

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 37)
Andreas Storm (Herausgeber)

Gesundheitsreport 2021

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 37)

**Gesundheitsreport 2021
Coronakrise und Digitalisierung**

Herausgeber:

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31, D-20097 Hamburg

Autoren:

Jörg Marschall, Susanne Hildebrandt, Julia Gerb, Hans-Dieter Nolting

Redaktion

Martin Kordt
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27–31, D-20097 Hamburg
E-Mail: martin.kordt@dak.de

Hamburg
Dezember 2021

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

© 2021 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-86216-860-6

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn
Titelbilder:
AU-Schein © [istockphoto.com/AnnettVauteck](https://www.istockphoto.com/AnnettVauteck);
Frau © [istockphoto.com/KatarzynaBialasiewicz](https://www.istockphoto.com/KatarzynaBialasiewicz)

Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt
Printed in Germany

Vorwort

Wer voll im Erwerbsleben steht, vielleicht eine Familie hat und Hobbys pflegt, der weiß, dass Zeit ein knappes Gut ist. Da ist der Arztbesuch, ob für die Vorsorge oder weil man sich krank fühlt, immer auch eine Belastung, insbesondere, wenn er mit langen Wartezeiten verbunden ist. Für den Gesundheitsreport 2021 war diese Überlegung Ausgangspunkt unserer Frage nach Möglichkeiten und Chancen eines digitaleren Gesundheitssystems aus Sicht der Beschäftigten. Durch die Coronakrise und die damit einhergehenden Veränderungen hat diese Frage an Relevanz gewonnen, die ambulant ärztliche Versorgung stand vor großen Herausforderungen. Die Beschäftigten in Deutschland haben sehr deutlich auf die veränderte Situation reagiert und oftmals trotz gesundheitlicher Beschwerden auf einen Praxisbesuch verzichtet. Die Anzahl der Arztkontakte lag im Frühjahr 2020 um 22 Prozent unter dem Niveau der Vorjahre. Vor diesem Hintergrund haben viele Akteure des Gesundheitssystems verstärkt Erfahrungen mit telematischer und digitaler Versorgung gesammelt.

Ein prominentes Beispiel für die Beschäftigten ist die telefonische Krankschreibung bei leichten Atemwegserkrankungen, die am 9. März 2020 in Deutschland eingeführt wurde. Sie ist nach derzeitigem Stand bis zum 31. Dezember 2021 befristet. Die Sonderregelung sollte die Arztpraxen entlasten und die Gefahr einer Ausbreitung des COVID-19-Virus über die Wartezimmer verringern. Sie hat zudem bewirkt, dass sich Erkältungskrankheiten und andere Infekte auf diesem Wege ebenfalls nicht verbreiten konnten. Auch in anderen Bereichen der medizinischen Versorgung wurde zum Teil mit ungewöhnlicher Schnelligkeit und Pragmatismus auf die Krise reagiert. Arztpraxen boten verstärkt telefonische Beratung an und einige Medizinerinnen und Mediziner konnten erstmals Videosprechstunden realisieren.

Wir haben diese Veränderungen auf Basis unserer Arbeitsunfähigkeits-, Behandlungs- und Arzneimitteldaten nachgezeichnet. Dazu wurden Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitssystem befragt sowie gut 7.000 Beschäftigte im Alter von 18 bis 65 Jahren. Differenziert nach vier verschiedenen Versorgungstypen haben wir ermittelt, wie gut Beschäftigte durch die Krise gekommen sind. Je nach individuellem Versorgungsbedarf, Geschlecht und Alter haben diese die klassische medizinische Versorgung und die neuen digitalen Angebote ganz unterschiedlich intensiv in Anspruch genommen. Auch die Bewertung der Angebote und die Chancen, die in ihnen gesehen werden, variieren je nach Versorgungstyp.

Die Erfahrungen der Beschäftigten und ihre Bereitschaft, die telefonischen Krankschreibung, Videosprechstunden und digitale Gesundheitsanwendungen zu nutzen, können uns wertvolle Hinweise dazu geben, welche Innovationen auch nach der Krise einen Mehr-

wert bieten und dauerhaft ins System aufgenommen werden sollten. Die Menschen sind heute offener für neue intelligente Wege der ambulanten medizinischen Versorgung als vor der Pandemie. Wir sollten aus den Erfahrungen der Coronakrise lernen und sie für einen Innovationsschub im Gesundheitssystem nutzen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andreas Storm', with a stylized, cursive script.

Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, Dezember 2021

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Zusammenfassung der Ergebnisse	IX
Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport	XI
1. Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2020	1
2. Arbeitsunfähigkeiten im Überblick	3
2.1 Der Krankenstand	3
2.2 Betroffenenquote	8
2.3 Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten	8
2.4 Durchschnittliche Falldauer	10
2.5 Krankenstand nach Alter und Geschlecht	12
3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten	15
3.1 Die wichtigsten Krankheitsarten	15
3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht	19
3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen	21
3.4 Die wichtigsten Einzeldiagnosen	23
3.5 Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen	26
4. Schwerpunktthema 2021: Coronakrise und Digitalisierung	27
4.1 Einleitung	27
4.2 Versorgungstypen: Bildung und Charakterisierung der Kohorten	29
4.3 Hintergrund	39
4.4 Analyse der ambulanten Inanspruchnahme	45
4.5 Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im ersten Halbjahr: Analyse der Krankschreibungen	57
4.6 Analyse der Verordnungsdaten	60
4.7 Auswertung der standardisierten Befragung	62
4.8 Zusammenfassung	94
5. Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen	97
6. Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern	101
7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	108
Anhang I: Hinweise und Erläuterungen	110
Anhang II: Tabellen	113
Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten	129
Abbildungsverzeichnis	132
Literaturverzeichnis	137

Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Jahr 2020 ist der Krankenstand nach einem stabilen Niveau im Vorjahr leicht gesunken und lag damit bei 4,1 Prozent (2019: 4,2 Prozent).

Gesamtkrankenstand leicht gesunken

Die Betroffenenquote lag 2020 bei 44,5 Prozent. Dies bedeutet, dass für weniger als jeden Zweiten eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Im Jahr 2020 ist die Betroffenenquote etwas gesunken (2019: 47,5 Prozent).

Betroffenenquote

Die Erkrankungshäufigkeit ist mit 104,6 Fällen pro 100 Versichertenjahre gegenüber dem Vorjahr gesunken (2019: 121,6 Arbeitsunfähigkeitsfälle). Die durchschnittliche Falldauer ist jedoch gestiegen. Sie beträgt im Jahr 2020 14,4 Tage (2019: 12,5 Tage).

Fallhäufigkeit und -dauer

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems entfielen 2020 mehr als die Hälfte (53,9 Prozent) aller Krankheitstage:

Wichtigste Krankheitsarten

- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems lagen mit 331,5 Arbeitsunfähigkeitstagen pro 100 Versichertenjahre nach wie vor an der Spitze aller Krankheitsarten. Im Vorjahr entfielen mit rund 323,2 Tagen etwas weniger Fehltage auf diese Diagnose.
- Psychische Erkrankungen lagen mit einem Anteil von rund 17,6 Prozent hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand an zweiter Stelle. Im Vergleich zum Vorjahr gab es hier einen Zuwachs bei der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage (von 260,3 auf 264,6 Tage pro 100 Versichertenjahre). Die Fallhäufigkeit sank im Vergleich zum Vorjahr auf 6,8 Fälle (7,4 Fälle pro 100 Versichertenjahre in 2019).
- Atemwegserkrankungen verursachten 14,2 Prozent des Krankenstandes und liegen somit auf Platz drei. 2020 gab es aufgrund von Atemwegserkrankungen 27,1 Erkrankungsfälle und 212,6 Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre. Das ist etwas weniger als noch im Vorjahr (2019: 220,5 AU-Tage).

Muskel-Skelett-Erkrankungen

Psychische Erkrankungen

Atemwegs-erkrankungen

Die Branche „Gesundheitswesen“ lag mit einem Krankenstandswert von 4,9 Prozent an der Spitze und somit eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Am niedrigsten unter den Branchen mit hohem Anteil DAK-Versicherter war der Krankenstand in der Branche „Rechtsberatung und andere Unternehmensdienstleistungen“ mit einem Krankenstand von 3,2 Prozent (2019: 3,2 Prozent).

Branche „Gesundheitswesen“ an der Spitze beim Krankenstand

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern stellen sich folgendermaßen dar: In den westlichen Bundesländern (mit Berlin) betrug der Krankenstand durchschnittlich 4,0 Prozent, in den östlichen Bundesländern 5,0 Prozent. In den westlichen Bundesländern streute der Krankenstand zwischen dem niedrigsten Wert in Höhe von 3,4 Prozent in Baden-Württemberg und dem höchsten im Saarland mit 5,0 Prozent. Sachsen-Anhalt stand 2020 mit einem Wert von

Unterschiede zwischen den Bundesländern

5,2 Prozent an der Spitze des Krankenstandgeschehens der Bundesländer – sowohl insgesamt als auch in den östlichen Bundesländern. Hier erzielte Sachsen mit einem Krankenstand von 4,6 Prozent den niedrigsten Wert.

Zur Einführung in den DAK-Gesundheitsreport

Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

Das erste Kapitel erläutert die Datengrundlage dieses Gesundheitsreports: Die erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit und deren Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht.

**Kapitel 1:
Datenbasis**

Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens der Jahre 2010 bis 2020 im Überblick dar. Diesen Kennziffern ist zu entnehmen, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die Mitglieder der DAK-Gesundheit überhaupt von Arbeitsunfähigkeiten (AU) betroffen waren.

**Kapitel 2:
Arbeitsunfähigkeiten im Überblick**

Im dritten Kapitel geht es um die Ursachen von Arbeitsunfähigkeit. Zu diesem Zweck werden die Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten aufgeschlüsselt. Die Auswertung beruht auf den medizinischen Diagnosen, die die Ärzte mit den AU-Bescheinigungen an die Krankenkassen übermitteln. Darüber hinaus wird analysiert, in welchem Maße Arbeitsunfälle für Fehlzeiten verantwortlich waren.

**Kapitel 3:
Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten**

In Kapitel 4 wird das diesjährige Schwerpunktthema behandelt: die Veränderung der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung im ersten Halbjahr 2020 – dem Beginn und ersten Höhepunkt der Corona-Pandemie. Zudem wurden Beschäftigte zu Innovationen befragt, zu deren Verbreitung die Corona-Krise möglicherweise beiträgt, darunter die Videosprechstunde sowie digitale Gesundheitsanwendungen.

**Kapitel 4:
Schwerpunktthema**

In Kapitel 5 erfolgen tiefere Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen. Diese konzentrieren sich auf die Bereiche, in denen der größte Teil der Mitglieder der DAK-Gesundheit tätig ist.

**Kapitel 5:
Analyse nach Wirtschaftsgruppen**

Im Kapitel 6 werden schließlich regionale Unterschiede im AU-Geschehen untersucht, und zwar auf der Ebene der 16 Bundesländer.

**Kapitel 6:
Regionale Analysen**

Der DAK-Gesundheitsreport 2020 schließt mit einer übergreifenden Zusammenfassung und wesentlichen Schlussfolgerungen der DAK-Gesundheit zum Schwerpunktthema.

**Kapitel 7:
Schlussfolgerungen**

Weitere Informationen, Erläuterungen und Tabellen

Erläuterungen zu immer wieder auftauchenden Begriffen sowie zur Berechnung der wichtigsten verwendeten Kennzahlen sind im Anhang I zu finden. Außerdem wird dort das allgemeine methodische Vorgehen erklärt.

**Anhang I:
Erläuterungen**

Detaillierte Zahlenmaterialien zu den Arbeitsunfähigkeiten nach Regionen, Krankheitsarten und Wirtschaftsgruppen finden interessierte Leserinnen und Leser in einem Tabellenteil (Anhang II). Eine Übersicht über die aufgeführten Tabellen findet sich auf Seite 113.

**Anhang II:
Tabellen**

Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen

Arbeitsunfähigkeitsanalysen, wie sie in diesem Gesundheitsreport dargestellt sind, dienen dazu, sich ein umfassenderes Bild von der Krankenstandsentwicklung in der Bundesrepublik zu machen. Dies wird bislang durch unterschiedliche methodische Vorgehensweisen der Krankenkassen bei der Erstellung ihrer Gesundheitsberichte erschwert.

Gesundheitsberichte der Ersatzkassen beruhen auf gemeinsamen Standards

Zumindest auf der Ebene der Ersatzkassen sind aber einheitliche Standards für die Gesundheitsberichterstattung festgelegt worden: die direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht.

Umstellung im Berechnungsverfahren

Hier hat es ab dem Berichtsjahr 2012 eine Aktualisierung des Berechnungsverfahrens gegeben. Einzelheiten dazu können dem Anhang entnommen werden.¹ Die im vorliegenden Bericht analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten können daher mit den Zahlen in Berichten anderer Ersatzkassen nur dann verglichen werden, wenn diese den aktuellen Vorgaben ebenfalls zeitnah gefolgt sind. Auch Vergleichbarkeit des aktuellen sowie aller zukünftigen DAK-Gesundheitsreports mit zurückliegenden Berichten (d.h. einschließlich des DAK-Gesundheitsreports 2012) sind daher nur eingeschränkt möglich. An Stellen, an denen im vorliegenden Bericht Bezüge zu historischen Werten (Zeitreihen, Vorjahresvergleiche) hergestellt werden, sind die historischen Kennzahlen neu berechnet worden und zum Vergleich ebenfalls angegeben.

Andere Krankenkassen (z. B. AOK, BKK) verwenden abweichende Standardisierungsverfahren, weshalb Vergleiche mit deren Berichten nur eingeschränkt möglich sind.

¹ Voraussetzung für Vergleiche zwischen Mitgliederkollektiven mehrerer Krankenkassenversicherungen ist die Bereinigung der Zahlen um den Einfluss unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen. Dies wird durch eine Standardisierung der Ergebnisse anhand einer einheitlichen Bezugsbevölkerung, den Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Jahr 2010, erreicht. Die DAK-Gesundheit verwendet dabei – ebenso wie die anderen Ersatzkassen – das Verfahren der direkten Standardisierung (vgl. Anhang I).

1. Erwerbstätige Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2020

Der DAK-Gesundheitsreport 2020 berücksichtigt alle Personen, die im Jahr 2020 aktiv erwerbstätig und wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK-Gesundheit waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK-Gesundheit hatten.

Für diesen Personenkreis erhält die DAK-Gesundheit die ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, falls eine Krankschreibung aufgrund von Krankheit erfolgt. Fehlzeiten im Zusammenhang mit Schwangerschaften (außer bei Komplikationen) und Kuren werden nicht einbezogen.

Die gesamte Datenbasis für das Berichtsjahr 2020 umfasst rund 2,4 Mio. Mitglieder der DAK-Gesundheit, die sich zu 54 Prozent aus Frauen und zu 46 Prozent aus Männern zusammensetzen.

**Datenbasis 2020:
rund 2,4 Mio.
Mitglieder der
DAK-Gesundheit**

Abbildung 1: Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2020 nach Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

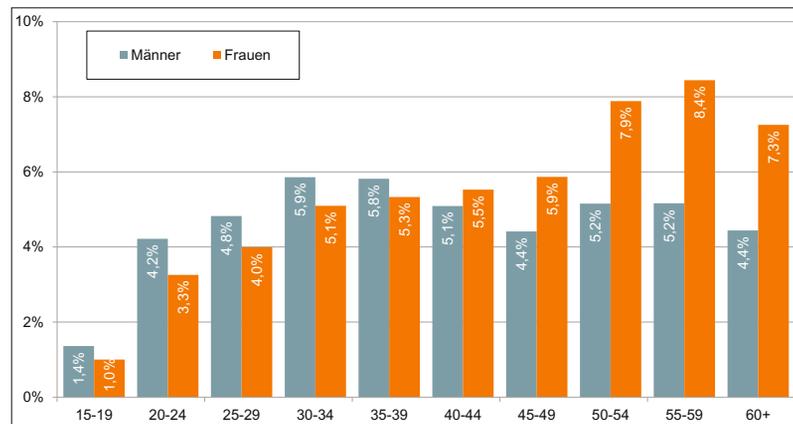
Die DAK-Gesundheit versichert aufgrund ihrer historischen Entwicklung als Angestelltenkrankenkasse insbesondere Beschäftigte in Berufen mit nach wie vor hohem Frauenanteil (z. B. im Gesundheitswesen, Handel, in Büroberufen und Verwaltungen). Seit 1996 können auch andere Berufsgruppen Mitglied bei der DAK-Gesundheit werden.

Hinsichtlich der Datenbasis ist zu beachten, dass nicht alle erwerbstätigen Mitglieder über das ganze Jahr bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Daher werden die rund 2,4 Mio. Mitglieder auf „ganzjährig versicherte Mitglieder“ umgerechnet. Für das Jahr 2020 umfasst die Datenbasis knapp 2,2 Mio. Versichertenjahre.

**2,4 Mio. Mitglieder
entsprechen in
knapp 2,2 Mio.
Versichertenjahren**

Alle in diesem Gesundheitsreport dargestellten Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten schließen nur diejenigen Erkrankungsfälle ein, für die der DAK-Gesundheit im Jahr 2020 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen.

Abbildung 2: Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2020



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

In den Altersgruppen ab der 40- bis 44-Jährigen ist der Anteil der Frauen höher als der der Männer, zunächst nur geringfügig, ab der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen dann deutlich. In den unteren Altersgruppen stellen Männer einen geringfügig größeren Anteil der erwerbstätigen Mitglieder dar.

Wird die Alters- und Geschlechtsstruktur der DAK-Mitglieder verglichen mit der Standardpopulation, den Erwerbstätigen in der Bundesrepublik im Jahr 2010, zeigen sich einige Unterschiede. Einflüsse auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, die aus diesen Abweichungen folgen können, werden durch die Standardisierung (vgl. Anhang I) aus den beobachteten Zahlen herausgerechnet.

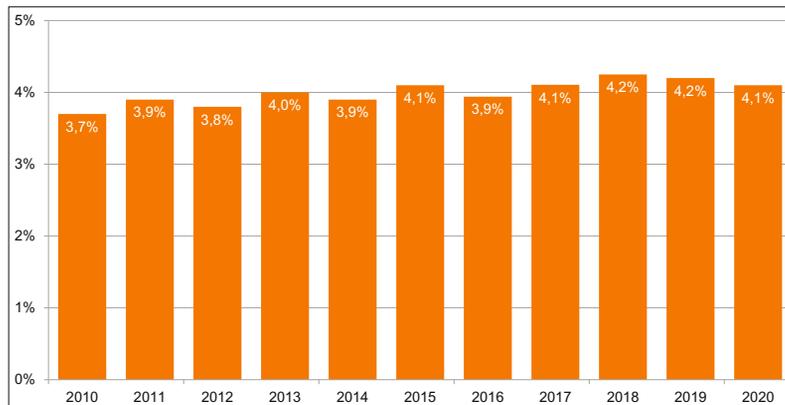
Zugleich sichert diese Vorgehensweise die Vergleichbarkeit der Krankenstandswerte mit den Zahlen anderer Ersatzkassen.

2. Arbeitsunfähigkeiten im Überblick

2.1 Der Krankenstand

In welchem Maße eine Volkswirtschaft, eine Wirtschaftsgruppe oder ein Betrieb von Fehlzeiten aufgrund von Krankheit betroffen ist, wird anhand der Kenngröße „Krankenstand“ ausgedrückt. Der Krankenstand gibt an, wie viel Prozent der Erwerbstätigen an einem Kalendertag durchschnittlich arbeitsunfähig erkrankt waren.

Abbildung 3: Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2020

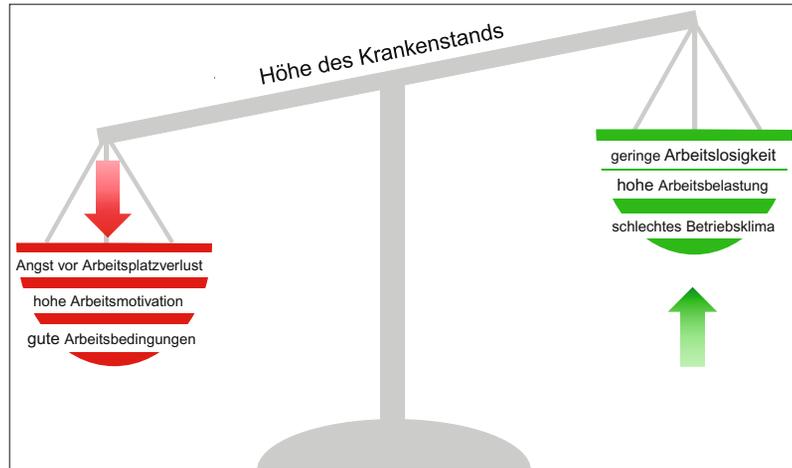
Der Krankenstand bewegt sich in den letzten Jahren insgesamt auf einem relativ niedrigen Niveau. Nach einem leichten Rückgang im vergangenen Jahr von 4,24 Prozent auf 4,18 Prozent ist der Wert des Krankenstands im Jahr 2020 erneut etwas gesunken auf einen Wert von 4,10 Prozent.

Krankenstand 2020 leicht gesunken

Einflussfaktoren auf den Krankenstand

Welche Faktoren verursachen einen Krankenstand auf einem besonders hohen oder niedrigen Niveau? Der Krankenstand wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen und zum Teil auch gegenläufige oder sich aufhebende Wirkungen haben. Es lässt sich also nicht nur ein Mechanismus identifizieren, der z. B. eine radikale Senkung des Krankenstandes bewirken könnte.

Abbildung 4: Einflussfaktoren auf den Krankenstand



Quelle: DAK-Gesundheit 2020

Wirkmechanismen auf den Krankenstand setzen an unterschiedlichen Stellen an und können in unterschiedlichen Richtungen Einfluss nehmen.

Faktoren auf volkswirtschaftlicher Ebene

Konjunktur und Situation am Arbeitsmarkt

Auf der volkswirtschaftlichen Ebene wird allgemein der Konjunktur und der damit verbundenen Lage am Arbeitsmarkt Einfluss auf das Krankenstandsniveau zugesprochen:

- Sind die Wirtschaftslage und damit die Beschäftigungslage gut, steigt der Krankenstand tendenziell an. Schwächt sich die Konjunktur ab und steigt die Arbeitslosigkeit, so sinkt in der Tendenz auch das Krankenstandsniveau (vgl. Kohler 2002).

Die vergleichende Betrachtung der Krankmeldungen der letzten zehn Jahre zeigt, dass Konjunkturveränderungen allein nicht mehr automatisch zu deutlichen weiteren Absenkungen oder Erhöhungen des Krankenstands führen. Der Krankenstand entwickelt sich weitgehend unabhängig von konjunkturellen Verläufen.

Weitere volkswirtschaftliche Faktoren

Wandel der Beschäftigtenstruktur

- In Zeiten schlechterer Wirtschaftslage verändert sich überdies die Struktur der Arbeitnehmer: Werden Entlassungen vorgenommen, trifft dies eher diejenigen Arbeitskräfte, die aufgrund häufiger oder langwieriger Arbeitsunfähigkeiten weniger leistungsfähig sind. Für das Krankenstandsniveau bedeutet dies einen krankenstandsenkenden Effekt.
- Weiterhin lassen sich gesamtwirtschaftlich Verlagerungen von Arbeitsplätzen vom industriellen in den Dienstleistungssektor beobachten. Das veränderte Arbeitsplatzprofil bringt in der Tendenz

auch den Abbau gefährlicher oder körperlich schwerer Arbeit mit sich. Entsprechend führt dieser Wandel zu Veränderungen des Krankheitsspektrums sowie tendenziell zur Senkung des Krankenstandniveaus. Wie die Statistiken zeigen, ist der Krankenstand in Angestelltenberufen in der Regel deutlich niedriger als im gewerblichen Bereich.

Verlagerung von Arbeitsplätzen vom gewerblichen in den Dienstleistungssektor

Betriebliche Einflussfaktoren auf den Krankenstand

- Viele Dienstleistungsunternehmen einschließlich der öffentlichen Verwaltungen stehen verstärkt unter Wettbewerbsdruck bei fortschreitender Verknappung der Ressourcen. In der Folge kommt es zu Arbeitsverdichtungen und „Rationalisierungen“ und vielfach auch zu Personalabbau. Daraus können belastende und krankmachende Arbeitsbedingungen (z. B. Stressbelastungen) entstehen, die zu einem Anstieg des Krankenstandes führen.
- Auf der anderen Seite sind von betriebsbedingten Entlassungen vor allem ältere oder gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte betroffen. Da in den AU-Analysen nur die „aktiv Erwerbstätigen“ berücksichtigt werden, tritt hierdurch der sogenannte „Healthy-Worker-Effect“ auf. Die Belegschaft scheint also allein durch dieses Selektionsprinzip „gesünder“ geworden zu sein.
- Im Zuge umfassender Organisations- und Personalentwicklung haben sich in den letzten Jahren viele Unternehmen verstärkt dem Thema „betrieblicher Krankenstand“ angenommen. Insbesondere dem Zusammenhang von Arbeitsmotivation und Betriebsklima in Bezug auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wird im Rahmen von betrieblichen Mitarbeiterzirkeln, Befragungen, Führungsstilanalysen etc. Rechnung getragen.

Steigende Stressbelastung durch Arbeitsverdichtung

„Healthy-Worker-Effect“ durch das Ausscheiden gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer

Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung

Die systematische Umsetzung von Gesundheitsfördermaßnahmen trägt damit zur Senkung des Krankenstands in Unternehmen bei.

Wie die Diskussion um die Einflussfaktoren zeigt, wird der Krankenstand von einer Vielzahl einzelner Faktoren beeinflusst, die auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Und schließlich verbergen sich hinter den Krankenstandswerten unterschiedliche Krankheiten und Gesundheitsrisiken. Auch eine Veränderung des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens kann eine Änderung des Krankenstandniveaus begründen.

Alles in allem lässt sich nicht der eine Mechanismus identifizieren, der eine starke Absenkung des Krankenstandes bewirken könnte. Es ist daher schwierig, eine zuverlässige Prognose für die zukünftige Entwicklung des Krankenstandes abzugeben.

Grundsätzlich ist die DAK-Gesundheit im Interesse der Unternehmen und Beschäftigten um eine positive Entwicklung zu weiterhin niedrigen Krankenständen bemüht und möchte die Verantwortlichen dazu ermutigen, in ihrem Bemühen um die Verbesserung von Ar-

beitsbedingungen und den Abbau von Arbeitsbelastungen nicht nachzulassen.

Strukturmerkmale des Krankenstandes

Vertiefte Analyse des Krankenstands

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein weitergehendes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für das Jahr 2020 dargestellt werden, werden diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert.

AU-Tage pro 100 ganzjährig versicherte Mitglieder

Eine mögliche Darstellungsweise des Krankenstandes ist die Kennziffer „Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr“. Diese Zahl gibt an, wie viele Kalendertage im jeweiligen Berichtsjahr ein Mitglied der DAK-Gesundheit durchschnittlich arbeitsunfähig war. Um diese Kennziffer ausweisen zu können, ohne mit mehreren Stellen hinter dem Komma arbeiten zu müssen, berechnet man sie zumeist als „AU-Tage pro 100 Versichertenjahre“ bzw. „AU-Tage pro 100 ganzjährig Versicherte“. Aus Gründen der einfachen Lesbarkeit wird nachfolgend im Allgemeinen nur von „100 Versicherten“ bzw. „100 Mitgliedern“ gesprochen.

Krankenstand in Prozent

Der Krankenstand (KS) lässt sich berechnen, indem man die AU-Tage je 100 Versichertenjahre (Vj) durch die Kalendertage des Jahres teilt:²

$$KS \text{ in } \% = \frac{\text{Anzahl der AU-Tage je 100 Vj}}{365 \text{ Tage}}$$

Die Höhe des Krankenstands wird u. a. davon beeinflusst, wie viele Mitglieder überhaupt – wenigstens einmal – arbeitsunfähig erkrankt waren. Der Prozentsatz derjenigen, die wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit im Bezugsjahr hatten, wird als „Betroffenenquote“ bezeichnet.

AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre bzw. ganzjährig Versicherte und durchschnittliche Falldauer

- Der Krankenstand in einer bestimmten Höhe bzw. die Anzahl der AU-Tage (pro 100 Versicherte) können durch wenige Erkrankungsfälle mit langer Dauer oder durch viele Erkrankungsfälle mit kurzer Dauer bedingt sein.

Es ist daher bei der Betrachtung des Krankenstands wichtig zu wissen, wie viele AU-Fälle (je 100 Versicherte) den Krankenstand verursachen und wie hoch die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist.

Der Krankenstand (KS) in Prozent kann demnach auch wie folgt berechnet werden:

$$KS \text{ in } \% = \frac{\text{Anzahl der AU-Fälle je 100 Vj} \times \text{Dauer einer Erkrankung}}{365 \text{ Tage}}$$

Für Schaltjahre erfolgt die Division durch 366 Tage.

² Für Schaltjahre steht im Nenner die Zahl 366.

Im Hinblick auf die ökonomische Bedeutung von Erkrankungsfällen ist es ferner interessant, die Falldauer näher zu untersuchen. Hierbei wird zwischen Arbeitsunfähigkeiten unterschieden,

- die in den Zeitraum der Lohnfortzahlung fallen (AU-Fälle bis zu sechs Wochen Dauer) und solchen,
- die darüber hinaus gehen und bei denen ab der siebten Woche Krankengeldleistungen durch die DAK-Gesundheit erfolgen (AU-Fälle über sechs Wochen Dauer).

**AU-Fälle bis zu
6 Wochen und über
6 Wochen Dauer**

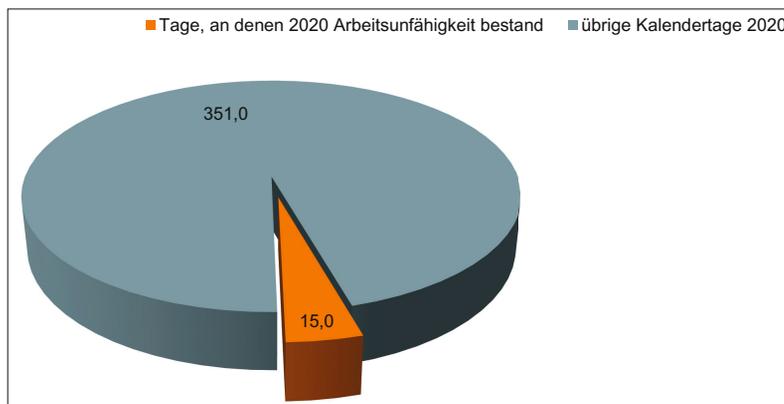
In der öffentlichen Diskussion über den Krankenstand genießen häufig die besonders kurzen Arbeitsunfähigkeiten größere Aufmerksamkeit. Solche Kurzfälle können in einem Unternehmen die Arbeitsabläufe erheblich stören – für die Krankenstandhöhe haben sie jedoch nur geringe Bedeutung.

Jedes dieser Strukturmerkmale beeinflusst die Krankenstandhöhe. Ihre Betrachtung ist daher sinnvoll, wenn man die Krankenstände im Zeitverlauf oder zwischen unterschiedlichen Betrieben, Branchen oder soziodemographischen Gruppen miteinander vergleichen will. In den folgenden Abschnitten werden die genannten Strukturmerkmale des Krankenstandes vertiefend analysiert.

Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenstandsniveau

Bei 100 ganzjährig versicherten Mitgliedern der DAK-Gesundheit wurden 2020 im Durchschnitt 1.502 Fehltage wegen Arbeitsunfähigkeit (AU) registriert. Der Krankenstand von 4,1 Prozent in 2020 wird aus der Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage errechnet: Verteilt man die im Jahr 2020 je 100 Versicherte angefallenen 1.502 Arbeitsunfähigkeitstage auf die 366 Kalendertage des Jahres 2020, so waren an jedem Tag 4,1 Prozent der bei der DAK-Gesundheit versicherten Beschäftigten arbeitsunfähig erkrankt.

Abbildung 5: AU-Tage eines durchschnittlichen Mitglieds der DAK-Gesundheit 2020 (Basis: 366 Kalendertage in 2020)

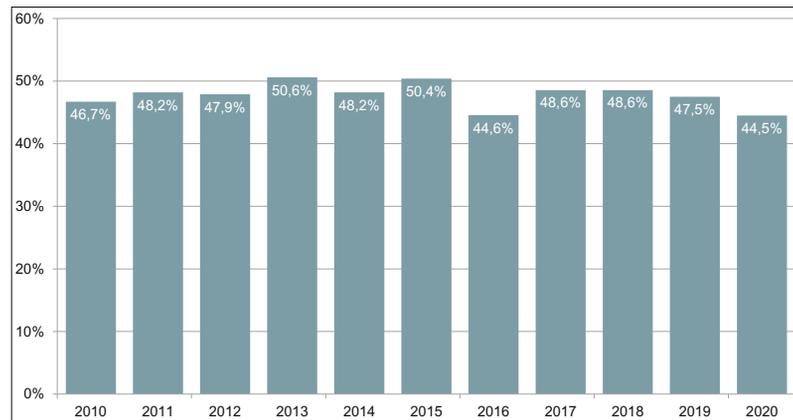


Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

2.2 Betroffenenquote

2020 hatten 44,5 Prozent der Mitglieder der DAK-Gesundheit mindestens eine Arbeitsunfähigkeit. Das bedeutet, dass weniger als die Hälfte eine Arbeitsunfähigkeit in 2020 hatte. Abbildung 6 zeigt die Betroffenenquoten für die Jahre 2010 bis 2020.

Abbildung 6: Betroffenenquote 2020 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2020

Gegenüber dem Vorjahr ist die Betroffenenquote im Jahr 2020 deutlich gesunken und liegt damit deutlich unterhalb der 50 Prozent-Marke.

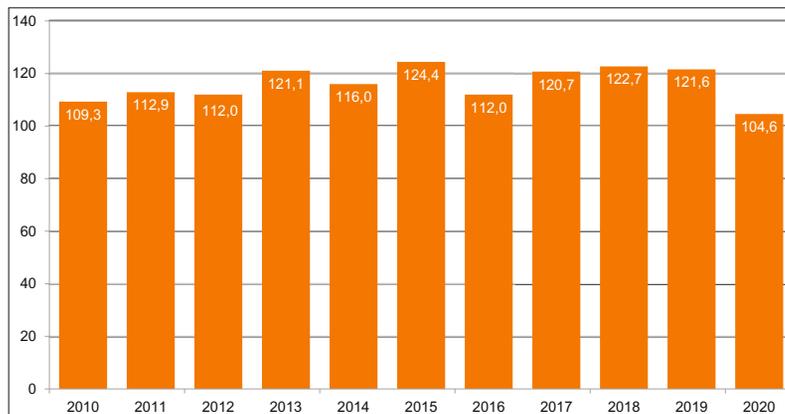
2.3 Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstands ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle ist im Jahr 2020 deutlich gestiegen, die Häufigkeit jedoch stark gesunken, so dass das Krankenstandsniveau 2020 etwas unter dem des Vorjahres liegt.

104,6 Erkrankungsfälle pro 100 ganzjährig Versicherte

Die Erkrankungshäufigkeit lag 2020 mit 104,6 Erkrankungsfällen je 100 Versicherte deutlich unter der im Vorjahr (2019: 121,6 AU-Fälle). Demnach war jedes Mitglied im Jahr 2020 durchschnittlich mit 1,04 Fällen (104,6 dividiert durch 100) etwas mehr als einmal arbeitsunfähig.

Abbildung 7: AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2020



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2020

In den Jahren 2010 bis 2012 war der Wert für die Erkrankungshäufigkeit nahezu unverändert. In den Jahren ab 2013 war der Wert mit Ausnahme des Wertes für 2016 etwas höher. Der Wert für 2020 ist gegenüber dem des Vorjahres wieder deutlich gesunken.

Berücksichtigung von Krankheitsfällen, die bei der DAK-Gesundheit nicht registriert werden können

In allen hier vorliegenden Auswertungen können nur diejenigen Erkrankungsfälle einbezogen werden, für die der DAK-Gesundheit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorliegen. Zu beachten ist dabei jedoch, dass nicht alle Arbeitsunfähigkeitsfälle bei der DAK-Gesundheit gemeldet werden, sodass die DAK-Gesundheit nicht von jeder Erkrankung Kenntnis erhält.

Einerseits reichen nicht alle Mitglieder der DAK-Gesundheit die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ihres Arztes bei der DAK-Gesundheit ein. Andererseits ist eine Bescheinigung für den Arbeitgeber in der Regel erst ab dem vierten Kalendertag erforderlich. Kurzzeit-Erkrankungen von ein bis drei Tagen Dauer werden durch die Krankenkassen folglich nur erfasst, soweit eine ärztliche Krankschreibung vorliegt. Als Konsequenz dieser Umstände können sowohl die tatsächliche Betroffenenquote als auch die tatsächliche Fallhäufigkeit und damit verbunden die tatsächlich angefallenen AU-Tage in einem Berichtsjahr über den erfassten Werten liegen.

Um diese „Dunkelziffer“ zu quantifizieren, hat die DAK-Gesundheit im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt: Berücksichtigt man z.B. auch die AU-Fälle, die den Krankenkassen nicht bekannt werden – entweder, weil die Betroffenen gar nicht beim Arzt waren oder weil die ärztliche Bescheinigung nicht bei der Krankenkasse eingereicht wurde – so ergibt sich eine im Durchschnitt um etwa 19 Prozent höhere Fallhäufigkeit. Übertragen auf die Mitglieder der

Gründe für Untererfassung von AU-Fällen bei den Krankenkassen

Untersuchung zur AU-Dunkelziffer

„Wahre“ Fallhäufigkeit um etwa 19 Prozent höher

DAK-Gesundheit im Jahr 2020 bedeutet dieser Befund, dass die „wahre“ Häufigkeit von AU-Fällen geschätzt bei etwa 124 Fällen pro 100 Versicherte liegt.

„Wahrer“ Krankenstand um 5 Prozent höher

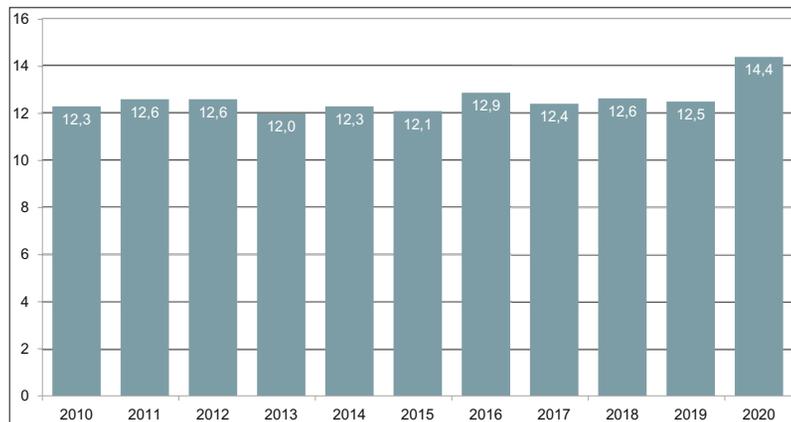
Aufgrund der geringen Dauer der nicht registrierten Fälle wird der „wahre“ Krankenstand dagegen nur um 5 Prozent unterschätzt. Korrigiert man den ermittelten DAK-Gesundheit-Krankenstand 2020 von 4,10 Prozent um diesen Untererfassungsfehler, so resultiert ein „wahrer Krankenstand“ von etwa 4,3 Prozent.

Das Problem der Untererfassung betrifft nicht nur die Krankenstandsdaten der DAK-Gesundheit. Die „Dunkelziffer“ nicht erfasster Arbeitsunfähigkeiten findet sich in den Krankenstandsanalysen aller Krankenkassen und somit auch in der amtlichen Statistik. Für alle Erhebungen gilt: Der tatsächliche Krankenstand und insbesondere die Häufigkeit von Erkrankungen liegen über den von den Krankenkassen ermittelten Daten.

2.4 Durchschnittliche Falldauer

In den zurückliegenden Jahren bis 2019 hatte sich die durchschnittliche Erkrankungsdauer nur unwesentlich von Jahr zu Jahr verändert. Ein AU-Fall dauerte 2020 im Durchschnitt 14,4 Tage. Der Wert liegt damit deutlich über dem des Vorjahres.

Abbildung 8: Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2020 im Vergleich zu den Vorjahren



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2010–2020

Bedeutung der Arbeitsunfähigkeitsfälle unterschiedlicher Dauer

Hinter der Kennziffer „Krankenstand“ verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und eine erheblich klei-

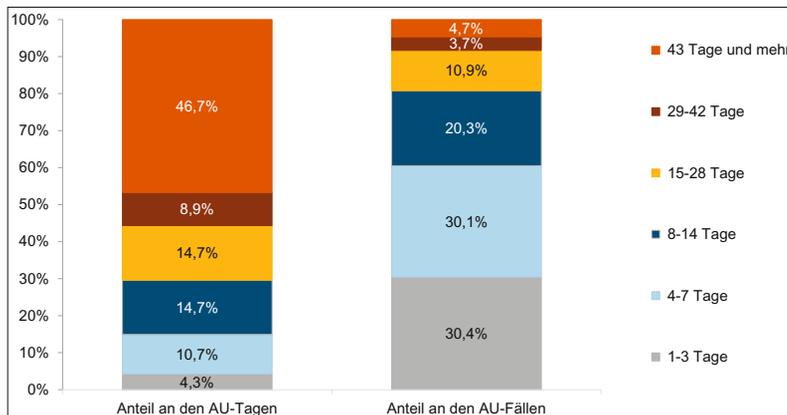
nerer Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 9 veranschaulicht diesen Zusammenhang für das Berichtsjahr 2020:

- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machen 60,5 Prozent aller AU-Fälle aus (1 bis 3-Tages-Fälle 30,4 Prozent und 4 bis 7-Tages-Fälle 30,1 Prozent).
- Andererseits sind diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 15,0 Prozent der AU-Tage – und damit des Krankenstands – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu drei Tagen Dauer verursachen nur 4,3 Prozent der Ausfalltage.

AU von kurzer Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand

Dies bedeutet: Die große Masse der Krankheitsfälle hat aufgrund ihrer kurzen Dauer eine vergleichsweise geringe Bedeutung für den Krankenstand.

Abbildung 9: Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2020 insgesamt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

- 46,7 Prozent der AU-Tage entfielen auf nur 4,7 Prozent der Fälle, und zwar auf die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer. Damit ist im Vergleich zum Vorjahr der Anteil der Langzeitarbeitsunfähigkeiten an den AU-Fällen etwas gestiegen (2019: 4,0 Prozent). Ihr Anteil an den AU-Tagen sank jedoch leicht (2019: 45,4 Prozent).

2020 machen Langzeitarbeitsunfähigkeiten 46,7 Prozent des Krankenstandes aus

Um einen Rückgang von Langzeitarbeitsunfähigkeiten zu erreichen, bedarf es der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitationsmaßnahmen sowie eines Wiedereingliederungsmanagements in Betrieben (BEM).

Das durch das am 1. Mai 2004 in Kraft getretene „Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen“ novellierte neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) fordert in § 167 Abs. 2 alle Arbeitgeber auf, für alle Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder

Langzeitarbeitsunfähigkeiten durch betriebliches Eingliederungsmanagement überwinden

wiederholt arbeitsunfähig sind, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen.

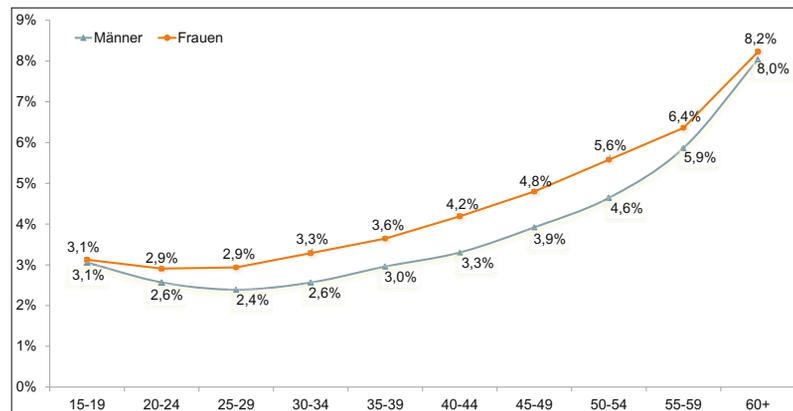
Zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gehören alle Maßnahmen, die geeignet sind, die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen oder Behinderung nachhaltig zu sichern.

