Zukunft**

Anne-Kathrin Klemm



Vielfalt in Bedrängnis

Der politische Wind dreht sich. Die liberale Gesellschaft sieht sich Angriffen auf ihren Zusammenhalt ausgesetzt. „Bioddeutsch“ und „Remigration“ wurden in den vergangenen beiden Jahren zu den „Unwörtern“ des Jahres erklärt. Sie spiegeln prominente, andauernde politische Debatten wider – das Ringen um Identität. Die bestehende Heterogenität in Sprache, Kultur, Religion, sexueller Orientierung, geschlechtlicher Identität und Herkunft ist zunehmend Angriffen ausgesetzt.

In Zeiten der Globalisierung und europäischen Integration galt Vielfalt als ein Wert an sich, den es zu verfolgen und zu fördern galt. Heute jedoch wird sie nun zunehmend infrage gestellt. Rechte Kräfte werben für Homogenität und greifen die pluralistische Gesellschaft an. Die Debatte reicht tief in alle Gesellschaftsschichten, polarisiert, wird laut, emotional und zunehmend kämpferischer geführt.

Gesellschaftliche Akteure wie wir Betriebskrankenkassen stellen sich die Frage, welche Rolle sie im komplexen Diskurs und im Ringen um die Meinungshoheit einnehmen.

Mehr als ein Symbol

Auf den ersten Blick wirken die Debatten um die Vielfalt unserer Gesellschaft, die sich verändernde moderne Arbeitswelt und die Betrachtung der Gesundheit der Menschen losgelöst voneinander zu existieren. Die Beiträge dieses 49. Gesundheitsreportes zeigen: Sie bilden einen Dreiklang, der das Wohlergehen des Einzelnen, den Erfolg von Unternehmen und die Stabilität unserer Gesellschaft maßgeblich bestimmt. Gesundheit, Vielfalt und Arbeit sind untrennbar miteinander verbunden. Die facettenreichen Perspektiven aus Wissenschaft, Praxis und Politik zeigen, dass eine gesunde Arbeitswelt nur dann nachhaltig gestaltet werden kann, wenn sie die Vielfalt der Menschen aktiv anerkennt und fördert.

Gesundheitliche Unterschiede verstehen

Die Beiträge machen deutlich, dass Arbeitsunfähigkeitszeiten kein reinindividuelles Phänomen sind. Sie spiegeln vielmehr systemische und strukturelle Schwachstellen wider. Die Auswertungen von Fehlzeiten, der ambulanten und stationären Versorgung sowie von Arzneimittelverordnungen zeigen, dass bestimmte Personengruppen – charakterisiert durch

Alter, Geschlecht, Wohnort und soziale Determinanten wie den beruflichen Status oder das Einkommen – überdurchschnittlich häufig gesundheitliche Belastungen erfahren. Dabei zeigt sich, dass Letztere einen unmittelbaren Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit haben. Ein niedriger sozialer Status, unsichere Arbeits- und Wohnbedingungen, eine Behinderung, die Zugehörigkeit zu einer Minderheit oder die Erfahrung von Diskriminierung – beispielsweise aufgrund der Herkunft oder der sexuellen Orientierung – verstärken das Krankheitsrisiko erheblich.

Diese gesundheitlichen Unterschiede verdeutlichen ein zentrales Problem: Die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen ist nicht primär medizinischer, sondern vor allem gesellschaftlicher und politischer Natur. Es reicht nicht, die Symptome zu behandeln. Politisch müssen die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten durch konsequente Förderung von Chancengleichheit und Inklusion – insbesondere in der Arbeitswelt – bekämpft werden. Im Gesundheitssystem erfordern diese Erkenntnisse einen Paradigmenwechsel: weg von standardisierten Präventions- und Versorgungsansätzen, hin zu maßgeschneiderten Lösungen, die den unterschiedlichen Lebensrealitäten gerecht werden.

Vielfalt als Gesundheitsressource am Arbeitsplatz

Vielfalt am Arbeitsplatz ist weit mehr als eine bunte Mischung von Menschen. Sie ist ein entscheidender Faktor für die Gesundheit aller Beschäftigten. Die Arbeitswelt ist der Ort, an dem Menschen mit den unterschiedlichsten Hintergründen am häufigsten zusammenkommen. Hier entscheidet sich, ob aus Reibungsflächen fruchtbare Innovationen entstehen oder ob sie zu Ausgrenzung und gesundheitlicher Belastung führen.

