



F. Knieps | H. Pfaff (Hrsg.)

Psychische Gesundheit und Arbeit

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



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BKK Gesundheitsreport 2019

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

Psychische Gesundheit und Arbeit



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BKK Gesundheitsreport 2019

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

Psychische Gesundheit und Arbeit

Zahlen, Daten, Fakten

mit Gastbeiträgen aus
Wissenschaft, Politik und Praxis von

M. Adli | B. Beermann | U. Birner | B. Bogert | J. Borggräfe | G. Buruck | K. Dahlke
S. Dannenfeld | P. Fuchs-Frohnhofen | W. Gaebel | A. Große-Jäger | M. Holz
K. Kliner | F. Knieps | M. König | O. Lauenstein | M. Melzer | T. Moormann
G. Palm | H. Pfaff | B. Pöhlmann | D. Rennert | M. Richter | S.G. Riedel-Heller
M. Scheppa-Lahyani | R. Schüller | K. Sonntag | S. Steffan | A. Steinwedel
M. Stupin | A. Vesper | A. Windel | D. Zapf | S. Zeike



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Der BKK Gesundheitsreport 2019 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Dachverband erstellt.

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

Redaktion: Karin Kliner, Dirk Rennert, Matthias Richter

Datenmanagement und Empirie: Karin Kliner und Dirk Rennert

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

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

ISBN 978-3-95466-470-2

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Zitation:

Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2019.
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2019

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, November 2019

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

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

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

Produkt /Projektmanagement: Anna-Lena Spies, Susann Weber, Berlin
Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen

Die Herausgeber

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Berlin

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

Die Autorinnen und Autoren

PD Dr. Mazda Adli
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dr. Beate Beermann
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Dortmund

Dr. Ulrich Birner
Siemens AG
München

Bernd Bogert
St. Gereon Seniorendienste gGmbH
Hückelhoven

Dr. Julia Borggräfe
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Berlin

Prof. Dr. Gabriele Buruck
Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Westfälische Hochschule Zwickau

Dipl.-Soz. Kerstin Dahlke
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Sophie Dannenfeld
BKK-Landesverband NORDWEST
Hamburg

Dr. Paul Fuchs-Frohnhofen
MA&T GmbH
Würselen

Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

André Große-Jäger
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Bonn

Dr. Melanie Holz
Abteilung für Arbeits- und Organisationspsychologie
Goethe-Universität Frankfurt

Karin Kliner
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Franz Knieps
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Martin König
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Dr. Oliver Lauenstein
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Bonn

Dr. Marlen Melzer
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Dresden

Thomas Moormann, MPH
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Dipl.-Pflegermanager (FH) Gerd Palm, M.A.
St. Gereon Seniorendienste gGmbH
Hückelhoven

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

Barbara Pöhlmann
NOVITAS BKK, Duisburg

Dipl.-Psych. Dirk Rennert
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Dr. Matthias Richter
BKK Dachverband e.V.
Berlin

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und
Public Health (ISAP)
Universität Leipzig

Miriam Scheppa-Lahyani, M.Sc.-Psych.
Abteilung für Arbeits- und Organisationspsychologie
Goethe-Universität Frankfurt

Rüdiger Schüller
pronova BKK
Ludwigshafen

Prof. Dr. Karlheinz Sonntag
Arbeits- und Organisationspsychologie
Universität Heidelberg

Sabrina Steffan
Bosch BKK
Stuttgart

Alexander Steinwedel
pronova BKK
Ludwigshafen

Madlen Stupin
BKK_DürkoppAdler
Bielefeld

Arne Vesper
energie-BKK
Hannover

Dr. Armin Windel
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Dortmund

Prof. Dr. Dieter Zapf
Abteilung für Arbeits- und Organisationspsychologie
Goethe-Universität Frankfurt

Sabrina Zeike, M.A.
Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaften (IMVR)
Universität zu Köln