Rehabilitationsträger und Integrationsämter bieten Betrieben Unterstützung

Zur Umsetzung dieser Vorschrift stehen die Krankenkassen als Rehabilitationsträger sowie auch Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungsträger, Agenturen für Arbeit einschließlich ihrer gemeinsamen Servicestellen neben Integrationsämtern bzw. Integrationsfachdiensten den Betrieben beratend und unterstützend zur Seite.

2.5 Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 10: Krankenstand 2020 nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Krankenstand bei Frauen höher als bei Männern

Der Krankenstand der weiblichen Versicherten ist mit durchschnittlich 4,5 Prozent – wie auch in den Vorjahren – höher als der der männlichen Versicherten (3,8 Prozent). Wie der Altersverlauf zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen in allen Altersgruppen über dem der Männer.

Der höhere Krankenstand von Frauen ist im Wesentlichen auf eine höhere Fallhäufigkeit (114,2 Fälle bei Frauen gegenüber 96,4 Fällen bei Männern je 100 Versichertenjahre) zurückzuführen.

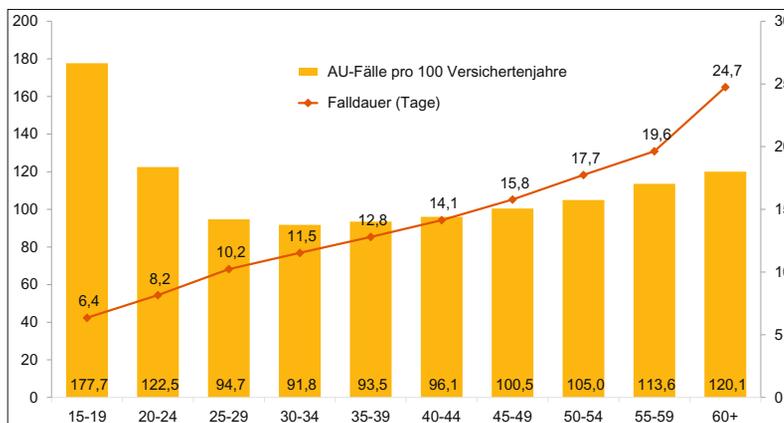
Schwerpunktthema 2015: „Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen“

Im Schwerpunktthema 2015 „Männer und Frauen im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen“ wurde der Frage nachgegangen, warum Frauen häufiger als Männer krankgeschrieben sind. Aspekte waren das Morbiditätsgeschehen, das sich zwischen den Geschlechtern deutlich unterscheidet, Einstellungen und Praktiken im Zusammenhang mit Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und Krankschreibung sowie mögliche weitere Einflussfaktoren wie die Branchenzugehörigkeit

Der Altersverlauf der beiden Kurven in Abbildung 10 zeigt abgesehen vom Niveau insgesamt einen ähnlichen Verlauf. Zu Beginn, in der Altersspanne der 15- bis 24-Jährigen, fallen die Werte zunächst ab und erreichen ihr Minimum bei Männern etwa im Alter von 30 Jahren, bei Frauen etwas früher etwa bei einem Alter von 25 Jahren. Von da an nimmt der Krankenstand im weiteren Altersverlauf deutlich zu.

Eine Erklärung für diesen insgesamt typischen Altersverlauf des Krankenstands liefert die Zerlegung des Krankenstandes in seine beiden Komponenten „Erkrankungshäufigkeit“ abgebildet durch die Fallzahl und „Erkrankungsdauer“.

Abbildung 11: Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2020



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Der in Abbildung 11 erkennbare Altersgang bei der Falldauer und bei der Fallhäufigkeit zeigt ein typisches Bild:

In den jüngeren Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Abstand am häufigsten. Bei den unter 20-Jährigen ist im Vergleich zu den Mitgliedern in den mittleren Altersgruppen die Fallzahl mit 178 Fällen pro 100 Versicherte fast doppelt so hoch.

Ein wichtiger Grund für die extrem hohe Fallhäufigkeit in der jüngsten Altersgruppe ist das größere Unfall- und Verletzungsrisiko jüngerer Beschäftigter im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten (Sport). Jüngere Arbeitnehmer sind zudem häufiger aufgrund von eher geringfügigen Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfekten) krankgeschrieben. Daher ist die Falldauer bei den jüngeren Mitgliedern sehr gering und steigt erst mit zunehmendem Alter deutlich an.

Mit anderen Worten: Jüngere Arbeitnehmer werden in der Regel zwar häufiger, allerdings meist nur wenige Tage krank. Eine durchschnittliche Krankschreibung eines 15- bis 19-Jährigen dauerte bei-

Höchste Zahl von AU-Fällen bei den jüngsten Mitgliedern

Schwerpunktthema 2011: „Gesundheit junger Arbeitnehmer“

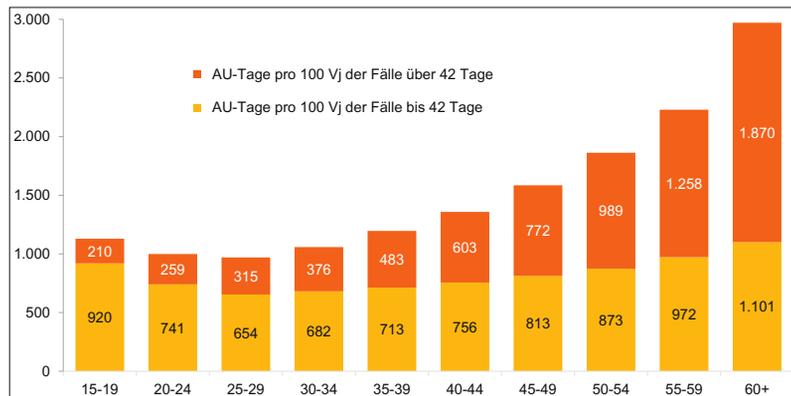
Mit zunehmendem Alter dauern Arbeitsunfähigkeiten länger

spielsweise nur 6,4 Tage, die eines 55- bis 59-Jährigen hingegen 19,6 Tage.

Wegen der kurzen Falldauer wirkte sich die sehr viel größere Fallhäufigkeit der jüngsten Mitglieder nur in einem etwas höheren Krankenstand aus (vgl. Abbildung 10). Die längere durchschnittliche Falldauer der älteren Mitglieder ist darauf zurückzuführen, dass Langzeitarbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen Dauer im Altersverlauf zunehmen und einen erheblich größeren Anteil am Krankheitsgeschehen haben.

Abbildung 12 zeigt, wie viele AU-Tage in der jeweiligen Altersgruppe auf die Fälle von bis zu bzw. über sechs Wochen Dauer zurückzuführen waren. In jeder Altersgruppe sind die Säulen in zwei Teile zerlegt: Einerseits die Tage, die durch kürzere Krankheitsfälle bis 42 Tage Dauer verursacht wurden (heller Säulenabschnitt) und andererseits die Tage, die auf längere Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen entfielen (dunkler Säulenabschnitt).

Abbildung 12: AU-Tage pro 100 Versicherte der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage Dauer nach Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Ein Vergleich der beiden Säulenabschnitte in der jeweiligen Altersgruppe zeigt deutlich, dass die Erkrankungsfälle mit langer Dauer im Altersverlauf an Bedeutung gewinnen:

Während bei den 15- bis 19-Jährigen lediglich ein Anteil von 18,6 Prozent (210 von (210+920)) des Krankenstandes auf die Langzeitarbeitsunfähigkeitsfälle entfällt, beträgt dieser Wert in der Altersgruppe der über 60-Jährigen 62,9 Prozent (1.870 von (1.870+1.101)). Mit anderen Worten: Bei den über 60-Jährigen werden mehr als 60 Prozent des Krankenstands durch Erkrankungen von über sechs Wochen Dauer verursacht.

3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Dieses Kapitel untersucht die Krankheitsarten, die für die Arbeitsunfähigkeiten der Mitglieder der DAK-Gesundheit ursächlich sind.

Als Krankheitsarten bezeichnet man die Obergruppen, zu denen die einzelnen medizinischen Diagnosen zu Zwecken der Dokumentation und Analyse zusammengefasst werden.

Ausgangspunkt dieser Analyse sind die Angaben der Ärzte zu den medizinischen Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit, die mithilfe eines internationalen Schlüsselsystems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden.³

**Auswertung der
medizinischen
Diagnosen**

3.1 Die wichtigsten Krankheitsarten

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den Erkrankungstagen und damit am Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit sind in Abbildung 13 dargestellt.

Abbildung 14 zeigt die Anteile dieser Krankheitsarten an den Erkrankungsfällen.

Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems entfallen 2020 mehr als die Hälfte aller Fehltage (53,9 Prozent).⁴

Im Jahr 2020 hatten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems einen Anteil von 22,1 Prozent am Krankenstand. Mit 331,5 AU-Tagen je 100 Versicherte lag diese Krankheitsart – wie schon in den Vorjahren – beim Tagevolumen an der Spitze. Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit lagen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 16,5 Erkrankungsfällen pro 100 Versicherte an zweiter Stelle.

**Muskel-Skelett-
Erkrankungen auch
2020 an der Spitze**

Die Fehltage wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind 2020 im Vergleich zum Vorjahr (2019: 323,2 AU-Tage pro 100 Versicherte) etwas gestiegen.

In der Hauptgruppe der Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen die Rückenerkrankungen den größten Teilkomplex dar. Mehr Informationen hierzu bieten Sonderauswertungen innerhalb des DAK-Gesundheitsreports 2018.

**Gesundheitsreport
2018**

An zweiter Stelle hinsichtlich des AU-Tage-Volumens stehen die psychischen Erkrankungen mit 17,6 Prozent der Ausfalltage. Im Vergleich zum Vorjahr ist mit 264,6 AU-Tagen pro 100 Versicherte ein leichter Anstieg der Fehltage festzustellen (2019: 260,3 AU-Tage).

**Zuwachs der AU-
Tage wegen psychi-
schen Erkrankungen**

Nach epidemiologischen Studien gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten und auch kostenintensivsten Erkrankungen.

**Psychische Erkran-
kungen Schwer-
punkt in den Jahren
2002, 2005 und 2012**

³ Vgl. DIMDI 2015, <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>.

⁴ Abweichungen in der Summenbildung können rundungsbedingt auftreten.

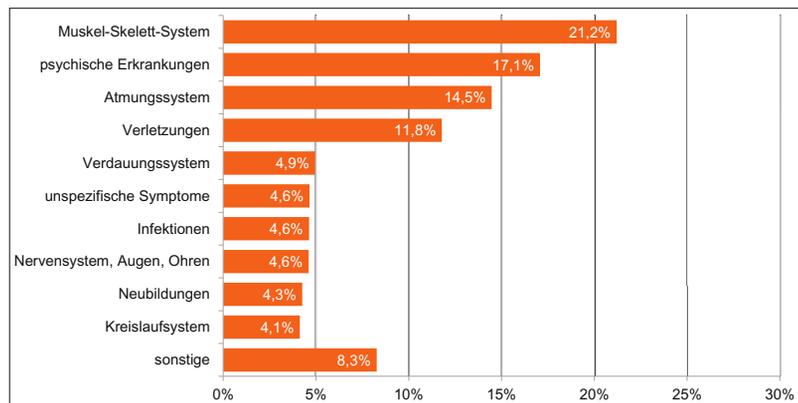
Die gestiegene Bedeutung von psychischen Erkrankungen hat die DAK-Gesundheit bereits mit Sonderanalysen in den Gesundheitsberichten 2002, 2005 und 2013 berücksichtigt. Die aktuellen Entwicklungen dazu finden Sie im nachfolgenden Abschnitt.

Atemwegserkrankungen auf Platz 3

Atemwegserkrankungen weisen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 2020 entfielen 25,9 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitsfälle auf derartige Diagnosen. 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 27,1 Mal wegen Diagnosen aus dieser Krankheitsart arbeitsunfähig.

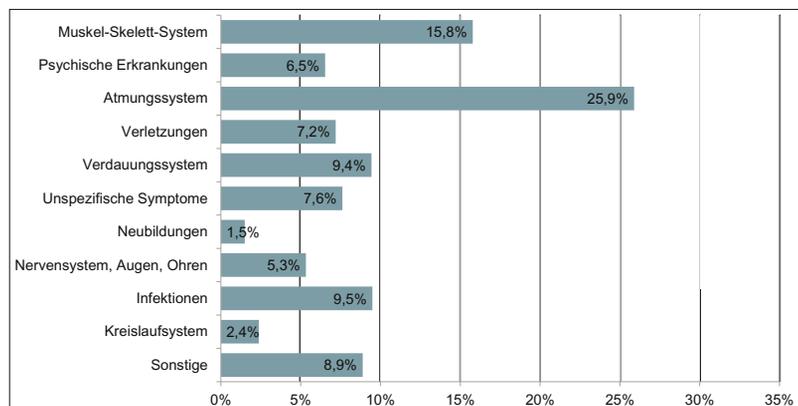
Bei den meisten Erkrankungen des Atmungssystems handelt es sich um eher leichte Erkrankungen, denn die durchschnittliche Falldauer von 7,8 Tagen ist vergleichsweise kurz. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dauern durchschnittlich 20,1 Tage. Noch länger dauern psychische Erkrankungen (durchschnittlich 38,8 Tage).

Abbildung 13: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Abbildung 14: Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Verletzungen weisen mit 174,4 AU-Tagen pro 100 Versicherte einen Anteil von 11,6 Prozent am Krankenstand auf. Der Anteil der Fehltage durch Verletzungen am Gesamtkrankenstand ist damit leicht gesunken (2019: 11,8 Prozent). Der einzelne Fall dauerte im Durchschnitt 23,2 Tage und es traten 2020 insgesamt 7,5 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte auf. Im Vergleich zum Vorjahr sank das AU-Volumen (2019: 179,6 AU-Tage pro 100 Versicherte), die Fallzahl sank ebenfalls (2019: 8,6 AU-Fälle pro 100 Versicherte).

Rückgang der AU-Tage wegen Verletzungen

Krankheiten des Verdauungssystems hatten 2020 einen Anteil von 4,7 Prozent am Krankenstand. Damit ist ihr Anteil am Krankenstand leicht gesunken (2019: Anteil von 4,9 Prozent). Generell sind Erkrankungen dieses Diagnosespektrums von vergleichsweise kurzer Falldauer, dafür eher von größerer Häufigkeit. In 2020 traten 9,9 Erkrankungsfälle pro 100 Versicherte mit einer durchschnittlichen Falldauer von 7,1 Tagen auf. Daraus resultiert ein Fehltagevolumen von 70,2 Tagen pro 100 Versicherte.

Unter den zehn wichtigsten Krankheitsarten befinden sich über die genannten hinaus Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, Neubildungen, Erkrankungen des Nervensystems, der Augen und Ohren, Neubildungen (u. a. Krebserkrankungen), Infektionen und parasitäre Krankheiten sowie Kreislauferkrankungen. Unter die Diagnosegruppe „unspezifische Symptome“ fallen Krankheitssymptome oder (Labor-)Befunde, deren Ursache (bisher) nicht festgestellt werden kann. Dies können u. a. körperliche Beschwerden ohne zugrundeliegende bzw. feststellbare krankhafte Organveränderungen sein (z. B. Schmerzen, für die keine Grunderkrankung gefunden werden kann).

Aktuelle Entwicklungen bei psychischen Erkrankungen

Der Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen ist eine der auffälligsten Entwicklungen in Bezug auf die Krankheitskennziffern in den letzten Jahren. Der DAK-Gesundheitsreport verfolgt diese Entwicklung seit Jahren.

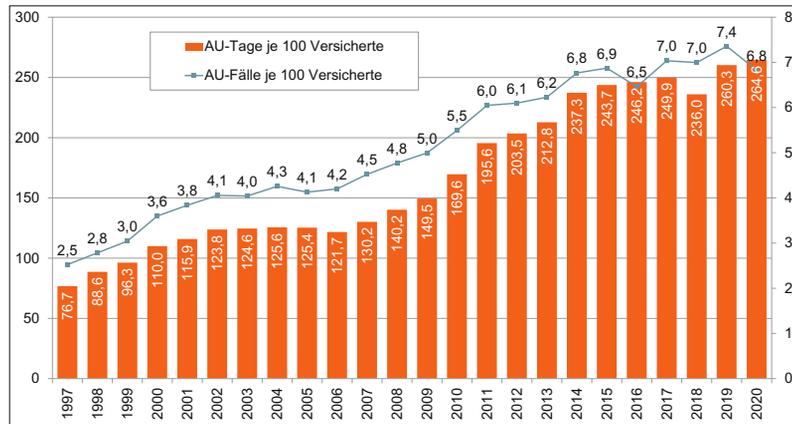
Im DAK-Gesundheitsreport 2013 finden sich zahlreiche Sonderanalysen zu diesem Thema. Die nachfolgenden beiden Abbildungen fassen die aktuellen Entwicklungen zusammen.

Es zeigt sich in Abbildung 15, dass die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen 2020 weiter angestiegen ist. Mit 264,6 Fehltagen bezogen auf 100 Versichertenjahre sind es 1,7 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Zahl der Krankschreibungsfälle sank von 7,4 Fällen je 100 Versichertenjahre in 2019 auf 6,8 Fälle in 2020.

Weiterer Anstieg der AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen; Rückgang der Fallzahl

Der in den vergangenen Jahren beobachtete Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen ist im Jahr 2020 nicht zu beobachten.

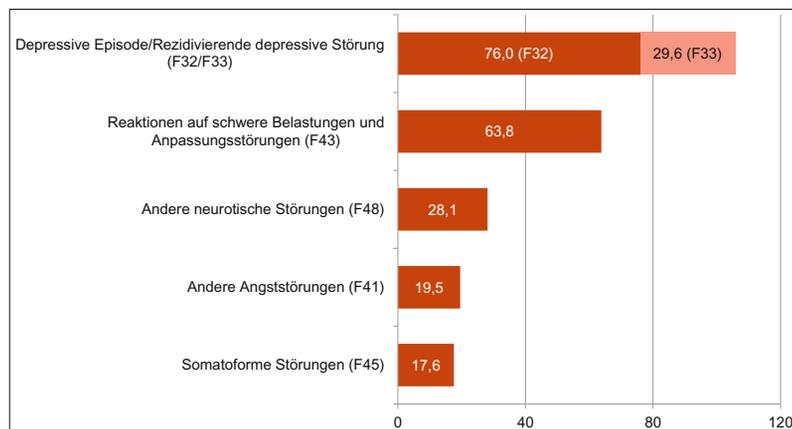
Abbildung 15: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997–2020

Welche Einzeldiagnose sich in welchem Umfang hinter den psychischen Erkrankungen (ICD 10 F00-F99) im Einzelnen verbirgt, zeigt Abbildung 16, in der die Fehltage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen dargestellt sind. Die weitaus meisten Fehltage werden demnach durch Depressionen verursacht.

Abbildung 16: AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen



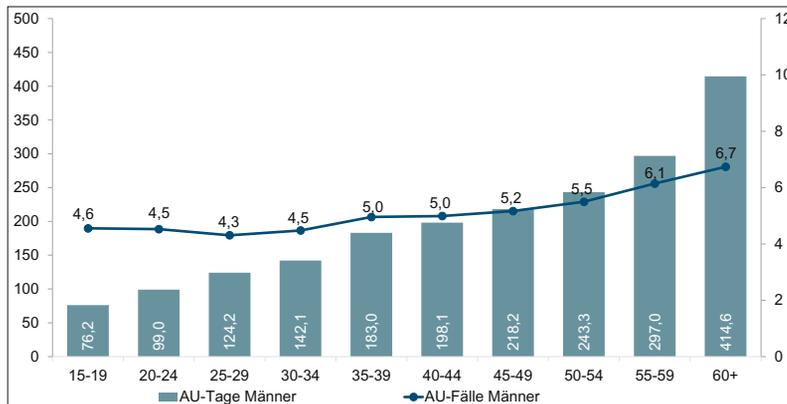
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Frauen verzeichnen bei psychischen Erkrankungen deutlich mehr Fehltage als Männer

Die Zahl der AU-Tage für psychische Erkrankungen nehmen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter kontinuierlich zu. Insgesamt liegt die Zahl der Fehltage für psychische Erkrankungen bei Frauen über denen der Männer (Frauen 337,9 Fehltage je 100 Versicherte gegenüber 202,0 bei Männern). Die Veränderung der durchschnittlichen Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle mit dem Altersgang fällt bei

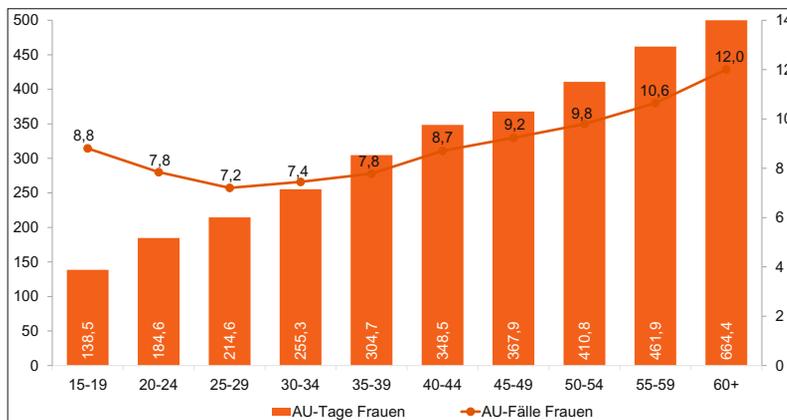
Männern deutlich moderater aus als bei Frauen (vgl. Abbildung 17 und Abbildung 18).

Abbildung 17: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Männer



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2020

Abbildung 18: AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Frauen



Quelle: IGES nach Daten der DAK-Gesundheit 2020

3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems begründen bei Männern die meisten Fehltag und liegen mit einem Anteil von 24,4 Prozent am Gesamtankenstand auf Platz eins. Für den Krankenstand der Frauen haben sie eine etwas geringere Bedeutung. Bei Frauen liegt ihr Anteil am Krankenstand bei 19,7 Prozent.

Muskel-Skelett-Erkrankungen:
Auf Platz 1 bei Männern und auf Platz 2 bei Frauen

Bei Frauen stehen psychische Erkrankungen an erster Stelle, sie begründen 20,7 Prozent der Fehltag, bei Männern stehen sie an zweiter Stelle (14,5 Prozent).

**Verletzungen:
Größere Bedeutung
bei Männern**

Auf Platz drei folgen bei Männern Verletzungen. Hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Krankenstand haben diese bei den Frauen eine deutlich geringere Bedeutung als bei den Männern (14,3 Prozent bei den Männern gegenüber 9,0 Prozent bei den Frauen). Bei Frauen steht diese Erkrankungsgruppe erst an vierter Stelle.

Bei Frauen stehen an dritter Stelle Atemwegserkrankungen mit einem Anteil von 15,0 Prozent an den AU-Tagen.

Atemwegserkrankungen stehen bei Männern mit einem Anteil von 13,3 Prozent am Gesamt Krankenstand an vierter Stelle.

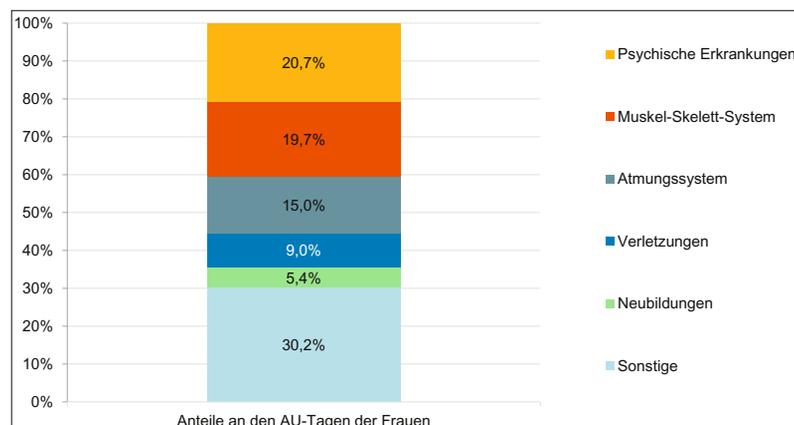
**Erkrankungen des
Verdauungssystems
Platz 5 bei Männern**

An fünfter Stelle stehen bei Männern die Erkrankungen des Verdauungssystems mit einem Anteil von 5,2 Prozent am Krankenstand. Mit einem Anteil von 4,1 Prozent nehmen diese Erkrankungen bei Frauen keinen der vorderen fünf Plätze ein.

Bei Frauen stehen an fünfter Stelle mit einem Anteil von 5,4 Prozent an den AU-Tagen Neubildungen, die bei Männern nur einen Anteil von 3,4 Prozent am Krankenstand haben.

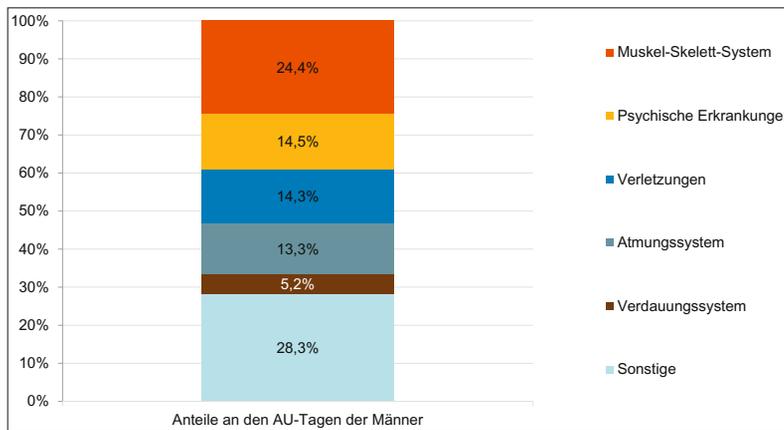
Ferner wird aus Abbildung 19 und Abbildung 20 deutlich, dass bei Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstands (30,2 Prozent) auf die sonstigen Krankheitsarten entfällt als bei Männern (28,3 Prozent). Dies ist besonders auf den bei Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil an Erkrankungen des Urogenitalsystems (2,1 Prozent im Vergleich zu 1,2 Prozent) und Schwangerschaftskomplikationen (1,7 Prozent) zurückzuführen.

Abbildung 19: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei Frauen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Abbildung 20: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei Männern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Abbildung 21 zeigt die Bedeutung der fünf wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 22 in den fünf höheren Altersgruppen. Wie aus den Abbildungen ersichtlich wird, steigt die Bedeutung der Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, und zwar von 7,3 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen auf 28,0 Prozent bei den über 60-Jährigen.

Ursächlich für diesen Anstieg sind verstärkt langwierige chronisch-degenerative Erkrankungen im Alter (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2003 und 2018: „Rückenerkrankungen“).

Bei den Erkrankungen des Atmungssystems verhält es sich genau umgekehrt: Ihr Anteil am Krankenstand ist in der jüngsten Altersgruppe mit 24,3 Prozent am höchsten. Mit den Jahren nimmt ihre Bedeutung für den Gesamtkrankenstand jedoch ab. Bei den über 60-Jährigen entfallen nur noch 9,3 Prozent aller Ausfalltage auf Erkrankungen mit dieser Diagnose (s. hierzu auch das Schwerpunktthema des Gesundheitsreports 2011: „Wie gesund sind junge Arbeitnehmer?“).

Auf die Krankheitsart Verletzungen entfallen bei den jüngsten Mitgliedern der DAK-Gesundheit 17,8 Prozent aller Krankheitstage. In der obersten Altersgruppe liegt ihr Anteilswert nur noch bei 9,4 Prozent. Verletzungen sind bei Jüngeren eine wesentlich häufigere Arbeitsunfähigkeitsursache, was u. a. auf ein anderes Freizeitverhalten und eine größere Risikobereitschaft zurückgeführt werden kann.

Der Anteil der psychischen Störungen am Gesamtkrankenstand steigt von 8,4 Prozent bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf

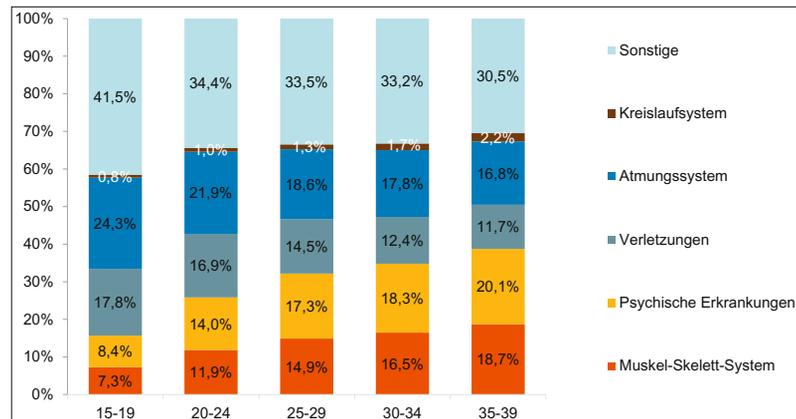
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems im Alter

Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems bei den Jüngsten am höchsten

Fehltage aufgrund von Verletzungen sind mit zunehmendem Alter rückläufig

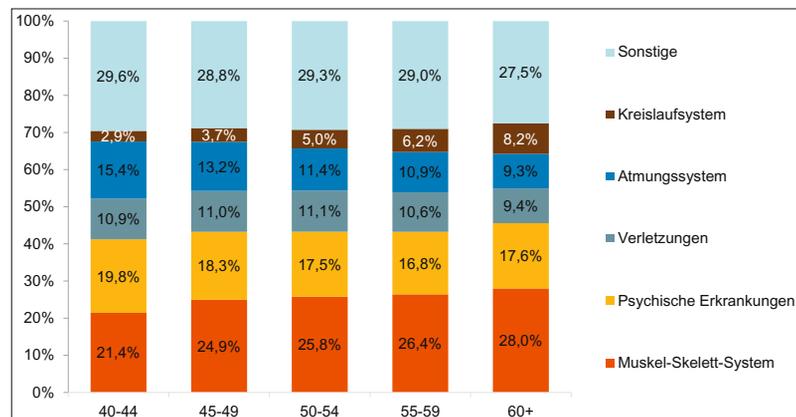
einen prozentualen Anteil von 20,1 Prozent bei den 35- bis 39-Jährigen an. Ab dem 40. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung psychischer Erkrankungen (bei insgesamt steigendem Krankenstands-niveau) dann wieder ab. Ihr Anteil liegt bei den über 60-Jährigen nur noch bei 17,6 Prozent.

Abbildung 21: Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Abbildung 22: Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Erkrankungen des Kreislaufsystems

Erkrankungen des Kreislaufsystems haben hinsichtlich ihrer Altersverteilung eine mit zunehmendem Alter ansteigende Bedeutung für den Krankenstand. Erkrankungen mit dieser Diagnose sind bei den 15- bis 19-Jährigen für 0,8 Prozent des Krankenstands verantwortlich, bei den über 60-Jährigen ist der Anteil mit 8,2 Prozent deutlich höher.

Alles in allem muss bei der Interpretation der Zahlen berücksichtigt werden, dass der sinkende Anteil einiger Krankheitsarten mit zunehmendem Alter zu einem Teil darauf zurückzuführen ist, dass andere Krankheitsarten in ihrer Bedeutung deutlich zunehmen. Durch das insgesamt steigende Krankenstandniveau kann die relative Bedeutung einer Krankheitsart trotz gleichbleibender Zahl von Ausfalltagen sinken.

3.4 Die wichtigsten Einzeldiagnosen

Bisher wurde der Anteil der Krankheitsarten (ICD 10-Kapitel) am Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit betrachtet. Tabelle 1 zeigt nun auf der Ebene der Einzeldiagnosen, welche konkreten Erkrankungen innerhalb der ICD 10-Kapitel die Höhe des Krankenstandes maßgeblich beeinflusst haben.

Die Rangliste wurde nach dem Kriterium des Anteils an den AU-Tagen erstellt. In Anhang II zu diesem Report wird diese Rangliste auch differenziert für Männer und Frauen ausgewiesen.

An der Spitze der AU-Tage stehen aus der Gruppe der Atemwegserkrankungen die „Akuten Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ (J06).

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems „Rückenschmerzen“ (M54) finden sich als zweit wichtigste Einzeldiagnose. Weitere wichtige Einzeldiagnosen dieser Erkrankungsgruppe waren „sonstige Bandscheibenschäden“ (M51) sowie „Schulterläsionen“ (M75) und Binnenschädigung des Kniegelenkes (M23), „sonstige Gelenkkrankheiten“ (M25) und „sonstige Enthesopathien“ (M77).

Auf Rang 3 stehen „Depressive Episoden“ (F32). Auf den Rängen 4 bis 6 folgen weitere wichtige Einzeldiagnosen aus dem Kapitel der psychischen Erkrankungen: „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43), „Rezidivierende depressive Störungen“ auf Platz 5 (F33), „andere neurotische Störungen“ (F48). Weiter hinten folgen noch „andere Angststörungen“ (F41) und „somatoforme Störungen“ (F45). Für alle psychischen Diagnosen gilt, dass ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich geringer ist als ihr Anteil an den AU-Tagen. Das bedeutet, dass es sich hier zumeist um längerfristige Krankschreibungsfälle handelt.

Erst an 17. Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen 2020 die „Verletzungen einer nicht näher bezeichneten Körperregion“ (T14). Luxation, Verstauchungen und Zerrungen des Knies (S83) und der Gelenke (S93) sowie Frakturen des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes (S82) finden sich ebenfalls unter den 20 wichtigsten Diagnosen.

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen fallen außerdem die so genannten Magen-Darm-Infektionen „Sonstige und nicht näher be-

Um Geschlechtsunterschiede erweiterte Tabelle in Anhang II

**Rang 1:
Infektion der Atemwege**

**Rang 2:
Rückenbeschwerden**

**Rang 3:
Depressive Episoden**

Allgemeine Verletzungen auf Platz 17

zeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs“ (A09).

Darüber hinaus sind sonstige Viruserkrankungen zu finden, „Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation“ (B34). Ebenfalls unter den 20 wichtigsten Einzeldiagnosen findet sich der Brustkrebs „bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ (C50) und „Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation“ (B34).

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr

Gegenüber dem Vorjahr sind nur wenige signifikante Veränderungen aufgetreten, die 0,5 Prozentpunkte oder mehr ausmachen.

Die Diagnose „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ stieg von 6,8 Prozent auf 7,7 Prozent.

Der Anteil der Rückenschmerzen ist gestiegen von 5,7 Prozent am Gesamtkrankenstand in 2019 auf einen Anteil von 6,2 Prozent in 2020.

Der Anteil der Diagnose „Depressive Episode“ stieg von 5,0 Prozent auf 5,1 Prozent in ihrer Bedeutung.

Die Diagnose „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ stieg ebenfalls von 3,9 Prozent auf 4,3 Prozent.

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2020

ICD 10	Diagnose	Anteil AU-Tag	Anteil AU-Fälle
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	7,7 %	15,3 %
M54	Rückenschmerzen	6,2 %	6,5 %
F32	Depressive Episode	5,1 %	1,2 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4,3 %	2,3 %
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,0 %	0,4 %
F48	Andere neurotische Störungen	1,9 %	1,0 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	1,8 %	0,6 %
M75	Schulterläsionen	1,7 %	0,7 %
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	1,5 %	4,5 %
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,3 %	0,5 %
F41	Andere Angststörungen	1,3 %	0,4 %
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,3 %	2,5 %
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	1,2 %	0,1 %
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	1,2 %	1,0 %
F45	Somatoforme Störungen	1,2 %	0,6 %
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,1 %	0,4 %
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,0 %	1,1 %
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,0 %	0,2 %
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,0 %	0,7 %
M77	Sonstige Enthesopathien	1,0 %	0,7 %
	Summe	44,5 %	40,6 %

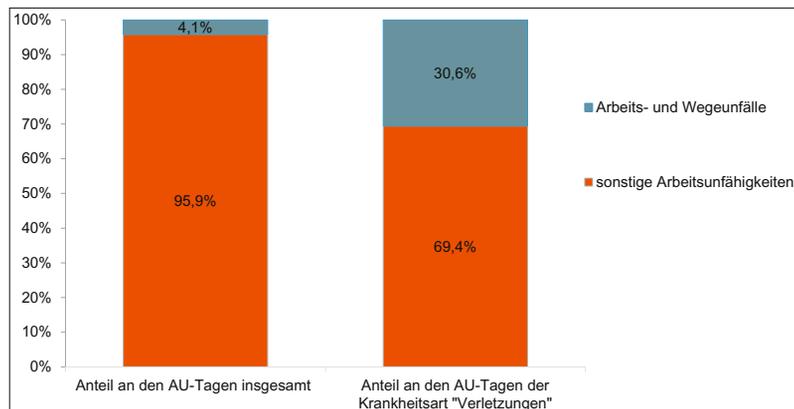
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

3.5 Die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen

Die DAK-Gesundheit arbeitet mit den Unfallversicherungsträgern bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eng zusammen. Im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports ist es daher von Interesse, welchen Anteil Arbeits- und Wegeunfälle an den Arbeitsunfähigkeiten der Mitglieder der DAK-Gesundheit haben.

In den Daten der DAK-Gesundheit ist vermerkt, wenn beim Krankheitsfall eines Mitgliedes aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen oder auch Berufskrankheiten eine Leistungspflicht eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers besteht. Da Berufskrankheiten nur einen verschwindend geringen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben, beschränkt sich die Analyse in diesem Kapitel auf die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen.

Abbildung 23: Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

2020 wurden je 100 ganzjährig versicherter Mitglieder der DAK-Gesundheit 62,1 AU-Tage und 2,6 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamtkrankenstand betrug 4,1 Prozent.

Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart „Verletzungen“, so betrug der Anteil hier etwas mehr als 30 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr ist der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle am Gesamtkrankenstand (2019: 4,2 Prozent) gesunken. Als Anteil an der Krankheitsart „Verletzungen“ sind Arbeits- und Wegeunfälle gegenüber dem Vorjahr (2019: 29,8 Prozent) leicht gestiegen.

4. Schwerpunktthema 2021: Coronakrise und Digitalisierung

4.1 Einleitung

Im April 2020 hatte die erste Welle der COVID-19-Pandemie in Deutschland ihren Höhepunkt. Einen Monat zuvor wurde als Eindämmungsmaßnahme der erste „Lockdown“ beschlossen – unter anderem waren Schulen, Kitas, viele Geschäfte des Einzelhandels, Gastronomiebetriebe und Kultureinrichtungen aller Art geschlossen. Wie haben Erwerbstätige unter den Bedingungen von Kontaktbeschränkungen und angesichts der herrschenden Unsicherheit über den weiteren Verlauf der Pandemie medizinische Versorgung in Anspruch genommen? Es ist bereits bekannt, dass Versicherte die ambulante Versorgung deutlich weniger in Anspruch genommen haben als im Vorjahr, vor allem verschiebbare Leistungen wie Krankheitsfrüherkennung oder DMP-Schulungen. Parallel dazu nahm die Inanspruchnahme von telefonischer Beratung und Kontakten per Videosprechstunde zu.⁵

Auch die medizinische Versorgung reagierte vielfältig auf die Krise, zum Teil mit einer ungewöhnlichen Schnelligkeit und einer gewissen Portion Pragmatismus. Im Kontext des DAK-Gesundheitsreports, der sich mit Fragestellungen beschäftigt, die für abhängig beschäftigte sozialversicherungspflichtige Erwerbstätige relevant sind, ist die telefonische Krankschreibung ein prominentes Beispiel hierfür. Seit dem 9. März 2020 können Ärztinnen und Ärzte Beschäftigte auch nach einer telefonischen Anamnese krank schreiben, wenn es sich um Erkrankungen der oberen Atemwege ohne schwere Symptomatik handelt und wenn kein Verdacht auf eine Infektion mit dem SARS-CoV2-Virus gegeben ist.⁶ Die Krankschreibung kann für bis zu 7 Kalendertage erfolgen und ein weiteres Mal nach telefonischer Anamnese um bis zu 7 Kalendertage verlängert werden. Die Sonderregelung ist mehrfach verlängert worden und gilt nach derzeitigem Stand bis zum 31.12.2021.

Laut Begründung dient die Sonderregelung „[...] der Entlastung der Vertragsarztpraxen sowie der Verhinderung der Ausbreitung des COVID-19-Virus über die Wartezimmer der Arztpraxen.“⁷ Jedoch kann gefragt werden, ob die bestehenden Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit – bei leichten und auch ohne Behandlung in der Regel kurzfristig abklingenden Erkrankungen – unabhängig von der besonderen Pandemiesituation überdacht werden sollten.

Wie nahmen Beschäftigte im ersten Halbjahr 2020 Versorgung in Anspruch?

Beispiel telefonische Krankschreibung

5 Mangiapane et al. (2020): Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das 1. Halbjahr 2020. Berlin: ZI

6 § 4 Absatz 1 Satz 3 Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA in der Fassung vom 20. April 2020, BAnz AT 28.04.2020 B1

7 Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA vom 20.03.2020

Die Corona-Krise bietet weitere Beispiele dieser Art, darunter erweiterte Möglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte, Videosprechstunden anzubieten.

Der Gesundheitsreport nimmt diese Veränderungen, Sonderregelungen und Innovationen zum Anlass für die Frage: Wie können diese und andere Regelungen zu Erleichterungen für Erwerbstätige werden, um das Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen?

4.1.1 Aufbau des Schwerpunktthemas

Das Schwerpunktthema ist wie folgt aufgebaut:

- Kapitel 4.2: Bildung von Kohorten** Die Analyse der Veränderungen der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung wird in Kapitel 4.2 vorbereitet. Ausgehend von der Annahme, dass die Veränderung der Inanspruchnahme im ersten Halbjahr 2020 vom gesundheitlichen Zustand abhängt, werden erwerbstätige DAK-Versicherte im Alter von 18–65 Jahren in vier Kohorten eingeteilt. Die Bildung der Kohorten und deren Charakterisierung erfolgt in diesem Kapitel.
- Kapitel 4.3: Hintergrund der Analysen** Der Hintergrund für die Analysen wird in Kapitel 4.3 dargestellt – darunter Meilensteine der Pandemieentwicklung wie die erste COVID-19-Infektion in Deutschland; die Reaktionen zur Eindämmung, wie die Schließung von Schulen und der erste Lockdown im März und April 2020; sowie besondere Regelungen, die das Gesundheitssystem betreffen, z. B. unbegrenzte Videosprechstunden für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen.
- Kapitel 4.4: Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung** In den Kapiteln 4.4 bis 4.6 werden die Kohorten durch das erste Halbjahr 2020 „begleitet“ – es wird analysiert, ob und inwiefern sich die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung durch die Kohorten gegenüber den Vorjahren verändert hat. Dabei wird u. a. nach verschiebbaren und nicht verschiebbaren Leistungen und nach Leistungen verschiedener Fachärzte unterschieden. Auch die Nutzung der telefonischen Beratung sowie der Beratung per Videosprechstunde wird analysiert. Vergleichsweise kleine Zeitintervalle lassen die Veränderungen zum Vergleichszeitraum der Jahre 2018 und 2019 sichtbar werden.
- Kapitel 4.5: Entwicklung der Krankschreibungen** In Kapitel 4.5 wird die Zahl der Krankschreibungen (AU-Fälle) betrachtet. Grundlage der Analyse sind auch hier die Kohorten, die über dieselben Zeitintervalle wie die vorangegangenen Analysen mit dem Vorjahreszeitraum 2018/2019 verglichen werden. Zu diesem Kapitel gehört auch die Nutzung der Möglichkeit der Krankschreibung mit telefonischer Anamnese.
- Kapitel 4.6: Analyse Verordnungsdaten** In Kapitel 4.6 werden Verordnungen für Medikamente für das erste Halbjahr analysiert – wieder sind die Kohorten Grundlage, die über kleine Zeitintervalle für das erste Halbjahr 2020 betrachtet werden.

Für das Schwerpunktthema 2021 wurden gut 7.000 Beschäftigte im Alter von 18 bis 65 Jahre standardisiert befragt. Kapitel 4.7 stellt die Ergebnisse dieser Befragung dar. Zu den Themen der Befragung gehören die Nutzungserfahrungen und -bereitschaft zur telefonischen Krankenschreibung, Videosprechstunde und digitale Gesundheitsanwendungen sowie Gesundheitskompetenz.