Studien zeigen, dass ein inklusives Arbeitsumfeld, in dem sich alle wertgeschätzt und zugehörig fühlen, das Risiko für Stress, Burnout und psychische Erkrankungen senkt. Diskriminierung, sei es aufgrund von Alter, Geschlecht, Herkunft oder anderen Merkmalen, wirkt sich hingegen direkt negativ auf die Psyche aus und kann zu Angststörungen und Depressionen führen. Eine diverse Belegschaft, in der jede Person in ihrer Individualität anerkannt wird, ist folglich eine gesündere Belegschaft.

Vielfalt als dynamischer Prozess der Mehrwert schafft

Die Gestaltung einer diversen Arbeitswelt ist kein Selbstzweck, sondern das Ergebnis eines bewussten Prozesses, der Vielfalt als Chance begreift. Teams, die aus Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen, Erfahrungen und Perspektiven bestehen, sind kreativer, innovativer und widerstandsfähiger – und gesünder. Sie können Probleme besser lösen und sich schneller an Veränderungen anpassen.

Diese dynamischen Arbeitsumfelder fördern nicht nur die Leistungsfähigkeit des Unternehmens, sondern auch die Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeitenden. So führt Vielfalt zu besseren

Vielfalt sollte man nicht als Last verstehen, sondern als entscheidenden Hebel für eine gesunde, resiliente und zukunftsfähige Arbeitswelt nutzen.

Arbeitsbedingungen, die wiederum die Gesundheit aller unterstützen. Die Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten und die praktischen Erfahrungen von Unternehmen verdeutlichen, dass ein konstruktiver Umgang mit Vielfalt über eine

soziale Verpflichtung hinausgeht – er stellt eine bedeutende gesellschaftspolitische sowie wirtschaftliche Notwendigkeit dar.

Arbeitswelt als Gestaltungsraum

Der Arbeitsplatz ist der entscheidende Ort, an dem Gesundheit und Vielfalt aufeinandertreffen. Arbeitgeber haben sowohl die Verantwortung und als auch die Chance, aktiv ein Umfeld zu schaffen, das beides fördert. Eine Führungskultur, die Vielfalt aktiv fördert, trägt maßgeblich zum Wohlbefinden und zur Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden bei. Ein gezieltes Diversitätsmanagement ist dabei das Herzstück. Es geht darum, über bloße Symbolik hinauszugehen und Vielfalt als Grundprinzip der Unternehmenskultur zu verankern. Das bedeutet, Diskriminierung aktiv zu bekämpfen, Chancengleichheit zu gewährleisten und eine Führungskultur zu etablieren, die die Bedürfnisse aller Mitarbeitenden im Blick hat. Wenn Unternehmen die Individualität jeder Person schätzen, schaffen sie nicht nur eine gerechtere, sondern auch eine produktivere und gesündere Arbeitswelt. Dabei ist Vielfalt in der Arbeitswelt jedoch kein Ziel, das einmal erreicht wird und dann abgehakt werden kann. Sie ist ein kontinuier-

licher Prozess, der politisches Engagement, unternehmerische Verantwortung und gesellschaftliches Umdenken erfordert.

Inklusion als Weg zu mehr Gesundheit und Teilhabe

Insbesondere vulnerable Gruppen sind mit Hindernissen am Arbeitsmarkt konfrontiert. Die Beiträge verdeutlichen, dass Arbeitslosigkeit und fehlende Teilhabe nicht nur wirtschaftliche, sondern auch gravierende gesundheitliche Folgen haben. Die Schlussfolgerung ist klar: Prävention und Gesundheitsförderung müssen dort ansetzen, wo die Ungleichheiten entstehen. Die Förderung von Inklusion und Chancengleichheit ist somit ein entscheidendes Instrument, um Krankheiten vorzubeugen und die Lebensqualität aller zu verbessern.

Integrierte Ansätze für Vielfalt in der Gesundheitspolitik

Eine moderne Gesundheitspolitik, die den komplexen, sich stetig wandelnden sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen moderner Gesellschaften – wie dem demografischen Wandel, dem Fachkräftemangel oder dem Klimawandel – gerecht werden will, muss an den Wurzeln ansetzen. Dabei muss sie die Vielfalt der Menschen als zentrale Ressource für Gesundheit und wirtschaftliche Stärke begreifen. Die Gesunderhaltung aller Beschäftigter wird so zum Schlüssel für nachhaltige Zukunftsfähigkeit.