Vorwort

Die öffentliche Aufmerksamkeit für psychische Erkrankungen hat vor allem in den letzten Jahren einen enormen Zuwachs erfahren. Mittlerweile kann man täglich eine Fülle von neuen Artikeln, Meldungen und Studien zu dem Thema finden. Dabei ist diese Entwicklung durchaus ambivalent zu bewerten. Zum einen zeigen sich positive Auswirkungen dahingehend, dass es durch die breite öffentliche Diskussion zu einer stärkeren Sensibilisierung für das Thema kommt und damit die Stigmatisierung psychischer Störungen sukzessive abnimmt. Damit einhergehend werden Betroffene häufiger als früher in der gesundheitlichen Versorgung als solche richtig erkannt und entsprechend ihrer Leiden korrekt behandelt. Zum anderen verleitet dieser Zuwachs in den Kennzahlen der gesundheitlichen Versorgung aber leicht zu der Annahme, dass psychische und Verhaltensstörungen mittlerweile pandemische Ausmaße angenommen haben. Nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen europäischen Ländern konnten allerdings zahlreiche Studien zeigen, dass der Anteil der von psychischen Störungen Betroffenen seit mehr als einem Jahrzehnt stagniert bzw. teilweise sogar leicht rückläufig ist. Diese scheinbare Diskrepanz auch im Sinne einer zielgerichteten Versorgungsgestaltung näher zu beleuchten, stellt einen Teilaspekt des diesjährigen BKK Gesundheitsreports dar. Der Hauptfokus der Betrachtung liegt natürlich weiterhin auf der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten insbesondere im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen.

Psychische Gesundheit und Arbeit

Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen beeinflussen in vielfältiger Weise nicht nur unsere körperliche, sondern auch die psychische Gesundheit. Bei Beschäftigten, die bei ihrer Tätigkeit hohem psychosozialen Stress ausgesetzt sind, wird dies z.B. an erhöhten Fehlzeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen oder auch am höheren Verordnungsvolumen von entsprechenden Arzneimitteln sichtbar. Insbesondere Branchen und Berufe, die hauptsächlich mit bzw. am Menschen arbeiten, sind meist besonders stark betroffen. Die hier gewonnenen Erkenntnisse sollen von Akteuren und Entscheidern in der Arbeitswelt vor allem als Anstoß für die Initiie-

rung bzw. den Ausbau der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit verstanden werden. Darüber hinaus stellt eine Berufstätigkeit selbst einen wichtigen präventiven Faktor für die psychische Gesundheit dar. Zahlreiche Fachgesellschaften sowie Patientenorganisationen, wie die Stiftung Deutsche Depressionshilfe, unterstützen die Aussage, dass Arbeit z.B. als Schutzfaktor bei Depressionen im Sinne einer Tagesstrukturierung sowie eines sozialen und kollegialen Zusammenhalts positiv wirksam sein kann. Dafür ist allerdings eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur notwendig. Ein erster Schritt hierzu kann das Benennen psychischer Belastungen bei der Arbeit aus Mitarbeitersicht sein.

Der BKK Gesundheitsreport 2019

Unser besonderer Dank gilt auch in diesem Jahr allen Gastautorinnen und Gastautoren, die mit ihren Fachbeiträgen wichtige zusätzliche Erkenntnisse zu den Analysen der Versichertendaten beisteuern. Nicht zuletzt gilt mein Dank zudem allen Beteiligten, die zum Gelingen des BKK Gesundheitsreports 2019 beigetragen haben, vor allem dem Mitherausgeber Prof. Dr. Holger Pfaff, sowie den Kolleginnen und Kollegen der Gesundheitsberichterstattung Karin Kliner, Dr. Matthias Richter und Dirk Rennert sowie der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft, insbesondere Susann Weber und Annalena Spies, für die exzellente verlegerische Betreuung und Zusammenarbeit.

Ich bin überzeugt, dass die Erkenntnisse des BKK Gesundheitsreports 2019 für die Gestaltung gesunder Arbeit und die Sensibilisierung für das Thema Psyche einen wichtigen Impuls darstellen sowie darüber hinaus zusätzliche Informationen für alle am Thema Interessierten bereithalten.

Ich wünsche Ihnen ein erkenntnisreiches und anregendes Lesevergnügen.

Ihr



Franz Knieps
Vorstand des BKK Dachverbandes e.V.