Kapitel 4.7: Auswertung Beschäftigten- befragung

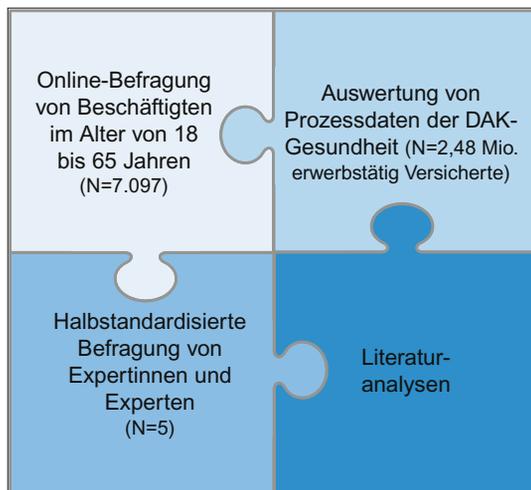
4.1.2 Datenquellen des Schwerpunkts

Die Ergebnisse dieses Reports stützen sich auf verschiedene Datenquellen (Abbildung 24). Hierbei handelt es sich zum einen um Daten der DAK-Gesundheit zum ambulanten Versorgungsgeschehen, zu Verordnungen von Medikamenten sowie zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Darüber hinaus wurde eine standardisierte Online-Befragung von 7.097 abhängig beschäftigten Erwerbstätigen im Alter von 18–65 Jahren durchgeführt.

Datenquellen

Eine weitere Datenquelle stellt eine halbstandardisierte Befragung von Expertinnen und Experten zum Thema Digitalisierung und Gesundheitswesen dar. Diese wurden zu den Potenzialen der Digitalisierung für eine bessere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems für Erwerbstätige befragt. Der Experten-Fragebogen liegt dem Report als Anhang bei.

Abbildung 24: Datenquellen für das Schwerpunktthema



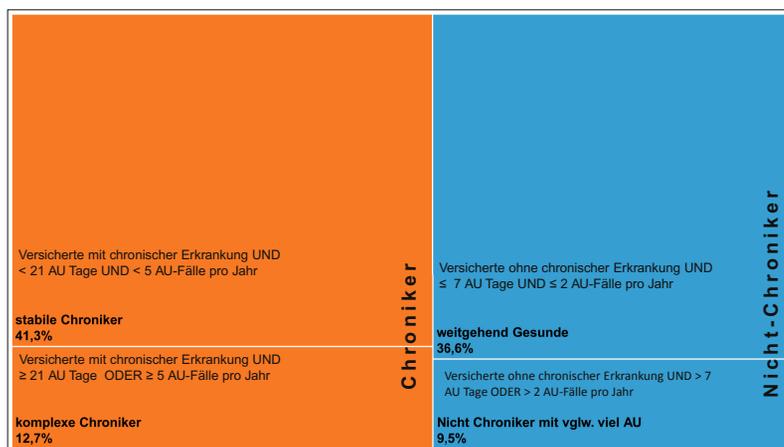
4.2 Versorgungstypen: Bildung und Charakterisierung der Kohorten

4.2.1 Bildung und Operationalisierung der Kohorten

Erwerbstätige haben unterschiedliche Erwartungen an das Gesundheitssystem – wer es selten in Anspruch nehmen muss, hat andere

Für die folgenden Analysen werden Versicherte in Versorgungstypen eingeteilt	<p>Erwartungen als jemand, der häufig Kontakt damit hat – z. B. weil eine chronische Erkrankung häufige Arzt- und Apothekenbesuche oder sogar Krankenhausaufenthalte nötig macht. Ebenso machen unterschiedliche Gruppen von Versicherten unterschiedliche Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, wiederum in Abhängigkeit von ihren Erwartungen und ihrem Bedarf. Um sinnvolle Antworten auf die Frage zu erhalten, was man aus der Corona-Krise für das Gesundheitssystem lernen kann, müssen diese unterschiedlichen Erwartungen berücksichtigt werden.</p> <p>Daher beruhen die Analysen für diesen Report auf unterschiedlichen Typen von Versicherten, die im Folgenden Versorgungstypen genannt werden. Diese Versorgungstypen werden retrospektiv auf Basis ihrer Merkmale in den Jahren 2018 und 2019 gebildet und dann durch das erste Halbjahr 2020 „begleitet“ – das heißt, es wird auf Basis der Daten der DAK-Gesundheit ermittelt, welche Versorgung sie in welchem Ausmaß in Anspruch genommen haben bzw. welchen Kontakt sie zum Gesundheitssystem hatten.</p>
Unterscheidung von chronisch kranken und nicht chronisch kranken Versicherten	<p>Wie wurden die Versorgungstypen gebildet? Wegen der großen Rolle, die chronische Erkrankungen hierbei mutmaßlich spielen, wurden im ersten Schritt Versicherte nach dem Vorliegen oder Nicht-Vorliegen einer chronischen Erkrankung unterschieden. Ergebnis dieser Unterscheidung sind zwei Gruppen: Zum einen Versicherte mit (irgendeiner) chronischen Erkrankung oder auch mit mehreren chronischen Erkrankungen; zum anderen Versicherte, für die sich kein Hinweis auf eine chronische Erkrankung in den DAK-Daten finden lässt.</p>
Chronisch kranke Versicherte werden weiter anhand AU-Geschehen differenziert	<p>Chronische Erkrankungen können mit einer sehr unterschiedlichen Inanspruchnahme des Gesundheitswesens einhergehen. Gut gemanagte chronische Krankheiten führen idealerweise weder zu größeren Beeinträchtigungen der Lebensführung der Betroffenen noch zur übermäßigen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Es gibt jedoch auch Beispiele für schwer zu managende chronische Erkrankungen oder auch für solche, denen eine lange Suche nach der Diagnose vorangeht – man denke an chronische Rückenschmerzen. Daher werden die chronisch Kranken weiter eingeteilt in solche, deren Erkrankung mutmaßlich Beschwerden in Beruf und Alltag mit sich bringt und solchen, bei denen dies kaum oder nicht der Fall ist. Dieses Kriterium wird anhand der Zahl von Krankschreibungen und krankheitsbedingten Fehltagen operationalisiert.</p>
Nicht chronisch-kranke Versicherte mit vergleichsweise wenigen ggü. vielen Krankschreibungen/AU-Tagen	<p>Auch die nicht-chronisch Kranken werden weiter differenziert: Weil nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese alle bei bester Gesundheit sind, werden sie anhand der Zahl ihrer Krankschreibungen und krankheitsbedingten Fehltagen unterschieden: Versicherte mit vergleichsweise wenigen und Versicherte mit vergleichsweise vielen Krankschreibungen und/oder AU-Tagen (kurz: „vergleichsweise viel AU“).</p> <p>Wie die Versorgungstypen operationalisiert sind und wie sich die DAK-Versicherten auf sie verteilen, zeigt Abbildung 25:</p>

Abbildung 25: Anteil der Versorgungstypen an den erwerbstätigen DAK-Versicherten



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018–2019. N = 2.476.415

Tabelle 2: Operationalisierung der Versorgungstypen

Chroniker	<ul style="list-style-type: none"> • Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen gemäß der Auflistung chronischer Krankheiten der AG medizinische Grouperanpassung⁸ in den Daten der ambulanten Versorgung • M2Q-Kriterium: Es muss mindestens eine chronische Erkrankung in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2018 kodiert sein
Stabile Chroniker	<ul style="list-style-type: none"> • Chroniker mit „unauffälliger“ Arbeitsunfähigkeit, d. h. im Mittel über die Jahre 2018 und 2019 weniger als 21 krankheitsbedingte Fehltage (Arbeitsunfähigkeitstage, AU-Tage) UND • weniger als 5 Krankschreibungen (AU-Fälle).
Komplexe Chroniker	<ul style="list-style-type: none"> • Chroniker mit „auffälliger“ Arbeitsunfähigkeit, d. h. im Mittel über die Jahre 2018 und 2019 mindestens 21 AU-Tage ODER • mindestens 5 AU-Fälle.
Weitgehend Gesunde	<ul style="list-style-type: none"> • Versicherte ohne chronische Erkrankung, d. h. keine chronische Krankheit im Jahr 2018 gemäß Liste und M2Q-Kriterium UND • im Mittel über die Jahre 2018 und 2019 maximal 7 AU-Tage UND • maximal 2 AU-Fälle
Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU	<ul style="list-style-type: none"> • Keine chronische Krankheit gemäß Liste und M2Q-Kriterium im Jahr 2018 UND • im Mittel über die Jahre 2018 und 2019 mehr als 7 AU-Tage ODER • mehr als 2 AU-Fälle

8 Für die Einteilung maßgeblich ist: Bewertungsausschuss Ärzte (2013): Liste von ICD-Schlüsselnummern, die nach Einschätzung der AG medizinische Grouperanpassung chronische Krankheiten kodieren. https://www.kvvh.de/sites/default/files/icd_chronische_krankheiten_2013.pdf.

4.2.2 Charakterisierung der Kohorten: Alter, Geschlecht und Inanspruchnahme bei „Baseline“

4.2.2.1 Kohorte der weitgehend Gesunden

Die Kohorte der weitgehend Gesunden setzt sich zu 54 Prozent aus DAK-versicherten Männern und zu 46 Prozent aus Frauen zusammen. Gleichzeitig fallen DAK-versicherte Männer mit größerer Wahrscheinlichkeit in die Gruppe der weitgehend Gesunden als DAK-versicherte Frauen (44 zu 30 Prozent). Die weitgehend Gesunden sind im Schnitt 38 Jahre alt (Median: 37) und damit vergleichsweise jung.

Die weitgehend Gesunden nehmen vor allem Routine- und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch

Die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung – im Jahr, das der Typenbildung zugrunde liegt – ist bei den weitgehend Gesunden von Routine- und Vorsorgeuntersuchungen sowie (wahrscheinlich meist wenig schwerwiegenden) Akutbeschwerden geprägt – dies gilt für Männer wie für Frauen dieser Kohorte (Tabelle 3, Tabelle 4). So waren 2018 Infektionen der Atemwege (ICD-10: J06) einer der häufigsten Anlässe für einen Arztkontakt: 17 Prozent der Männer und 9 Prozent der Frauen waren (unter anderem) anlässlich dieser Beschwerde beim Arzt. Nicht-chronische Rückenschmerzen und gastrointestinale Beschwerden („Magen-Darm“) sind bei Männern wie Frauen weitere häufige Beschwerden, die zu einem Arztkontakt führen.

Bei Frauen in der Kohorte der weitgehend Gesunden gehören zudem Vorsorgeuntersuchungen zu den häufigsten Arztkontaktsanlässen, darunter Brust- und Gebärmutterhalskrebsvorsorge; ebenso kontrazeptive Maßnahmen, wegen denen 23 Prozent der weitgehend gesunden Frauen einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht haben.

Tabelle 3: Diagnosen bzw. Arztkontakttanlässe der weitgehend gesunden Männer

ICD-10 („Dreisteller“)	Diagnose bzw. Kontakttanlass	Anteil
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	17 %
M54	Rückenschmerzen	9 %
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	7 %
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	5 %
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	5 %
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	4 %
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	4 %
D22	Melanozytennävus	4 %
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	3 %
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	3 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018

Tabelle 4: Diagnosen bzw. Arztkontakttanlässe der weitgehend gesunden Frauen

ICD-10 („Dreisteller“)	Diagnose bzw. Kontakttanlass	Anteil
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	31 %
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	23 %
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	15 %
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	14 %
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	9 %
M54	Rückenschmerzen	7 %
N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	5 %
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	5 %
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	5 %
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	4 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018

Die Analysen der ambulanten Inanspruchnahme zeigen, dass die Bildung der weitgehend Gesunden gelungen ist – die 10 wichtigsten Kontakthanlässe deuten darauf hin, dass diese Gruppe weder unter chronischen Krankheiten noch in größerem Maße unter ernsthaften akuten Beschwerden leidet.

4.2.2.2 Kohorte der Nicht-Chroniker mit vergleichsweise viel AU

Die Nicht-Chroniker mit vergleichsweise viel AU sind in etwa so alt wie die weitgehend Gesunden

Diese Kohorte hat eine ähnliche Altersstruktur wie die weitgehend Gesunden. Der Altersdurchschnitt beträgt 39 Jahre (Median: 38). Die Kohorte besteht zu 50 Prozent aus Männern und zu 50 Prozent aus Frauen. 11 Prozent der DAK-versicherten Männer und 9 Prozent der Frauen gehören zur Kohorte der Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU.

Ebenso wie bei der Kohorte der weitgehend Gesunden sind hier Vorsorge, Kontrazeptiva und (wahrscheinlich) wenig schwerwiegende Beschwerden häufige Anlässe für Arztkontakte. Allerdings sind die Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU zu deutlich höheren Anteilen wegen dieser Beschwerden in der Arztpraxis (Bezugsjahr: 2018). Beispiel Infektionen der oberen Atemwege (ICD-10: J06): Während unter den weitgehend gesunden Frauen 9 Prozent wegen dieser Beschwerden einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchten, sind es in dieser Gruppe 35 Prozent. Beispiel Rückenschmerzen (ICD-10: M54): Dies ist für 9 Prozent der weitgehend gesunden Männer ein jährlicher Arztkontakthanlass, jedoch für 19 Prozent der Männer aus der Kohorte der Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU. Durchgängig zeigen die Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU höhere Behandlungsprävalenzen. Mit der Diagnose Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43) ist in dieser Gruppe auch eine psychische Erkrankung unter den 10 wichtigsten Arztkontakthanlässen. Bei 7 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen ist diese Diagnose codiert (Tabelle 5, Tabelle 6).

Tabelle 5: Diagnosen bzw. Arztkontakthanlässe der Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU: Männer

ICD-10 („Dreisteller“)	Diagnose bzw. Kontakthanlass	Anteil
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	33 %
M54	Rückenschmerzen	19 %
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	15 %
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	7 %

ICD-10 („Dreisteller“)	Diagnose bzw. Kontakthanlass	Anteil
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	7 %
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	7 %
J20	Akute Bronchitis	7 %
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	7 %
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	7 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018

Tabelle 6: Diagnosen bzw. Arztkontakthanlässe der Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU: Frauen

ICD-10 („Dreisteller“)	Diagnose bzw. Kontakthanlass	Anteil
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	46 %
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	38 %
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	35 %
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	32 %
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	21 %
M54	Rückenschmerzen	19 %
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	16 %
N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	13 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	13 %
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	13 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018

Auch für die Kohorte der Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU zeigt die Analyse der ambulanten Inanspruchnahme, dass die Bildung dieser Kohorte gelungen ist – die 10 wichtigsten Kontakthanlässen deuten darauf hin, dass diese Gruppe wenig von chronischen Krankheiten

betroffen ist, dass hier jedoch zu deutlich größeren Anteilen Akutbeschwerden zu Arztkontakten führen.

4.2.2.3 Kohorte der stabilen Chroniker

Die Kohorte der stabilen Chroniker ist durch vergleichsweise wenig AU-Fälle und AU-Tage definiert

Bei weitem nicht alle chronischen Erkrankungen gehen mit ständigen Beschwerden einher. Auch sind nicht alle Chroniker häufig beim Arzt. Dies gilt insbesondere für die Kohorte der stabilen Chroniker, die durch geringe Inanspruchnahme gekennzeichnet ist. Sie ist im Mittel 46 Jahre alt (Median: 49) und setzt sich zu 38 Prozent aus Männern, zu 62 Prozent aus Frauen zusammen. Unter den DAK-Versicherten fallen 35 Prozent der Männer und 47 Prozent der Frauen in die Gruppe der stabilen Chroniker.

Zu den häufigsten ambulanten Diagnosen, die für die stabilen Chroniker codiert sind, gehört Bluthochdruck (ICD-10: I10). 39 Prozent der männlichen und 29 Prozent der weiblichen stabilen Chroniker leiden gemäß ambulanter Diagnose unter einer essenziellen Hypertonie. Unter den Männern dieser Kohorte steht sie auf Rang 1 der ambulanten Diagnosen. Rückenschmerzen (ICD-10: M54) gehören ebenfalls zu den wichtigsten Diagnosen, die bei 33 Prozent der Männer und bei 36 Prozent der Frauen dieser Kohorte codiert sind. Bei den Frauen ist sie damit die häufigste Beschwerde, nur Vorsorgeuntersuchung und kontrazeptive Maßnahmen stellen für einen noch größeren Anteil der Frauen einen Arztkontaktkanlass dar.

Insgesamt zeigt sich, dass auch bei den stabilen Chronikern (wahrscheinlich) wenig schwerwiegende Akutbeschwerden, Vorsorge und Kontrazeptiva Anlässe für Arztbesuche darstellen. Gleichzeitig sind unter den 10 wichtigsten Anlässen zum einen auch chronische Diagnosen (Hypertonie, Störungen des Lipoproteinstoffwechsels), zum anderen sind Beschwerden wie Rückenschmerzen oder Infektionen der oberen Atemwege sehr viel häufiger in dieser Gruppe anzutreffen als bei der Kohorte der weitgehend Gesunden.

Tabelle 7: Diagnosen bzw. Arztkontakttanlässe der stabilen Chroniker: Männer

ICD-10 („Dreisteller“)	Diagnose bzw. Kontaktanlass	Anteil
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	39 %
M54	Rückenschmerzen	33 %
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	27 %
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	24 %
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	16 %
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	15 %
E66	Adipositas	13 %
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	12 %
J45	Asthma bronchiale	12 %
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	11 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018

Tabelle 8: Diagnosen bzw. Arztkontakttanlässe der stabilen Chroniker: Frauen

ICD-10 („Dreisteller“)	Diagnose bzw. Kontaktanlass	Anteil
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	49 %
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	40 %
M54	Rückenschmerzen	36 %
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	34 %
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	29 %
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	28 %
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	25 %
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	21 %
N95	Klimakterische Störungen	19 %
E03	Sonstige Hypothyreose	18 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018

4.2.2.4 Kohorte der komplexen Chroniker

Die Kohorte der komplexen Chroniker ist durch vergleichsweise viele AU-Fälle und/oder AU-Tage definiert

Die Kohorte der komplexen Chroniker setzt sich zu 37 Prozent aus DAK-versicherten Männern und zu 63 Prozent aus Frauen zusammen. Gleichzeitig fallen DAK-versicherte Männer mit geringerer Wahrscheinlichkeit in die Gruppe der komplexen Chroniker als DAK-versicherte Frauen (11 zu 14 Prozent). Die komplexen Chroniker sind im Schnitt 49 Jahre alt (Median: 52).

Die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung ist bei den komplexen Chronikern deutlich mehr als bei den anderen Kohorten von chronischen Krankheiten geprägt: Fast die Hälfte der Männer (45 Prozent) und 37 Prozent der Frauen dieser Gruppe haben beispielsweise die Diagnose essenzielle Hypertonie (ICD-10: I10). Häufige Diagnosen von Rückenschmerzen (ICD-10: M54), depressive Episoden (ICD-10: F32) und somatoforme Störungen (ICD-10: F45) sind vermutlich nicht immer chronische Erkrankungen, dürften jedoch häufig Ausdruck von chronischen Beschwerden sein (Tabelle 9, Tabelle 10).

Tabelle 9: Diagnosen bzw. Arztkontaktanlässe der komplexen Chroniker: Männer

ICD-10 („Dreisteller“)	Diagnose bzw. Kontaktkategorie	Anteil
M54	Rückenschmerzen	49 %
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	45 %
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	33 %
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	29 %
F32	Depressive Episode	22 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	20 %
E66	Adipositas	18 %
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	17 %
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	17 %
F45	Somatoforme Störungen	16 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018

Tabelle 10: Diagnosen bzw. Arztkontakttanlässe der komplexen Chroniker: Frauen

ICD-10 („Dreisteller“)	Diagnose bzw. Kontakttanlass	Anteil
M54	Rückenschmerzen	52 %
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	48 %
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	37 %
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	36 %
F32	Depressive Episode	33 %
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	31 %
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	30 %
F45	Somatoforme Störungen	28 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	26 %
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	24 %

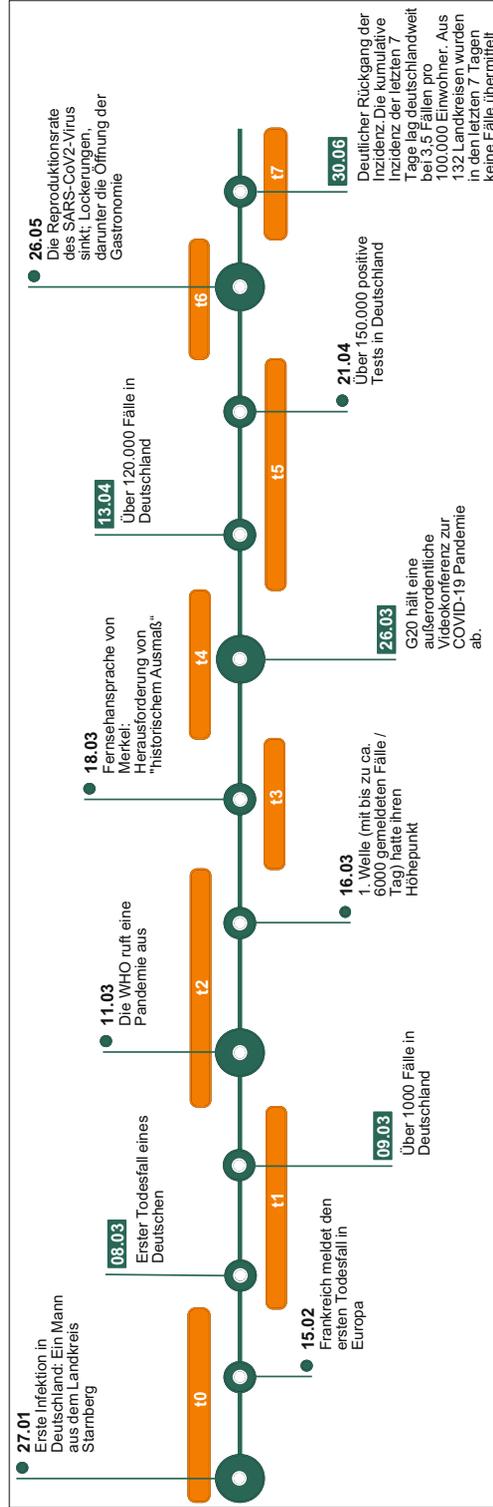
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018

4.3 Hintergrund

Am 16. März 2020 wurden Schulen und Kitas in den meisten Bundesländern geschlossen. Eine Woche später trat der „Lockdown“ zur Eindämmung der Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus deutschlandweit in Kraft. Der Pandemie kam zu diesem Zeitpunkt schon länger größte öffentliche Aufmerksamkeit zu. Ende Januar 2020 infizierte sich ein Mann aus dem Landkreis Starnberg mit dem Virus – der erste Fall in Deutschland. Ende Februar ereignete sich im Kreis Heinsberg (Nordrhein-Westfalen) ein viel beachteter Ausbruch. Am 8. März verzeichnete Deutschland den ersten Todesfall durch COVID-19. Viele weitere Ereignisse und Entwicklungen markieren einen dynamischen Pandemieverlauf (Abbildung 26, für Eindämmungsmaßnahmen Abbildung 27).

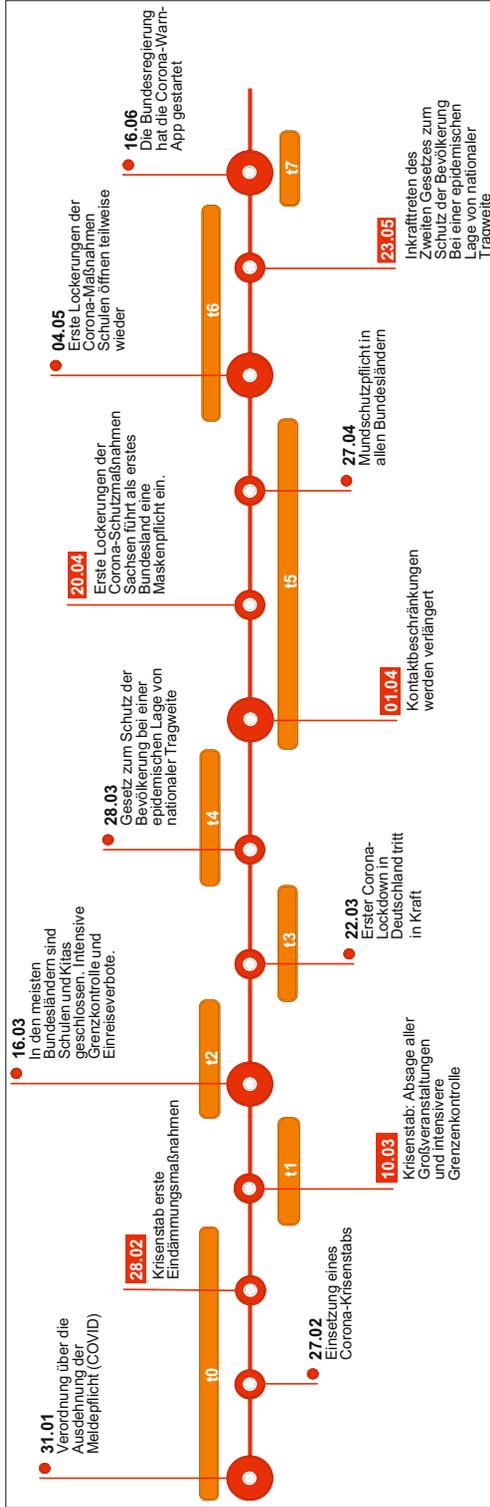
Im ersten Halbjahr 2020 war das öffentliche Leben von der Coronakrise geprägt

Abbildung 26: Ausgewählte Ereignisse im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie in Deutschland, erstes Halbjahr 2020



Anmerkung: Zu den Zeitintervallen t0 bis t7, vgl. Tabelle 11. Darstellung IGES auf Basis verschiedener Quellen.

Abbildung 27: Ausgewählte Ereignisse im Zusammenhang mit Eindämmungsmaßnahmen bzgl. der COVID-19-Pandemie in Deutschland, erstes Halbjahr 2020



Anmerkung: Zu den Zeitintervallen t0 bis t7, vgl. Tabelle 11. Darstellung IGES auf Basis verschiedener Quellen.

Auch das Gesundheitswesen ist geprägt von Entwicklungen und Ereignissen, die als Reaktion auf das Pandemiegeschehen stattfinden (Abbildung 28). Am 12. März 2020 fordert der Gesundheitsminister die deutschen Krankenhäuser in einem Brief auf, alle planbaren Eingriffe und Operationen zu verschieben, um freie Kapazitäten für COVID-19-Patientinnen und Patienten zu schaffen. Ab dem 16. März 2020 sind Videosprechstunden für Ärzte und Psychotherapeuten unbegrenzt möglich.

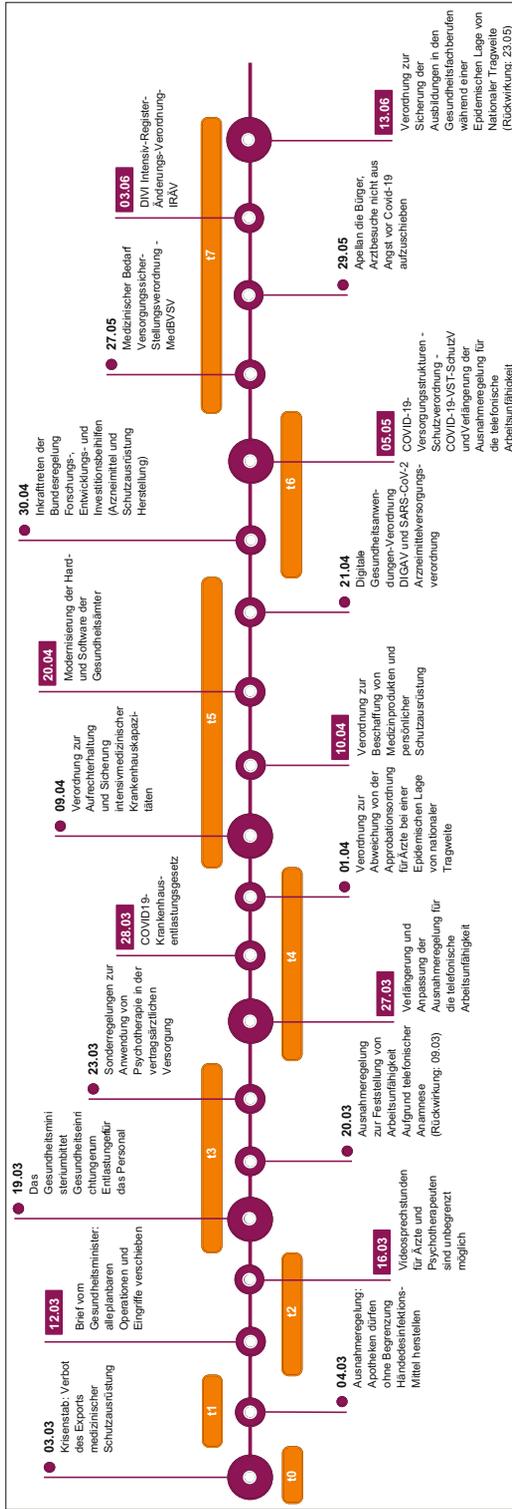
**Seit 9.3.2020
telefonische
Krankschreibung**

Am 20. März beschloss der gemeinsame Bundesausschuss die Ausnahmeregelung zur Feststellung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund telefonischer Anamnese, die rückwirkend zum 9. März 2020 in Kraft tritt. Beschäftigte können sich bei Erkrankungen der oberen Atemwege ohne schwere Symptomatik und ohne Verdacht auf COVID-19 telefonisch krankschreiben lassen. Die Regelung war zunächst befristet, wurde jedoch immer wieder verlängert.

**29.5.2020 Appell,
Arztbesuche nicht
aus Angst vor einer
COVID-19-Infektion
aufzuschieben**

Am 29. Mai 2020 appellieren die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Bundesgesundheitsminister, Arztbesuche nicht aus Angst vor einer COVID-19-Infektion aufzuschieben. Grund für den Appell ist der deutliche Rückgang der Inanspruchnahme von Fachärzten. Insbesondere Kardiologen und Onkologen hatten in den vorangehenden Wochen einen Rückgang von Arztterminen um 30 bzw. 50 Prozent gemeldet.

Abbildung 28: Ausgewählte Ereignisse im Zusammenhang mit besonderer Relevanz für die gesundheitliche Versorgung und der COVID-19-Pandemie in Deutschland, erstes Halbjahr 2020



Anmerkung: Zu den Zeitintervallen 10 bis t7, vgl. Tabelle 11. Darstellung IGES auf Basis verschiedener Quellen.

Im ersten Halbjahr 2020 geht die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen deutlich zurück

Die Unsicherheit angesichts der Pandemie und die Aufrufe zur Einschränkung persönlicher Kontakte (auch schon vor dem Lockdown) schlugen sich in der Inanspruchnahme von Leistungen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nieder. Persönliche Arzt-Patienten-Kontakte und – damit verbunden – die Anzahl an Behandlungsfällen waren im Verlauf des Monats März 2020 deutlich gesunken. Vor allem Krankheitsfrüherkennung, DMP-Schulungen⁹ und andere verschiebbare Leistungen wurden deutlich weniger nachgefragt. Erst Ende Mai normalisiert sich die Inanspruchnahme.¹⁰

Deutliche Zunahme von telefonischer Beratung und Kontakten per Videosprechstunde im 1. Halbjahr 2020

Gleichzeitig verzeichnete das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) eine deutliche Zunahme von telefonischer Beratung und Kontakten per Videosprechstunde.

In den folgenden Kapiteln wird nachgezeichnet, wie die in Abschnitt 4.2.1 gebildeten Kohorten Versorgung in Anspruch nehmen, und zwar relativ zu den (gemittelten) Inanspruchnahmen der Jahre 2018 und 2019. Hierfür wurden bestimmte Vergleichszeiträume bzw. Zeitintervalle (t0 bis t7) gewählt, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) für eine ähnliche Analyse definiert hat (Tabelle 11). Diese Vergleichszeiträume schaffen unter Berücksichtigung von je nach Jahr unterschiedlich fallenden Feier- und Ferientagen eine möglichst gute Vergleichbarkeit der jeweiligen Zeitintervalle. Dies bringt es mit sich, dass die Intervalle eine unterschiedliche Länge haben.

9 Hierbei handelt es sich um Schulungen für Patientinnen und Patienten, die an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen. DMP sind strukturierte Behandlungsprogramme, die chronisch Kranke dabei unterstützen, ihre Erkrankung in den Griff zu bekommen und eine bessere Lebensqualität zu erreichen.

10 Mangiapane, S./Zhu, L./Czihal, T./von Stillfried, D. (2020): Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das 1. Halbjahr 2020. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Tabelle 11: Vergleichszeiträume für das erste Halbjahr 2020 mit Beispielergebnis

t0	1. Januar bis 3. März 2020	Erste COVID-19-Infektion in Deutschland im Landkreis Starnberg
t1	4. März bis 10. März 2020	Die Fallzahl in Deutschland überschreitet 1.000 COVID-19-Fälle
t2	11. März bis 17. März 2020	WHO erklärt COVID-19-Ausbruch zur Pandemie
t3	18. März bis 24. März 2020	Fernsehansprache Bundeskanzlerin Merkel: Herausforderung von „historischem Ausmaß“ Erster „Lockdown“ tritt in Kraft
t4	25. März bis 31. März 2020	Verlängerung und Anpassung der Ausnahmeregelung für die telefonische Krankschreibung
t5	1. April bis 28. April 2020	Die Maskenpflicht in verschiedenen Bereichen des öffentlichen Lebens gilt zunächst in einigen, dann in allen Bundesländern
t6	29. April bis 26. Mai 2020	Die Reproduktionsrate des SARS-CoV2-Virus sinkt; Lockerungen, darunter die Öffnung der Gastronomie
t7	27. Mai bis 30. Juni 2020.	Weitere Lockerungen treten in Kraft

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI, Mangiapane et al. 2020) für die Intervalle, Beispielergebnisse IGES aus verschiedenen Quellen

Als Indikator für die Inanspruchnahme werden im Folgenden die Zahl der Arztkontakte verwendet. Ein Arztkontakt wird anhand der DAK-Daten dann identifiziert, wenn eine GOP abgerechnet wird. Zu beachten ist hierbei, dass dies lediglich eine Annäherung an die Zahl der Arztkontakte darstellt, weil auch Arztkontakte stattfinden, die sich nicht in der Abrechnung einer GOP widerspiegeln.

Arztkontakte als Indikator für die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

4.4 Analyse der ambulanten Inanspruchnahme

Die Analyse der Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung basiert auf dem Vergleich der gemittelten Arztkontakte der Jahre 2018 und 2019 und dem ersten Halbjahr 2020, bezogen auf die Zeitintervalle t0 bis t7 (vgl. dazu Tabelle 11). Die horizontale Referenzlinie in Abbildung 29 und den Folgeabbildungen zeigt die gemittelte Zahl der Arztkontakte in den Jahren 2018 und 2019. Liegt ein Punkt auf dieser Linie entspricht demnach die Inanspruchnahme genau der der Vorjahre.

4.4.1 Inanspruchnahmeveränderung (alle Facharztgruppen)

Die Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung geht während der Corona-Krise deutlich zurück

Die Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung geht während der Corona-Krise deutlich zurück. In den Intervallen t3 (~ drittes Märzviertel), t4 (~ viertes Märzviertel) und t5 (~ April 2020)¹¹ liegt die Inanspruchnahme bei den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten deutlich unter der des jeweiligen Vergleichszeitraums. Im April 2020 (Intervall t5) liegt der Tiefpunkt mit 22 Prozent Inanspruchnahmereduktion gegenüber dem Vergleichszeitraum.

Zu t6 (~ Mai 2020) ist die Inanspruchnahme wieder auf dem Weg der Normalisierung und erreicht in t7 (~ Juni 2020) fast wieder das Niveau des Vergleichszeitraums (Abbildung 29). Für die Kohorten dieser Analyse stellt sich die Inanspruchnahmeveränderung folgendermaßen dar:

- Die Inanspruchnahme der Kohorte der **stabilen Chroniker** entspricht recht genau diesem Muster des Durchschnitts der Versicherten. Ihre stärkste Inanspruchnahmereduktion liegt bei 23 Prozent im April 2020 (t5).
- Die Inanspruchnahme der Kohorte der **weitgehend Gesunden** gleicht diesem Muster, findet jedoch auf einem anderen Niveau, nämlich oberhalb der Referenzlinie, statt. Die weitgehend Gesunden suchen zu t1 und t2, also während des ersten und zweiten Märzviertels, häufiger niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten als in den beiden Vorjahren auf. Erst während des Aprils (~t5) sinkt die Inanspruchnahme – nur geringfügig – unter die des Vergleichszeitraums um 6 Prozent. Zu t6 und t7 ist die Inanspruchnahme der weitgehend Gesunden wieder über der des Vergleichszeitraums. Die Lage des Inanspruchnahmемusters über der Referenzlinie kann sehr wahrscheinlich damit erklärt werden, dass diese Kohorte im Jahr 2020 um zwei Jahre seit ihrer Zuordnung zur Kohorte gealtert ist und daher generell häufiger Versorgung in Anspruch nehmen muss. Die Kohortenbildung erfolgte auf Basis der Daten des Jahres 2018.
- Die **komplexen Chroniker** suchen über das gesamte Halbjahr weniger Ärzte und Psychotherapeuten auf als im Vergleichszeitraum. Die Inanspruchnahme ist zu t3 (~ drittes Märzviertel), t4 (~ viertes Märzviertel) und t5 (~ April) ganz besonders stark reduziert: zu t3 und t4 um etwa 20 bzw. 21 Prozent, zu t5 um 28 Prozent. Sie stellen demnach die Kohorte mit der deutlichsten und langandauerndsten Inanspruchnahmereduktion dar. Auch zu t7 (~ Juni) liegt ihre Inanspruchnahme noch um 13 Prozent unter dem Juni im Jahr 2018 und 2019.

Die komplexen Chroniker reduzieren ihre Inanspruchnahme am stärksten

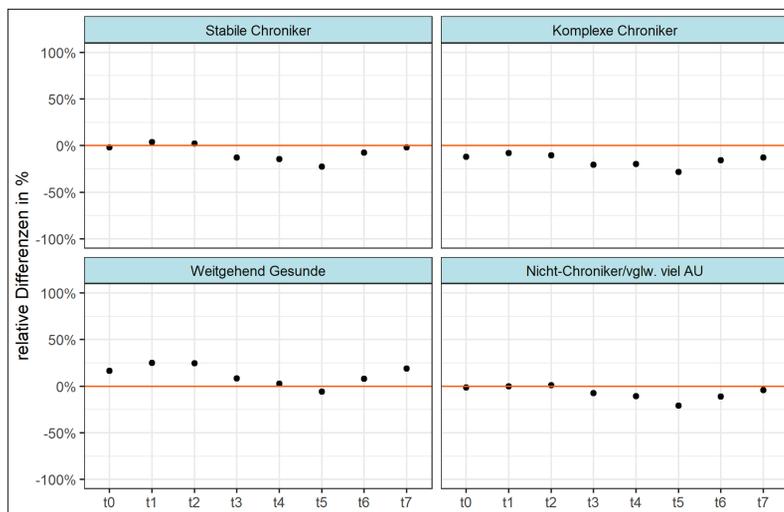
¹¹ Um die folgenden Darstellungen besser lesbar zu machen, werden die Intervalle t0 bis t7 mit einer Alltagssprachlichen Bezeichnung versehen, die in etwa den in Frage stehenden Zeitraum bezeichnet. Diese Bezeichnung ist nicht ganz exakt, z. B. umfasst t5 nicht vollständig den April, sondern nur den 1. bis 28. April. Dies wird mit dem „~“-Symbol kenntlich gemacht.

- Die **Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU** reduzieren ihre Arztkontakte relativ zum Vergleichszeitraum in etwa so wie der Durchschnitt der DAK-Versicherten. Die relative Inanspruchnahme reduziert sich ab t2 (~ zweites Märzviertel) über t3 (~ drittes Märzviertel) auf t4 (~ viertes Märzviertel) und t5 (~ April) (der relative Tiefpunkt, mit 21 Prozent Reduktion) und steigt dann wieder an.

Männer und Frauen zeigen das gleiche Muster der Inanspruchnahmereduktion. Sie fällt bei Männern allerdings etwas schwächer aus: Männer haben im April 2020 19 Prozent weniger Kontakte zu Ärzten und Psychotherapeuten, Frauen 23 Prozent weniger gegenüber dem Vergleichszeitraum (ohne Abbildung).

Männer und Frauen zeigen das gleiche Muster der Inanspruchnahmereduktion

Abbildung 29: Inanspruchnahme ambulanter Leistungen (alle Facharztgruppen): Relative Differenz von Arztkontakten zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018–2020

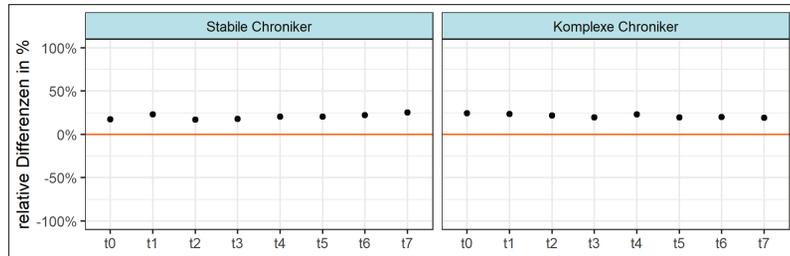
4.4.2 Inanspruchnahme nach Leistungsarten

Wenn Versicherte auf Arztbesuche verzichten, weil sie vor dem Hintergrund der Pandemie Kontakte und insbesondere Arztpraxen vermeiden, wird sich dies unterschiedlich niederschlagen, je nachdem ob es sich um aufschiebbare Leistungen (z. B. Vorsorgeuntersuchungen) oder nicht aufschiebbare Leistungen (z. B. Dialyse) handelt.

Vermiedene Arztbesuche betreffen v. a. Krankheitsvorsorge und andere aufschiebbare Leistungen

Wie das Beispiel Dialyseleistungen zeigt, nehmen die Betroffenen solche nicht aufschiebbaren Leistungen weiterhin wahr. Weder die stabilen noch die komplexen Chroniker zeigen eine Abweichung bei ihrer Inanspruchnahme zum Vergleichszeitraum (Abbildung 30). Es finden sich bei der Inanspruchnahmeveränderung auch keine Geschlechterunterschiede (ohne Abbildung).

Abbildung 30: Inanspruchnahme von Dialyseleistungen: Relative Differenzen von Arztkontakten zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018–2020.

Eher aufschiebbarer Leistungen

Inanspruchnahme bei Früherkennungsuntersuchungen stark gesunken

Im Unterschied zu Dialyseleistungen gehören Früherkennungsuntersuchungen zu den Leistungen, bei denen – in allen Kohorten – die Inanspruchnahme am stärksten gesunken ist: zu t3 (~ drittes Märzviertel) um 70 Prozent, zu t4 (~ viertes Märzviertel) um 73 Prozent und zu t5 um 69 Prozent. Noch im Juni 2020 nehmen Versicherte Früherkennungsuntersuchungen um 34 Prozent weniger in Anspruch als im Juni 2018/2019. Die komplexen und stabilen Chroniker verzeichnen den größten Rückgang, um jeweils 75 Prozent zu t4.

Die Inanspruchnahmereduktion von Früherkennungsuntersuchungen zeigt sehr deutliche Geschlechterunterschiede. DAK-versicherte Männer nehmen sie – in den kurzen Intervallen, wie sie diesen Analysen zugrunde liegen – in so geringem Maße in Anspruch, dass die Unterschiede zwischen den Zeiträumen nicht interpretierbar sind. Ein Beispiel: Im Intervall t0 des Jahres 2018 (~ Januar und Februar), mit 62 Tagen das längste Intervall, nehmen 100 Männer nur 0,001 Untersuchungen in Anspruch. In den kürzeren Intervallen wie t1 bis t4, die nur 6 Tage lang sind, geht diese Inanspruchnahme gegen 0.