Gesundheitspolitik muss sich der Realität einer vielfältigen Gesellschaft stellen und entsprechend flexibel agieren. Ein „One Size fits all“-Ansatz ist nicht zeitgemäß: Die unterschiedlichen Spezialisierungen und Angebote der verschiedenen Krankenkassen ermöglichen es jedem Versicherten, genau die Kasse zu wählen, die am besten zu ihrer persönlichen Lebenssituation und ihren individuellen gesundheitlichen Bedürfnissen passt. Kassenvielfalt fördert Innovation und treibt die Entwicklung neuer und flexiblerer Versorgungsmodelle voran, die sich an den Bedürfnissen moderner Menschen orientieren. Die Existenz verschiedener Kassen stellt sicher, dass das deutsche Gesundheitssystem

Vielfaltspolitik ist Gesundheitspolitik. Gesundheitspolitik ist vielfältig.

agil bleibt und dadurch besser auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen eingehen kann, statt alle in einen einzigen starren Rahmen zu pressen.

Betriebskrankenkassen: Brücke zwischen Arbeit, Gesundheit und Vielfalt

Betriebskrankenkassen arbeiten eng mit Unternehmen zusammen, analysieren die vielfältigen Bedarfe der Belegschaften und entwickeln passgenaue Maßnahmen für unterschiedliche Mitarbeitergruppen – von jungen Beschäftigten mit besonderen Herausforderungen im Bereich psychischer Gesundheit bis hin zu älteren Mitarbeitenden, bspw. mit präventiven Angeboten für körperliche Belastungen.

Die Richtung ist klar: Wir wollen Versicherte auf individuellen Versorgungspfaden mit spezialisierten Netzwerken begleiten, wir sorgen für abgestimmte Präventions- und Versorgungsprozesse und fungieren als aktive Begleiter auf der Patient Journey. Es braucht eine Gesundheitsversorgung, die nicht nur auf die Symptome, sondern auf die gesamte Lebenssituation eingeht und Versorgungspfade, die so präzise und individuell, wie die Menschen selbst sind. Dabei unterstützen wir auch die Unternehmen beim Aufbau eines umfassenden Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), das sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen integriert und die Gesundheit aller Beschäftigten fördert.

Ausblick: Vielfalt als fundamentale Ressource für eine gesunde Zukunft

Die in diesem Buch versammelten Gastbeiträge von Wissenschaftlern, Vertretern von Institutionen und Unternehmen liefern ein unmissverständliches Fazit: Die Frage nach der Gesundheit unserer Arbeitsgesellschaft ist untrennbar mit der Frage nach Vielfalt und Inklusion verbunden. Es ist an uns, diese Erkenntnis zu nutzen und in die Tat umzusetzen. Politik, Unternehmen, Führungskräfte und jede und jeder Einzelne sind aufgefordert, die Vielfalt als Chance zu begreifen und die Arbeitswelt so zu gestalten, dass sie die Gesundheit aller schützt und fördert.

In einer Zeit, in der die offene Gesellschaft unter Druck gerät und Angriffe auf die Vielfalt zunehmen, zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse und Praxisbeispiele, dass *eine diverse und inklusive Arbeitswelt nicht nur ein moralisches, sondern auch ein strategisches Gebot ist*. Der 49. BKK Gesundheitsreport 2025 macht deutlich: Die Art und Weise, wie wir Vielfalt am Arbeitsplatz leben, prägt nicht nur unser Zusammenleben, sondern auch die Gesundheit aller und die Zukunftsfähigkeit der gesamten Volkswirtschaft.

Der Gesundheitsreport soll dazu beitragen, diese Diskussion voranzutreiben und den Weg für eine zukunftsfähige, inklusive und gesunde Gesellschaft zu ebnen.



Anne-Kathrin Klemm

Anne-Kathrin Klemm, Vorständin im BKK Dachverband e.V., ist Dipl.-Volkswirtin und arbeitet seit fast 30 Jahren im Gesundheitssystem: beim BKK Dachverband, der Techniker Krankenkasse, dem AOK Bundesverband und der Kassenzärztlichen Vereinigung Südbaden. Ihre umfassende Expertise brachte sie auch in internationale Konferenzen und als Consultant für die GTZ im asiatischen Raum ein. Ihr ist der Blick ins Ausland wichtig, um Best Practice-Erfahrungen für das deutsche Gesundheitssystem zu adaptieren.