Inhalt

Vorwort	vii
Tabellenverzeichnis	1
Diagrammverzeichnis	5
Methodische Hinweise	15
Das Wichtigste im Überblick	20
Psychische Gesundheit und Arbeit: Ein Überblick <i>Holger Pfaff und Sabrina Zeike</i>	27
0 Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten	39
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick	41
0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder	45
0.2.1 Beschäftigte nach Regionen	45
0.2.2 Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Tätigkeitsmerkmalen	45
0.2.3 Beschäftigte nach Berufsgruppen	48
0.2.4 Beschäftigte nach Wirtschaftsgruppen	51
0.2.5 Zusammenfassung	51
1 Arbeitsunfähigkeit	55
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
1.1 AU-Geschehen im Überblick	57
1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2018	57
1.1.2 Entwicklung im Jahr 2019	59
1.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	60
1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen	68
1.2.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht	68
1.2.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus	80
1.2.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	85
1.3 AU-Geschehen in Regionen	89
1.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	89
1.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	93
1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt	96
1.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	96
1.4.2 Auswertungen nach Berufsgruppen	103
1.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	114
1.5 Schwerpunktthema Psychische Gesundheit und Arbeit	120
1.5.1 Einleitung	120
1.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	123
1.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen	133
1.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	143
1.5.5 Sektorenübergreifende Auswertungen am Beispiel der Depressiven Episode (F32)	147
1.6 Zusammenfassung und Ausblick	150

2	Ambulante Versorgung	151
	<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
2.1	Ambulante Versorgung im Überblick	153
2.1.1	Aktuelle Zahlen im Jahr 2018	153
2.1.2	Langzeittrends	154
2.1.3	Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	154
2.2	Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	158
2.2.1	Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht	158
2.2.2	Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus	166
2.2.3	Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	168
2.3	Ambulante Versorgung in Regionen	172
2.3.1	Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	172
2.3.2	Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	173
2.4	Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt	178
2.4.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	178
2.4.2	Auswertungen nach Berufen	182
2.4.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	186
2.5	Schwerpunktthema psychische Gesundheit und Arbeit	193
2.5.1	Einleitung	193
2.5.2	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	196
2.5.3	Auswertungen nach Berufsgruppen	201
2.5.4	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	206
2.5.5	Sektorenübergreifende Auswertungen am Beispiel der Depressiven Episode (F32)	210
2.6	Zusammenfassung und Ausblick	213

Schwerpunkt Wissenschaft	215
Psychische Gesundheit in urbanen Räumen	217
<i>Mazda Adli</i>	
Emotionale Arbeitsanforderungen und psychische Gesundheit	223
<i>Gabriele Buruck und Marlen Melzer</i>	
Teamarbeit, soziale Konflikte und Mobbing	231
<i>Melanie Holz, Dieter Zapf und Miriam Scheppa-Lahyani</i>	
Organisations- und Personalentwicklung in einer sich wandelnden Arbeitswelt	239
<i>Karlheinz Sonntag</i>	

3	Stationäre Versorgung	249
	<i>Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert</i>	
3.1	Stationäre Versorgung im Überblick	251
3.1.1	Aktuelle Zahlen im Jahr 2018	251
3.1.2	Langzeittrends	252
3.1.3	Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen	253

3.2	Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	257
3.2.1	Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht	257
3.2.2	Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus	269
3.2.3	Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	272
3.3	Stationäre Versorgung in Regionen	276
3.3.1	Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	276
3.3.2	Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	280
3.4	Stationäre Versorgung und Arbeitswelt	282
3.4.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	282
3.4.2	Auswertungen nach Berufen	286
3.4.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	290
3.5	Schwerpunktthema psychische Gesundheit und Arbeit	297
3.5.1	Einleitung	297
3.5.2	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen	302
3.5.3	Auswertungen nach Berufsgruppen	305
3.5.4	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	308
3.5.5	Sektorenübergreifende Auswertungen am Beispiel der Depressiven Episode (F32)	312
3.6	Zusammenfassung und Ausblick	314

Schwerpunkt Politik	317
Das Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ – Ergebnisse und Handlungsoptionen	319
<i>Beate Beermann und Armin Windel</i>	
Initiativen und Projekte zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt	326
<i>André Große-Jäger und Oliver Lauenstein</i>	
Humanzentrierte Gestaltung von Arbeit in der digitalen Transformation als Grundlage für psychische Gesundheit und Innovation	332
<i>Julia Borggräfe</i>	
Bevorstehende Änderungen im Bereich der psychischen Störungen im Klassifikationssystem ICD-11	340
<i>Steffi G. Riedel-Heller und Wolfgang Gaebel</i>	
Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – Rückblick und Ausblick	346
<i>Kerstin Dahlke und Dirk Rennert</i>	