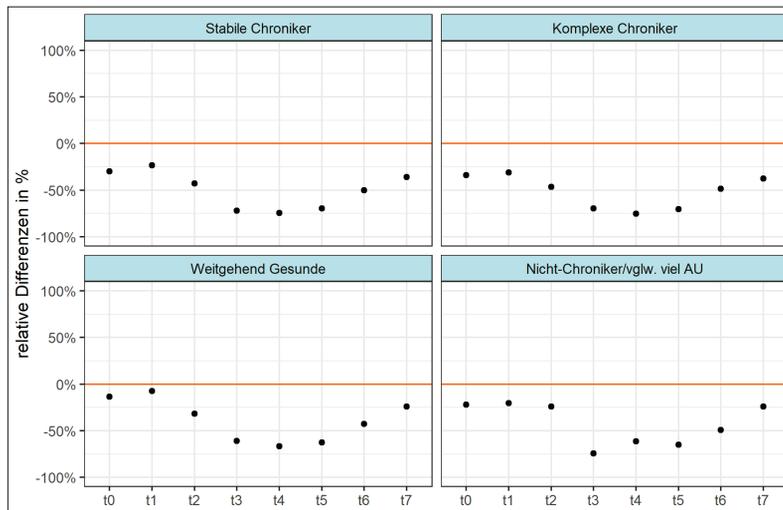
100 versicherte Frauen haben dagegen im Intervall t0 des Jahres 2018 3,8 Arztkontakte zur Früherkennung; auch im kurzen Intervall t1 (~ erstes Märzviertel) – 0,44 Arztkontakte im Jahr 2018.

Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen der Frauen kehrt im ersten Halbjahr 2020 nicht zum „Normalniveau“ zurück

Während bei Männern eine große Schwankung der Inanspruchnahmedifferenz um die Referenzlinie herum zu konstatieren ist, zeigt sich bei Frauen ein sehr starker Rückgang der Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen (Abbildung 31). Bereits im zweiten Märzviertel (t2) sind Arztkontakte um 41 Prozent gegenüber dem Vergleichszeitraum zurückgegangen, zu t3 (drittes Märzviertel) um 70 Prozent und zu t4 (viertes Märzviertel) um 73 Prozent. Bei den Chronikerinnen sowie den Nicht-Chronikerinnen mit vglw. viel AU zeigen sich Rückgänge um bis zu 75 Prozent. Im ersten Halbjahr

2020 kehrt das Niveau der Inanspruchnahme nicht auf das „normale“ Niveau zurück.

Abbildung 31: Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen (nur Frauen): Relative Differenzen von Arztkontakten zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018–2020.

4.4.3 Inanspruchnahmeveränderung nach Facharztgruppe

Die Inanspruchnahmeveränderung von 2020 zu 2018/2019 stellt sich je nach Arztgruppe recht unterschiedlich dar. In der **Allgemeinmedizin** (Praktische Ärztinnen und Ärzte sowie hausärztliche innere Medizin) entspricht die Veränderung der Inanspruchnahme in etwa der über alle Facharztgruppen, wie sie in Abbildung 29 gezeigt wurde. Dies gilt für Männer wie Frauen gleichermaßen (ohne Abbildung).

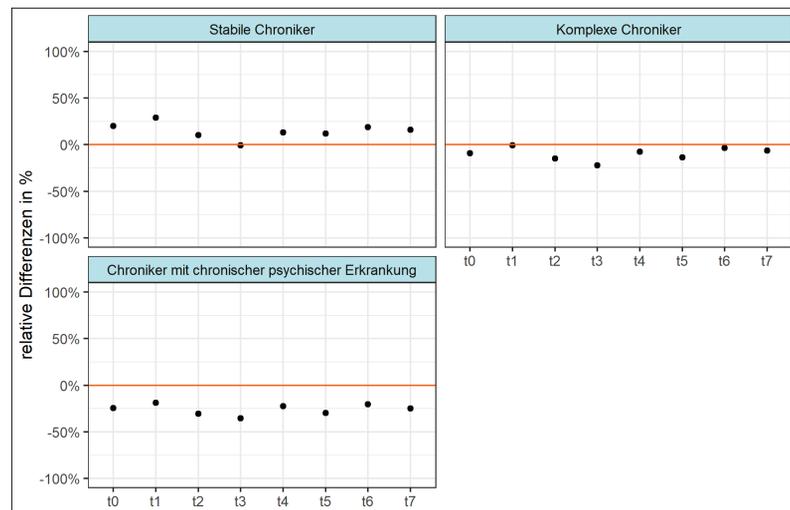
Kontakte mit **Ärztinnen und Ärzten in der Versorgung psychischer Krankheiten** (darunter psychologische Psychotherapeuten, Psychiater, psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte) verändern sich in geringerem Maße als im Durchschnitt über alle Arztgruppen – am stärksten im Intervall t3 (~ drittes Märzviertel) – um bis zu 17 Prozent Inanspruchnahmereduktion der Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In anderen Intervallen zeigt sich nur eine sehr kleine oder gar keine Reduktion der Inanspruchnahme (Abbildung 32). Dies gilt für die Inanspruchnahme bei Männern und Frauen gleichermaßen (ohne Abbildung).

Kontakte mit Ärztinnen und Ärzten in der Versorgung psychischer Krankheiten reduzieren sich in vglw. geringem Maße

Chroniker mit einer chronischen psychischen Erkrankung reduzieren ihre Inanspruchnahme deutlich

Eine größere Inanspruchnahmereduktion zeigen Chroniker mit einer chronischen psychischen Erkrankung.¹² Ihre Inanspruchnahme von beispielsweise psychologischen Psychotherapeuten sinkt um 37 Prozent im Intervall t3. Auch Nicht-Chroniker mit einer akuten psychischen Erkrankung reduzieren ihre Inanspruchnahme stärker als die Versicherten insgesamt: um bis zu 27 Prozent in t3 von Ärztinnen und Ärzten der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (Abbildung 32). Eine besonders starke Inanspruchnahmereduktion ist bei Männern dieser Gruppe festzustellen (ohne Abbildung).

Abbildung 32: Inanspruchnahme ambulanter Leistungen bei Ärztinnen und Ärzten der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020



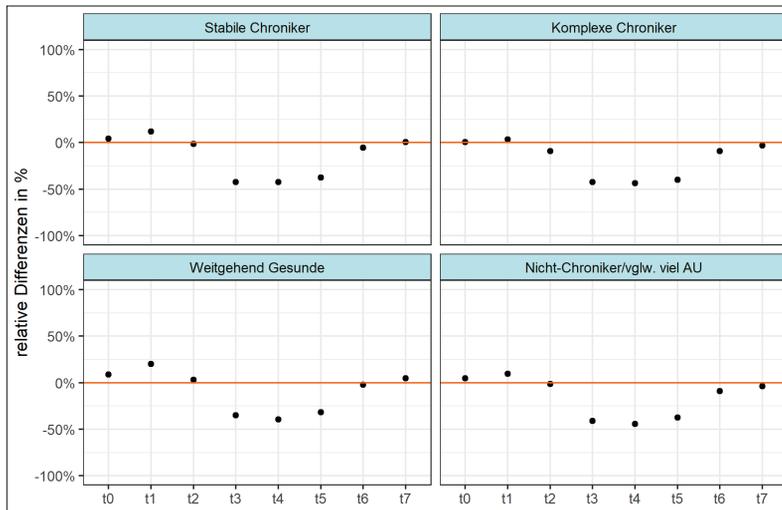
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018–2020

In der Augenheilkunde zeigt sich eine starke Inanspruchnahmereduktion

Eine vergleichsweise große Inanspruchnahmereduktion zeigt sich bei der **Augenheilkunde**: Versicherte nehmen im Intervall t3 (~ drittes Märzviertel) die Versorgung um 41 Prozent weniger in Anspruch als im Vergleich der Jahre 2018/2019. Die weitgehend Gesunden zeigen diese Inanspruchnahmereduktion ebenfalls – während sie sich bei fast allen Inanspruchnahmen deutlich weniger reduzieren als die Versicherten insgesamt. Frauen reduzieren ihre Inanspruchnahme der Augenheilkunde etwas deutlicher als Männer. Besonders stark ist dieser Unterschied in der Gruppe der weitgehend Gesunden (ohne Abbildung).

¹² Für die Analyse der Versorgung psychischer Krankheiten werden diese beiden besonderen Gruppen zusätzlich betrachtet: Chroniker, die eine chronische psychische Erkrankung haben (dies kann die einzige chronische Erkrankung sein, oder sie besteht neben weiteren körperlichen chronischen Erkrankungen). Zudem die Gruppe der Nicht-Chroniker mit einer akuten psychischen Erkrankung.

Abbildung 33: Facharztgruppe Augenheilkunde: relative Differenzen der Arztkontakte 2020 zu 2018/2019

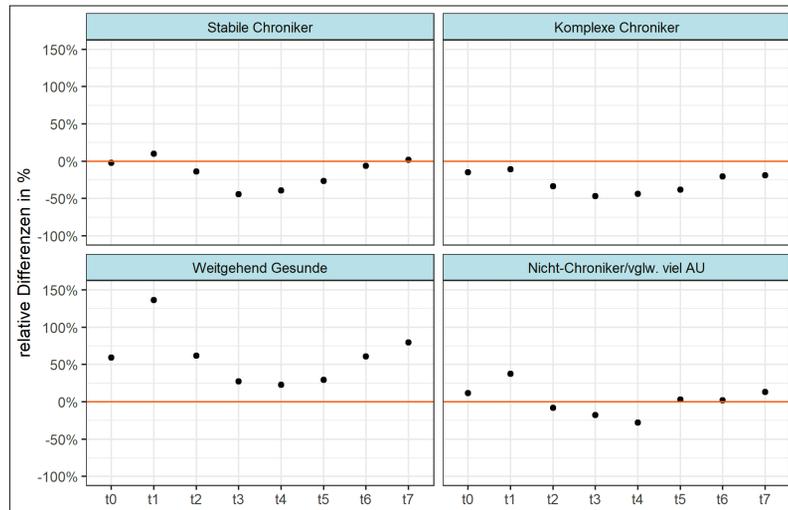


Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018–2020

Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten der **physikalischen und rehabilitativen Medizin** haben vergleichsweise stark abgenommen. Um 39 Prozent im Intervall t3 (~ drittes Märzviertel) und 35 Prozent in t4 (~ viertes Märzviertel). Die stabilen und komplexen Chroniker haben ihre Inanspruchnahme besonders stark reduziert, um 44 bzw. 47 Prozent in t3 und 39 bzw. 44 Prozent in t4 (Abbildung 34). Frauen haben ihre Inanspruchnahme der physikalischen und rehabilitativen Medizin stärker reduziert als Männer (ohne Abbildung).

Auch der Bereich der physikalischen und rehabilitativen Medizin wird deutlich weniger in Anspruch genommen

Abbildung 34: Inanspruchnahme ambulanter Leistungen bei Ärztinnen und Ärzten der physikalischen und rehabilitativen Medizin/Physiotherapie: Relative Differenzen von Arztkontakten zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018–2020

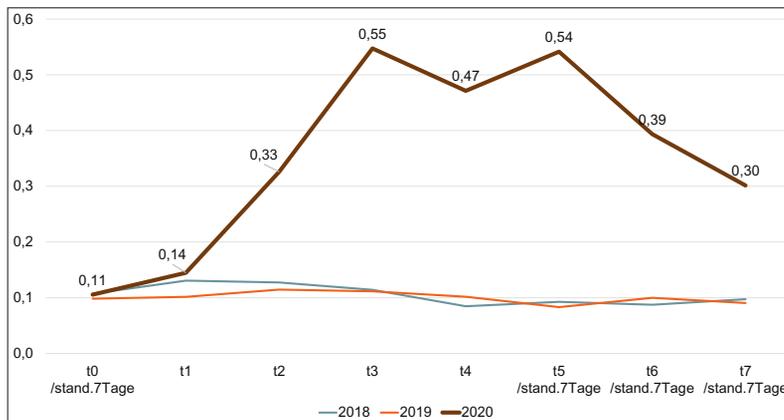
4.4.4 Arztkontakte per Telefonberatung und Videosprechstunde

4.4.4.1 Telefonische Beratung

Arztkontakte per Telefon nehmen im ersten Halbjahr 2020 sehr stark zu

Arztkontakte per Telefon bewegen sich in den Jahren 2018 und 2019 sowie noch im Januar und Februar 2020 auf einem niedrigen Niveau. 100 Versicherte haben in 7 Tagen etwa 0,1 Arztkontakte per Telefon. Diese Zahl beginnt im März 2020 zu steigen und hat zu t3 (~ drittes Märzviertel) und t5 (~ April) ihren Höhepunkt mit 0,55 bzw. 0,54 telefonischen Kontakten auf 100 Versicherte. Im Mai und Juni sinkt diese Zahl wieder, ist aber immer noch deutlich über der der Vorjahre. Ob das Absinken mit einem nachlassenden Interesse an telefonischen Arztkontakten, mit der Saisonalität von Erkältungskrankheiten oder mit anderen Gründen zu tun hat, kann aus den Daten nicht gefolgert werden. Gemessen daran, dass die Krankenschreibungen wegen Erkältungskrankheiten nach dem März typischerweise zurückgehen, wird diese Saisonalität mindestens als Mitursache anzusehen sein.

Abbildung 35: Telefonische Arztkontakte (je 100 Versicherte) jeweils erstes Halbjahr 2018, 2019 und 2020

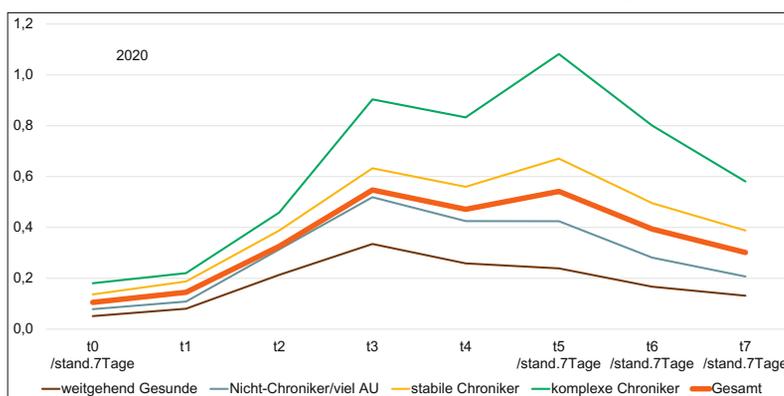


Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018–2020. Die Intervalle t0 sowie t5 bis t7 wurden auf eine Länge von 7 Tagen umgerechnet, um sie zu t1 bis t4 vergleichbar zu machen.

Die beschriebene Entwicklung machen alle Versorgungstypen mit, jedoch auf unterschiedlichem Niveau (Abbildung 36). Am stärksten nehmen die komplexen Chroniker telefonische Arztkontakte in Anspruch – hier ist anzunehmen, dass sie von allen Gruppen die meisten Arztkontakte haben und daher auch – als ein Anteil dieser – die meisten telefonischen. Die weitgehend Gesunden weisen die geringste Inanspruchnahme telefonischer Arztkontakte auf: Auch hier gilt wahrscheinlich, dass sie insgesamt wenig Arztkontakte haben, weil sie einen guten Gesundheitszustand genießen.

Am stärksten nehmen die komplexen Chroniker telefonische Arztkontakte in Anspruch

Abbildung 36: Telefonische Arztkontakte (je 100 Versicherte) im ersten Halbjahr 2020 nach Versorgungstypen



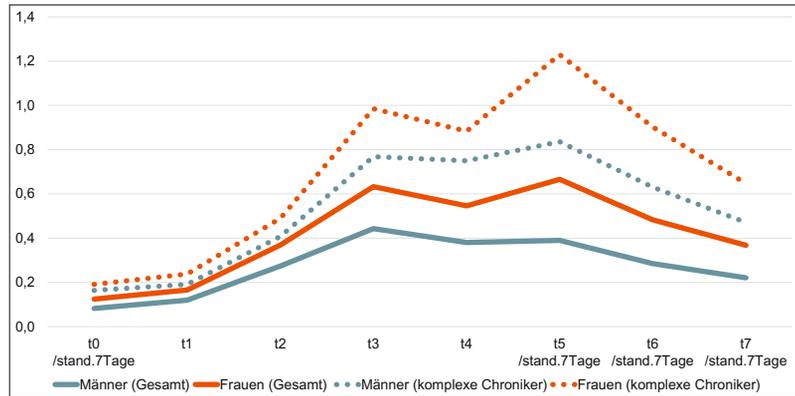
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018–2020. Die Intervalle t0 sowie t5 bis t7 wurden auf eine Länge von 7 Tagen umgerechnet, um sie zu t1 bis t4 vergleichbar zu machen.

Frauen nehmen die telefonische Beratung mehr in Anspruch als Männer. Beispielsweise entfallen im Intervall t5 (~ April 2020, 7-Ta-

Frauen nehmen die telefonische Beratung mehr in Anspruch als Männer

ge-Intervall) 1,23 telefonische Arztkontakte auf 100 Frauen des Versorgungstyps komplexe Chroniker, dagegen nur 0,84 auf 100 Männer des gleichen Typs. 100 Frauen (insgesamt) haben im April 2020 0,67 telefonische Beratungen in 7 Tagen, 100 Männer dagegen nur 0,39 (Abbildung 37).

Abbildung 37: Telefonische Beratung: Arztkontakte nach Geschlecht und Versorgungstyp im ersten Halbjahr 2020

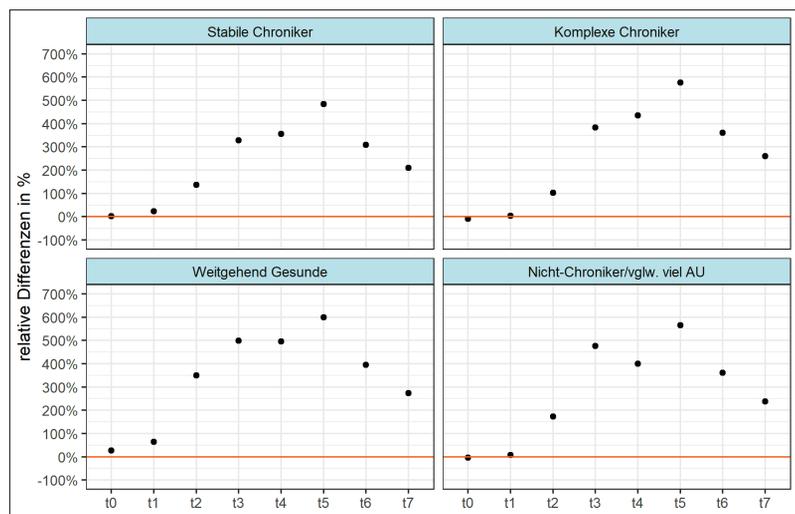


Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018–2020. Die Intervalle t0 sowie t5 bis t7 wurden auf eine Länge von 7 Tagen umgerechnet, um sie zu t1 bis t4 vergleichbar zu machen.

Die Inanspruchnahme telefonischer Arztkontakte verfünffacht sich im April 2020

Die relative Differenz zeigt Abbildung 38. Der Durchschnitt aller Versicherten verfünffacht die Inanspruchnahme telefonischer Arztkontakte in t5 (~ April). Noch im Juni 2020 sind die telefonischen Arztkontakte mehr als doppelt so häufig wie in den Vorjahreszeiträumen.

Abbildung 38: Telefonische Arztkontakte: Relative Differenzen zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit

4.4.4.2 Videosprechstunde

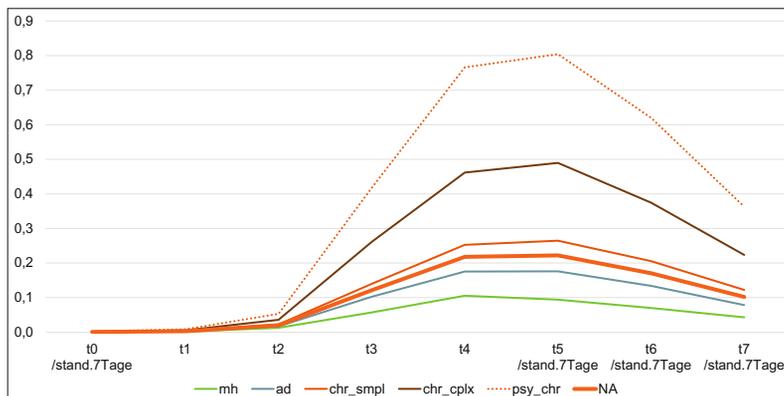
Arztkontakte per Videosprechstunde sind im Datensatz der DAK-Versicherten für die Jahre 2018 und 2019 praktisch nicht feststellbar. Daher werden sie erst ab 2020 gezeigt und in Arztkontakten je 100 Versicherte angegeben (Abbildung 39). Demnach nehmen Versicherte die Videosprechstunde noch im Januar und Februar in nur sehr geringem Maße in Anspruch. In 7 Tagen im Januar oder Februar haben 100 Versicherte 0,001 Arztkontakte per Videosprechstunde.

Die Zahl der Arztkontakte per Videosprechstunde beginnt erst in der zweiten Märzhälfte erkennbar zu steigen. Im dritten Märzviertel haben 100 Versicherte 0,12 Arztkontakte per Videosprechstunde, im April und Mai (7-Tage-Intervall) dagegen 0,2. Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den Versorgungstypen – nicht im Muster, jedoch im Niveau der Inanspruchnahme. Die komplexen Chroniker haben auch hier vergleichsweise viele Arztkontakte.

Eine Gruppe wird für diese Analyse gesondert ausgewiesen. Chroniker mit einer oder mehreren chronischen psychischen Erkrankungen. Sie haben mit Abstand die meisten Arztkontakte per Videosprechstunde: 0,8 je 100 Versicherte in einem 7-Tage-Intervall im April. Wahrscheinlich haben sie vor allem Psychotherapiestunden per Videosprechstunde wahrgenommen.

Zahl der Arztkontakte per Videosprechstunde nimmt in der zweiten Märzhälfte zu

Abbildung 39: Inanspruchnahme Videosprechstunde: Arztkontakte je 100 Versicherte im ersten Halbjahr 2020 nach Versorgungstypen



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2020

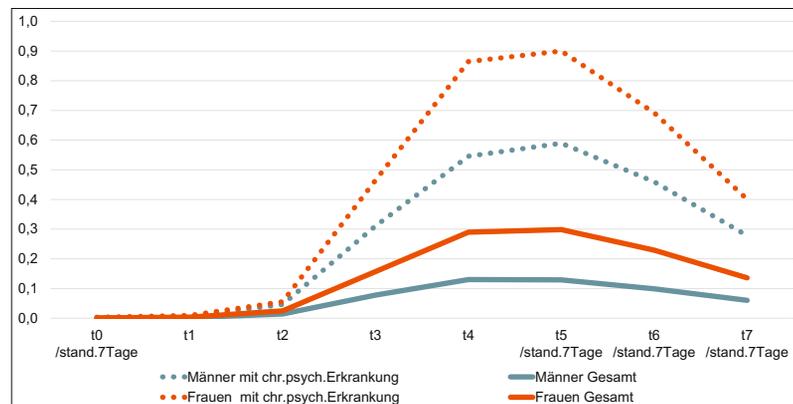
Frauen haben im ersten Halbjahr 2020 deutlich mehr Videosprechstunden als Männer

„Die Videosprechstunde stellt vor allem für Kontrolltermine, den kurzen Austausch, ‚banale‘ Befundmitteilungen eine sehr gute Alternative zu der persönlichen Vorstellung in der Praxis dar und könnte einfacher mit den Arbeitszeiten vereinbar sein. Auch die zwischenzeitlich eingeführte Option bei banalen Infekten telefonisch eine AU ausgestellt zu bekommen, könnte durch die Videosprechstunde deutlich aufgewertet werden im Vergleich zum rein telefonischen Kontakt. Auch die Klärung, ob ein persönlicher Termin erforderlich ist.“

Dr. Michael von Wagner, Universitätsklinikum Frankfurt, Ärztlicher Leiter der Stabsstelle Medizinische Informationssysteme und Digitalisierung

Frauen haben im ersten Halbjahr 2020 deutlich mehr Videosprechstunden als Männer (Abbildung 40). Im April beispielsweise nehmen sie etwa drei Mal so viele Videosprechstunden in Anspruch wie Männer (0,3 zu 0,1 Arztkontakte je 100 Versicherte). Unter den Chronikern mit einer psychischen chronischen Erkrankung ist die Differenz ebenfalls deutlich, wenn auch nicht ganz so hoch: 0,9 (Frauen) zu 0,6 (Männer) Arztkontakte je 100 Versicherte, die per Videosprechstunde stattfanden.

Abbildung 40: Arztkontakte per Videosprechstunde nach Geschlecht und chronischer psychischer Erkrankung



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2020. Die Intervalle t0 sowie t5 bis t7 wurden auf eine Länge von 7 Tagen umgerechnet, um sie zu t1 bis t4 vergleichbar zu machen.

„Es ist davon auszugehen, dass die dynamische Zunahme der Videosprechstunden nach der Pandemie abflachen wird. Ich gehe aber davon aus, dass die Nutzung weiter kontinuierlich steigen wird. Von daher sollten keine Restriktionen hinsichtlich der Nutzung eingeführt werden.

Diese Annahme ist auch durch die zunehmende Akzeptanz dieses Services seitens der Ärzte begründet. In diesem Kontext finden sich dann auch Erwerbstätige wieder.“

Prof. Dr. Roland Trill, Medical School Hamburg (Masterstudienangänger Digital Health Management)

4.5 Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im ersten Halbjahr: Analyse der Krankschreibungen

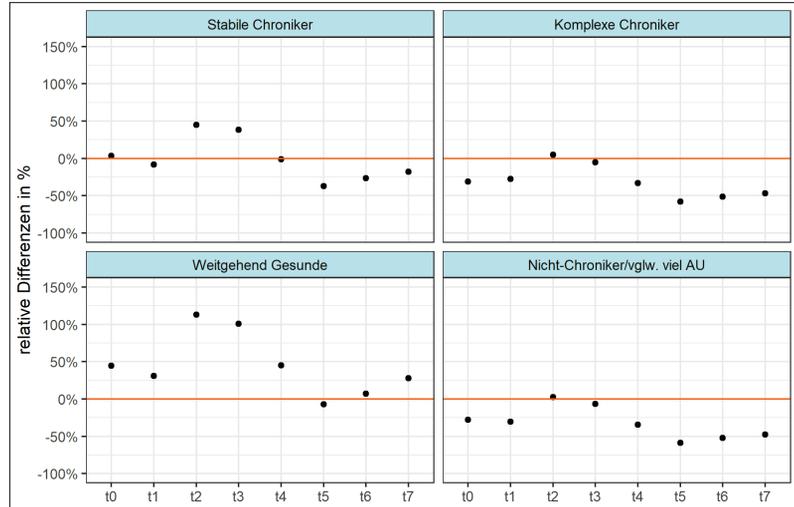
Die Zahl der Krankschreibungen¹³ geht während des letzten Märzviertels (t4), während des Aprils (t5) und im Mai und Juni 2020 stark zurück (Abbildung 41) – am stärksten im Zeitintervall t5 (~ April 2020) mit -45 Prozent. Vor allem die Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU sowie die stabilen Chroniker haben sich weniger krankschreiben lassen – um jeweils 58 Prozent weniger im Intervall t5 (~ April 2020).

Bis zum Ende des Halbjahres erreicht die Zahl der Krankschreibungen nicht das „Normalniveau“. Vielmehr liegt sie noch im Juni 2020 (t7) um 30 Prozent unter dem Niveau der Jahre 2018/2019. Die komplexen Chroniker sowie die Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU reduzieren in diesem Intervall die Zahl ihrer Krankschreibungen sogar noch um 47 Prozent. Seit dem 9. März 2020 können Ärztinnen und Ärzte Beschäftigte auch nach telefonischer Anamnese krankschreiben, wenn es sich um eine leichte Infektion der oberen Atemwege handelt.

Die Zahl der Krankschreibungen liegt im April 2020 um 45 Prozent unter der der Vorjahre

¹³ Abweichend von den Analysen in den Kapiteln des Reports 1–3 sowie 5–7 sind nicht AU-Fälle Gegenstand (die sich aus Erst- und Folgebescheinigungen zusammensetzen können), sondern Krankschreibungen, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt.

Abbildung 41: Krankschreibungen: Relative Differenzen von Arztkontakten zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018–2020

Die Reduktion von Krankschreibungen findet unter Männern und Frauen sehr ähnlich statt

Sowohl Männer als auch Frauen mussten sich in den betreffenden Zeiträumen weniger krankschreiben lassen. In beiden Geschlechtern findet sich die Reduktion von Krankschreibungen um bis zu 45 Prozent im April 2020. Auch innerhalb der einzelnen Versorgungstypen reduziert sich die Zahl der Krankschreibungen in sehr ähnlichem Maße, so z.B. die Reduktion um 58 Prozent (Männer) bzw. 59 Prozent (Frauen) bei den komplexen Chronikern.

Die Möglichkeit, sich unter bestimmten Voraussetzungen telefonisch krankschreiben zu lassen, wurde am 20. März 2020 beschlossen und gilt rückwirkend ab dem 9. März. Abweichend zu den vorangegangenen Analysen werden im Folgenden nicht Differenzen zu den Vorjahren, sondern telefonische Krankschreibungen je 100 Versicherte in den jeweiligen Zeitintervallen des Jahres 2020 berichtet. Hierbei ist erstens zu beachten, dass die telefonischen Krankschreibungen auf Basis der DAK-Daten nur durch Kombination mehrerer Merkmale identifiziert werden können und daher mit einer gewissen Unsicherheit einhergehen.¹⁴ Zweitens ist zu beachten, dass die hier betrachteten Zeitintervalle unterschiedlich lang sind. T6 und t7 entsprechen ungefähr einem Monat, während t2 bis t4 etwa einer Woche entsprechen. Wichtig zur Interpretation der Angaben ist zudem, dass nur bei Erkrankungen der oberen Atemwege ohne schwere

¹⁴ Von einer telefonischen Krankschreibung wird dann ausgegangen, wenn eine Krankschreibung zeitlich mit einem telefonischen Arztkontakt zusammenfällt. Dieses Verfahren ist notwendig, weil es keine spezifische Abrechnungsziffer für die telefonische Krankschreibung gibt. Der Beginn einer Arbeitsunfähigkeit darf bis zu zwei Tage vor dem Arztkontakt liegen, um auch rückwirkende Krankschreibungen zu berücksichtigen.

Symptomatik eine Krankschreibung mit telefonischer Anamnese möglich ist. Die dargestellten Werte in Abbildung 42 beziehen sich daher auch nur auf Krankschreibungen mit einer Diagnose J06 (Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege).

„Die Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung könnte durchaus erhalten bleiben, solange eine Konsultation in Verbindung mit der Krankschreibung stattfindet. Dies kann zur Effizienz in Praxen beitragen. Ein Monitoring ist notwendig, um die Nutzung zu verstehen und mögliche Fehlentwicklungen aufzufangen.“

Prof. Dr. Hajo Zeeb, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie

In Abbildung 42 werden abweichend von den vorangegangenen Darstellungen die Werte der Intervalle t5 bis t7 auf 7 Tage umgerechnet, um sie mit den Intervallen t2 bis t4 vergleichbar zu machen. Zudem werden für t0 und t1 keine Werte gezeigt, weil die Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung erst am 9. März 2020 in Kraft trat.

Demnach ist die Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung im dritten Märzviertel (t3) am häufigsten genutzt worden. In diesem Intervall mit 7 Tagen Dauer sind 0,07 telefonische Krankschreibungen von 100 Versicherten genutzt worden. Auch Intervall t2 (~ zweites Märzviertel) und t4 (~ viertes Märzviertel) verzeichnen vergleichsweise viele telefonische Krankschreibungen von 0,05 bzw. 0,04 Krankschreibungen je 100 Versicherte (auch hier wieder in je einem Intervall von 7 Tage Dauer).

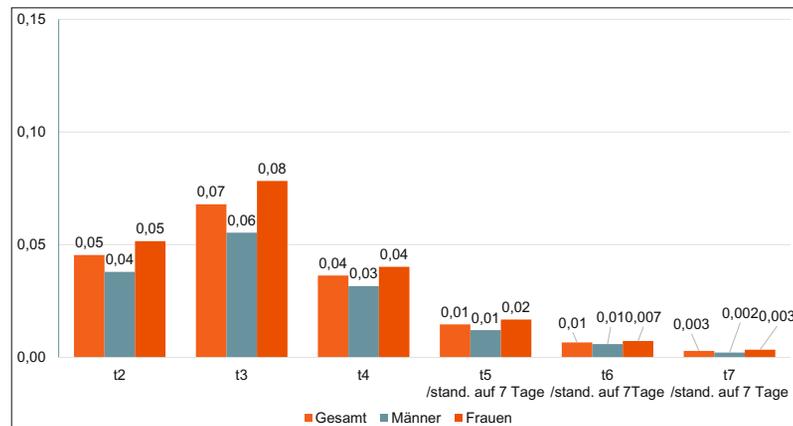
Im Vergleich dazu sind im April, Mai und Juni deutlich weniger Versicherte telefonisch krankgeschrieben worden: 0,01 in 7 Tagen je 100 Versicherte im April, 0,01 im Mai und 0,003 im Juni. Wahrscheinlich hängt dies weniger mit der Nachfrage nach dem telefonischen Modus zusammen als vielmehr mit der Saisonalität von Atemwegserkrankungen, speziell Infektionen der oberen Atemwege, um die es bei der telefonischen Krankschreibung geht (ICD 10: J06). Diese nehmen von Januar über Februar bis März zu, haben im März ihren Höhepunkt und gehen danach stark zurück. Erst im November nimmt die Zahl der Krankschreibungen wegen Atemwegserkrankungen wieder zu.

Um diese Zahlen in einen Kontext setzen zu können: Der Anteil der telefonischen Krankschreibungen mit der Diagnose J06 an allen Krankschreibungen mit dieser Diagnose beträgt im März direkt nach der Einführung (t2) zunächst nur vier Prozent und steigt dann auf acht bzw. neun Prozent in den Zeiträumen t3 und t4. Im April und Mai (t5 und t6) liegt der Anteil bei 13 bzw. 12 Prozent. Erst zum Ende des ersten Halbjahrs (t7) geht der Anteil wieder zurück auf rund 7 Prozent (ohne Abbildung).

Die telefonische Krankschreibung ist vom 18. bis 24. März 2020 (t3) am häufigsten genutzt worden

Im ersten Halbjahr 2020 ist nur ein kleiner Teil der Krankschreibungen wegen Atemwegserkrankungen telefonisch ausgestellt worden

Abbildung 42: Telefonische Krankschreibungen mit Ursache J06 je 100 Versicherte nach Geschlecht



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2020

Anmerkung: t2: 11. Mrz bis 17. Mrz; t3: 18. Mrz bis 24. Mrz; t4: 25. Mrz bis 31. Mrz; t5: 01. Apr bis 28. Apr; t6: 29. Apr bis 26. Mai; t7: 27. Mai bis 30. Jun 2020.

4.6 Analyse der Verordnungsdaten

Im Unterschied zu der Inanspruchnahme von Ärzten und Psychotherapeuten geht die Verordnung von Arzneimitteln im ersten Halbjahr 2020 kaum zurück. Im Gegenteil: Es zeigt sich vielmehr ein starker Anstieg der Verordnungen vor allem um die Märzmitte 2020 (t2, t3). Lediglich während der Intervalle t5 (~ April) und t6 (~ Mai) sinkt die Zahl der Verordnungen um 12 bzw. 4 Prozent unter das „Normalniveau“.

Der Vergleich der Verordnungen im ersten Halbjahr 2020 mit den Vorjahren deutet auf eine Bevorratung hin

Vor diesem Absinken unter die Referenzlinie liegen die Verordnungen deutlich über dem zu erwartenden Niveau der Vorjahre, vor allem im Intervall t2 (~ zweites Märzviertel). Hier liegt die Zahl der Verordnungen um 36 Prozent über dem Niveau der Vorjahre. Auch zu t2 und t3 sind deutlich mehr Verordnungen als in den Vorjahren zu verzeichnen. Möglicherweise kann der Zuwachs als Bevorratung interpretiert werden. Patientinnen und Patienten lassen sich möglicherweise mehr und/oder größere Packungen verordnen, sei es aus Sorge um Versorgungsengpässe in naher Zukunft oder um für eine gewisse Zeit ohne weitere Arztbesuche auskommen zu können.

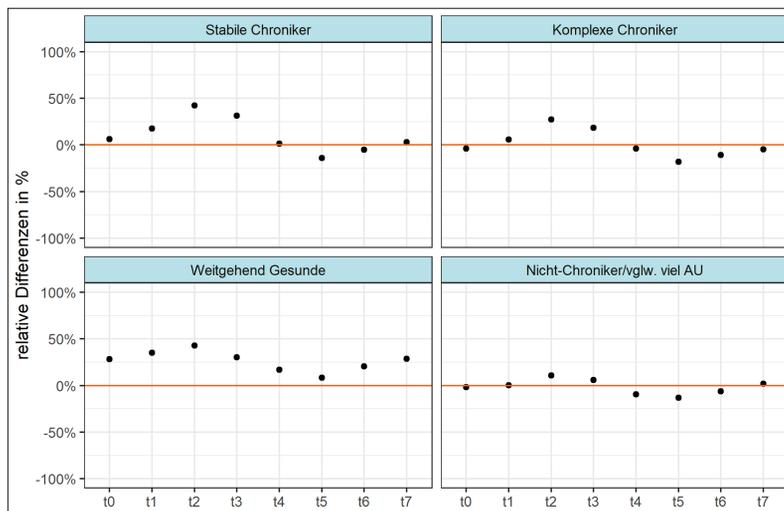
Gleichwohl sich die Versorgungstypen hinsichtlich des Veränderungsmusters ähneln, unterscheiden sie sich beim Niveau und bei den Ausschlägen des Musters: Die Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU bewegen sich bei ihren Verordnungen eng um die Referenzlinie. Die Zahl ihrer Verordnungen hat sich wenig gegenüber dem Vergleichszeitraum verändert. Die stabilen Chroniker haben die stärksten Veränderungen gegenüber dem Vergleichszeitraum. Ihre Verordnungszahl liegt um bis zu 42 Prozent über den Vergleichsjahren (t2, ~

zweites Märzviertel) und um bis zu 12 Prozent darunter (t5, ~ April). Die Veränderung der Verordnungszahl bei den weitgehend Gesunden dürfte stark davon geprägt sein, dass sie seit dem Jahr ihrer Kohortenzuordnung um zwei Jahre gealtert sind und daher im Allgemeinen mehr Medikamente benötigen. Dennoch ist auch bei dieser Gruppe davon auszugehen, dass sie sich um Mitte März bevorratet haben, um in der Folgezeit weniger auf neue Verordnungen angewiesen zu sein.

Die Veränderungen in der Zahl der Verordnungen unterscheidet sich kaum nach Geschlecht. Sowohl Männer als auch Frauen lassen sich zu t2 besonders viele Medikamente verordnen (35 bzw. 36 Prozent mehr als in den Vorjahren). Die Zahl der Verordnungen bei Männern wie Frauen sinkt zu t5 (~ April) unter die Referenzlinie, etwas deutlicher bei Frauen (-14 Prozent) als bei Männern (-8 Prozent) (ohne Abbildung).

Dass die Verordnungen nicht in gleicher Weise zurückgehen wie die Arztkontakte, könnte daran liegen, dass sich Patientinnen und Patienten Rezepte per Post zukommen lassen.

Abbildung 43: Arzneimittelverordnungen (Abgabedatum): Relative Differenzen von Arztkontakten zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020



Quelle: Daten der DAK-Gesundheit 2018–2020

4.7 Auswertung der standardisierten Befragung

4.7.1 Befragung: Methodik und Beschreibung Stichprobe

Befragung von 7.097 Beschäftigten

Für diesen Report wurde eine Befragung von $N = 7.097$ abhängig beschäftigten Erwerbstätigen durchgeführt, d. h. Arbeiter, Angestellte und Beamte im Alter von 18 bis 65 Jahren. Der Befragungszeitraum war der 9. bis 22. Juli 2021. Die Befragung wurde von der forsa Politik- und Sozialforschung GmbH als Online-Befragung durchgeführt. Die Befragten wurden zufällig aus dem forsa.omninet-Panel ausgewählt. Hierdurch werden auch Personen angesprochen, die keinen Internetanschluss haben, die aber alternativ über eine am Fernseher angeschlossene Box teilnehmen können. Ein Selektionsbias dahingehend, dass nur Personen mit Internetanschluss teilnehmen, wird dadurch vermieden.

Rücklaufquote: 39 Prozent

Um auch Auswertungen für bestimmte Bundesländer unternehmen zu können, wurden diese als Oversample gezogen. Die Rücklaufquote beträgt 39 Prozent. Ein Gewichtungsfaktor nach Alter, Geschlecht, Bildung und Bundesland auf Grundlage des Mikrozensus 2018 stellt sicher, dass die Stichprobe repräsentativ für Beschäftigte in Deutschland ist, u. a. wird also das Oversampling für bestimmte Bundesländer rechnerisch unwirksam gemacht.

4.7.2 Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 12 zeigt die Demografie der Befragten ohne Verwendung der Gewichtung.

Tabelle 12: Befragte nach Alter und Geschlecht (ungewichtet)

	Männer		Frauen		Total	
	Anzahl	Tabellen- prozent	Anzahl	Tabellen- prozent	Anzahl	Tabellen- prozent
18–24	69	1,0 %	46	0,6 %	115	1,6 %
25–29	240	3,4 %	226	3,2 %	466	6,6 %
30–34	554	7,8 %	433	6,1 %	987	13,9 %
35–39	430	6,1 %	344	4,8 %	774	10,9 %
40–44	627	8,8 %	489	6,9 %	1.116	15,7 %
45–49	734	10,3 %	552	7,8 %	1.286	18,1 %
50–54	391	5,5 %	271	3,8 %	662	9,3 %
55–59	523	7,4 %	398	5,6 %	921	13,0 %
60–65	447	6,3 %	323	4,6 %	770	10,8 %
Total	4.015	56,6 %	3.082	43,4 %	7.097	100,0 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021

Basis: Alle Befragten.

Anmerkung: Bei den Prozentangaben handelt es sich um Tabellenprozent. Sie beziehen sich auf alle Befragten, nicht auf die der jeweiligen Zeile oder Spalte.

Alle Auswertungen werden gewichtet und sind repräsentativ für die abhängig Beschäftigten in Deutschland

Tabelle 13: Befragte nach Alter und Geschlecht (gewichtet)

	Männer		Frauen		Total	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
18–24	87	1,2%	64	0,9%	151	2,1%
25–29	298	4,2%	299	4,2%	597	8,4%
30–34	712	10,0%	556	7,8%	1.268	17,9%
35–39	332	4,7%	317	4,5%	649	9,1%
40–44	479	6,7%	442	6,2%	921	13,0%
45–49	567	8,0%	509	7,2%	1.076	15,2%
50–54	351	4,9%	315	4,4%	666	9,4%
55–59	467	6,6%	493	6,9%	960	13,5%
60–65	412	5,8%	397	5,6%	809	11,4%
Total	3.705	52,2%	3.392	47,8%	7.097	100,0%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.

Basis: Alle Befragten.

Anmerkung: Bei den Prozentangaben handelt es sich um Tabellenprozent. Sie beziehen sich auf alle Befragten, nicht auf die der jeweiligen Zeile oder Spalte.

Hinweis: Nicht alle Befragte antworteten auf alle Fragen. Dadurch gibt es bei den meisten Fragen fehlende Antworten. Der Anteil fehlender Angaben bewegt sich in der Regel in der Größenordnung von 1 Prozent oder weniger. Sie werden daher in den Tabellen und Grafiken nicht berichtet und ausgewiesen. Generell gilt also: Auf zu 7.097 Fehlende kommen durch „keine Angabe“ bzw. die Antwort „weiß nicht“ zustande.

Einige Auswertungen beziehen sich nur auf einen Teil der Befragten, z. B. auf einen bestimmten Versorgungstyp, wie die stabilen Chroniker. In diesen Fällen verringert sich die Anzahl der Befragten („N“) auf diese jeweilige Gruppe. Auch hier kann es wiederum „keine Angabe“ oder „weiß nicht“-Antworten geben, die diese Zahl weiter verringern.

In vielen Fällen werden innerhalb einer Darstellung die Antworten zu mehreren Fragen dargestellt. In diesen Fällen kann die Zahl der Befragten, die auf diese Fragen geantwortet haben, unterschiedlich sein (i. d. R. sind diese Unterschiede gering). Hier wird für die Zahl der Befragten ein Bereich oder eine Mindestgröße angegeben (z. B. $N = 6.918 - 7.021$ oder $N \geq 6.918$).

Tabelle 14 zeigt den Schulabschluss der Befragten nach Geschlecht. Fast alle Befragten verteilen sich auf die Abschlüsse Abitur oder Fachabitur (45 Prozent), mittlere Abschlüsse wie Realschulabschluss (40 Prozent) und Haupt- bzw. Volksschulabschluss (13 Prozent). Nur sehr selten geben Befragte einen anderen Schulabschluss an oder haben keinen.