4 Arzneimittelverordnungen	353
<i>Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter</i>	
4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick	355
4.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2018	355
4.1.2 Langzeittrends	356
4.1.3 Die wichtigsten Arzneimittelverordnungen	357
4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen	360
4.2.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht	360
4.2.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus	365
4.2.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	367

4.3	Arzneimittelverordnungen in Regionen _____	371
4.3.1	Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise _____	371
4.3.2	Regionale Unterschiede für ausgewählte Verordnungen _____	372
4.4	Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt _____	377
4.4.1	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen _____	378
4.4.2	Auswertungen nach Berufen _____	381
4.4.3	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren _____	385
4.5	Schwerpunktthema psychische Gesundheit und Arbeit _____	390
4.5.1	Einleitung _____	390
4.5.2	Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen _____	393
4.5.3	Auswertungen nach Berufsgruppen _____	395
4.5.4	Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren _____	400
4.5.5	Sektorenübergreifende Auswertungen am Beispiel der Depressiven Episode (F32) _____	402
4.6	Zusammenfassung und Ausblick _____	405

Schwerpunkt Praxis _____	407
Beratungsstandards zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt – Worauf kommt es an? _____	409
<i>Thomas Moormann, Martin König und Barbara Pöhlmann</i>	
Prävention und Gesundheitsförderung bei Auszubildenden – Nachhaltigkeit durch betriebliche Integration _____	417
<i>Rüdiger Schüller</i>	
Psychischen Belastungen in der Pflege durch eine wertschätzende Gesundheitskultur begegnen – Erfahrungen bei den St. Gereon Seniorenendiensten _____	424
<i>Bernd Bogert, Paul Fuchs-Frohnhofen und Gerd Palm</i>	
Mental-First-Aid – Der Erste-Hilfe-Kurs für die Seele an der Technischen Hochschule Ostwestfalen-Lippe ____	431
<i>Madlen Stupin</i>	
#BreakingTheSilence – psychische Gesundheit bei der Arbeit: Impulse für Offenheit und Unterstützung setzen _____	436
<i>Ulrich Birner</i>	
New Work: Die Änderungen der Arbeitswelt und die Erwartungen junger Talente an ihren Arbeitgeber ____	445
<i>Sabrina Steffan, Arne Vesper, Alexander Steinwedel und Sophie Dannenfeld</i>	

5 Arbeit muss zur psychischen Gesundheit beitragen _____	451
<i>Franz Knieps</i>	

Anhang _____	455
A Arbeitsunfähigkeitsgeschehen _____	458
B Systematische Verzeichnisse _____	466

Tabellenverzeichnis

0 Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten

0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick

Tabelle 0.1.1	Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Durchschnittsalter nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____	42
Tabelle 0.1.2	Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) sowie Altersstruktur im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2018) _____	44

0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder

Tabelle 0.2.1	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Merkmalen im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2018) _____	47
Tabelle 0.2.2	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten sowie Altersstruktur im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2018) _____	49
Tabelle 0.2.3	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten sowie Altersstruktur im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2018) _____	52

1 Arbeitsunfähigkeit

1.1 AU-Geschehen im Überblick

Tabelle 1.1.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2018) _____	58
Tabelle 1.1.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2018) _____	62
Tabelle 1.1.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018) _____	63
Tabelle 1.1.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018) _____	66
Tabelle 1.1.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2018) _____	67

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 1.2.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____	69
Tabelle 1.2.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____	72
Tabelle 1.2.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____	75
Tabelle 1.2.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Atmungssystems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____	79
Tabelle 1.2.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____	81

1.3 AU-Geschehen in Regionen

Tabelle 1.3.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) im Zehnjahresvergleich (2008 und 2018) _____	90
---------------	---	----

1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Tabelle 1.4.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2018)	108
Tabelle 1.4.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2018)	109
Tabelle 1.4.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Psychischen Störungen (Berichtsjahr 2018)	110