Den Abschluss Abitur- oder Fachabitur haben Männer etwas häufiger als Frauen (47 zu 43 Prozent). Frauen haben häufiger einen mittleren Abschluss als Männer. Ein einfacher Abschluss findet sich bei Männern häufiger als bei Frauen.

Tabelle 14: Befragte nach Geschlecht und Schulabschluss

	Männer		Frauen		Total	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Kein Schulabschluss	28	1 %	7	0 %	35	0 %
Haupt-/Volksschulabschluss	557	15 %	384	11 %	941	13 %
Mittlerer Abschluss (Mittlere Reife, Realschulabschluss, Polytechnische Oberschule)	1.337	36 %	1.500	44 %	2.837	40 %
Abitur oder Fachabitur	1.720	47 %	1.462	43 %	3.183	45 %
Anderer Schulabschluss	48	1 %	28	1 %	76	1 %
Total	3.690	100 %	3.381	100 %	7.071	100 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.
Basis: Alle Befragten.

Die Befragten sind zu 80 Prozent Angestellte, zu 11 Prozent Arbeiter und zu 9 Prozent Beamte. Frauen sind deutlich häufiger Angestellte als Männer; Männer sind dagegen häufiger Arbeiter. Ebenso sind Männer häufiger Beamte als Frauen (Tabelle 15).

Die meisten Befragten haben (Fach-)Abitur oder mittlere Reife

Die Befragten sind zu 80 Prozent Angestellte

Tabelle 15: Beschäftigte nach Geschlecht und beruflicher Statusgruppe

	Männer		Frauen		Total	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Arbeiter	577	16 %	174	5 %	751	11 %
Angestellte	2.734	74 %	2.951	87 %	5.685	80 %
Beamte	394	11 %	268	8 %	662	9 %
Total	3.705	100 %	3.392	100 %	7.097	100 %

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021
Basis: Alle Befragten.

4.7.3 Bildung der Typen

Die Typologie der Versorgungstypen wird mit Befragungsdaten nachgebildet

Auch die Ergebnisse der standardisierten Beschäftigtenbefragung soll entlang von Kategorien von Versicherten erfolgen, die den Kohorten bzw. Versorgungstypen des Abschnitts 4.2 möglichst ähnlich sind. Auf Basis der Befragungsdaten wird also die Typologie der Versorgungstypen nachgebildet: Chroniker werden von Nicht-Chronikern unterschieden und beide Gruppen werden hinsichtlich ihrer Krankmeldungen sowie ihrer krankheitsbedingten Fehltage in Gruppen mit einem vergleichsweise niedrigen Niveau an Krankmeldungen/Fehltagen und Gruppen mit einem vergleichsweise hohen Niveau differenziert.

Begründung der Grenzwerte zur Bildung der Gruppen

Die hierbei verwendeten Grenzwerte orientieren sich an denen aus der Analyse der DAK-Daten. Es war dabei aber nicht immer möglich und sinnvoll, exakt die gleichen Grenzwerte zu verwenden. Auch unterscheiden sich die Grenzwerte zur Binnendifferenzierung der Chroniker von denen zur Binnendifferenzierung der Nicht-Chroniker. Dies ist zum einen in der empirischen Verteilung der jeweiligen Werte begründet, sodass „auffällige“ von nicht auffälligen Teilgruppen unterschieden werden können. Zum anderen erlaubt die zugrundeliegende Datenbasis nicht jeden Grenzwert. Beispiel Fehltage: Bei der Erfassung von Fehltagen per Befragung fällt immer wieder auf, dass Befragte ab einer bestimmten Zahl von Fehltagen mehrheitlich keine sinnvollen Angaben mehr machen können, wahrscheinlich weil die Erinnerung an die letzten 12 Monate dies nicht zulässt. Daher werden Fehltage nur bis zu einem Intervall von „mehr als 14 Tagen“ erfasst, nicht aber bis zum Intervall „21 Fehltage und mehr“ (der Grenzwert, mit dem die Chroniker auf Basis der DAK-Daten weiter differenziert wurden).

Bei den AU-Fällen hat ein unterschiedlicher Grenzwert zudem sachliche Gründe. Während ein AU-Fall in den DAK-Daten eine ärztliche Krankschreibung zur Grundlage hat, werden in den Befragungsdaten Krankmeldungen erfasst, die mit einer Krankschreibung einhergehen können, aber nicht müssen. Es ist davon auszugehen, dass Befragte im Durchschnitt mehr Krankmeldungen als Krankschreibungen haben, weil viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sich bis zu drei Tage krankmelden dürfen, ohne eine ärztliche Krankschreibung vorzulegen. Daher kann die Zahl der Krankmeldungen höher angesetzt werden, um eine Gruppe zu unterscheiden als die Zahl der Krankschreibungen.

Gemäß Typisierung auf Basis der Befragungsdaten verteilen sich die Befragten wie folgt auf die Versorgungstypen (Abbildung 44):

- 48 Prozent der Befragten gehören zur Gruppe der **weitgehend Gesunden**. Sie haben gemäß Selbstangaben keine chronische Erkrankung und vergleichsweise wenige Krankmeldungen (AU-Fälle) oder ungewöhnlich viele krankheitsbedingte Fehltag (AU-Tage) (also maximal vier Fälle und maximal 7 Fehltag im Jahr). Die Kohortenbildung auf Basis der DAK-Daten ordnet 36,6 Prozent der DAK-Versicherten den weitgehend Gesunden zu. Ein möglicher Grund dafür, dass weniger Befragte in die Gruppe der Chroniker fallen, könnte sein, dass wenig beeinträchtigende chronische Erkrankungen nicht von den Befragten als solche angegeben werden; in den DAK-Daten jedoch führen auch solche zur Nicht-Zuordnung in die Gruppe der weitgehend Gesunden. Denkbar ist auch, dass es sich bei den Befragten um eine etwas gesündere Population handelt als die DAK-Versicherten, die der oben unternommenen Analyse zugrunde liegen. Die weitgehend Gesunden sind zu 57,2 Prozent Männer und zu 42,8 Prozent Frauen (Abbildung 44, Abbildung 45).

Weitgehend Gesunde: 48 Prozent der Befragten
- Die zweitgrößte Gruppe bilden die **stabilen Chroniker**, also Befragte, die eine chronische körperliche oder psychische Erkrankung angeben. Sie unterscheiden sich von den komplexen Chronikern dadurch, dass sie vergleichsweise selten krankgemeldet sind und vergleichsweise wenig AU-Tage angeben. 35,9 Prozent der Befragten fallen in diese Gruppe. Die Kohorte der stabilen Chroniker auf Basis der DAK-Daten umfasst 41,3 Prozent der DAK-Versicherten. Die Gruppe der stabilen Chroniker besteht zu annähernd gleichen Teilen aus Männern und Frauen (48,6 zu 51,4 Prozent) (Abbildung 44, Abbildung 45).

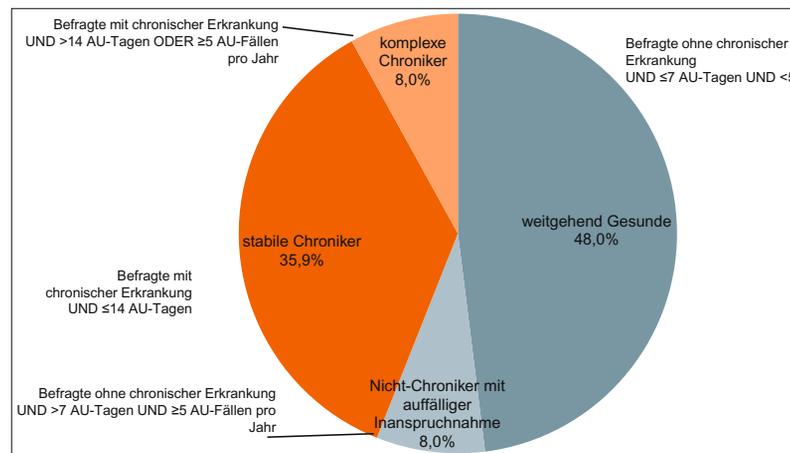
Stabile Chroniker: 36 Prozent der Befragten
- 8,0 Prozent der Befragten werden als **komplexe Chroniker** typisiert. Sie haben eine oder mehrere chronische Erkrankungen und müssen sich vergleichsweise oft und/oder vergleichsweise viele Tage pro Jahr krankmelden. Als Grenzwert wurden hier 5 AU-Fälle gewählt, weil nur 6,2 Prozent der Befragten 5 oder mehr

Komplexe Chroniker: 8 Prozent der Befragten

AU-Fälle pro Jahr berichten. Mehr als 14 AU-Tage¹⁵ geben 7,6 Prozent der Befragten an, sodass dieser Grenzwert gewählt wurde (zur Operationalisierung vgl. Abbildung 44). Auf Basis der DAK-Daten wurden 12,7 Prozent der Versicherten in diese Gruppe eingeordnet. Sie besteht zu 44,2 Prozent aus Männern und zu 55,8 Prozent aus Frauen (Abbildung 44, Abbildung 45).

- 8,0 Prozent der Befragten fallen in die Gruppe der **Nicht-Chroniker mit „auffälliger“ Inanspruchnahme**. Hier handelt es sich um Befragte, die keine chronische Erkrankung angeben, aber fünf oder mehr AU-Fälle und/oder mehr als 7 AU-Tage pro Jahr angeben. Der Grenzwert 5 wurde hier – im Unterschied zum Grenzwert 2 der Typologie auf Basis der DAK-Daten – gewählt, weil Befragte mehr Krankmeldungen haben als Versicherte Krankschreibungen. Der Grenzwert von 7 AU-Tagen ist für beide Typisierungen gleich gewählt. Die Gruppe der Nicht-Chroniker mit auffälliger Inanspruchnahme besteht zu 53,9 Prozent aus Frauen und zu 46,1 Prozent aus Männern (Abbildung 44, Abbildung 45).

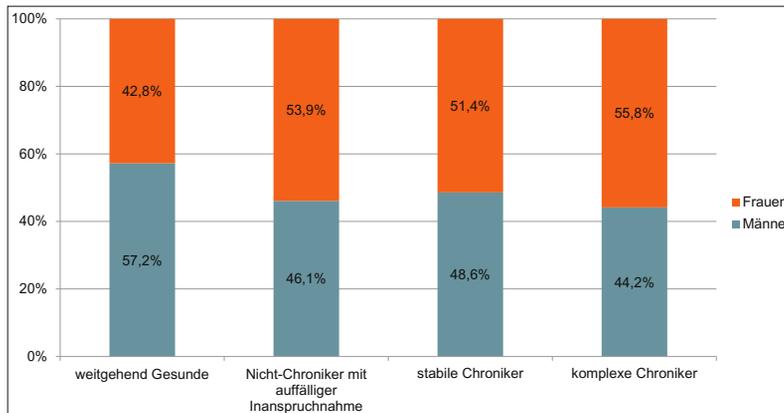
Abbildung 44: Typologie der Versorgungstypen auf Basis der Befragungsdaten



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021. Basis: Alle Befragten. N = 7.006

¹⁵ Der Grenzwert hinsichtlich der AU-Tage unterscheidet sich vom Grenzwert, der in der Kohortenbildung auf Basis der DAK-Daten (14 statt 21 Tage) angegeben wurde, weil die selbstberichteten AU-Tage mit steigender Anzahl vermutlich unzuverlässiger werden – so die Erfahrung mit Befragungen im Rahmen von früheren DAK-Gesundheitsreports – und deswegen die größte Kategorie der Abfrage von AU-Tagen „mehr als 14 Tage“ lautete.

Abbildung 45: Versorgungstypen nach Geschlecht

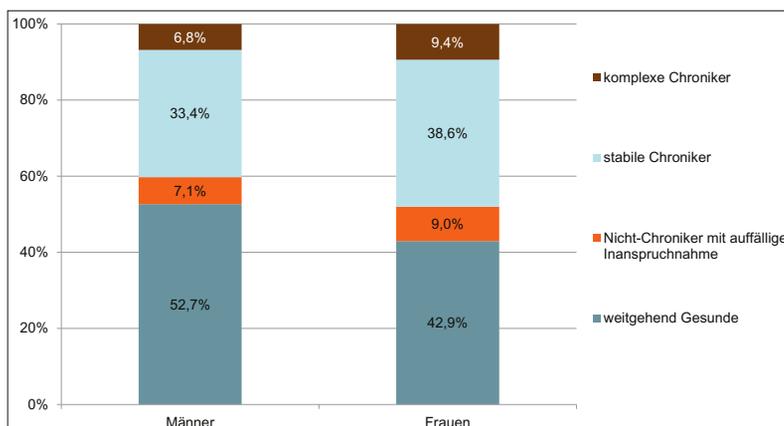


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021. Basis: Alle Befragten. N = 7.006

Gut die Hälfte der Männer (52,7 Prozent), jedoch nur 42,9 Prozent der Frauen fallen in die Gruppe der weitgehend Gesunden. In die Gruppe der stabilen Chroniker fallen 33,4 Prozent der Männer und 38,6 Prozent der Frauen. Männer sind zu 7,1 Prozent Nicht-Chroniker mit auffälliger Inanspruchnahme, Frauen zu 9,0 Prozent. Während 6,8 Prozent der Männer komplexe Chroniker sind, gehören 9,4 Prozent der Frauen zu dieser Gruppe. Insgesamt deuten diese Ergebnisse auf einen tendenziell besseren Gesundheitszustand der Männer hin, sie fallen häufiger in die besonders gesunde Gruppe und seltener in die weniger gesunden Gruppen als Frauen.

53 Prozent der Männer und 43 Prozent der Frauen gehören zu den weitgehend Gesunden

Abbildung 46: Befragte nach Geschlecht und Versorgungstyp



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021. Basis: Alle Befragten. N = 7.006

Die Befragten werden im Folgenden weiter charakterisiert, insbesondere unter Berücksichtigung der gebildeten Gruppen.

4.7.3.1 Charakterisierung der Chroniker

71,2 Prozent der Chroniker haben keine psychische chronische Erkrankung

Der Gruppe der Chroniker werden sowohl Befragte mit körperlichen als auch Befragte mit psychischen Erkrankungen zugeordnet. Wie sich diese beiden Typen von chronischen Erkrankungen zueinander verhalten zeigt Tabelle 16: Die meisten Chroniker (71,2 Prozent) haben eine oder mehrere körperliche chronischen Erkrankungen, jedoch keine psychische. 20,6 Prozent leiden sowohl unter einer oder mehreren körperlichen und einer oder mehreren psychischen Erkrankungen. 8,2 Prozent der Chroniker hat „nur“ eine oder mehrere psychische Erkrankungen, jedoch keine körperliche.

Tabelle 16 weist gleichzeitig auch die Anteile bezogen auf alle Befragten aus (kleinere Zahlen in Klammern). Zum Beispiel leiden 31,3 Prozent aller Befragten unter einer körperlichen, nicht jedoch unter einer psychischen Erkrankung (oder jeweils mehreren).

Tabelle 16: Charakterisierung der Chroniker

	Keine chronische psychische Erkrankung	Chronische psychische Erkrankung
Keine chronische körperliche Erkrankung	0,0 % (56,1 %)	8,2 % (3,6 %)
Chronische körperliche Erkrankung	71,2 % (31,3 %)	20,6 % (9,0 %)

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021. Basis: Alle Chroniker. N = 3.087. Prozentangaben in Klammern sind Anteile bezogen auf alle Befragten (N = 7.031).

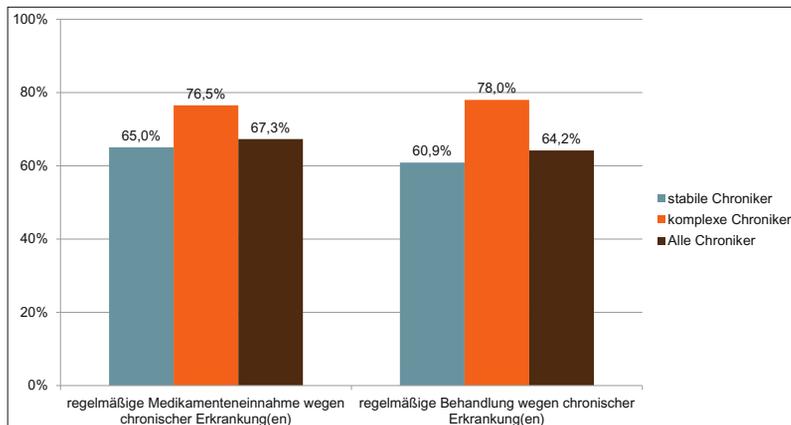
Zudem geben 18,3 Prozent der stabilen und 38,2 Prozent der komplexen Chroniker an, in den letzten zwei Jahren eine Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben. Zu beachten ist, dass die Chroniker ohne chronische psychische Erkrankung durchaus eine akute, d. h. nicht-chronische, psychische Erkrankung haben können. Dies trifft auf 2,6 der stabilen und 7,1 Prozent der komplexen Chroniker zu (ohne Abbildung).

64 Prozent der Chroniker sind regelmäßig in Behandlung

Eine besondere Beziehung – diese Idee liegt der Bildung der Typen zugrunde – haben die Chroniker mehrheitlich zum Gesundheitssystem, weil sie es regelmäßig in Anspruch nehmen müssen. 67,3 Prozent nehmen wegen ihrer chronischen Erkrankung(en) regelmäßig Medikamente ein, 64,2 Prozent sind regelmäßig in Behandlung. Beides betrifft die komplexen Chroniker zu größeren Teilen als die stabilen Chroniker. Jeweils gut drei Viertel der komplexen Chroniker

nehmen regelmäßig Medikamente ein und sind regelmäßig in Behandlung (Abbildung 47).

Abbildung 47: Chroniker: regelmäßige Behandlung und Medikamenteneinnahme

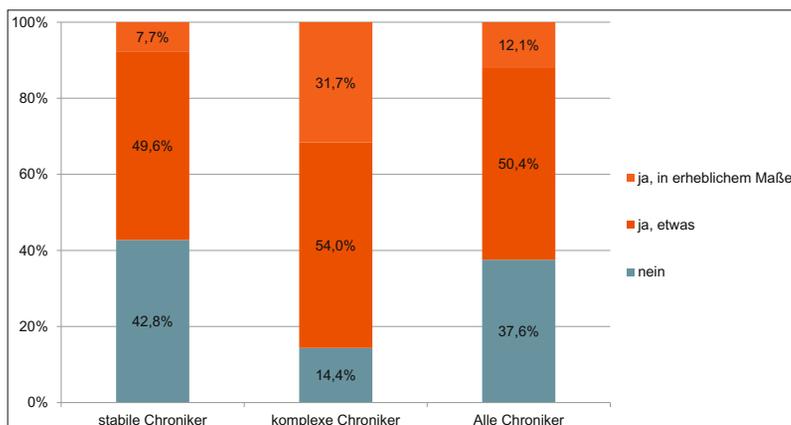


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021. Basis: Alle Chroniker. Angaben für Medikamenteneinnahme: N = 3.073. Angabe für regelmäßige Behandlung: N = 3.065

Chroniker erleben typischerweise Einschränkungen im Alltags- oder Berufsleben, v. a. die komplexen Chroniker. Diese geben zu 54,0 Prozent an „etwas“ und zu 31,7 Prozent „erheblich“ eingeschränkt zu sein. Die stabilen Chroniker haben zu immerhin 42,8 Prozent keine Einschränkungen. 49,6 Prozent geben an, „etwas“ eingeschränkt zu sein und nur ein geringer Anteil ist von erheblichen Einschränkungen betroffen (7,7 Prozent) (Abbildung 48).

Die stabilen Chroniker haben zu 43 Prozent keine Einschränkungen im Alltags- oder Berufsleben

Abbildung 48: Chroniker: Einschränkungen im Alltag oder Berufsleben



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021. Basis: Alle Chroniker. N = 3.077.

4.7.3.2 Weitere Charakterisierungen der Stichprobe, unabhängig vom Versorgungstyp

Auch bei den Nicht-Chronikern finden sich selbstverständlich Hinweise auf gesundheitliche Krankheiten, Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Tabelle 17). Unter anderem können sie von einer akuten psychischen Erkrankung betroffen sein: Auf 2,7 Prozent der weitgehend Gesunden und 6,8 Prozent der Nicht-Chroniker mit vergleichsweise viel AU trifft dies laut Selbstangabe zu. Unter den Chronikern geben 2,6 Prozent (stabile Chroniker) bzw. 7,1 Prozent (komplexe Chroniker) eine akute Angststörung, Depression oder andere akute psychische Erkrankungen an. Hierbei ist zu beachten, dass den Chronikern mit einer chronischen psychischen Erkrankung (etwa 30 Prozent, vgl. Tabelle 16) die Frage nach einer akuten psychischen Erkrankung nicht vorgelegt wurde.

Inanspruchnahme von Psychotherapie Befragte aller Versorgungstypen nahmen innerhalb der letzten zwei Jahre eine Psychotherapie in Anspruch. Knapp 5 Prozent der weitgehend Gesunden und etwa 11 Prozent der Nicht-Chroniker mit auffälliger Inanspruchnahme. Unter den Chronikern geben etwa 18 Prozent (stabile) bzw. etwa 38 Prozent (komplexe) eine Psychotherapie in den letzten 2 Jahren an.

Inanspruchnahme der ambulanten oder stationären Versorgung Die Inanspruchnahme der ambulanten oder stationären Versorgung unterscheidet sich stark nach Versorgungstyp: Gut die Hälfte der weitgehend Gesunden sucht maximal einmal pro Jahr eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus wegen gesundheitlicher Probleme¹⁶ auf, während die Nicht-Chroniker mit auffälliger Inanspruchnahme mehrheitlich zwei- bis viermal zum Arzt oder ins Krankenhaus gehen, ein Viertel dieser Gruppe sogar 5–8 Mal. Ganz ähnlich dazu suchen die stabilen Chroniker ärztliche Hilfe.

Deutlich höher liegt die Inanspruchnahme der komplexen Chroniker: Drei Viertel dieser Gruppe suchen öfter als viermal pro Jahr ärztliche Hilfe, 35 Prozent mehr als 8 Mal und etwa 15 Prozent sind einmal pro Monat und öfter in der Arztpraxis oder im Krankenhaus wegen eines gesundheitlichen Problems (Tabelle 17).

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen Die Versorgungstypen unterscheiden sich zudem stark hinsichtlich ihres Arbeitsunfähigkeitsgeschehens voneinander. Hierbei ist zu beachten, dass sie dadurch (auch) definiert und voneinander abgegrenzt sind: Die weitgehend Gesunden haben (per Definition) maximal 4 Krankmeldungen sowie maximal 7 krankheitsbedingte Fehltagge pro Jahr. 34 Prozent dieser Gruppe meldet sich „in einem typischen Jahr“ gar nicht krank, weitere 44,9 Prozent nur einmal. Dies

¹⁶ Der Zusatz „wegen gesundheitlicher Probleme“ ist in diesem Zusammenhang wichtig, um die Inanspruchnahme für Vorsorgeuntersuchungen oder zum Erhalt von Kontrazeptiva davon abzugrenzen. Wie in Abschnitt 1.2.2 deutlich wurde, spielen diese Inanspruchnahmegründe eine große Rolle in der ambulanten Versorgung.

schlägt sich in entsprechend wenig Fehltagen in einem typischen Jahr nieder.

Die Nicht-Chroniker mit vergleichsweise viel AU haben per Definition mehr als 4 Krankmeldungen oder mehr als 7 Fehltag. Daher hat niemand in dieser Gruppe keine Krankmeldungen oder keine Fehltag. Die große Mehrheit dieser Gruppe (etwa jeder Zehnte) meldet sich pro Jahr mindestens zweimal krank und/oder fehlt mehr als 7 Tage krankheitsbedingt.

Die stabilen Chroniker haben zu etwa 77 Prozent zwischen einer und vier Krankmeldungen und 58 Prozent haben 4 bis 14 Fehltag. Aber auch in dieser Gruppe gibt es einen Anteil (von 23 Prozent), der sich in einem typischen Jahr gar nicht krankmeldet und dementsprechend 0 Fehltag hat.

Die komplexen Chroniker fehlen in einem typischen Jahr weit mehrheitlich mindestens 8 Tage krankheitsbedingt, 79 Prozent sogar mehr als 14 Tage.

Tabelle 17: Weitere Charakterisierung der Befragten bzgl. Gesundheit und Inanspruchnahme nach Versorgungstyp

		Weitgehend Gesunde	Nicht-Chroniker mit auffälliger Inanspruchnahme	Stabile Chroniker	Komplexe Chroniker	Gesamt
Akute psychische Erkrankung ¹⁷		2,7 %	6,8 %	2,6 %	7,1 %	3,3 %
Psychotherapie in den letzten 2 Jahren		4,7 %	11,2 %	18,3 %	38,2 %	12,8 %
Aufsuchen Arztpraxis oder Krankenhaus wegen gesundheitlicher Probleme	bis zu einmal	52,8 %	9,3 %	17,4 %	1,7 %	32,4 %
	zwei- bis viermal	42,2 %	60,7 %	51,3 %	24,1 %	45,5 %
	fünf- bis achtmal	4,6 %	24,5 %	22,5 %	39,2 %	15,5 %
	neun- bis zwölfmal	0,3 %	4,1 %	5,3 %	19,6 %	4,0 %
	mehr als zwölfmal	0,1 %	1,4 %	3,4 %	15,4 %	2,6 %

¹⁷ Chronikern, die eine chronische psychische Erkrankung angegeben hatten, wurde die Frage nach einer akuten psychischen Erkrankung nicht vorgelegt.

		Weitgehend gesunde	Nicht-Chroniker mit auffälliger Inanspruchnahme	Stabile Chroniker	Komplexe Chroniker	Gesamt
Häufigkeit Krankmeldung	gar nicht	34,0%	0,0%	22,9%	0,0%	24,5%
	einmal	44,9%	10,8%	39,0%	3,9%	36,8%
	zwei- bis viermal	21,1%	64,7%	38,1%	43,3%	32,5%
	mehr als viermal	0,0%	24,5%	0,0%	52,8%	6,2%
Anzahl krankheitsbedingte Fehltage	0 Tage	34,0%	0,0%	22,9%	0,0%	24,6%
	1 bis 3 Tage	33,3%	0,5%	19,1%	0,4%	22,9%
	4 bis 7 Tage	32,7%	6,9%	33,5%	4,0%	28,6%
	8 bis 14 Tage	0,0%	76,5%	24,4%	16,6%	16,3%
	mehr als 14 Tage	0,0%	16,1%	0,0%	79,0%	7,6%

Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021. Basis: Alle Befragten. N = 6.059–7.006 (je nach Item)

4.7.4 Die telefonische Krankschreibung aus der Perspektive der befragten Erwerbstätigen

„Die weitere Nutzung der telefonischen Krankschreibung ist sicher für die Patientinnen und Patienten vorteilhaft. Die Auswirkungen müssten auch hier beobachtet werden. Es entfallen Möglichkeiten der Diagnose von Krankheiten im Behandlungsraum, die den Patientinnen und Patienten selbst nicht aufgefallen sind, sowie der psychosozialen Beratung. Zugleich ist erwartbar, dass die Schwelle sinkt, nach Krankschreibungen anzufragen.“

Prof. Dr. Cordula Kropp, ZIRIUS Zentrum für Interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung der Universität Stuttgart

Zur Eindämmung der Corona-Pandemie wurde zum 9. März 2020 die telefonische Krankschreibung eingeführt. Zum einen sollte das Infektionsrisiko in der Arztpraxis vermieden, zum anderen die Arztpraxen entlastet werden. Ärztinnen und Ärzte können Beschäftigte für bis zu 7 Tage krankschreiben, wenn es sich um eine Erkrankung der oberen Atemwege ohne schwere Symptomatik handelt und die-

se Krankschreibung einmal bis zu weiteren 7 Tagen telefonisch verlängern.

Die telefonische Krankschreibung kann auch als Versuch angesehen werden, eine für Erwerbstätige erleichterte Form der Krankschreibung einzuführen. Warum sollen sich, unter bestimmten Umständen, Beschäftigte nicht auch zukünftig ohne persönlichen Besuch einer Arztpraxis, krankschreiben lassen können? Zu den Voraussetzungen sollte dabei gehören, dass es sich um „Bagatellerkrankungen“ handelt, die Beschäftigte ohnehin ohne ärztliche Therapie selbst auskurieren.

Um eine solche Überlegung empirisch sättigen zu können, wurden die Befragten nach ihrem letzten Arztkontakt gefragt, aus dem eine Krankschreibung hervorging:¹⁸ 78,8 Prozent konnten sich in der Befragungssituation das letzte Mal, als sie sich von einem Arzt oder einer Ärztin krankschreiben lassen mussten, vor Augen führen (ohne Abbildung). Die folgenden Analysen beruhen daher auf N = 5.548 Befragten, die sich an ihren letzten Arztkontakt anlässlich einer Krankschreibung erinnern können. Die anderen (N = 1.497) können sich entweder nicht erinnern oder mussten sich noch nie krankschreiben lassen. Hinzu kommen N = 52, die keine Angabe dazu machen.

Einem großen Teil der Befragten, 41,3 Prozent, ging es bei diesem Referenzarztkontakt mit Krankschreibung ausschließlich um die Krankschreibung; sie wollten demnach keine Abklärung der Symptome, keine Verordnung von Medikamenten und keine Überweisung zu einem anderen Arzt bzw. einer anderen Ärztin. Bei diesem Teil ist auch die Notwendigkeit einer Krankschreibung nicht Ergebnis des Arztbesuchs, sondern der Arztbesuch fand zu diesem Zweck statt.

Bei diesem Anteil von 41,3 Prozent der Arztbesuche mit Krankschreibung handelt es wahrscheinlich um das Mindestpotenzial für eine Krankschreibung ohne persönlichen Kontakt. Bei den restlichen etwa 59 Prozent erfolgte mindestens eine von mehreren ärztlichen Aktivitäten, die möglicherweise nicht ohne persönlichen Kontakt möglich wären: eine Abklärung der Symptome (wobei auch die unter Umständen durch telefonische Anamnese, je nach Beschwerden, möglich wäre), eine Medikamentenverordnung, oder eine Überweisung. Bei 34 Prozent der Befragten, die ihre letzte Krankschreibung noch vor Augen haben, hat sich die Notwendigkeit der Krankschreibung erst beim Arztbesuch ergeben (Abbildung 49).

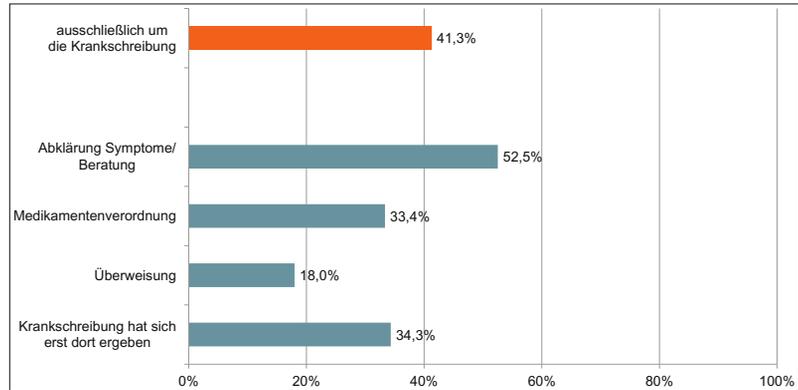
79 Prozent der Befragten haben ihre letzte ärztliche Krankschreibung noch vor Augen

Es kann von einem Potenzial von 41,3 Prozent der Krankschreibungen ausgegangen werden, die auch ohne persönlichen Kontakt ausgestellt werden können

18 Fragewortlaut: „Bitte denken Sie an das letzte Mal, als Sie sich von einem Arzt krankschreiben lassen mussten. Können Sie sich die Situation und die Umstände nochmal vor Augen führen?“ Antwortmöglichkeiten:

- „Ja, ich habe das letzte Mal vor Augen.“
- „Nein, das ist zu lange her bzw. musste mich noch nie krankschreiben lassen.“

Abbildung 49: Letzter Arztkontakt anlässlich einer Krankschreibung. „Ging es Ihnen bei diesem Arztkontakt um ...“



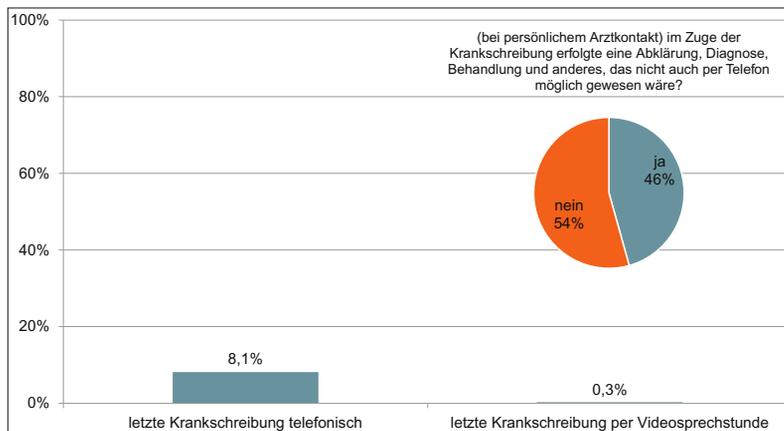
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021. Basis: Alle Befragten, die über den letzten Arztkontakt anlässlich einer Krankschreibung Auskunft geben können.¹⁹ N = 5.548. Die erste Antwort schließt alle anderen Antworten aus, bei den weiteren Antworten sind Mehrfachnennungen möglich.

Die letzte Krankschreibung erfolgte bei 8 Prozent telefonisch

Die Befragten, die sich an ihre letzte Krankschreibung erinnern können, ließen sich zu 8,1 Prozent telefonisch krankschreiben. Eine Krankschreibung per Videosprechstunde berichteten Befragte dagegen nur in Einzelfällen (Abbildung 50). Die Befragten, deren letzte Krankschreibung nicht per Telefon oder Videosprechstunde, demnach also mit persönlichem Arztkontakt ausgestellt wurde, geben zu 54 Prozent an, dass hierbei nichts erfolgt sei, das nicht auch per Telefon möglich gewesen wäre (z. B. eine Abklärung der Symptome). Dies ist relevant für die Abschätzung des Potenzials für eine Krankschreibung ohne persönlichen Kontakt.

¹⁹ Fragewortlaut: „Bitte denken Sie an das letzte Mal, als Sie sich von einem Arzt krankschreiben lassen mussten. Können Sie sich die Situation und die Umstände nochmal vor Augen führen?“

Abbildung 50: Anteil Befragter, deren letzte Krankschreibung telefonisch oder per Videosprechstunde erfolgt ist



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.

Basis: Alle Befragten, die über den letzten Arztkontakt anlässlich einer Krankschreibung Auskunft geben können. N = 5.548.

Basis Tortendiagramm: Befragte, deren letzte Krankschreibung mit persönlichem Arztkontakt erfolgte. N = 4.991.

Unabhängig von der konkreten Erfahrung mit der letzten Krankschreibung, wurden die Befragten auch gebeten, sich eine Krankschreibungsnotwendigkeit vorzustellen. Um sowohl die Krankschreibung per Telefon als auch die per Videosprechstunde dabei zu diskutieren, und nicht gleichzeitig den Befragten sehr ähnliche Fragen aufeinanderfolgend vorlegen zu müssen, wurden diese in zwei Gruppen eingeteilt. Gruppe A beantwortet Fragen zur telefonischen Krankschreibung, Gruppe B analoge Fragen zur Krankschreibung per Videosprechstunde. Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte per Zufall.

Die Frage für Gruppe A lautete:

- „Bitte denken Sie nun ganz allgemein an eine Situation, in der Sie eine Krankschreibung benötigen: Würden Sie sich auch im Rahmen eines ausschließlich telefonischen Arztkontaktes krankschreiben lassen?“

Für Gruppe B lautete die Frage:

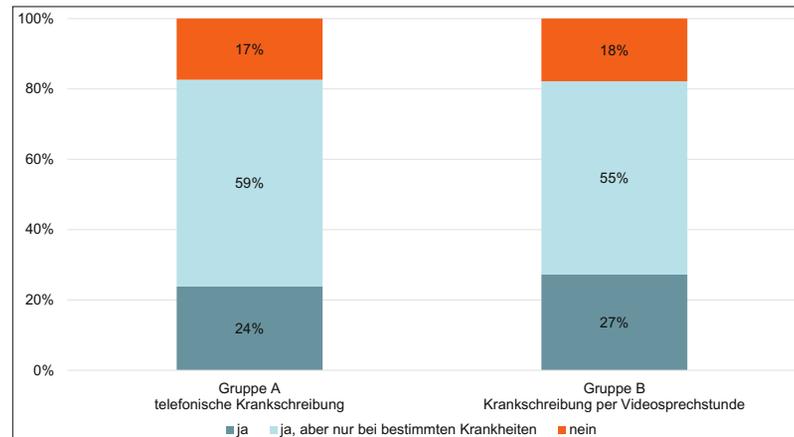
- „Bitte denken Sie wieder ganz allgemein an eine Situation, in der Sie eine Krankschreibung benötigen: Würden Sie sich auch im Rahmen einer Videosprechstunde mit dem Arzt krankschreiben lassen?“

Eine Krankschreibung telefonisch oder per Videosprechstunde schließen 17 bzw. 18 Prozent aus. Die Mehrheit (59 bzw. 55 Prozent) ist bei bestimmten Krankheiten dazu bereit. Etwa ein Viertel (24 bzw. 27 Prozent) gibt eine generelle Bereitschaft zur Krank-

Große Bereitschaft, sich telefonisch oder per Videosprechstunde krankschreiben zu lassen

schreibung per Telefon bzw. Videosprechstunde an (Abbildung 51). Es fällt hierbei auf, dass die größere mediale Reichhaltigkeit der Videosprechstunde im Vergleich zum Telefon sich nicht in einer größeren Bereitschaft zur Krankschreibung ohne persönlichen Arztkontakt niederschlägt. In beiden Modi sind Ablehnung und Zustimmung in etwa gleich hoch.

Abbildung 51: Bereitschaft zur telefonischen Krankschreibung bzw. Krankschreibung per Videosprechstunde



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021. Basis: Alle Befragten. N (Gruppe A/Gruppe B) = 3.517/3.552

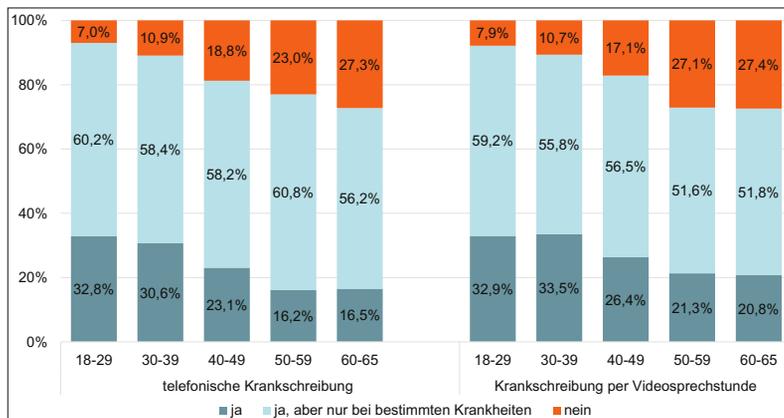
„Erfahrungen mit privaten Anbietern in den ersten Monaten der Pandemie haben keinen nennenswerten Missbrauch der digitalen AU nachgewiesen. Es gibt hier das Korrektiv des Hausarztes sowie des AG. Außerdem sollte man nicht allgemein eine Missbrauchsvermutung äußern. Auch beim bisherigen Verfahren kann Missbrauch geschehen. Die digitale AU hätte sogar den Vorteil der umfassenden Dokumentation.“

Prof. Dr. Roland Trill, Medical School Hamburg (Masterstudiengang Digital Health Management)

Bereitschaft zur Krankschreibung per Telefon oder Videosprechstunde nimmt mit dem Alter ab

Die Bereitschaft zur Krankschreibung per Telefon oder Videosprechstunde zeigt einen recht deutlichen Zusammenhang mit dem Alter. Je jünger die Befragten, umso größer die Bereitschaft und umso geringer die Ablehnung (Abbildung 52). Die unter 30-Jährigen zeigen zu etwa einem Drittel die Bereitschaft, sich ohne persönlichen Arztkontakt eine Krankschreibung ausstellen zu lassen. Die über 50-Jährigen lehnen dies zu etwa 27 Prozent ab.

Abbildung 52: Bereitschaft zur telefonischen Krankschreibung bzw. Krankschreibung per Videosprechstunde nach Alter



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021. Basis: Alle Befragten. N (Gruppe A/Gruppe B) = 3.517/3.552

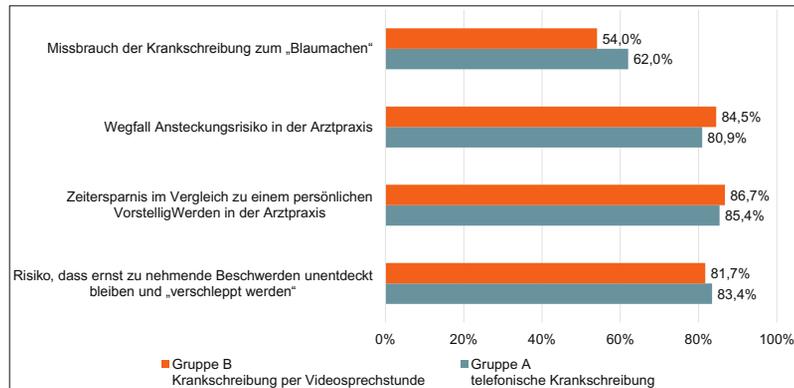
Die Vor- und Nachteile, welche die Befragten mit der telefonischen bzw. Krankschreibung per Videosprechstunde verbinden, zeigt Abbildung 53. Deutlich mehr als die Hälfte der Befragten verbinden damit ein Risiko, dass Krankschreibungen missbräuchlich in Anspruch genommen werden („Blaumachen“). Dabei wird dieses Risiko bei der telefonischen Krankschreibung etwas höher eingeschätzt. Das Risiko, dass durch eine Krankschreibung ohne persönlichen Arztkontakt ernstzunehmende Beschwerden übersehen werden könnten, nehmen die Befragten sehr ernst. Jeweils etwas über 80 Prozent sehen diesen Nachteil.

Aber auch die Vorteile der Zeitersparnis, die dadurch entstehen, dass man nicht in der Arztpraxis vorstellig werden muss sowie das entfallende Ansteckungsrisiko in der Arztpraxis (das nicht nur in einer Pandemie von Bedeutung ist) sehen sehr große Teile der Befragten als Vorteil.

Die Versorgungstypen unterscheiden sich bei dieser Vor- und Nachteils wahrnehmung (fast) nicht (ohne Abbildung). Lediglich das Missbrauchsrisiko der telefonischen bzw. Videokrankschreibung wird von den komplexen Chronikern etwas geringer wahrgenommen als vom Durchschnitt: 55,5 bzw. 46,8 Prozent gegenüber 62,0 bzw. 54,0 Prozent.

Der Krankschreibung ohne persönlichen Arztkontakt wird ein Missbrauchsrisiko zugeschrieben

Abbildung 53: Vor- und Nachteile einer telefonischen Krankschreibung bzw. Krankschreibung per Videosprechstunde



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021. Basis: Alle Befragten. N (Gruppe A/Gruppe B) = 3.476–3.505/3.481–3.545 (je nach Item). Angegeben ist der Anteil „trifft voll und ganz zu“ sowie „trifft eher zu“

„Die Möglichkeit, für einen bekannten Patienten eine Erstverordnung AU über einige Tage telefonisch ausstellen zu können, ist eine deutliche Erleichterung bei banalen Infekten, für Arzt und vor allem Patienten. Allerdings würde aus meiner Sicht die videobasierte Vorstellung hier noch einmal eine Verbesserung darstellen. Diese sollte aber auf zeitlich kurz befristete Erstaussstellungen begrenzt bleiben. Die Auswirkungen und Risiken sollten wissenschaftlich evaluiert werden, um diese Innovation weiter optimieren zu können.“

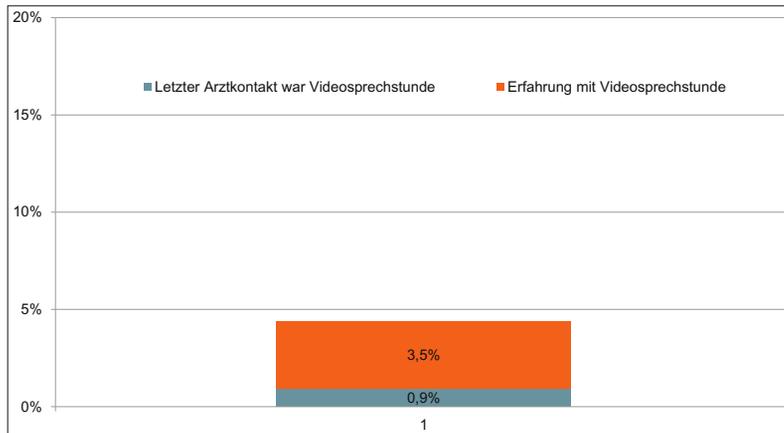
Dr. Michael von Wagner, Universitätsklinikum Frankfurt, Ärztlicher Leiter der Stabsstelle Medizinische Informationssysteme und Digitalisierung

4.7.5 Die Videosprechstunde aus der Perspektive der befragten Erwerbstätigen

5,0 Prozent der Befragten haben Erfahrung mit Videosprechstunden

Erfahrungen mit der Videosprechstunde haben 4,4 Prozent der Befragten. 0,9 Prozent geben an, ihr letzter Arztkontakt sei per Videosprechstunde erfolgt und 3,5 Prozent derjenigen, bei denen dies nicht der Fall ist, geben an, Erfahrungen mit der Videosprechstunde zu haben (Abbildung 54).

Abbildung 54: Anteil Beschäftigter mit Erfahrung mit Videosprechstunde



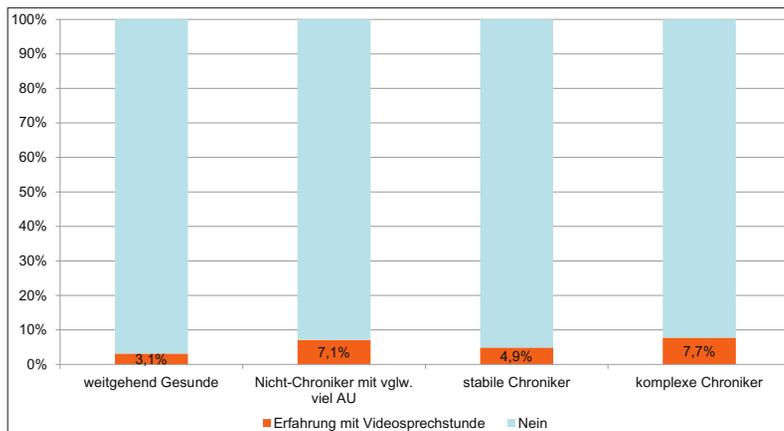
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.
 Basis: Alle Befragten. N = 7.053

„Als Vorteile der Videosprechstunde für erwerbstätige Patientinnen und Patienten sehe ich die Integration in den Arbeitstag sowie die Flexibilität von Ort und Zeit. Ein Nachteil liegt im Fehlen haptischer Parameter v.a. in kritischen Fällen bzw. wo es notwendig ist, den Kontext zu sehen.“

Dr. Jörg Traub, Bayern Innovativ GmbH, Leiter Gesundheit

Die meiste Erfahrung mit Videosprechstunde haben die Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU sowie die komplexen Chroniker (Abbildung 55).

Abbildung 55: Anteil Beschäftigter mit Erfahrung mit Videosprechstunde nach Versorgungstyp



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.
 Basis: Alle Befragten. N= 6.969.

Beschäftigte erwarten von einer Videosprechstunde auch ein elektronisches Rezept und eine Überweisung

Was erwarten Beschäftigte zusätzlich von einer Videosprechstunde? Am häufigsten nennen sie die Möglichkeit, im Zuge der Videosprechstunde ein elektronisches Rezept zu erhalten, das sie in einer Online- oder Präsenzapothek einlösen können (54,4 Prozent). Die weiteren Erwartungen werden allerdings kaum weniger häufig genannt. 50,9 Prozent wünschen sich eine unmittelbare Überweisung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin, 44,7 Prozent möchten den Termin zur Videosprechstunde online vereinbaren.

Ein Anteil von 29,1 Prozent kann sich dagegen keinen Umstand vorstellen, zu dem eine Videosprechstunde von Vorteil wäre – dieser Anteil hat per Fragedesign keine der weiteren Erwartungen angegeben (Abbildung 56).

Abbildung 56: Mögliche Erweiterungen der Videosprechstunde aus Sicht der Befragten



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.

Basis: Alle Befragten. N = 6.814.

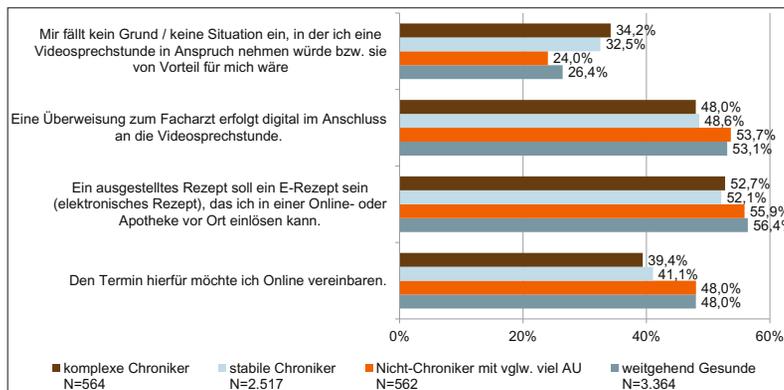
Fragewortlaut: „Was müsste im Rahmen einer Videosprechstunde zusätzlich möglich sein, damit Sie diese in Anspruch nehmen bzw. damit diese vorteilhafter für Sie ist?“

Die Befragten unterscheiden sich in vergleichsweise geringem Maße nach ihrer Zugehörigkeit zu einem der Versorgungstypen. Beide Gruppen von Chronikern schließen zu etwa einem Drittel die Videosprechstunde für sich aus, während sich die beiden Nicht-Chronikergruppen nur zu etwa einem Viertel die Videosprechstunde unter keinen Umständen vorstellen können.

Hieraus ergibt sich, dass die beiden letztgenannten Gruppen die entsprechenden Erwartungen etwas häufiger nennen als die Chroniker (Abbildung 57).

Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen sich hinsichtlich dieser Erwartungen an die Videosprechstunde kaum (ohne Abbildung).

Abbildung 57: Mögliche Erweiterungen der Videosprechstunde aus Sicht der Befragten nach Versorgungstypen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.
Basis: Alle Befragten.

4.7.6 Digitale Gesundheitsanwendungen und Apps zur Psychotherapie aus der Perspektive der befragten Erwerbstätigen

Die Nutzung von Digitalen Gesundheitsanwendungen für psychische Probleme ist laut den Befragungsergebnissen derzeit wenig verbreitet. Nur 3,6 Prozent der Befragten geben an, eine DiGA zur Behandlung oder Vorbeugung psychischer Probleme aktuell zu nutzen oder in der Vergangenheit genutzt zu haben.

Eine DiGA – hier im Zusammenhang mit psychischen Problemen und Krankheiten wurde den Befragten erklärt:²⁰

„Eine digitale Gesundheitsanwendung ist eine ‚Gesundheits-App‘, die von den Krankenkassen erstattet wird und die zur Behandlung und Vorbeugung von beispielsweise Schlafstörungen, Depressionen, Angststörungen oder Abhängigkeitserkrankungen genutzt wird.“

Zur Bewertung dieser Nutzungsquote ist allerdings zu beachten, dass die entsprechenden DiGAs natürlich nur dann für eine Nutzung in Frage kommen, wenn tatsächlich psychische Probleme oder gar eine Störung oder Krankheit gegeben sind. Wie Abbildung 58 zeigt, ist die Nutzung von DiGAs in den entsprechenden Zielgruppen deutlich weiter verbreitet. Befragte, die eine oder mehrere chronische psychische Erkrankungen angeben, nutzen (aktuell oder in der Vergangenheit) zu 12,4 bzw. zu 17,3 Prozent eine DiGA mit Bezug zu psychischen Problemen. Befragte mit einer akuten psychischen Erkrankung berichten zu 7,6 Prozent, dass sie eine entsprechende

Am häufigsten werden DiGAs von Befragten mit mehreren chronischen Erkrankungen genutzt: 17,3 Prozent dieser Gruppe nutzen sie

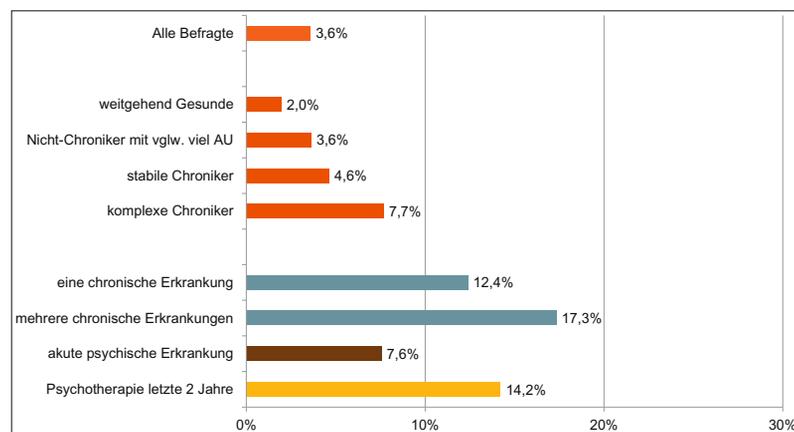
²⁰ Trotz dieser Erklärung kann nicht ausgeschlossen werden, dass Befragte auch solche Apps angeben, die keine DiGAs sind.

7,7 Prozent der komplexen Chroniker haben schon einmal eine DiGA für psychische Probleme genutzt

DiGA nutzen oder genutzt haben. Unter den Befragten, die in den letzten zwei Jahren eine Psychotherapie in Anspruch genommen haben, beträgt der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer 14,2 Prozent.

Die Nutzungsquote unterscheidet sich demnach erwartbar auch nach Versorgungstyp, denn je mehr Krankheiten bzw. Arbeitsunfähigkeiten durch die Typen repräsentiert werden, umso mehr psychische Beschwerden, Störungen und Krankheiten sind darunter. Hier sind die komplexen Chroniker die Gruppe mit der höchsten Nutzungsquote: 7,7 Prozent nutzen oder nutzten eine DiGA mit Bezug zu psychischen Problemen.

Abbildung 58: Nutzung DiGA im Zusammenhang mit psychischen Problemen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.
 Basis: Alle Befragten. N = ((Zahlenangabe ergänzen))
 Fragewortlaut: „Nutzen Sie aktuell oder haben Sie in der Vergangenheit eine digitale Gesundheitsanwendung zur Behandlung oder Vorbeugung psychischer Probleme genutzt?“

„Eine digitale Gesundheitsanwendung ist ein begleitendes Diagnose- und Therapieinstrument für den Patienten und den verschreibenden Arzt. Eine Wirksamkeitskontrolle sollte individuell pro Anwendung erfolgen.“

Dr. Jörg Traub, Bayern Innovativ GmbH, Leiter Gesundheit

Befragte, die noch keine DiGA mit Bezug zu psychischen Problemen genutzt haben, wurden gefragt, ob sie bei psychischen Problemen eine solche nutzen würden. Dabei wurde nach einem therapeutisch „reichhaltigeren“ und einem weniger reichhaltigen Szenario unterschieden. Die Befragten wurden zufällig einer der beiden Gruppen zugeordnet. Befragte, die bereits eine DiGA nutzen oder genutzt haben, wurden ausgeschlossen.

Gruppe A wurde – nach einer Erläuterung zu DiGAs – folgende Frage vorgelegt:

- Würden Sie bei psychischen Problemen eine solche digitale Gesundheitsanwendung nutzen?

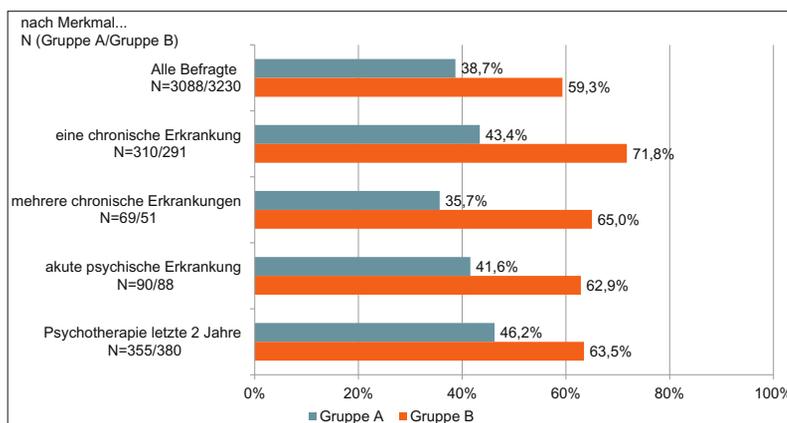
Gruppe B wurde – nach einer Erläuterung zu DiGAs – folgende Frage vorgelegt:

- Würden Sie bei psychischen Problemen eine solche digitale Gesundheitsanwendung nutzen, wenn Ihr Arzt oder Psychotherapeut Ihnen diese empfiehlt und verordnet und diese Nutzung Teil eines therapeutischen Programms ist?

Die Nutzungsbereitschaft ist deutlich höher als die bisherigen Erfahrungen mit DiGAs mit Bezug zu psychischen Problemen (Abbildung 59). Die Befragten der Gruppe A geben zu 38,7 Prozent an, dass sie bei psychischen Problemen eine DiGA nutzen würden; in Gruppe B, der therapeutisch reichhaltigeren Variante, beträgt der Anteil 59,3 Prozent. Die Bereitschaft zur Nutzung ist also etwa 1,5 Mal so groß wie im weniger reichhaltigen Szenario. Dies legt nahe, dass die therapeutische Einbettung von DiGAs für die betreffenden Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung ist.

In den Befragtengruppen, die bereits eigene Erfahrungen mit psychischen Problemen machen mussten, ist die Bereitschaft zur Nutzung einer DiGA nur geringfügig höher. Besonders hoch ist das Potenzial bei Befragten mit einer (jedoch nicht mehreren) chronischen Erkrankungen. Gruppe B zeigt hier ein Nutzungspotenzial von 71,8 Prozent.

Abbildung 59: Nutzungsbereitschaft von DiGAs im Zusammenhang mit psychischen Problemen nach verschiedenen Merkmalen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.

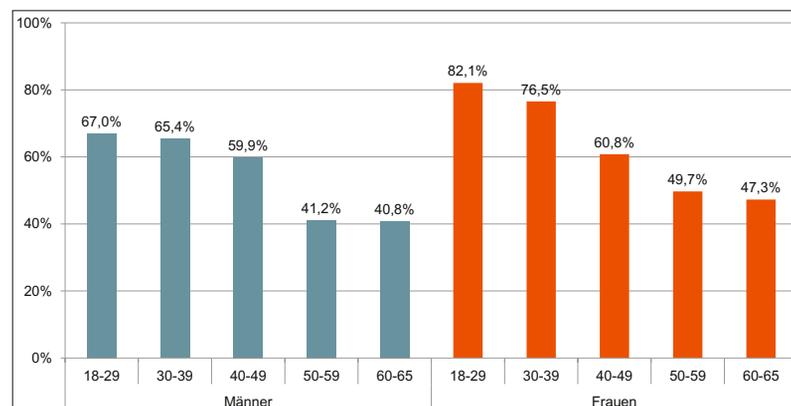
Basis: Befragte, die keine DiGA im Zusammenhang mit psychischen Problemen nutzen oder genutzt haben.

„DiGAs in der Vorbeugung und Prävention psychischer Erkrankungen in der Zielgruppe der Erwerbstätigen haben als niedrigschwellige Interventionen ein hohes Potenzial. Dies ist angesichts der hohen Krankheitslast ein wichtiger Bereich, der sich entwickeln muss.“

Prof. Dr. Hajo Zeeb, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie

Die Bereitschaft, eine DiGA bei psychischen Problemen zu nutzen, nimmt mit dem Alter deutlich ab und ist bei Frauen ausgeprägter als bei Männern (Es wird hier nur die Gruppe B mit dem reichhaltigeren therapeutischen Setting gezeigt, Abbildung 60). Bei Männern zeigt die jüngste Gruppe der 18- bis 25-Jährigen die größte Bereitschaft (67,0 Prozent), bei Frauen zeigt die gleiche Altersgruppe eine Bereitschaft von 82,1 Prozent. Bei Männern geht die Bereitschaft zurück auf etwa 41 Prozent bei den Altersgruppen ab 50. Bei den Frauen geht sie zurück auf eine Quote von 47,3 Prozent bei den 60- bis 65-Jährigen. Das bedeutet: Selbst in der ältesten Altersgruppe ist fast die Hälfte bereit, eine DiGA bei psychischen Problemen zu nutzen, wenn diese in ein therapeutisches Setting eingebettet ist. In den jüngeren Altersgruppen sind es bei Männern und Frauen 60 Prozent und mehr.

Abbildung 60: Nutzungsbereitschaft von DiGAs im Zusammenhang mit psychischen Problemen nach Alter und Geschlecht (Gruppe B)



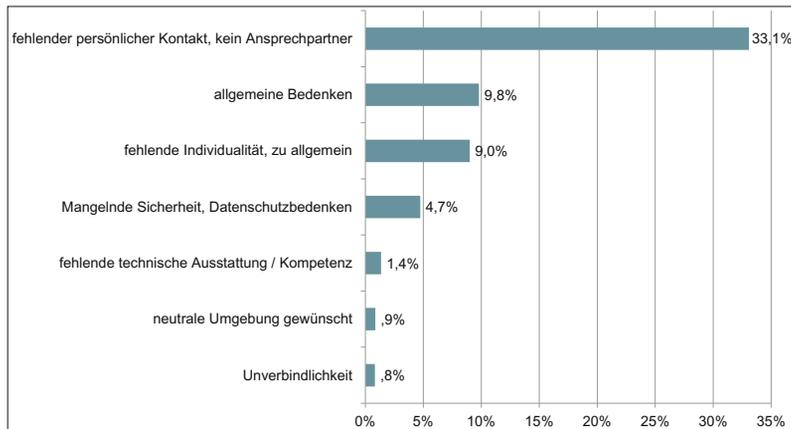
Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.

Basis: Befragte aus Gruppe B, die keine DiGA im Zusammenhang mit psychischen Problemen nutzen oder genutzt haben. N = 3.230

Wenn Beschäftigte keine Bereitschaft zur Nutzung einer DiGA bei psychischen Problemen angeben, legen sie die folgenden Gründe dar. Diese sind als offene Frage abgefragt und dann kategorisiert worden. Mit Abstand an erster Stelle steht der fehlende persönliche Kontakt und die Befürchtung, keinen Ansprechpartner zu haben. Ein Drittel der nicht zur Nutzung bereiten Befragten geben diesen Grund

an – in einer offenen Frage. Knapp 10 Prozent äußern allgemeine Bedenken, 9 Prozent stört die fehlende Individualität und die (antizipierte) zu große Allgemeinheit einer entsprechenden DiGA. Sicherheits- und Datenschutzbedenken geben knapp 5 Prozent als Grund an, eine DiGA nicht nutzen zu wollen. Eine Reihe weiterer Gründe sind in Abbildung 61 ausgewiesen.

Abbildung 61: Gründe für Nicht-Nutzung von DiGAs im Zusammenhang mit psychischen Problemen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.

Basis: Befragte, die keine DiGA im Zusammenhang mit psychischen Problemen nutzen oder genutzt haben und keine Bereitschaft zur Nutzung angeben. N = 3.207

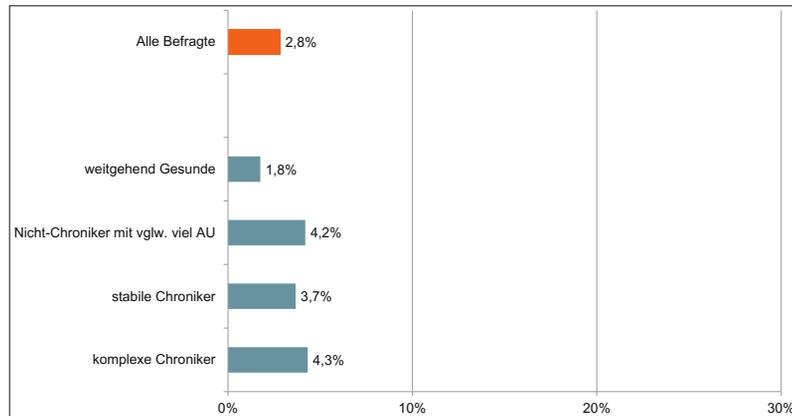
4.7.7 Biomonitoring, telemedizinische Überwachung von Vitaldaten, DiGAs und Apps zum Krankheitsmanagement

Im Zusammenhang mit digitalen Innovationen, die sich unter Umständen während der Corona-Pandemie (weiter) durchsetzen, wurden die Befragungsteilnehmenden gefragt, ob sie aktuell oder in der Vergangenheit eine telemedizinische Überwachung von Vitaldaten, die beispielsweise bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine Rolle spielen können, in Anspruch nehmen. Erwartungsgemäß ist der Anteil unter Erwerbstätigen, die noch vergleichsweise wenig von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen sind, sehr niedrig. 2,8 Prozent geben an, dass sie „aktuell oder (...) in der Vergangenheit durch einen Arzt telemedizinisch überwacht [wurden] – zum Beispiel durch eine Fernübermittlung von Gesundheitsdaten, auf deren Basis ihr Arzt ihren Gesundheitszustand bewertet“.

Dieser Anteil unterscheidet sich jedoch deutlich nach Versorgungstyp. Die Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU sowie die beiden Chroniker-Gruppen haben jeweils um die 4 Prozent Inanspruchnahmequote von Biomonitoring (Abbildung 62).

Nur 2,8 Prozent der Befragten werden aktuell oder in der Vergangenheit telemedizinisch überwacht

Abbildung 62: Telemedizinische Überwachung aktuell oder in der Vergangenheit



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.

Basis: Alle Befragten. N = 6.964

Fragewortlaut: „Werden Sie aktuell oder wurden Sie in der Vergangenheit durch einen Arzt telemedizinisch überwacht – zum Beispiel durch eine Fernübermittlung von Gesundheitsdaten, auf deren Basis ihr Arzt Ihren Gesundheitszustand bewertet?“

„DiGAs in der Erkennung und Behandlung körperlicher Erkrankungen sollten eine wichtige Rolle spielen und werden an Bedeutung zunehmen. Sie sind auch ökonomisch u. U. attraktiv, wenn dadurch Arzt- oder Krankenhausbesuche vermieden werden können. Ich erwarte eine zunehmende Anzahl von DiGAs einerseits und andererseits eine zunehmende Nutzung. Dies wird einhergehen mit dem anwachsenden Wissen der Ärzte über relevante DiGAs.“

Prof. Dr. Roland Trill, Medical School Hamburg (Masterstudiengang Digital Health Management)

DiGAs im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen

Während es im vorangegangenen Abschnitt um DiGAs ging, die zu Behandlung oder Management psychischer Erkrankungen eingesetzt werden, wird in diesem Abschnitt zum eher somatisch orientierten Krankheitsmanagement auch nach DiGAs gefragt, die zur Erkennung und Behandlung von körperlichen Erkrankungen oder zur individuellen Umsetzung von Behandlungsprozessen eingesetzt werden.

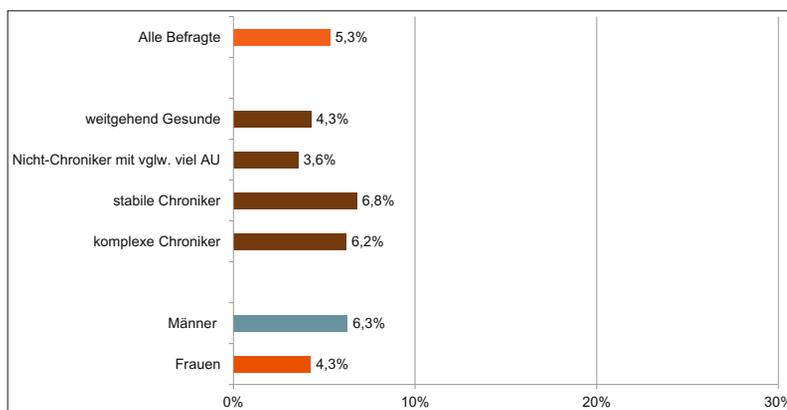
Eine DiGA in diesem Zusammenhang wurde den Befragten, weil sie zuvor schon im Kontext psychische Erkrankungen eingeführt wurde, nur kurz erläutert:²¹

²¹ Trotz dieser Erklärung kann nicht ausgeschlossen werden, dass Befragte auch solche Apps angeben, die keine DiGAs sind.

„... eine sogenannte digitale Gesundheitsanwendung (...) – also eine ‚Gesundheits-App‘ – zur Erkennung und Behandlung von körperlichen Erkrankungen oder zur individuellen Umsetzung von Behandlungsprozessen.“

DiGAs im Zusammenhang von körperlichen Erkrankungen werden oder wurden von 5,3 Prozent der Befragten verwendet. Am häufigsten von den stabilen Chronikern und den komplexen Chronikern (6,8 bzw. 6,2 Prozent). Männer nutzen sie häufiger als Frauen (6,3 zu 4,3 Prozent).

Abbildung 63: Nutzung von DiGAs zur Erkennung und Behandlung von Krankheiten oder zur individuellen Umsetzung von Behandlungsprozessen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.
Basis: Alle Befragten. N = 6.978

„Biomonitoring ist im Bereich der Vorsorge und Prävention ein Muss – v. a. bei chronischen Erkrankungen.“

Dr. Jörg Traub, Bayern Innovativ GmbH, Leiter Gesundheit

Um das Nutzungspotenzial von DiGAs zu eruieren, wurden – wie zuvor bei den DiGAs im Kontext psychischer Erkrankungen – die Befragten in zwei Gruppen eingeteilt, denen eine mehr oder weniger therapeutisch reichhaltige Variante vorgelegt wurde. Befragten, die bereits eine DiGA nutzen, wurde die Frage nicht vorgelegt.

Gruppe A wurde die weniger reichhaltige Variante vorgelegt:

- Würden Sie zur Behandlung oder zum Management einer Krankheit eine solche digitale Gesundheitsanwendung nutzen?

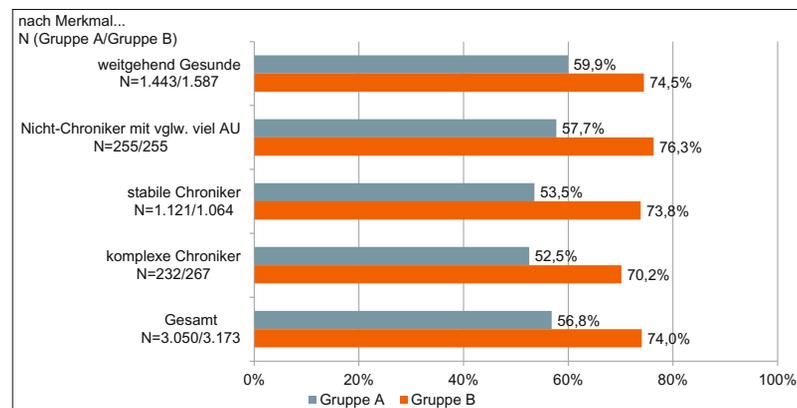
Gruppe B beantwortete die Variante einer therapeutisch reichhaltigeren DiGA-Anwendung:

- Würden Sie zur Behandlung oder zum Management einer Krankheit eine solche digitale Gesundheitsanwendung nutzen, wenn Ihr Arzt oder Psychotherapeut Ihnen diese empfiehlt und verord-

net und diese Nutzung Teil eines umfassenderen Behandlungsplan ist?

Wie bei den DiGAs im Kontext psychischer Erkrankungen ist auch hier das Nutzungspotenzial offenbar nicht ausgeschöpft. Zwischen 70 und 75 Prozent – je nach Versorgungstyp – sind bereit, eine DiGA zu nutzen, wenn sie in einen umfassenderen Behandlungsplan eingebettet wird und ärztlich empfohlen und verordnet wird. Gruppe A (weniger reichhaltige therapeutische Variante) ist deutlich weniger häufig zur Nutzung einer DiGA bereit – der Abstand zwischen beiden Varianten macht ungefähr 17 Prozentpunkte aus (Abbildung 64).

Abbildung 64: Bereitschaft zur Nutzung von DiGAs zur Erkennung und Behandlung von Krankheiten oder zur individuellen Umsetzung von Behandlungsprozessen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.
Basis: Alle Befragten, die keine DiGA nutzen/genutzt haben.

„Das telemedizinische Monitoring ermöglicht in der transsektoralen Betreuung von Patienten eine deutlich bessere Anbindung des Patienten an das Therapeutenteam und kann dadurch allgemein Compliance verbessern und Komplikationen früher aufdecken. Die Möglichkeit, durch telemedizinische Überwachung von Patienten diese auch in die Erwerbstätigkeit zu entlassen, ist vorstellbar, aber sicher nicht alleine oder nur in begrenzten Fällen primär von der Nutzung telemedizinischer Lösungen abhängig.“

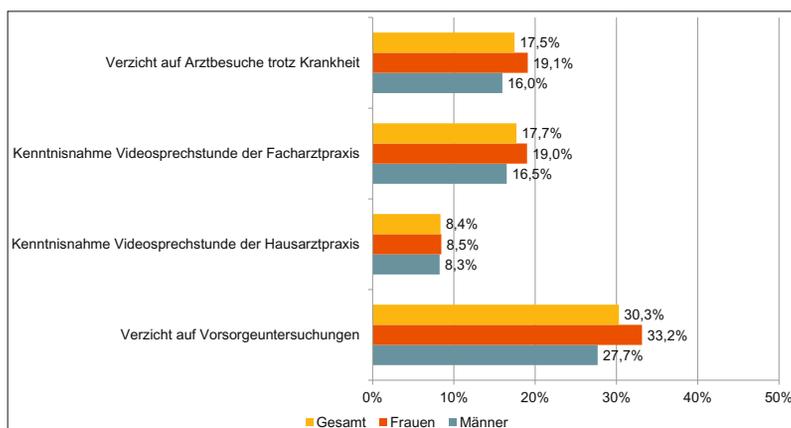
Dr. Michael von Wagner, Universitätsklinikum Frankfurt, Ärztlicher Leiter der Stabsstelle Medizinische Informationssysteme und Digitalisierung

4.7.8 Weitere Aspekte der Corona-Krise im ersten Halbjahr 2020

Abbildung 65 zeigt einige weitere Aspekte mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung aus Sicht der befragten Erwerbstätigen. Was in den vorangegangenen Kapiteln auf Basis der Analyse von DAK-Daten deutlich wurde, wird durch die Befragung bestätigt: 17,5 Prozent verzichteten trotz Krankheit auf Arztbesuche, Frauen etwas häufiger als Männer. 30,3 Prozent nahmen von Vorsorgeuntersuchungen Abstand. Auch hier trifft das auf Frauen etwas stärker zu als auf Männer (Abbildung 65).

Beschäftigte nahmen gemäß den Angaben auch Kenntnis vom Angebot der Videosprechstunde in der Hausarztpraxis (8,4 Prozent) und in der Facharztpraxis (17,7 Prozent). Diese Werte können einerseits zustande kommen, weil Patientinnen und Patienten ein schon länger bestehendes Angebot bemerken, oder weil andererseits dieses Angebots im ersten Halbjahr 2020 geschaffen wurde.

Abbildung 65: Aspekte der Versorgung in der Zeit der Corona-Pandemie in Deutschland, seit März 2020

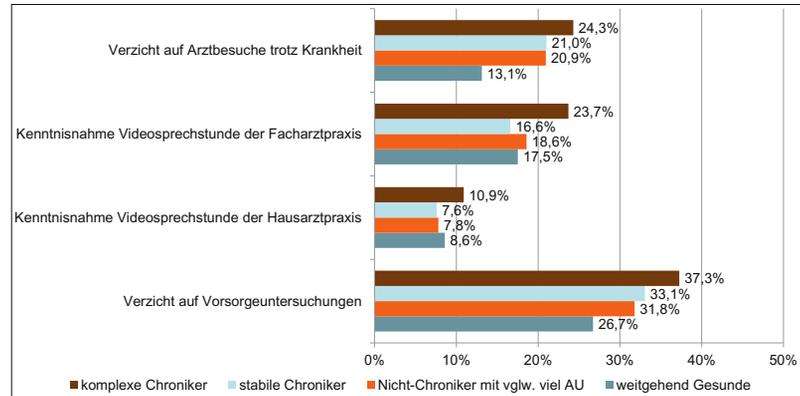


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.
Basis: Alle Befragten. N = 6.843 bis 7.054 (je nach Item)

Den Verzicht auf Arztbesuche trotz Krankheit sowie den Verzicht auf Vorsorgeuntersuchungen berichten besonders die komplexen Chroniker. Am seltensten berichten dies die weitgehend Gesunden. Arztbesuche anlässlich einer Krankheit sind bei den komplexen Chronikern vermutlich deutlich häufiger notwendig als bei den weitgehend Gesunden – das Potenzial des Verzichts ist damit bei ersteren höher

Die komplexen Chroniker haben von allen vier Versorgungstypen am häufigsten Kenntnis von der Videosprechstunde der Hausarzt- und der Facharztpraxis genommen (Abbildung 66).

Abbildung 66: Aspekte der Versorgung in der Zeit der Corona-Pandemie in Deutschland, seit März 2020 nach Versorgungstyp

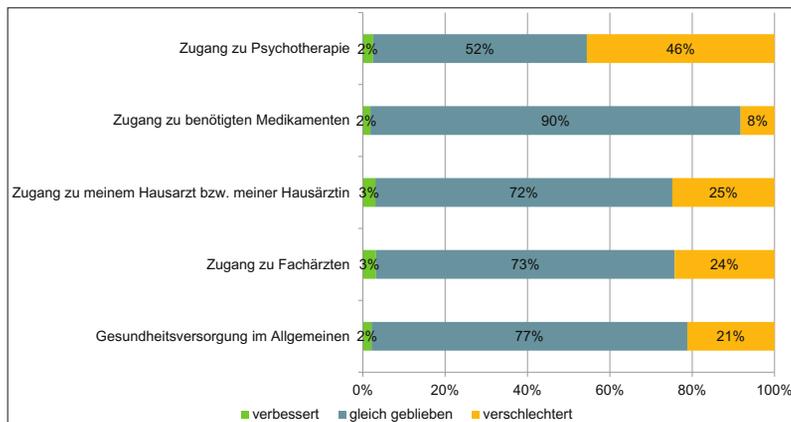


Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.
Basis: Alle Befragten. N = 6.759 bis 6.970 (je nach Item)

Wie wird die Gesundheitsversorgung subjektiv von den befragten Beschäftigten beurteilt? Erfragt wurden dazu verschiedene Bereiche der Versorgung, die sich verbessern, gleichbleiben oder verschlechtern können. Die Fragen zielten deutlich auf die persönliche Betroffenheit ab (z. B. „In dieser Zeit hat sich für mich die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen ...“). Während kaum jemand angibt, die Versorgung in einem Bereich habe sich verbessert, schätzen die meisten die Versorgung als „gleich geblieben“ ein. Je nach Item sehen zwischen 8 Prozent und 25 Prozent eine Verschlechterung, ausgenommen bei der Psychotherapie: Hier geben 46 Prozent der Befragten, die diese Frage beantwortet haben, an, dass sich der Zugang zu Psychotherapie verschlechtert habe.

Der Zugang zu Haus- und Fachärzten hat sich für etwa ein Viertel der Befragten während der Pandemie verschlechtert. Der Zugang zu Medikamenten ist dagegen nur für weniger (8 Prozent) schwieriger geworden (Abbildung 67).

Abbildung 67: Bewertung der Gesundheitsversorgung während der Corona-Krise 2020



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.

Basis: Alle Befragten. N = 5.906 bis 6.636 (je nach Item). Item „Zugang zu Psychotherapie“ N = 2.244²²

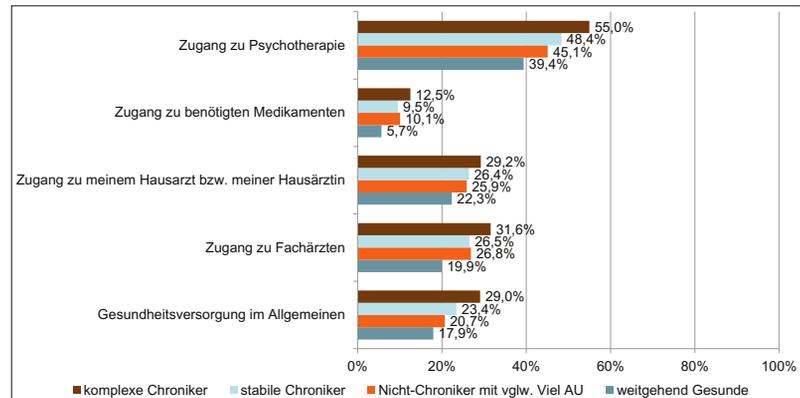
Für einen übersichtlicheren Vergleich der Versorgungstypen gibt Abbildung 68 nur den Anteil an, der eine Verschlechterung des jeweiligen Bereichs sieht. Demnach hat sich die Versorgung am deutlichsten für die komplexen Chroniker verschlechtert. Sie geben beispielsweise zu 29 Prozent an, dass sich die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen verschlechtert habe (die weitgehend Gesunden nur zu 17,9 Prozent). 12,5 Prozent geben an, dass sich der Zugang zu Medikamenten verschlechtert hat und 55 Prozent sehen eine Verschlechterung beim Zugang zur Psychotherapie (Abbildung 68).

Geschlechterunterschiede zeigen sich bei dieser Bewertung keine – einzige Ausnahme ist die Beurteilung des Zugangs zur Psychotherapie. Hier geben Frauen zu 51,9 Prozent an, dass sich der Zugang verschlechtert hat, Männer zu 39,3 Prozent (ohne Abbildung).

Komplexe Chroniker sehen am deutlichsten eine Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung

²² Die Befragten konnten bei den Items „Trifft auf mich nicht zu“ angeben; davon wurde bei der Frage nach Zugang zu Psychotherapie besonders häufig Gebrauch gemacht.

Abbildung 68: Verschlechterung der Gesundheitsversorgung während der Corona-Krise 2020 nach Versorgungstypen



Quelle: IGES nach Beschäftigtenbefragung der DAK-Gesundheit 2021.

Basis: Alle Befragten. N = 5.906 bis 6.636 (je nach Item). Item „Zugang zu Psychotherapie“ N = 2.219

Anmerkung: Angegeben ist der Anteil, der eine Verschlechterung angibt.

„Aus der Corona-Krise für das Gesundheitssystem zu lernen wäre, welche erheblichen Unterschiede in der Vulnerabilität für bestimmte Krankheiten in verschiedenen Beschäftigtengruppen bestehen (Lehrkräfte, medizinisches und Pflegepersonal, Logistik und Lebensmitteleinzelhandel haben sich als von Covid-19 besonders gefährdet gezeigt). Zugleich müssen unterschiedliche sozioökonomische Risiken besser berücksichtigt werden, in Bezug auf Vorsorge, Infektionsgefahr, Verlauf und Letalität.“

Prof. Dr. Cordula Kropp, ZIRIUS Zentrum für Interdisziplinäre Risiko- und Innovationsforschung der Universität Stuttgart²³

4.8 Zusammenfassung

Der Schwerpunkt 2021 hat den Inanspruchnahmerückgang der ambulanten Versorgung im ersten Halbjahr 2020 nachgezeichnet

Der DAK-Gesundheitsreport 2021 hat in seinem Schwerpunkthema auf der Basis von DAK-Daten nachgezeichnet, wie Versicherte im ersten Halbjahr – also zu Beginn und beim ersten Höhepunkt der Corona-Krise – die ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch nehmen.

In vielen Bereichen ging die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung während des ersten Halbjahres 2020 zurück, zum Teil deutlich. Besonders gilt dies für aufschiebbare Leistungen wie die Krankheitsfrüherkennung. Hier verzeichnen insbesondere Frauen einen Inanspruchnahmerückgang um bis zu 73 Prozent. Die Inanspruch-

²³ ZIRIUS erstellte zuletzt das Technik Radar 2021. Stakeholderperspektiven, gemeinsam mit der Körper-Stiftung und acatech: <https://www.acatech.de/publikation/technikradar-2021-stakeholderperspektiven/>

nahme normalisiert sich in diesem Bereich im ersten Halbjahr 2020 nicht mehr. Zu den Bereichen, die einen besonders starken Inanspruchnahmerückgang erlebt haben, gehören auch die physikalische und rehabilitative Medizin sowie die Augenheilkunde.

Nicht aufschiebbare Leistungen wie die Dialyse werden dagegen weiterhin auf dem Niveau der Vorjahre in Anspruch genommen.

Bei der Analyse der Versorgung wurden vier Kohorten bzw. Versorgungstypen betrachtet. Die Kohorte der komplexen Chroniker reduziert in vielen Bereichen ihre Inanspruchnahme besonders stark.

Auch die Zahl der Krankschreibungen geht während des ersten Halbjahres 2020 stark zurück, mit 45 Prozent Rückgang am stärksten im April 2020. Vor allem die Kohorten der Nicht-Chroniker mit vglw. viel AU sowie die stabilen Chroniker haben sich weniger krankschreiben lassen als im Referenzzeitraum. Beide Gruppen haben im April 2020 58 Prozent weniger Krankschreibungen als im April der Jahre 2018 und 2019.

Die telefonische Krankschreibung, die mit Wirkung zum 9. März 2020 beschlossen wurde, wurde im ersten Märzviertel am häufigsten genutzt. In 7 Tagen haben sich 100 Versicherte 0,14 Mal telefonisch krankschreiben lassen. Frauen ließen sich durchgängig häufiger als Männer telefonisch krankschreiben.

Arztkontakte per Telefon und Video nehmen im ersten Halbjahr 2020 sehr stark zu und erreichen einen Höhepunkt im April 2020. Frauen nehmen sowohl die Telefon- als auch die Videosprechstunde deutlich stärker in Anspruch als Männer.

Im Unterschied zur den Arztkontakten fallen Verordnungen von Medikamenten kaum unter das Niveau der Vorjahre. Hier ist im Gegenteil zu beobachten, dass es zu Anfang der Corona-Krise zu einem starken Anstieg der Verordnungen kommt. Dies deutet auf eine Bevorratung hin, die möglicherweise stattfindet, weil Patientinnen und Patienten Sorge um eine Unterbrechung der Versorgung mit Arzneimitteln haben, und/oder weil sie für die kommenden Wochen und Monate Besuche in der Arztpraxis vermeiden wollen.

Die Befragungsergebnisse komplettieren auch das Bild der Inanspruchnahmereduktion ärztlicher Leistungen und zeigen, dass Befragte auf Arztbesuche verzichtet haben. Am stärksten betroffen sind die komplexen Chroniker, die zu etwa einem Viertel auf Arztbesuche trotz Krankheit verzichtet haben; auf Vorsorgeuntersuchungen haben sie zu 37 Prozent verzichtet.

Gegenstand der Beschäftigtenbefragung waren zudem Stand und Potenzial bereits vorhandener, aber noch wenig genutzter Innovationen, die zudem – wie die telefonische Krankschreibung – durch die Corona-Krise Aufmerksamkeit erfahren haben. Hierzu gehört die telefonische Krankschreibung, die zwar aus Infektionsschutzgründen und aus Sorge um Überlastung der Arztpraxen ermöglicht wur-

Die komplexen Chroniker reduzieren ihre Inanspruchnahme besonders deutlich

Arztkontakte per Telefon und Video nehmen im ersten Halbjahr 2020 sehr stark zu

Befragungsergebnisse zeigen ebenfalls eine Inanspruchnahmereduktion ärztlicher Leistungen

Telefonische Krankschreibung

de, die aber möglicherweise auch nach der Pandemie zumindest bei Bagatellerkrankungen eine sinnvolle Möglichkeit für Erwerbstätige sein könnte.

Die Befragung zeigt, dass in gut 40 Prozent der Arztbesuche anlässlich einer Krankschreibung ausschließlich diese von den Beschäftigten nachgefragt wird. Leistungen, die einen persönlichen Kontakt mit dem Arzt oder der Ärztin erforderlich machen, werden in diesen Fällen ausdrücklich nicht nachgefragt.

Beschäftigte können sich eine telefonische Krankschreibung demnach gut vorstellen. 24 Prozent ohne Einschränkung und weitere 59 Prozent bei bestimmten Krankheiten.

Videosprechstunde und digitale Gesundheitsanwendungen sind einerseits wenig verbreitet, zeigen aber ein großes Nutzungspotenzial seitens der Beschäftigten

Moderne Elemente der gesundheitlichen Versorgung wie Videosprechstunde und digitale Gesundheitsanwendungen sind bisher wenig verbreitet. Betrachtet man jedoch die relevanten Gruppen, zeigt sich eine durchaus nennenswerte Verbreitung: Die Nutzung einer digitalen Gesundheitsanwendung mit Bezug zu psychischen Erkrankungen geben 12,4 Prozent der Befragten mit einer psychischen Erkrankung und 17,3 Prozent der Befragten mit mehreren psychischen Erkrankungen an.

Andererseits gilt, dass das Nutzungspotenzial und die Nutzungsbereitschaft hoch sind, wenn eine DiGA in ein umfassendes Behandlungsprogramm eingebettet ist. 74 Prozent würden unter dieser Voraussetzung eine DiGA zur Behandlung oder zum Management einer Krankheit nutzen, wenn Ihr Arzt oder Ihre Ärztin diese empfiehlt und verordnet und sie Teil eines umfassenderen Behandlungsplans ist.

„In der Corona-Krise hat sich gezeigt, dass sicherlich auch Erwerbstätige zum Teil ihre Routineterminale gerade in der Versorgung chronischer Erkrankungen zurückgestellt haben. Hier fehlten Informationen und flexible Reaktionsmöglichkeiten seitens des Systems, zumindest zu Anfang. Entsprechend müssen Versorgungsakteure proaktiv befähigt werden, solche Entwicklungen einzuplanen und reagieren zu können. Zudem war das Vor-Ort Management am Beginn auch oft verbesserungswürdig. Dafür wären bessere lokale Lösungen nötig, zum Beispiel, indem regionale Strukturen oder Verbände als digitale Anlaufstelle für schnelle Umstellungen wirken könnten (was ist zu tun, woran ist zu denken, welche Arrangements sind wichtig etc.).“

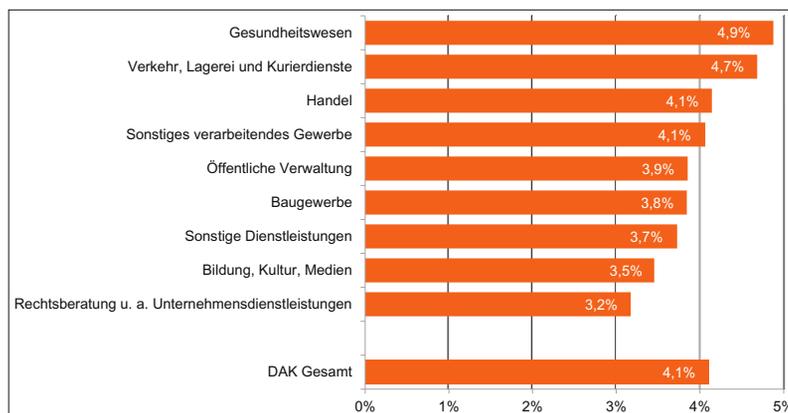
Prof. Dr. Hajo Zeeb, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie

5. Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen

Im fünften Kapitel wird die Krankenstandsentwicklung nach Branchen differenziert dargestellt. Grundlage der Auswertung ist die Zuordnung der Mitglieder der DAK-Gesundheit zu den Wirtschaftszweigen. Die Zuordnung nehmen die Arbeitgeber anhand des Schlüssels der Bundesanstalt für Arbeit bzw. des Statistischen Bundesamtes vor.²⁴

Im Folgenden wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zunächst in den neun Wirtschaftsgruppen, in denen besonders viele Mitglieder der DAK-Gesundheit beschäftigt sind, etwas detaillierter betrachtet (vgl. Abbildung 69). Abbildung 70 geht auf die übrigen Wirtschaftsgruppen ein.

Abbildung 69: Krankenstandswerte 2020 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Die Branche „Gesundheitswesen“ lag mit einem Krankenstandswert von 4,9 Prozent an der Spitze und somit eindeutig über dem Durchschnitt aller Branchen. Die Branchen „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ sowie „Handel“ und „Sonstiges verarbeitendes Gewerbe“ folgten mit einem Krankenstand von 4,7 Prozent bzw. jeweils 4,1 Prozent auf den Plätzen zwei und drei. Unter dem Durchschnitt lagen die Branchen „Öffentliche Verwaltung“ mit 3,9 Prozent sowie „Baugewerbe“ mit 3,8 Prozent, „Sonstige Dienstleistungen“ mit 3,7 Prozent sowie „Bildung, Kultur, Medien“ und „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ mit 3,5 Prozent bzw. 3,2 Prozent.

Wirtschaftsgruppen mit besonders hohem Anteil von Mitgliedern der DAK-Gesundheit

Branche Gesundheitswesen an der Spitze

²⁴ Für die Auswertungen im Rahmen der DAK-Gesundheitsreports wird die Gruppierung der Wirtschaftszweige durch Zusammenfassung bzw. Ausgliederung gegenüber der Schlüsselssystematik leicht verändert, um einige für die DAK-Gesundheit besonders charakteristische Wirtschaftsgruppen besser darstellen zu können.

Ursächlich für diese Unterschiede sind deutliche Abweichungen zwischen den Branchen hinsichtlich der Fallhäufigkeit und Falldauer:

- Verantwortlich für die hohen Ausfallzeiten in der Branche „Gesundheitswesen“ ist vor allem die erhöhte Fallhäufigkeit mit 116,2 Fällen pro 100 VJ gegenüber dem Gesamtdurchschnitt (104,6 Fälle pro 100 VJ). Die Falldauer von durchschnittlich 15,4 Tagen pro Krankheitsfall lag ebenfalls über dem Durchschnitt.
- Die hohen Ausfallzeiten in „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ sind auf eine überdurchschnittliche Falldauer zurückzuführen: Je 100 ganzjährig Versicherter konnten 2020 108,6 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 15,8 Tage dauerten.

DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege und im DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006

Das hohe Krankenstandsniveau im Gesundheitswesen ist zu einem großen Teil auf stark belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Pflegenden wurden vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems im DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege und im DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege umfassend analysiert.

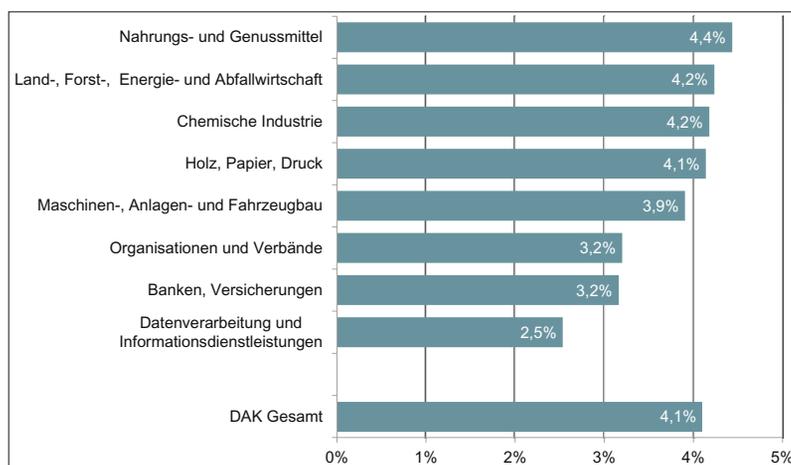
Wesentliche Ergebnisse sind, dass Pflegenden noch immer überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen sind. Dabei spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen eine besonders wichtige Rolle. Beide Krankheitsarten stehen häufig im Zusammenhang mit Belastungen aus der Arbeitswelt, die sich durch geeignete betriebliche Präventionsmaßnahmen grundsätzlich reduzieren lassen.

- In der Branche „Handel“ beträgt die Fallhäufigkeit je 100 Versicherte 100,3 Erkrankungsfälle und liegt damit leicht unter dem Durchschnitt (104,6 AU-Fälle). Die Erkrankungsdauer lag im „Handel“ mit durchschnittlich 15,1 Tagen über dem Durchschnitt aller Branchen (14,4 Tage je AU-Fall).

Der niedrige Krankenstand in den Branchen „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ lässt sich zurückführen auf eine unterdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit sowie eine niedrigere Erkrankungsdauer:

- 100 ganzjährig Beschäftigte im Wirtschaftszweig „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ waren 2020 nur 92,4 Mal arbeitsunfähig erkrankt. Eine Erkrankung dauerte hier im Durchschnitt nur 12,6 Tage.

Abbildung 70: Krankenstandswerte 2020 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Abbildung 70 zeigt die Krankenstände in den übrigen acht Wirtschaftsgruppen. Es zeigt sich, dass einige der Branchen, die dem verarbeitenden Gewerbe zuzuordnen sind, wie z.B. „Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau“, unter dem DAK-Gesundheit-Durchschnitt liegende Krankenstandswerte aufweisen.

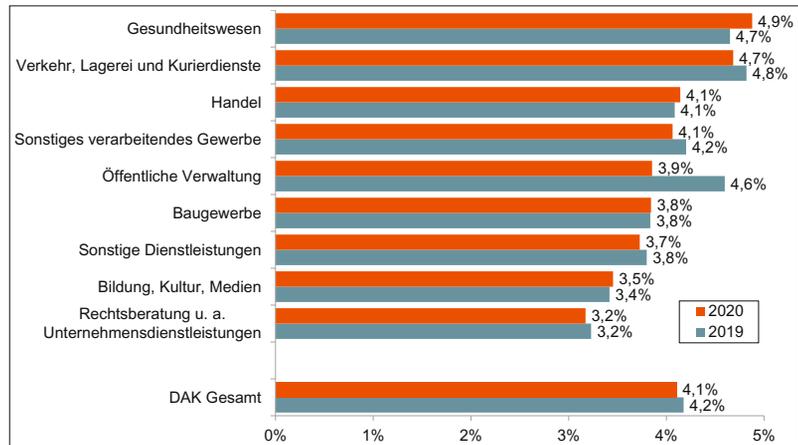
Bereits in den Vorjahresberichten wurde darauf hingewiesen, dass Mitglieder der DAK-Gesundheit in diesen Branchen aufgrund der Historie der DAK-Gesundheit als Angestellten-Krankenkasse vermutlich überwiegend nicht in den gewerblichen Bereichen, sondern in den gesundheitlich weniger belastenden Verwaltungs- und Bürobereichen arbeiten.

Einen besonders niedrigen Wert erzielte die Branche „Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen“, die über alle Branchen hinweg den niedrigsten Krankenstand aufweist.

In Abbildung 71 und Abbildung 72 sind die Krankenstandswerte nach Wirtschaftsgruppen der Jahre 2019 und 2020 vergleichend gegenübergestellt.

Es zeigt sich, dass die Krankenstände in fast allen Wirtschaftsgruppen um 0,1 bis 0,2 Prozentpunkte gestiegen bzw. gefallen sind. Eine Ausnahme stellt dabei die öffentliche Verwaltung dar. Hier fiel der Krankenstand um 0,7 Prozentpunkte.

Abbildung 71: Krankenstandswerte 2019–2020 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Abbildung 72: Krankenstandswerte 2019–2020 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Bei den acht übrigen Wirtschaftsgruppen ist der Krankenstand in der Branche „Nahrungs- und Genussmittel“ leicht gestiegen. In den übrigen Wirtschaftsgruppen blieb der Krankenstand konstant oder ist leicht gestiegen.

6. Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern beruht auf der Zuordnung der Mitglieder der DAK-Gesundheit nach ihren Wohnorten.

Um Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Versicherten aufzuzeigen, werden neben Analysen für die einzelnen Bundesländer auch die Gesamtwerte für West- und Ostdeutschland ausgewiesen. Tabelle 18 zeigt die wichtigsten Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Bundesländern für das Jahr 2020.

Tabelle 18: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2020

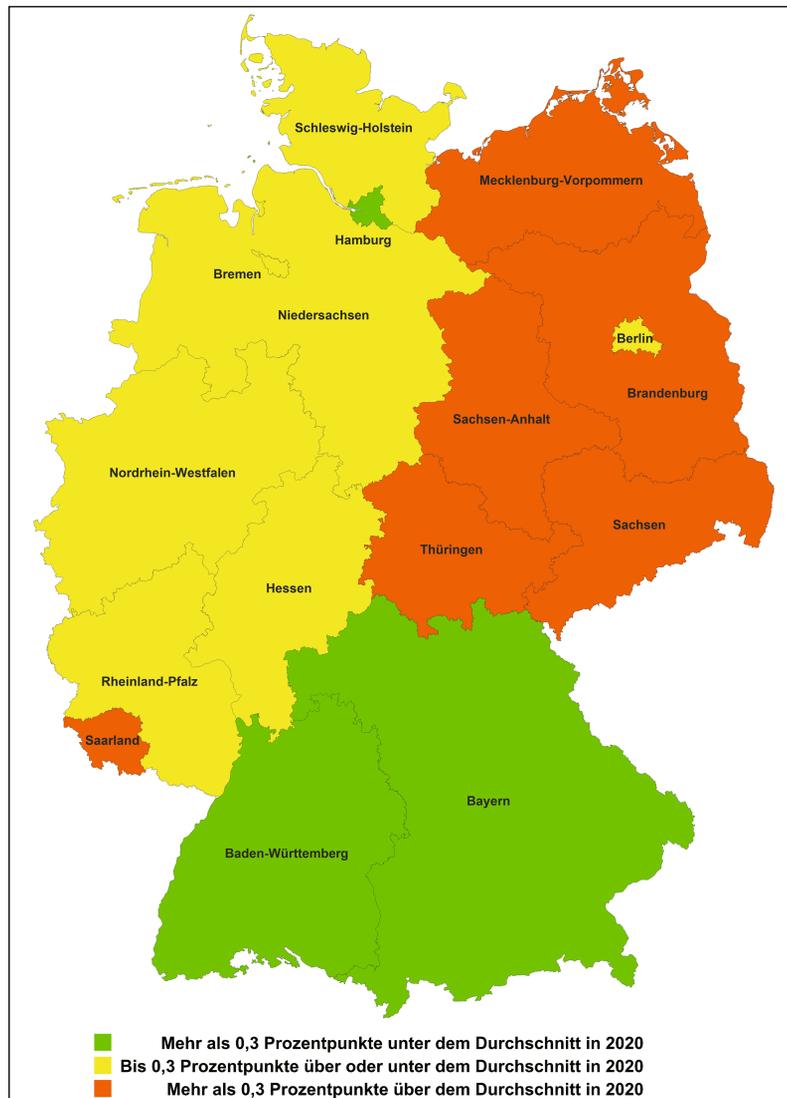
Bundesland	Krankenstand	pro 100 Versichertenjahre		
		AU-Tage	AU-Fälle	Ø Falldauer
Baden-Württemberg	3,4 %	1259,7	94,0	13,4
Bayern	3,7 %	1367,3	97,5	14,0
Berlin*	4,2 %	1542,8	102,4	15,1
Bremen	4,1 %	1504,5	99,6	15,1
Hamburg	3,6 %	1305,2	90,6	14,4
Hessen	4,1 %	1500,1	107,9	13,9
Niedersachsen	4,1 %	1495,2	103,3	14,5
Nordrhein-Westfalen	4,1 %	1490,8	101,6	14,7
Rheinland-Pfalz	4,4 %	1599,2	107,2	14,9
Saarland	5,0 %	1813,5	110,1	16,5
Schleswig-Holstein	4,1 %	1499,5	108,6	13,8
Westliche Bundesländer	4,0 %	1448,5	101,4	14,3
Brandenburg	5,2 %	1893,2	127,9	14,8
Mecklenburg-Vorpommern	5,0 %	1821,1	123,6	14,7
Sachsen	4,6 %	1693,4	120,3	14,1
Sachsen-Anhalt	5,2 %	1920,7	133,6	14,4
Thüringen	5,1 %	1861,8	130,3	14,3
Östliche Bundesländer	5,0 %	1846,4	127,1	14,5
Gesamt	4,1 %	1.502,0	104,6	14,4

Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020 * Berlin (Ost und West) gehört krankensicherungsrechtlich zu den westlichen Bundesländern (Rechtskreis West)

Regionale Unterschiede bestehen auch im Jahr 2020 fort

Hinter dem Gesamtkrankenstand von 4,1 Prozent verbergen sich regionale Unterschiede: Wie auch in den Vorjahren sind 2020 drei unterschiedliche „Krankenstandsregionen“ erkennbar (vgl. Abbildung 73). Das südliche Bundesland Baden-Württemberg verzeichnet einen besonders günstigen Wert: Hier liegt das Krankenstandsniveau deutlich – d. h. mehr als 0,3 Prozentpunkte – unter dem DAK-Gesundheit-Bundesdurchschnitt. Bayern und Hamburg gehören ebenfalls zu dieser Gruppe.

Abbildung 73: Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Gesundheit-Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot)



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

Günstigste Krankenstandswerte neben Baden-Württemberg und Hamburg auch in Bayern

Die Bundesländer Baden-Württemberg und Hamburg weisen mit einem Krankenstand in Höhe von 3,4 Prozent bzw. 3,6 Prozent die niedrigsten Werte auf. Dahinter folgt das Bundesland Bayern mit einem ebenfalls deutlich unterdurchschnittlichen Krankenstand in Höhe von 3,7 Prozent. Hamburg ist damit erstmals auf den zweiten Platz vor Bayern vorgerückt.

Mit Ausnahme der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg und Saarland weichen die übrigen westlichen Bundesländer nicht mehr als 0,3 Prozentpunkte vom Bundesdurchschnitt ab. Knapp über dem Durchschnitt liegen Berlin und Rheinland-Pfalz.

In Ostdeutschland werden allgemein über dem Bundesdurchschnitt liegende Krankenstände beobachtet. Am günstigsten stellt sich die Situation in Sachsen dar, wo mit 4,6 Prozent der niedrigste Krankenstand der fünf östlichen Bundesländer festgestellt wurde. Hier liegt das Krankenstandsniveau 0,5 Prozentpunkte über dem DAK-Gesundheit-Bundesdurchschnitt. Alle übrigen Werte liegen deutlich über dem Durchschnitt. Sachsen-Anhalt und Brandenburg lagen mit einem Krankenstand von jeweils 5,2 Prozent an der Spitze.

Ursache für den erhöhten Krankenstand in den östlichen Bundesländern ist eine überdurchschnittliche Fallhäufigkeit teilweise zusätzlich in Verbindung mit einer überdurchschnittlichen Falldauer.

Während die Zahl der AU-Fälle pro 100 Versicherte in den westlichen Ländern zwischen 90,6 (Hamburg) und 110,1 (Saarland) liegt, weisen die östlichen Länder Werte zwischen 120,3 (Sachsen) und 133,6 (Sachsen-Anhalt) auf. Die Falldauer bewegt sich zwischen 13,4 Tagen in Baden-Württemberg und 16,5 Tagen im Saarland.

Entwicklung des Krankenstands 2019–2020

Abbildung 74 gibt einen Überblick über die bundeslandspezifischen Krankenstände des Jahres 2020 im Vergleich zum Vorjahr. Ein Rückgang der Krankenstandswerte um 0,1 bis 0,2 Prozentpunkte ist in den meisten Bundesländern zu beobachten.

In den westlichen Bundesländern verzeichnet Hessen den größten Rückgang des Krankenstandes um 0,2 Prozentpunkte. In den restlichen westlichen Bundesländern ist der Wert in Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg und Niedersachsen mit einem Rückgang um 0,1 Prozentpunkte ebenfalls gesunken.

Auch in den östlichen Bundesländern ist ein Rückgang des Krankenstands zu beobachten. Der stärkste Rückgang lässt sich in Sachsen-Anhalt und Thüringen um 0,1 Prozentpunkte beobachten.

Eine Übersicht über die Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Jahre 2019 und 2020 aufgeschlüsselt nach Bundesländern ist den Tabellen A1 und A2 im Anhang des DAK-Gesundheitsreports zu entnehmen.

Hamburg erstmals an zweiter Stelle

Westliche Bundesländer liegen um den Durchschnitt

Alle östlichen Länder über dem DAK-Gesundheit-Bundesdurchschnitt

Hohe Fallzahlen in Verbindung mit teils überdurchschnittlichen Erkrankungsdauern sind Ursache des erhöhten Krankenstands im Osten

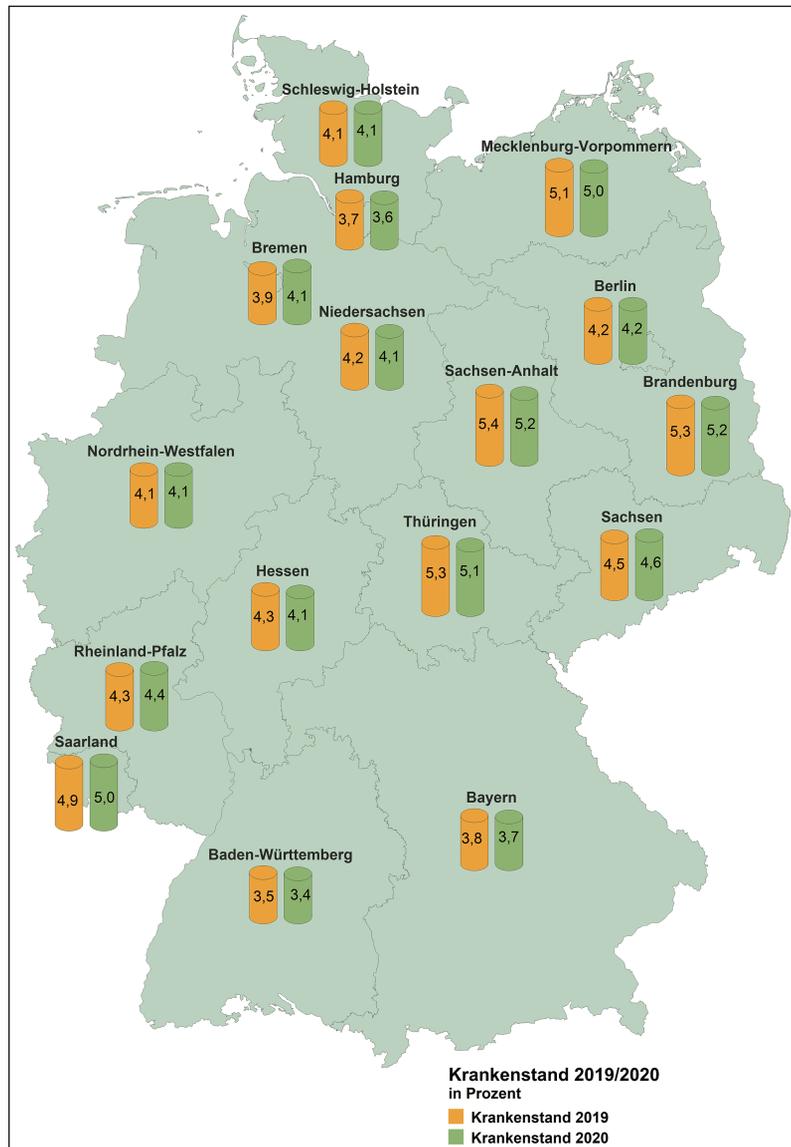
Rückgang des Krankenstands in fast allen Bundesländern

Westliche Bundesländer

Östliche Bundesländer

Übersichtstabellen im Anhang

Abbildung 74: Krankenstandswerte der Jahre 2019 und 2020 nach Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2019–2020

Ursachen für die Unterschiede im Krankenstand zwischen Ost- und Westdeutschland

Seit vielen Jahren berichtet die DAK-Gesundheit über den Krankenstand ihrer versicherten Mitglieder und beobachtete jährlich, dass der Krankenstand im Osten deutlich über dem im Westen liegt.

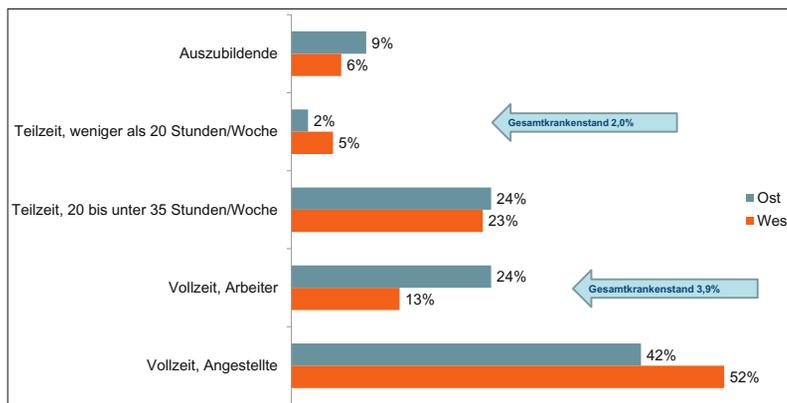
Um herauszufinden, was diesen Unterschied begründet, hat die DAK-Gesundheit im Herbst 2007 eine Untersuchung durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden. Als zentrale Erkenntnisse dieser Kurzstudie sind hervorzuheben:

Der Krankenstand im Osten wird durch eine ungünstigere und im Westen durch ein günstigeres Versicherten- sowie Wirtschaftsstruktur beeinflusst.

Das Meldeverhalten der Versicherten im Osten führt im Vergleich zum Meldeverhalten der Versicherten im Westen zu einer exakteren Erfassung des Krankenstandes.

Zur Erklärung der Krankenstandsunterschiede wurde eine vertiefte Analyse der AU-Daten des Jahres 2006 durchgeführt. Wie Abbildung 75 zeigt, sind im Osten gewerbliche Arbeitnehmer über- und Teilzeitkräfte mit einem Beschäftigungsumfang von weniger als 20 Wochenstunden unterrepräsentiert.

Abbildung 75: Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West



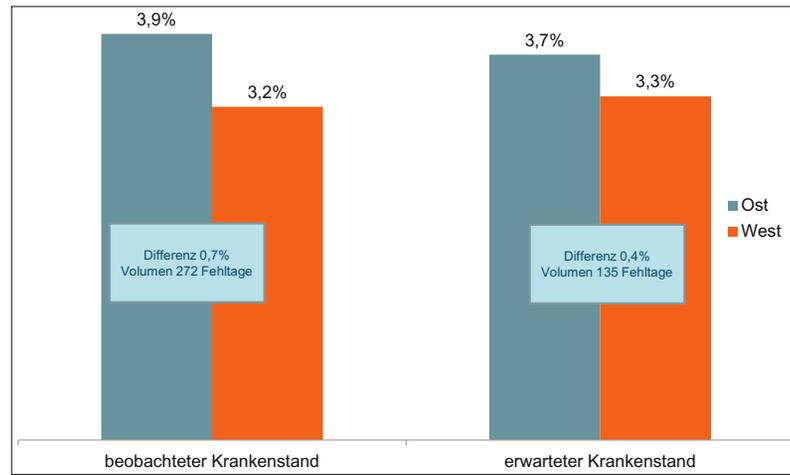
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006

Für Arbeiter ist im Vergleich zu den Teilzeitbeschäftigten oder auch Angestellten ein überdurchschnittlich hoher Krankenstand in Höhe von 4,1 Prozent kennzeichnend, was sich aufgrund ihres höheren Anteils unter den Versicherten der DAK-Gesundheit in Ostdeutschland steigend auf den Krankenstand Ost im Vergleich zum Krankenstand West auswirkt.

Neben den strukturellen Unterschieden in Bezug auf das Merkmal berufliche Stellung ergaben die AU-Analysen, dass die höheren Krankenstände im Rechtskreis Ost zu einem weiteren Teil auch auf ungünstigere Wirtschaftsstrukturen zurückzuführen sind, wenn die Verteilung der Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen in die Analyse miteinbezogen wird. In den östlichen Bundesländern arbeitet ein größerer Anteil der Mitglieder in Branchen, die allgemein durch einen höheren Krankenstand gekennzeichnet sind.

Die folgende Abbildung 76 zeigt, wie groß der Einfluss der hier aufgezeigten Strukturunterschiede ist bzw. ein wie großer Unterschied bestehen würde, fände man die strukturellen Abweichungen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur so nicht vor.

Abbildung 76: Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2006

Beobachtet (AU-Daten 2016) wird eine Differenz von 0,7 Prozentpunkten im Krankenstand. Das entspricht einem Volumen von 272 AU-Tagen. Daneben abgebildet ist der Krankenstand, den man bei gleicher Versichertenstruktur nach Alter, Geschlecht, Wirtschaftsstruktur und dem Merkmal Stellung im Beruf bzw. Beschäftigungsumfang in Ost und West erwarten würde: Die beobachtete Krankenstands-differenz zwischen den Rechtskreisen Ost und West ist zu rund 50 Prozent (135 AU-Tage) auf diese Strukturmerkmale zurückzuführen. Die Wirtschaftsstruktur spielt dabei die größte Rolle.

Die Auswertung einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage der DAK-Gesundheit im Herbst 2007 zeigt zudem, dass ein weiterer Teil der beobachteten Krankenstands-differenz auf eine stärkere Unter-erfassung von AU-Fällen im Westen im Vergleich zum Osten zurückzuführen ist.

Die Fallhäufigkeiten werden im Westen um insgesamt 27 Prozent und im Osten lediglich um 10 Prozent unterschätzt. Dies begünstigt den Krankenstandswert im Westen stärker als im Osten.

Als Hauptursache für diese Untererfassung ist das Nichteinreichen des gelben Scheins zu nennen. Wie die Auswertung der Umfrage zeigt, sind beinahe 50 Prozent aller untererfassten Fälle darauf zurückzuführen.

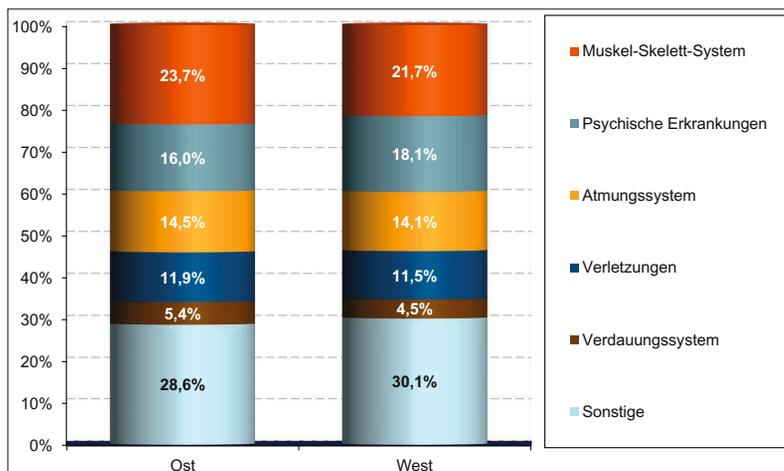
Korrigiert man nun die beobachteten Krankenstandswerte rechnerisch um die untererfassten AU-Fälle, so nähern sich die beobachteten Krankenstandswerte weiter an.

Für den über die aufgezeigten Erklärungsansätze hinaus weiterhin bestehenden Unterschied im Krankenstand müssen andere Ursachen in Betracht gezogen werden, wie bestehende Morbiditätsunterschiede (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Muskel-Skelett-Erkrankungen).

Bedeutung der Krankheitsarten in den östlichen und westlichen Bundesländern

In den vorangehenden DAK-Gesundheitsreporten wurden Unterschiede zwischen den westlichen und den östlichen Bundesländern im Hinblick auf die Bedeutung der Krankheitsarten festgestellt. Abbildung 77 zeigt die Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand 2020.

Abbildung 77: Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2020

In den westlichen Bundesländern spielen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems wie im Vorjahr eine etwas kleinere Rolle als in den östlichen Bundesländern. Das gleiche gilt für Erkrankungen des Atmungssystems, Verletzungen und Erkrankungen des Verdauungssystems. Einen höheren Anteil am Krankenstand als in Ostdeutschland haben dagegen psychische Erkrankungen.

Psychische Erkrankungen haben größere Bedeutung im Rechtskreis West

Der Anteil lag in den westlichen Bundesländern über dem Wert der östlichen Bundesländer (18,1 Prozent gegenüber 16,0 Prozent Anteil am Krankenstand insgesamt).

7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Mit dem Gesundheitsreport 2021 setzt die DAK-Gesundheit ihre jährliche Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit fort. Insgesamt kann die Entwicklung des Krankheitsgeschehens der Versicherten der DAK-Gesundheit von bereits mehr als zwanzig Jahren betrachtet werden. Für das Jahr 2020 wird folgende Bilanz gezogen:

Gesamtkrankenstand leicht gesunken

- Der Krankenstand lag bei 4,1 Prozent. Nach dem der Krankenstand in 2019 gegenüber dem Vorjahr konstant geblieben war, sank der Wert für das Jahr 2020 um 0,1 Prozentpunkte.

Eine monokausale Erklärung für die Entwicklung des Krankenstands der Mitglieder der DAK-Gesundheit kann nicht gegeben werden. Vielmehr müssen mehrere Faktoren, insbesondere auf volkswirtschaftlicher und betrieblicher Ebene, in Betracht gezogen werden, die sich in ihrer Wirkung verstärken oder auch aufheben können.

Dessen ungeachtet kann nach einem Zehn-Jahresvergleich der Krankmeldungen das Fazit gezogen werden, dass Konjunkturveränderungen allein nicht mehr automatisch zu deutlichen Absenkungen oder Erhöhungen des Krankenstands führen. Der Krankenstand entwickelt sich weitgehend unabhängig von konjunkturellen Verläufen.

Betriebliche Gesundheitsförderung verhindert deutlichen Anstieg des Krankenstandes

Erklärungen für das bei den DAK-Mitgliedern beobachtbare Krankenstandniveau sind jedoch auch auf betrieblicher Ebene zu suchen: Wenn es hier nicht zu einem Anstieg des Krankenstands kommt, kann dies u. a. auf Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Berücksichtigung von Fragen der Mitarbeitergesundheit bei der Organisations- und Personalentwicklung in Unternehmen zurückgeführt werden.

Die Betrachtung des Gesamtkrankenstandes sagt über die gesundheitlichen Belastungen der DAK-Versicherten noch nicht alles aus. Ergänzend heranzuziehen sind Auswertungen nach Krankmeldungen unterschiedlicher Dauer, nach Krankheitsarten sowie auch nach Wirtschaftsgruppen:

AU bei Langzeiterkrankungen leicht gestiegen

- Das Gesamtvolumen an AU-Tagen ist 2020 gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Krankmeldungen bei Langzeitarbeitsunfähigkeiten mit 4,7 Prozent allerdings leicht gestiegen (4,0 Prozent in 2019). Ihr Anteil an den AU-Tagen stieg ebenfalls leicht auf 46,7 Prozent.

Anstieg bei psychischen Erkrankungen

- Wird das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auf der Ebene von Krankheitsarten betrachtet, zeigt sich im Vorjahresvergleich, dass Fehltag aufgrund von psychischen Erkrankungen erneut gestiegen sind.

- Daher sollten Maßnahmen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung den Fokus u. a. auf den Abbau von psychosozialen Belastungen wie chronischen Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen, Überforderung etc. legen.

Die Auswertungen des DAK-Gesundheitsreports 2021 für das Berichtsjahr 2020 zeigen teilweise größere Krankenstandsunterschiede zwischen den Branchen, die auf Unterschiede in den Gesundheitsgefährdungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten hindeuten.

2020 lag die Branche Gesundheitswesen an der Spitze und verzeichnete den höchsten Krankenstand.

Auch können je nach Branche strukturelle Aspekte für die Krankheitsquote eine größere Rolle spielen. So fällt auf, dass der Krankenstand in einigen Branchen mit kleinbetrieblichen Strukturen, wie z. B. im Bereich „Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen“ unterdurchschnittlich ist. Für Groß- und Kleinbetriebe gleichermaßen ist das Betriebsklima, d. h. die soziale Kultur des Unternehmens, eine wichtige Einflussgröße, um den Krankenstand erfolgreich zu senken.

Strukturelle Aspekte, Kultur und Betriebsklima können die Krankheitsquote beeinflussen

Und schließlich ist die Entwicklung des Krankenstands auch Ausdruck unterschiedlicher Krankheiten und Gesundheitsrisiken sowie auch individueller Gesundheitseinstellungen und kollektiver Verhaltensweisen.

Für das Fazit zum Schwerpunktthema, siehe Abschnitt 4.8.

Anhang I: Hinweise und Erläuterungen

Erläuterungen zu den wichtigsten Begriffen und Kennzahlen

- ... pro 100 Versichertenjahre bzw. Mitglieder** An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße „pro 100 Versicherte“ verwendet. Dabei handelt es sich jedoch um „100 Versichertenjahre“ bzw. 100 ganzjährig versicherte Mitglieder. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2020 über bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf volle Jahre umgerechnet. Zur Berechnung bspw. der Fallhäufigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht auf 100 Mitglieder bezogen, sondern auf 100 ganzjährig Versicherte.
- Betroffenenquote** Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 Prozent ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.
- AU-Fälle oder Fallhäufigkeit** Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Diagnose gezählt. Im Gesundheitsbericht finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versicherte.
- Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK-Gesundheit nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.
- Krankenstand** Die Kennzahl „Krankenstand“ wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK-Gesundheit eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.
- AU-Tage pro 100 Versicherte** Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltag – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365 (Schaltjahr Division durch 366), so erhält man den Krankenstandswert.
- Durchschnittliche Falldauer** Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert wird.
- AU-Diagnosen** Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Diagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zumeist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.

Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren – es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.

Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. An einigen Stellen dieses Gesundheitsberichts finden Sie solche altersgruppenweisen Auswertungen – teilweise zusätzlich auch nach Geschlechtern getrennt.

Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK-Gesundheit mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, werden so genannte standardisierte Kennzahlen berechnet.

Dies bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsberichten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wurde dazu bis 2012 gemäß der „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des § 20 SGB V“ der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik im Mai 1992.

Je länger man an der gewählten Bezugsbevölkerung festhält, desto größer wird der Zeitraum, für den man Zeitreihen der gebildeten Kennzahlen betrachten kann. Der Nachteil dabei ist, dass sich die standardisierten Kennzahlen immer weiter von den tatsächlich beobachteten Werten entfernen, wenn sich die Alters- und Geschlechtsstruktur der Erwerbsbevölkerung spürbar verändert.

Passt man in dieser Situation die Bezugsbevölkerung im Standardisierungsverfahren an, so verliert man die Vergleichbarkeit der aktuell berichteten Werte mit denen aus zurückliegenden Jahren. Zeitreihen lassen sich dann erst nach Ablauf weiterer Jahre erzeugen,

Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen

Eine Lösung: altersgruppenweise Vergleiche

Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen

Standardisierung nach Geschlecht und Alter

Aktualisierte Bezugsbevölkerung

wenn noch mehr Werte auf Basis der neuen, aktuelleren Bezugsbevölkerung berechnet werden konnten.

Auf der Ebene der Ersatzkassen und ihrer Verbände wurde im Juni 2013 festgelegt, dass die Grundlage für das Standardisierungsverfahren zukünftig die Erwerbsbevölkerung von 2010 sein soll.

Mit dem Gesundheitsreport 2012 stellte die DAK-Gesundheit die Bezugsbevölkerung auf die Erwerbsbevölkerung aus dem Jahr 2010 um. Grundlage hierfür ist eine Vereinbarung auf Ebene der Ersatzkassen zum Standardisierungsverfahren.

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

An den standardisierten Kennzahlen lässt sich der Unterschied zwischen den Ergebnissen der DAK-Gesundheit und den entsprechenden Resultaten anderer Gesundheitsberichte ablesen, der nicht auf verschiedene Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann und der daher anderweitig erklärt werden muss

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten für die Berichtsjahre 2019 und 2020. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Verzeichnis der in Anhang II aufgeführten Tabellen:

Tabelle A1:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2020	115
Tabelle A2:	Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2019	116
Tabelle A3:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2020	117
Tabelle A4:	Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2019	118
Tabelle A5:	Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2020	119
Tabelle A6:	Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2020	120
Tabelle A7:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1) 2020 . .	121
Tabelle A8:	Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2020 . .	122
Tabelle A9:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2020	123
Tabelle A10:	Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2019	124
Tabelle A11:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshaupt- gruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 1) 2020	125
Tabelle A12:	AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshaupt- gruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2020	126

Tabelle A13: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2020.	127
Tabelle A14: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2020.	128

Tabelle A1: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2020

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,4 %	1.259,7	94,0	13,4
Bayern	3,7 %	1.367,3	97,5	14,0
Berlin*	4,2 %	1.542,8	102,4	15,1
Bremen	4,1 %	1.504,5	99,6	15,1
Hamburg	3,6 %	1.305,2	90,6	14,4
Hessen	4,1 %	1.500,1	107,9	13,9
Niedersachsen	4,1 %	1.495,2	103,3	14,5
Nordrhein-Westfalen	4,1 %	1.490,8	101,6	14,7
Rheinland-Pfalz	4,4 %	1.599,2	107,2	14,9
Saarland	5,0 %	1.813,5	110,1	16,5
Schleswig-Holstein	4,1 %	1.499,5	108,6	13,8
Westliche Bundesländer	4,0 %	1.448,5	101,4	14,3
Brandenburg	5,2 %	1.893,2	127,9	14,8
Mecklenburg-Vorpommern	5,0 %	1.821,1	123,6	14,7
Sachsen	4,6 %	1.693,4	120,3	14,1
Sachsen-Anhalt	5,2 %	1.920,7	133,6	14,4
Thüringen	5,1 %	1.861,8	130,3	14,3
Östliche Bundesländer	5,0 %	1.846,4	127,1	14,5
DAK Gesamt	4,1 %	1.502,0	104,6	14,4

* Berlin gehört krankensicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A2: Arbeitsunfähigkeiten nach Bundesländern 2019

Bundesland	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Baden-Württemberg	3,5 %	1.284,0	108,9	11,8
Bayern	3,8 %	1.377,3	113,5	12,1
Berlin*	4,2 %	1.551,2	122,0	12,7
Bremen	3,9 %	1.437,6	114,4	12,6
Hamburg	3,7 %	1.350,4	111,3	12,1
Hessen	4,3 %	1.568,1	130,1	12,1
Niedersachsen	4,2 %	1.534,4	119,9	12,8
Nordrhein-Westfalen	4,1 %	1.511,3	117,6	12,8
Rheinland-Pfalz	4,3 %	1.585,3	123,8	12,8
Saarland	4,9 %	1.787,8	122,7	14,6
Schleswig-Holstein	4,1 %	1.503,3	123,0	12,2
Westliche Bundesländer	4,0 %	1.472,1	118,5	12,4
Brandenburg	5,3 %	1.922,4	144,5	13,3
Mecklenburg-Vorpommern	5,1 %	1.867,8	144,7	12,9
Sachsen	4,5 %	1.654,6	136,0	12,2
Sachsen-Anhalt	5,4 %	1.957,0	150,4	13,0
Thüringen	5,3 %	1.916,6	147,8	13,0
Östliche Bundesländer	5,1 %	1.873,3	144,6	13,0
DAK Gesamt	4,2 %	1.524,3	121,6	12,5

* Berlin gehört krankenversicherungsrechtlich zum Rechtskreis West

Tabelle A3: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2020

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99 Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	65,1	9,9	6,6	4,3 %
	Männer	61,4	9,5	6,4	4,4 %
	Frauen	69,3	10,4	6,7	4,3 %
C00- D48 Neubildungen	Gesamt	66,2	1,6	42,4	4,4 %
	Männer	48,0	1,3	36,6	3,4 %
	Frauen	87,5	1,9	47,2	5,4 %
F00- F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	264,6	6,8	38,8	17,6 %
	Männer	202,0	5,1	39,5	14,5 %
	Frauen	337,9	8,8	38,3	20,7 %
G00- H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	65,8	5,6	11,8	4,4 %
	Männer	58,5	4,7	12,5	4,2 %
	Frauen	74,4	6,6	11,2	4,6 %
I00- I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	59,4	2,5	23,9	4,0 %
	Männer	72,7	2,6	27,9	5,2 %
	Frauen	43,8	2,3	18,7	2,7 %
J00- J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	212,6	27,1	7,8	14,2 %
	Männer	184,8	23,8	7,8	13,3 %
	Frauen	245,1	31,0	7,9	15,0 %
K00- K93 Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	70,2	9,9	7,1	4,7 %
	Männer	73,1	9,8	7,5	5,2 %
	Frauen	66,8	10,0	6,7	4,1 %
M00- M99 Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	331,5	16,5	20,1	22,1 %
	Männer	340,5	17,9	19,0	24,4 %
	Frauen	320,9	14,9	21,6	19,7 %
R00- R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	66,7	8,0	8,4	4,4 %
	Männer	56,2	6,8	8,3	4,0 %
	Frauen	79,0	9,4	8,4	4,8 %
S00- T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	174,4	7,5	23,2	11,6 %
	Männer	198,6	8,5	23,4	14,3 %
	Frauen	146,1	6,4	22,9	9,0 %
Gesamt	Gesamt	1.502,0	104,6	14,4	100,0 %
	Männer	1.393,3	96,4	14,5	100,0 %
	Frauen	1.629,2	114,2	14,3	100,0 %

Tabelle A4: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2019

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	70,4	12,8	5,5	4,6 %
		Männer	67,0	12,3	5,5	4,7 %
		Frauen	74,4	13,5	5,5	4,5 %
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	64,9	1,7	37,4	4,3 %
		Männer	46,4	1,4	32,1	3,3 %
		Frauen	86,6	2,1	41,8	5,3 %
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	260,3	7,4	35,4	17,1 %
		Männer	202,9	5,7	35,6	14,2 %
		Frauen	327,5	9,3	35,2	20,0 %
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	70,1	6,5	10,8	4,6 %
		Männer	64,2	5,5	11,6	4,5 %
		Frauen	77,1	7,7	10,1	4,7 %
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	62,9	2,9	21,6	4,1 %
		Männer	76,4	3,0	25,4	5,4 %
		Frauen	47,1	2,8	16,9	2,9 %
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	220,5	34,2	6,4	14,5 %
		Männer	193,4	30,4	6,4	13,6 %
		Frauen	252,2	38,7	6,5	15,4 %
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	75,4	11,8	6,4	4,9 %
		Männer	78,9	11,7	6,7	5,5 %
		Frauen	71,3	11,9	6,0	4,4 %
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	323,2	17,6	18,4	21,2 %
		Männer	333,5	19,1	17,4	23,4 %
		Frauen	311,2	15,8	19,7	19,0 %
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	70,9	9,0	7,9	4,6 %
		Männer	60,4	7,6	8,0	4,2 %
		Frauen	83,1	10,6	7,8	5,1 %
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	179,6	8,6	20,9	11,8 %
		Männer	205,9	9,8	21,1	14,4 %
		Frauen	148,8	7,2	20,6	9,1 %
Gesamt		Gesamt	1.524,3	121,6	12,5	100,0 %
		Männer	1.427,1	112,6	12,7	100,0 %
		Frauen	1.638,2	132,1	12,4	100,0 %

Tabelle A5: Bundesländer West: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2020

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99 Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	63,7	9,9	6,5	4,4 %
	Männer	60,9	9,5	6,4	4,5 %
	Frauen	67,0	10,3	6,5	4,3 %
C00- D48 Neubildungen	Gesamt	64,1	1,5	42,7	4,4 %
	Männer	46,6	1,3	36,2	3,4 %
	Frauen	84,6	1,8	48,2	5,4 %
F00- F99 Psychische Erkrankungen	Gesamt	261,4	6,6	39,8	18,1 %
	Männer	206,6	5,1	40,9	15,3 %
	Frauen	325,6	8,4	39,0	20,8 %
G00- H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	63,4	5,4	11,8	4,4 %
	Männer	56,8	4,5	12,5	4,2 %
	Frauen	71,1	6,3	11,2	4,5 %
I00- I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	55,6	2,3	24,1	3,8 %
	Männer	68,2	2,4	27,9	5,1 %
	Frauen	40,8	2,2	18,9	2,6 %
J00- J99 Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	204,4	26,6	7,7	14,1 %
	Männer	179,5	23,5	7,6	13,3 %
	Frauen	233,5	30,1	7,7	14,9 %
K00- K93 Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	65,6	9,2	7,1	4,5 %
	Männer	68,6	9,2	7,5	5,1 %
	Frauen	62,0	9,2	6,7	4,0 %
M00- M99 Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	314,3	15,8	19,9	21,7 %
	Männer	322,5	17,3	18,7	23,9 %
	Frauen	304,7	14,1	21,6	19,5 %
R00- R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	65,9	7,9	8,4	4,6 %
	Männer	55,9	6,7	8,3	4,1 %
	Frauen	77,7	9,2	8,4	5,0 %
S00- T98 Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	166,9	7,3	23,0	11,5 %
	Männer	188,6	8,1	23,2	14,0 %
	Frauen	141,6	6,2	22,7	9,1 %
Gesamt	Gesamt	1.448,5	101,4	14,3	100,0 %
	Männer	1.351,1	94,1	14,4	100,0 %
	Frauen	1.562,5	110,0	14,2	100,0 %

Tabelle A6: Bundesländer Ost: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2020

Krankheitsart (ICD 10)		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU- Fall	Anteil am Kranken- stand	
		AU-Tage	AU-Fälle			
A00- B99	Infektiöse und parasitäre Krankhei- ten	Gesamt	76,4	10,8	7,1	4,1 %
		Männer	69,1	10,1	6,8	3,7 %
		Frauen	85,0	11,5	7,4	4,6 %
C00- D48	Neubildungen	Gesamt	79,8	2,0	40,1	4,3 %
		Männer	58,4	1,6	37,0	3,2 %
		Frauen	104,8	2,5	42,4	5,7 %
F00- F99	Psychische Erkrankungen	Gesamt	294,7	8,7	34,0	16,0 %
		Männer	188,1	5,9	32,1	10,2 %
		Frauen	419,5	11,9	35,2	22,7 %
G00- H95	Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	Gesamt	79,8	7,0	11,5	4,3 %
		Männer	68,1	5,7	12,0	3,7 %
		Frauen	93,5	8,5	11,0	5,1 %
I00- I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	82,0	3,6	22,9	4,4 %
		Männer	99,4	3,7	27,1	5,4 %
		Frauen	61,7	3,5	17,8	3,3 %
J00- J99	Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	267,8	31,2	8,6	14,5 %
		Männer	224,2	26,5	8,5	12,1 %
		Frauen	318,7	36,7	8,7	17,3 %
K00- K93	Krankheiten des Verdauungssys- tems	Gesamt	99,6	14,2	7,0	5,4 %
		Männer	101,8	13,8	7,4	5,5 %
		Frauen	97,0	14,7	6,6	5,3 %
M00- M99	Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	Gesamt	437,1	21,1	20,7	23,7 %
		Männer	451,8	22,6	20,0	24,5 %
		Frauen	419,9	19,5	21,6	22,7 %
R00- R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	Gesamt	67,2	8,3	8,1	3,6 %
		Männer	52,5	6,8	7,7	2,8 %
		Frauen	84,3	10,1	8,3	4,6 %
S00- T98	Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	218,9	9,2	23,7	11,9 %
		Männer	257,1	10,8	23,8	13,9 %
		Frauen	174,1	7,4	23,6	9,4 %

Tabelle A7: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 1) 2020

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	Gesamt	112,7	18,5	6,1	7,3 %
		Frauen	127,1	20,4	6,2	7,7 %
		Männer	100,4	16,8	6,0	6,9 %
M54	Rückenschmerzen	Gesamt	82,6	6,8	12,2	5,3 %
		Frauen	74,2	5,8	12,8	4,5 %
		Männer	89,9	7,6	11,9	6,2 %
F32	Depressive Episode	Gesamt	64,9	1,4	47,7	4,2 %
		Frauen	80,7	1,7	47,1	4,9 %
		Männer	51,5	1,1	48,7	3,5 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	Gesamt	51,4	2,3	22,8	3,3 %
		Frauen	69,5	3,1	22,7	4,2 %
		Männer	36,0	1,6	23,0	2,5 %
F33	Rezidivierende depressive Störung	Gesamt	28,4	0,4	72,7	1,8 %
		Frauen	37,7	0,5	76,1	2,3 %
		Männer	20,5	0,3	67,9	1,4 %
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	Gesamt	27,8	6,4	4,4	1,8 %
		Frauen	28,3	6,4	4,4	1,7 %
		Männer	27,3	6,3	4,3	1,9 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	Gesamt	26,4	0,7	37,3	1,7 %
		Frauen	23,3	0,6	38,3	1,4 %
		Männer	29,0	0,8	36,6	2,0 %
M75	Schulterläsionen	Gesamt	25,5	0,8	32,1	1,6 %
		Frauen	23,4	0,7	32,7	1,4 %
		Männer	27,2	0,9	31,6	1,9 %
F48	Andere neurotische Störungen	Gesamt	23,4	1,0	22,9	1,5 %
		Frauen	31,5	1,4	22,8	1,9 %
		Männer	16,6	0,7	23,0	1,1 %
J20	Akute Bronchitis	Gesamt	21,8	2,8	7,8	1,4 %
		Frauen	24,1	3,0	8,0	1,5 %
		Männer	19,9	2,6	7,7	1,4 %

Tabelle A8: Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen (AU-Fälle, durchschnittliche Falldauern, AU-Tage und Anteil an AU-Tage insgesamt) (Teil 2) 2020

ICD-10	Diagnose		Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil an AU-Tagen
			AU-Tage	AU-Fälle		
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	Gesamt	20,0	0,6	32,2	1,3 %
		Frauen	15,5	0,5	32,6	0,9 %
		Männer	23,9	0,7	31,9	1,6 %
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	Gesamt	19,3	3,2	6,0	1,2 %
		Frauen	21,9	3,6	6,2	1,3 %
		Männer	17,1	2,9	5,8	1,2 %
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	Gesamt	17,6	0,5	35,0	1,1 %
		Frauen	14,5	0,4	36,4	0,9 %
		Männer	20,3	0,6	34,1	1,4 %
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	Gesamt	17,3	1,4	12,5	1,1 %
		Frauen	13,3	1,1	12,1	0,8 %
		Männer	20,6	1,6	12,7	1,4 %
F45	Somatoforme Störungen	Gesamt	17,1	0,7	24,6	1,1 %
		Frauen	22,6	0,9	24,8	1,4 %
		Männer	12,5	0,5	24,2	0,9 %
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	Gesamt	16,7	2,2	7,7	1,1 %
		Frauen	18,8	2,4	7,9	1,1 %
		Männer	14,9	2,0	7,5	1,0 %
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	Gesamt	16,0	1,0	15,8	1,0 %
		Frauen	14,1	0,8	17,3	0,8 %
		Männer	17,6	1,2	14,9	1,2 %
F41	Andere Angststörungen	Gesamt	15,9	0,4	42,8	1,0 %
		Frauen	21,2	0,5	43,7	1,3 %
		Männer	11,4	0,3	41,4	0,8 %
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	Gesamt	14,4	0,9	16,2	0,9 %
		Frauen	13,4	0,8	16,6	0,8 %
		Männer	15,3	1,0	15,8	1,0 %
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	Gesamt	14,4	0,1	99,7	0,9 %
		Frauen	31,2	0,3	100,1	1,9 %
		Männer	0,0	0,0	24,7	0,0 %

Tabelle A9: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2020

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (64–66)	3,2 %	1.157,2	90,9	12,7
Baugewerbe (41–43)	3,8 %	1.406,6	100,2	14,0
Bildung, Kultur, Medien (58–60, 72–73, 85, 90–93)	3,5 %	1.264,1	97,2	13,0
Chemische Industrie (19–22)	4,2 %	1.529,7	114,1	13,4
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen (61–63)	2,5 %	927,4	72,4	12,8
Gesundheitswesen (75, 86–88)	4,9 %	1.785,2	116,2	15,4
Handel (45–47)	4,1 %	1.516,3	100,3	15,1
Holz, Papier, Druck (16–18)	4,1 %	1.515,5	111,2	13,6
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01–09, 35–39)	4,2 %	1.550,5	104,5	14,8
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28–30)	3,9 %	1.430,0	108,1	13,2
Nahrungs- und Genussmittel (10–12)	4,4 %	1.624,1	105,8	15,3
Öffentliche Verwaltung (84)	3,9 %	1.410,3	96,4	14,6
Organisationen und Verbände (94, 97)	3,2 %	1.171,7	91,4	12,8
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69–71, 74, 78, 80)	3,2 %	1.161,1	92,4	12,6
Sonstige Dienstleistungen (55–56, 68, 77, 79, 81–82, 96)	3,7 %	1.364,4	89,5	15,2
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13–15, 23–27, 31–33, 95)	4,1 %	1.487,5	111,6	13,3
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49–53)	4,7 %	1.714,2	108,6	15,8
DAK Gesamt	4,1 %	1.502,0	104,6	14,4

* Angabe der Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik des Statistischen Bundesamtes (WZ 2008), die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A10: Arbeitsunfähigkeiten nach Wirtschaftsgruppen 2019

Wirtschaftsgruppe (Wirtschaftszweige*)	Krankenstand	Pro 100 Versichertenjahre		Ø Tage je AU-Fall
		AU-Tage	AU-Fälle	
Banken, Versicherungen (64–66)	3,3 %	1.196,4	110,8	10,8
Baugewerbe (41–43)	3,8 %	1.399,9	110,8	12,6
Bildung, Kultur, Medien (58–60, 72–73, 85, 90–93)	3,4 %	1.247,5	115,7	10,8
Chemische Industrie (19–22)	4,3 %	1.571,2	138,1	11,4
Datenverarbeitung und Informationsdienstleistungen (61–63)	2,8 %	1.035,3	97,7	10,6
Gesundheitswesen (75, 86–88)	4,7 %	1.697,8	124,7	13,6
Handel (45–47)	4,1 %	1.491,2	114,1	13,1
Holz, Papier, Druck (16–18)	4,3 %	1.557,7	130,6	11,9
Land-, Forst-, Energie- und Abfallwirtschaft (01–09, 35–39)	4,3 %	1.584,0	122,1	13,0
Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau (28–30)	4,0 %	1.474,7	131,3	11,2
Nahrungs- und Genussmittel (10–12)	4,3 %	1.580,7	116,1	13,6
Öffentliche Verwaltung (84)	4,6 %	1.678,3	123,1	13,6
Organisationen und Verbände (94, 97)	3,2 %	1.169,7	106,5	11,0
Rechtsberatung u. a. Unternehmensdienstleistungen (69–71, 74, 78, 80)	3,2 %	1.178,8	110,8	10,6
Sonstige Dienstleistungen (55–56, 68, 77, 79, 81–82, 96)	3,8 %	1.386,6	105,4	13,2
Sonstiges verarbeitendes Gewerbe (13–15, 23–27, 31–33, 95)	4,2 %	1.533,8	132,2	11,6
Verkehr, Lagerei und Kurierdienste (49–53)	4,8 %	1.759,4	130,2	13,5
DAK Gesamt	4,2 %	1.524,3	121,6	12,5

* Angabe der Wirtschaftszweige gem. aktueller Systematik des Statistischen Bundesamtes (WZ 2008), die zu einer Wirtschaftsgruppe gehören.

Tabelle A11: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 1) 2020

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
01	Angehörige der regulären Streitkräfte	Gesamt	1.344,2	113,3
		Männer	1.209,2	99,7
		Frauen	1.502,3	129,2
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	Gesamt	1.438,3	85,8
		Männer	1.358,4	81,0
		Frauen	1.531,9	91,4
12	Gartenbauberufe und Floristik	Gesamt	1.729,7	121,7
		Männer	1.793,4	122,5
		Frauen	1.655,1	120,7
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikerstellung und -verarbeitung	Gesamt	1.967,4	128,1
		Männer	1.948,3	124,1
		Frauen	1.989,8	132,7
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	Gesamt	1.884,4	132,8
		Männer	1.770,9	123,4
		Frauen	2.017,2	143,8
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung	Gesamt	1.339,9	104,4
		Männer	1.360,9	102,9
		Frauen	1.315,3	106,1
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	Gesamt	1.908,9	136,6
		Männer	1.803,8	128,4
		Frauen	2.031,9	146,1
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	Gesamt	1.846,1	131,6
		Männer	1.690,5	117,4
		Frauen	2.028,2	148,2
26	Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe	Gesamt	1.684,4	119,7
		Männer	1.427,9	108,3
		Frauen	1.984,7	133,0
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe	Gesamt	1.172,6	93,7
		Männer	1.013,1	83,3
		Frauen	1.359,1	105,8
28	Textil- und Lederberufe	Gesamt	1.632,9	118,5
		Männer	1.631,8	119,8
		Frauen	1.634,1	117,0

Tabelle A12: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 2) 2020

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	Gesamt	1.603,2	98,6
		Männer	1.443,9	86,8
		Frauen	1.789,6	112,4
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	Gesamt	1.044,4	83,6
		Männer	974,4	73,4
		Frauen	1.126,2	95,6
32	Hoch- und Tiefbauberufe	Gesamt	1.595,5	103,3
		Männer	1.666,5	102,2
		Frauen	1.512,5	104,5
33	(Innen-)Ausbauberufe	Gesamt	1.851,3	115,1
		Männer	1.774,6	110,2
		Frauen	1.941,2	121,0
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	Gesamt	1.876,6	125,8
		Männer	1.763,8	119,9
		Frauen	2.008,7	132,7
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	Gesamt	1.534,8	119,5
		Männer	1.555,3	114,5
		Frauen	1.510,7	125,3
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	Gesamt	1.194,1	98,3
		Männer	1.148,3	87,7
		Frauen	1.247,7	110,7
43	Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	Gesamt	925,8	74,6
		Männer	776,9	65,4
		Frauen	1.100,1	85,2
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	Gesamt	1.758,5	122,0
		Männer	1.680,7	118,6
		Frauen	1.849,4	126,1
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	Gesamt	1.925,1	107,6
		Männer	1.667,9	99,3
		Frauen	2.226,2	117,5
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	Gesamt	1.867,1	115,1
		Männer	1.728,1	108,2
		Frauen	2.029,7	123,1

Tabelle A13: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 3) 2020

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
54	Reinigungsberufe	Gesamt	1.552,8	105,3
		Männer	1.387,1	95,0
		Frauen	1.746,7	117,2
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe	Gesamt	1.063,0	83,0
		Männer	944,1	73,1
		Frauen	1.202,2	94,7
62	Verkaufsberufe	Gesamt	1.558,2	93,2
		Männer	1.344,0	82,5
		Frauen	1.809,0	105,8
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	Gesamt	1.126,4	69,3
		Männer	966,5	59,9
		Frauen	1.313,4	80,3
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation	Gesamt	1.068,7	82,7
		Männer	935,0	70,4
		Frauen	1.225,2	97,0
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	Gesamt	1.057,2	85,6
		Männer	912,6	71,6
		Frauen	1.226,4	102,0
73	Berufe in Recht und Verwaltung	Gesamt	1.438,5	109,7
		Männer	1.259,4	96,8
		Frauen	1.648,0	124,7
81	Medizinische Gesundheitsberufe	Gesamt	1.693,0	111,2
		Männer	1.606,7	101,0
		Frauen	1.794,0	123,2
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	Gesamt	1.893,4	111,9
		Männer	1.666,1	101,2
		Frauen	2.159,3	124,3
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	Gesamt	1.741,6	128,8
		Männer	1.521,1	109,9
		Frauen	1.999,7	151,0
84	Lehrende und ausbildende Berufe	Gesamt	953,1	72,4
		Männer	804,0	59,7
		Frauen	1.127,6	87,2

Tabelle A14: AU-Tage und AU-Fälle nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe (Teil 4) 2020

Schlüssel	Berufshauptgruppen		Pro 100 Versichertenjahre	
			AU-Tage	AU-Fälle
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	Gesamt	1.256,2	98,0
		Männer	999,3	78,1
		Frauen	1.556,8	121,3
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	Gesamt	1.146,5	89,3
		Männer	971,7	78,5
		Frauen	1.351,0	101,9
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	Gesamt	1.339,5	97,7
		Männer	1.240,0	94,9
		Frauen	1.455,9	100,9
94	Darstellende und unterhaltende Berufe	Gesamt	1.036,3	61,3
		Männer	925,1	56,5
		Frauen	1.166,5	67,0

Anhang III: Fragebogen für Expertinnen und Experten

Name: _____

Befragung von Expertinnen und Experten zum Thema: Ein stärker digitalisiertes Gesundheitssystem für Erwerbstätige – was wir aus der Corona-Krise für das Gesundheitssystem lernen können.

Die COVID-19-Pandemie und die damit verbundene Krise hat verschiedene Entwicklungen in der gesundheitlichen Versorgung (mindestens vorübergehend) ermöglicht oder beschleunigt. Digitale Lösungen sind unter Ärzten und Ärztinnen sowie Patientinnen und Patienten bekannter geworden.

Beispiele dafür sind erweiterte Möglichkeiten der Videosprechstunde in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung oder ein gesteigertes Interesse an digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA); ggf. auch eine (zukünftig) digital unterstützte telefonische Krankschreibung.

Wir bitten Sie um Einschätzungen, ob und inwiefern die nachfolgenden Aspekte der Versorgung zu einem Gesundheitssystem beitragen, das für Erwerbstätige gut in Anspruch genommen werden kann (da der DAK-Gesundheitsreport über das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen berichtet, liegt der Fokus nur auf Erwerbstätigen, nicht auf Menschen außerhalb des Erwerbsalters). Weil die Corona-Krise Frauen und Männer teils in unterschiedlicher Weise betrifft, fragen wir auch nach Geschlechterunterschieden.

1. Telemedizinisch gestützte Betreuung von Patientinnen und Patienten (Videosprechstunde)

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten konnten schon vor der COVID-19-Pandemie Videosprechstunden anbieten. Im Zuge der Pandemiebekämpfung gab es eine Reihe von regulatorischen Lockerungen. Zudem ist das Interesse anbieter- wie patientenseitig stark gewachsen.

- 1.1. Welche Vor- und Nachteile sehen Sie in der Videosprechstunde für erwerbstätige Patientinnen und Patienten?

- 1.2. Welche Rolle sollte die Videosprechstunde in der Versorgung von Erwerbstätigen nach der Pandemie einnehmen?

- 1.3. Sehen Sie Unterschiede zwischen erwerbstätigen Männern und Frauen hinsichtlich des zu erwartenden Nutzens und/oder der Inanspruchnahme von Videosprechstunden?

2. Telefonische Krankschreibung

Aktuell gilt: Ärztinnen und Ärzte dürfen Beschäftigte für bis zu 7 Kalendertage am Telefon krankschreiben, wenn es um eine leichte Erkrankung der oberen Atemwege geht. Diese „Ausnahmeregelung zur Feststellung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund telefonischer Anamnese“ wurde im März 2020 beschlossen und seitdem mehrfach verlängert.

- 2.1. Welche Rolle sollte die telefonische Krankschreibung nach der Pandemie einnehmen? Oder: Welche Rolle sollten Möglichkeiten der Krankschreibung spielen, die ohne eine persönliche Vorstellung der Arztpraxis auskommen?
- 2.2. Welche Probleme könnte eine Krankschreibung ohne persönliche Vorstellung in der Arztpraxis nach sich ziehen und welche Lösungen sehen Sie dafür?
- 2.3. Sehen Sie Unterschiede zwischen erwerbstätigen Männern und Frauen hinsichtlich des zu erwartenden Nutzens und/oder der Inanspruchnahme einer Krankschreibung ohne persönliche Vorstellung in der Arztpraxis?

3. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf digitale Gesundheitsanwendungen. Dabei handelt es sich um „Gesundheits-Apps“, die von den Krankenkassen erstattet werden. Sie werden zur Behandlung und Vorbeugung von beispielsweise Schlafstörungen, Depressionen, Angststörungen oder Abhängigkeitserkrankungen genutzt. Ebenso ist die Erkennung und Behandlung von körperlichen Erkrankungen oder die individuelle Umsetzung von Behandlungsprozessen ein mögliches Anwendungsszenario.

3.1. DiGAs im Kontext psychischer Gesundheit

- 3.1.1. Welche Rolle sollten Ihrer Einschätzung nach solche DiGAs in der Vorbeugung und Prävention psychischer Erkrankungen in der Zielgruppe der Erwerbstätigen spielen?
- 3.1.2. Sehen Sie Unterschiede zwischen erwerbstätigen Männern und Frauen hinsichtlich des zu erwartenden Nutzens und/oder der Inanspruchnahme von DiGAs zur psychischen Gesundheit?

3.2. DiGAs im Kontext körperlicher Gesundheit

3.2.1. Welche Rolle sollten solche DiGAs in der Erkennung und Behandlung körperlicher Erkrankungen spielen?

3.2.2. Sehen Sie Unterschiede zwischen erwerbstätigen Männern und Frauen hinsichtlich des zu erwartenden Nutzens und/oder der Inanspruchnahme von DiGAs zur körperlichen Gesundheit?

4. Telemedizinische Überwachung von Vitaldaten (Biomonitoring)

Die telemedizinische Überwachung von Vitaldaten (Biomonitoring) kann beispielsweise bei der Versorgung und dem Management chronischer Herzinsuffizienz, Bluthochdruck und anderer Herz-Kreislauf-Erkrankungen eingesetzt werden.

4.1. Welches Potenzial des Biomonitorings sehen Sie derzeit in der Versorgung von Erwerbstätigen?

4.2. Sehen Sie Unterschiede zwischen erwerbstätigen Männern und Frauen hinsichtlich des zu erwartenden Nutzens und/oder der Inanspruchnahme?

5. Sonstiges

5.1. Was können wir sonst noch aus der Corona-Krise für das Gesundheitssystem lernen – soweit es um Erwerbstätige geht?

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2020 nach Geschlecht	1
Abbildung 2:	Alters- und Geschlechtsstruktur der erwerbstätigen Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2020	2
Abbildung 3:	Krankenstand der Mitglieder der DAK-Gesundheit im Vergleich zu den Vorjahren	3
Abbildung 4:	Einflussfaktoren auf den Krankenstand	4
Abbildung 5:	AU-Tage eines durchschnittlichen Mitglieds der DAK-Gesundheit 2020 (Basis: 366 Kalendertage in 2020)	7
Abbildung 6:	Betroffenenquote 2020 im Vergleich zu den Vorjahren	8
Abbildung 7:	AU-Fälle pro 100 ganzjährig Versicherte 2010 bis 2020	9
Abbildung 8:	Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) 2020 im Vergleich zu den Vorjahren.	10
Abbildung 9:	Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2020 insgesamt	11
Abbildung 10:	Krankenstand 2020 nach Geschlecht und Altersgruppen	12
Abbildung 11:	Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen 2020.	13
Abbildung 12:	AU-Tage pro 100 Versicherte der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage Dauer nach Altersgruppen	14
Abbildung 13:	Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen	16
Abbildung 14:	Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen	16
Abbildung 15:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen	18
Abbildung 16:	AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen	18
Abbildung 17:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Männer.	19

Abbildung 18:	AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen nach Altersgruppen – Frauen	19
Abbildung 19:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei Frauen	20
Abbildung 20:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen bei Männern	21
Abbildung 21:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen .	22
Abbildung 22:	Anteile der wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf oberen Altersgruppen .	22
Abbildung 23:	Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt und an der Krankheitsart „Verletzungen“	26
Abbildung 24:	Datenquellen für das Schwerpunktthema	29
Abbildung 25:	Anteil der Versorgungstypen an den erwerbstätigen DAK-Versicherten	31
Abbildung 26:	Ausgewählte Ereignisse im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie in Deutschland, erstes Halbjahr 2020	40
Abbildung 27:	Ausgewählte Ereignisse im Zusammenhang mit Eindämmungsmaßnahmen bzgl. der COVID-19-Pandemie in Deutschland, erstes Halbjahr 2020	40
Abbildung 28:	Ausgewählte Ereignisse im Zusammenhang mit besonderer Relevanz für die gesundheitliche Versorgung und der COVID-19-Pandemie in Deutschland, erstes Halbjahr 2020	41
Abbildung 29:	Inanspruchnahme ambulanter Leistungen (alle Facharztgruppen): Relative Differenz von Arztkontakten zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020	44
Abbildung 30:	Inanspruchnahme von Dialyseleistungen: Relative Differenzen von Arztkontakten zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020	45
Abbildung 31:	Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen (nur Frauen): Relative Differenzen von Arztkontakten zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020	46
Abbildung 32:	Inanspruchnahme ambulanter Leistungen bei Ärztinnen und Ärzten der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung	

	zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020	47
Abbildung 33:	Facharztgruppe Augenheilkunde: relative Differenzen der Arztkontakte 2020 zu 2018/2019.	48
Abbildung 34:	Inanspruchnahme ambulanter Leistungen bei Ärztinnen und Ärzten der physikalischen und rehabilitativen Medizin/Physiotherapie: Relative Differenzen von Arztkontakten zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020	49
Abbildung 35:	Telefonische Arztkontakte (je 100 Versicherte) jeweils erstes Halbjahr 2018, 2019 und 2020	50
Abbildung 36:	Telefonische Arztkontakte (je 100 Versicherte) im ersten Halbjahr 2020 nach Versorgungstypen	50
Abbildung 37:	Telefonische Beratung: Arztkontakte nach Geschlecht und Versorgungstyp im ersten Halbjahr 2020	51
Abbildung 38:	Telefonische Arztkontakte: Relative Differenzen zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020	51
Abbildung 39:	Inanspruchnahme Videosprechstunde: Arztkontakte je 100 Versicherte im ersten Halbjahr 2020 nach Versorgungstypen.	52
Abbildung 40:	Arztkontakte per Videosprechstunde nach Geschlecht und chronischer psychischer Erkrankung	53
Abbildung 41:	Krankschreibungen: Relative Differenzen von Arztkontakten zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020	55
Abbildung 42:	Telefonische Krankschreibungen mit Ursache J06 je 100 Versicherte nach Geschlecht	57
Abbildung 43:	Arzneimittelverordnungen (Abgabedatum): Relative Differenzen von Arztkontakten zwischen erstem Halbjahr 2018/2019 und 2020	58
Abbildung 44:	Typologie der Versorgungstypen auf Basis der Befragungsdaten	65
Abbildung 45:	Versorgungstypen nach Geschlecht	66
Abbildung 46:	Befragte nach Geschlecht und Versorgungstyp	66

Abbildung 47:	Chroniker: regelmäßige Behandlung und Medikamenteneinnahme	68
Abbildung 48:	Chroniker: Einschränkungen im Alltag oder Berufsleben	68
Abbildung 49:	Letzter Arztkontakt anlässlich einer Krankenschreibung. „Ging es Ihnen bei diesem Arztkontakt um ...“	73
Abbildung 50:	Anteil Befragter, deren letzte Krankenschreibung telefonisch oder per Videosprechstunde erfolgt ist	74
Abbildung 51:	Bereitschaft zur telefonischen Krankenschreibung bzw. Krankenschreibung per Videosprechstunde	75
Abbildung 52:	Bereitschaft zur telefonischen Krankenschreibung bzw. Krankenschreibung per Videosprechstunde nach Alter	76
Abbildung 53:	Vor- und Nachteile einer telefonischen Krankenschreibung bzw. Krankenschreibung per Videosprechstunde	77
Abbildung 54:	Anteil Beschäftigter mit Erfahrung mit Videosprechstunde	78
Abbildung 55:	Anteil Beschäftigter mit Erfahrung mit Videosprechstunde nach Versorgungstyp.	78
Abbildung 56:	Mögliche Erweiterungen der Videosprechstunde aus Sicht der Befragten	79
Abbildung 57:	Mögliche Erweiterungen der Videosprechstunde aus Sicht der Befragten nach Versorgungstypen	80
Abbildung 58:	Nutzung DiGA im Zusammenhang mit psychischen Problemen.	81
Abbildung 59:	Nutzungsbereitschaft von DiGAs im Zusammenhang mit psychischen Problemen nach verschiedenen Merkmalen	82
Abbildung 60:	Nutzungsbereitschaft von DiGAs im Zusammenhang mit psychischen Problemen nach Alter und Geschlecht (Gruppe B)	83
Abbildung 61:	Gründe für Nicht-Nutzung von DiGAs im Zusammenhang mit psychischen Problemen.	84
Abbildung 62:	Telemedizinische Überwachung aktuell oder in der Vergangenheit	85

Abbildung 63:	Nutzung von DiGAs zur Erkennung und Behandlung von Krankheiten oder zur individuellen Umsetzung von Behandlungsprozessen	86
Abbildung 64:	Bereitschaft zur Nutzung von DiGAs zur Erkennung und Behandlung von Krankheiten oder zur individuellen Umsetzung von Behandlungsprozessen	87
Abbildung 65:	Aspekte der Versorgung in der Zeit der Corona-Pandemie in Deutschland, seit März 2020	88
Abbildung 66:	Aspekte der Versorgung in der Zeit der Corona-Pandemie in Deutschland, seit März 2020 nach Versorgungstyp	89
Abbildung 67:	Bewertung der Gesundheitsversorgung während der Corona-Krise 2020	90
Abbildung 68:	Verschlechterung der Gesundheitsversorgung während der Corona-Krise 2020 nach Versorgungstypen	91
Abbildung 69:	Krankenstandswerte 2020 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	94
Abbildung 70:	Krankenstandswerte 2020 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen	96
Abbildung 71:	Krankenstandswerte 2019–2020 in den neun Wirtschaftsgruppen mit besonders hoher Mitgliederzahl	97
Abbildung 72:	Krankenstandswerte 2019–2020 in den acht übrigen Wirtschaftsgruppen	97
Abbildung 73:	Bundesländer mit Krankenständen näher am DAK-Gesundheit-Durchschnitt (gelb) bzw. darunter (grün) oder darüber (rot).	99
Abbildung 74:	Krankenstandswerte der Jahre 2019 und 2020 nach Bundesländern	101
Abbildung 75:	Verteilung der DAK-Versicherten nach beruflicher Stellung differenziert nach Ost und West	102
Abbildung 76:	Vergleich beobachteter und erwarteter Krankenstände (indirekt standardisiert nach Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf und Wirtschaftsstruktur) in 2006	103
Abbildung 77:	Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten am Krankenstand in den westlichen und östlichen Bundesländern	104

Literaturverzeichnis

- Adolph L, Rothe I & Windel A (2016): Arbeit in der digitalen Welt – Mensch im Mittelpunkt. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 70, S. 77–81.
- Ayyagari R, Grover V & Purvis R (2011): Technostress. Technological Antecedents and Implications. MIS Quarterly 35(4), S. 831–858.
- Bamberg E, Keller M, Wohler C & Zeh A (2012): BGW-Stresskonzept. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
- Baronas AMK & Louis MR (1988): Restoring a sense of control during implementation: how user involvement leads to system acceptance. MIS Quarterly, S. 111–124.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2015): Diagnose Stress. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
- Böhle F (2018): Interaktionsarbeit – neue Herausforderungen an eine humane Arbeitsgestaltung. In: Arbeit VBlUG: Arbeiten mit Menschen – Interaktionsarbeit humanisieren. Frankfurt am Main, S. 36–44.
- Böhle F (2011): Interaktionsarbeit als wichtige Arbeitstätigkeit im Dienstleistungssektor. WSI-Mitteilungen 64(9), S. 456–461.
- Böhle F, Stöger U & Wehrich M (2015a): Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für eine humane Dienstleistungstätigkeit. Berlin: Edition Sigma. <https://doi.org/10.21241/ssoar.64813>.
- Böhle F, Stöger U & Wehrich M (2015b): Wie lässt sich Interaktionsarbeit menschengerecht gestalten? Zur Notwendigkeit einer Neubestimmung. AIS-Studien 8(1), S. 37–54. <https://doi.org/10.21241/ssoar.64813>.
- Böhm SA, Bourovoi K, Brzykcy AZ, Kreissner LM & Breier C (2016): Auswirkungen der Digitalisierung auf die Gesundheit von Berufstätigen: Eine bevölkerungsrepräsentative Studie in der Bundesrepublik Deutschland. St. Gallen: Universität St. Gallen.
- Bosma H, Peter R, Siegrist J & Marmot M (1998): Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. American Journal of Public Health 88(1), S. 68–74.
- Bundesagentur für Arbeit (2018): Arbeitsmarkt nach Berufen. August 2020. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017): Weißbuch Arbeiten 4.0. Berlin: BMAS.

- Cernavin OS, Stowasser, S (2017): Prävention 4.0: Analysen und Handlungsempfehlungen für eine produktive und gesunde Arbeit 4.0. Wiesbaden Springer Verlag
- Chen ZS H, Lam W, Hu Q, Huo Y, Zhong J A (2012): Chinese hotel employees in the smiling masks: Roles of job satisfaction, burnout, and supervisory support in relationships between emotional labor and performance. *The International Journal of Human Resource Management* 4(23), S. 826–845.
- Christoforou PS, Ashforth BE (2015): Revisiting the debate on the relationship between display rules and performance: Considering the explicitness of display rules. *Journal of Applied Psychology* 1(100), S. 149–261.
- Day AP, Scott N., Hambley L (2012): Perceived information and communication technology (ICT) demands on employee outcomes: The moderating effect of organizational ICT support. *Journal of Occupational Health Psychology* 4(17), S. 4730491.
- DGSM (2009): S3-Leitlinie. Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. *Somnologie* 13 (Suppl 1), S. 4–160.
- Diedrich L, Fischer S, Kleinlercher K-M, Rössler W (2015): Gesundheit im Unternehmen. Psychosoziale Ressourcen erhalten, Potenziale entwickeln. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dragano N (2019): Aspekte psychischer Gesundheit in der digitalen Arbeitswelt. *Impulse für Gesundheitsförderung* (105), S. 5–6.
- Eichendorf W (2018): Anforderungen der DGUV an eine Arbeit 4.0. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Freund ND, Schmidt KH (2012): Kontrollspielräume als protektive Ressource bei Emotionsarbeit. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 3(56), S. 143–151.
- Geerdes S, Marschall J, Nolting H-D (2012): Gesundheitsreport 2012. Analyse der Arbeitsunfähigkeiten. Schwerpunkt: Job, Gene, Lebensstil – Risiko für's Herz? Hamburg medhochzwei
- Gimpel H, Lanzl J, Manner-Romberg T, Nüske N (2018): Digitaler Stress in Deutschland. Eine Befragung von Erwerbstätigen zu Belastung und Beanspruchung durch Arbeit mit digitalen Technologien. Düsseldorf: Hans-Böckler Stiftung.
- Gimpel H, Lanzl J, Regal C, Urbach N, Wischniewski S, Tegtmeier P, Kreilos M, Kühlmann TM, Becker J, Eimecke J, Derra ND (2019): Gesund digital arbeiten?! Eine Studie zu digitalem Stress in Deutschland. Augsburg, Dortmund, Bayreuth.
- Göpfert AL (2012): Wie beeinflusst die Führungskraft die Mitarbeitergesundheit? Ein integrativer Ansatz zur Identifikation der Einflusswege von Führung auf die psychische Gesundheit

- und der Bedeutung des Führungskontextes. Bochum: Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie.
- Grandey A, Foo SC, Groth M, Goodwin RE (2012): Free to be you and me: A climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology* 1(17), S. 1–14.
- Greif S, Cox T (1995): Stress. In: Greif S, Holling H, Nicholson N: *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 432–439.
- Hacker W (2018): *Menschengerechtes Arbeiten in der digitalisierten Welt. Eine Wissenschaftliche Handreichung*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Hacker W, Richter P (1980): *Psychische Fehlbeanspruchung: Psychische Ermüdung, Monotonie, Sättigung und Stress. Spezielle Arbeits- und Ingenieurpsychologie in Einzeldarstellungen. Lehrtext 2*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Hasselmann O, Schauerte B, Schröder J (2017): Digitalisierung. Herausforderungen meistern und Krisen vermeiden. Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M: *Fehlzeitenreport 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung*. Berlin: Springer, S. 39–51.
- Hasselmann O, Meyn C, Schröder J, Sareika C (2018): *Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0*. Wiesbaden: Springer Verlag
- Hochschild A (2012): *The managed heart. Commercialization of human feeling*. Berkeley. Los Angeles. London: University of California Press.
- Junne F, Rieger M, Michaelis M, Nikendei C, Gündel H, Zipfel S, Rothermund E (2017): Psychische Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt: Modelle und Prävention. *Psychother Psych Med* 67(03/04), S. 161–173. DOI: 10.1055/s-0043–103270.
- Karasek R (1979): Job demands, job decision latitude, and mental strain. Implications for job redesign. *Administration Science Quarterly* 24, S. 285–307.
- Kohler H (2002): *Krankenstand – Ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz*. Nürnberg: IAB-Werkstattbericht.
- Kupersmith J (1992): Technostress and the reference librarian. *Reference Services Rev.* 2(20), S. 7–14.
- Lohmann-Haislah A (2012): *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Berlin: BAuA.
- Lück M, Hünefeld L, Brenscheidt S, Bödefeld M, Hünefeld A (2019): *Grundauswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung*

2018. Vergleich zur Grundauswertung 2006 und 2012. Dortmund/Berlin/Dresden: BAuA.
- Marschall J (2014): Belastung durch chronischen Stress. Sonderauswertung der Befragung der DAK-Gesundheit im Rahmen des Schwerpunktthemas 2014 – Rushhour des Lebens. Berlin: IGES.
- Marschall J, Barthelmes I (2016): Branchenreport Handel. Sicherheit und Gesundheit im Groß- und Einzelhandel – eine Frage der Unternehmenskultur? Heidelberg: medhochzwei.
- Marschall J, Nolting H-D, Hildebrandt S, Schmucker C (2014): Gesundheitsreport 2014: Analysen der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie. Heidelberg: medhochzwei
- Melzer M (2018): Gestaltung von Interaktionsarbeit: Aktivitäten und Angebote der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. In: Arbeit VBI: Arbeiten mit Menschen – Interaktionsarbeit humanisieren Frankfurt am Main, S. 360–44.
- Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M (2012): Organizational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occupational and environmental Medicine* 69, S. 694–700.
- Nelson DL (1990): Individual adjustment to information-driven technologies: A critical review. *MIS Quart.* 1(14), S. 79–98.
- Pérez-Rodríguez V, Topa G, Beléndez M (2019): Organizational justice and work stress: The mediating role of negative, but not positive, emotions. *Personality and Individual Differences* 151, 109392.
- Ragu-Nathan TS, Tarafdar M, Ragu-Nathan BS, Tu Q (2008): The Consequences of Technostress for End Users in Organizations. *Information Systems Research* 19(4), S. 417–433.
- Rexroth M, Michel A, Bosch C (2017): Promoting well-being by teaching employees how to segment their life domains. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 61, S. 197–212.
- Richter G, Schütte M (2012): Belastungen sind neutral! Das Belastungs-Beanspruchungsmodell. In: Faller G: *Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans-Huber, S. 89–94.
- Richter P, Winfried H (2012 (1_1998)): Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg: Asanger.
- Rohmert W, Rutenfranz J (1975): Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen

- industriellen Arbeitsplätzen. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Roth I (2019): Arbeiten mit Menschen – Interaktionsarbeit. Eine Sonderauswertung auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit 2018 für den Dienstleistungssektor. Berlin: ver.di.
- Schöllgen IS (2016): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Emotionsarbeit. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Schulz P (2004): Trierer Inventar zum chronischen Stress. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Siegrist J, Siegrist K (2014): Stresstheoretische Modelle arbeitsbedingter Erkrankungen. In: Angerer P, Glaser J, Gündel H et al: Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Landsberg am Lech: ecomed Medizin, S. 64–73.
- Syrek C, Claudia BE, Antoni C (2013): Entwicklung und Validierung der Trierer Kurzsкала zur Messung von Work-Life-Balance (TKS-WLB). *Diagnostica* 57(3), S. 134–145.
- Thomas C, Busch F, Kuhlenkoetter B, Deuse J (2011): Process and human safety in human-robot-interaction – A hybrid assistance system for welding applications. *International Conference on Intelligent Robotics and Applications* 1, S. 112–121.
- Thomsen K (2018): Interaktionsarbeit in Rehakliniken – die Sicht von Betriebsräten. In: *Arbeit VBluG: Arbeiten mit Menschen – Interaktionsarbeit humanisieren*, Frankfurt am Main, S. 36–44.
- Trougakos JP, Beal DJ, Green SG, Weiss HM (2008): Making the break count: An episodic examination of recovery activities, emotional experiences, and positive affective displays. *Academy of Management Journal* 51, S. 131–146.
- Udris I, Frese M (1988): Belastung, Stress, Beanspruchung und ihre Folgen. In: Frey D, Graf Hoyos C, Stahlberg D: *Angewandte Psychologie. Ein Lehrbuch*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 427–447.
- Ulich E (2011): *Arbeitspsychologie*. Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- Wood C (2001): Dealing with tech rage. *McLeans's* (114), S. 41–42.
- Zapf D, Seifert C, Mertini H, Voigt C, Holz M, Vondran E, Isic A, Schmutte B (2000): Emotionsarbeit in Organisationen und psychische Gesundheit. In: Musahl HP, Eisenhauer T: *Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen* Heidelberg: Asanger, S. 99–106.

Zapf D, Semmer N (2004): Stress und Gesundheit in Organisationen. In: Schuler H: Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 1007–1112.