1.5 Schwerpunktthema Psychische Gesundheit und Arbeit

Tabelle 1.5.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	121
---------------	---	-----

2 Ambulante Versorgung

2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Tabelle 2.1.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2018)	153
Tabelle 2.1.2	Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Inanspruchnahmequoten der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2018)	154
Tabelle 2.1.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2018)	156

2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	166
Tabelle 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	167

2.3 Ambulante Versorgung in Regionen

Tabelle 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2018)	173
Tabelle 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2018)	174

2.4 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Tabelle 2.4.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2018)	185
Tabelle 2.4.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	187
Tabelle 2.4.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	188
Tabelle 2.4.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	189
Tabelle 2.4.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	191

2.5 Schwerpunktthema psychische Gesundheit und Arbeit

Tabelle 2.5.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für eine depressive Episode (F32.X) nach Schweregrad und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	211
---------------	--	-----

3 Stationäre Versorgung

3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Tabelle 3.1.1	Stationäre Versorgung – Versichertenanteile nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte (Berichtsjahr 2018)	251
Tabelle 3.1.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2018)	256

3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	263
Tabelle 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	265
Tabelle 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	268
Tabelle 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	270

3.3 Stationäre Versorgung in Regionen

Tabelle 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2018)	279
---------------	---	-----

3.4 Stationäre Versorgung und Arbeitswelt

Tabelle 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2018)	289
Tabelle 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	291
Tabelle 3.4.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	293
Tabelle 3.4.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	294
Tabelle 3.4.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	296

3.5 Schwerpunktthema psychische Gesundheit und Arbeit

Tabelle 3.5.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	299
---------------	--	-----

4 Arzneimittelverordnungen

4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Tabelle 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2018)	355
Tabelle 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2018)	356
Tabelle 4.1.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen im Zeitverlauf (2012–2018)	357

4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	365
Tabelle 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	366
Tabelle 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	368
Tabelle 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	369

4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Tabelle 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – DDD und Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2018)	372
---------------	---	-----

4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Tabelle 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2018)	381
---------------	--	-----

4.5 Schwerpunktthema psychische Gesundheit und Arbeit

Tabelle 4.5.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	391
Tabelle 4.5.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)	396
Tabelle 4.5.3	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten DDD von Antidepressiva (N06A) (Berichtsjahr 2018)	398
Tabelle 4.5.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)	399

Diagrammverzeichnis

0 Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten

0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick

Diagramm 0.1.1	Soziodemografie – BKK Versicherte nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2018)	41
Diagramm 0.1.2	Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Frauenanteile nach Bundesländern (Wohnort) im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2018)	43

0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder

Diagramm 0.2.1	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2018)	46
Diagramm 0.2.2	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2018)	50
Diagramm 0.2.3	Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2018)	53

1 Arbeitsunfähigkeit

1.1 AU-Geschehen im Überblick

Diagramm 1.1.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Reha-Fällen und Arbeitsunfällen im Zeitverlauf (2008–2018)	58
Diagramm 1.1.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2018)	59
Diagramm 1.1.3	Arbeitsunfähigkeit – Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2017–2019)	60
Diagramm 1.1.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	61
Diagramm 1.1.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2008–2018)	62
Diagramm 1.1.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	63
Diagramm 1.1.7	Arbeitsunfähigkeit – KG-Tage der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	64
Diagramm 1.1.8	Arbeitsunfähigkeit – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit mindestens einem Kinderkrankengeldfall (KKG-Fall) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2016–2018)	65
Diagramm 1.1.9	Arbeitsunfähigkeit – Kinderkrankengeld (KKG)-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Geschlecht im Zeitverlauf (2016–2018)	65

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.2.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	69
Diagramm 1.2.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	70
Diagramm 1.2.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	71
Diagramm 1.2.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2008–2018)	73

Diagramm 1.2.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Rückenschmerzen (M54) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2018)	73
Diagramm 1.2.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2008–2018)	74
Diagramm 1.2.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die Depressive Episode (F32) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2018)	76
Diagramm 1.2.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für das Burn-out-Syndrom (Z73) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2018)	77
Diagramm 1.2.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2008–2018)	78
Diagramm 1.2.10	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2018)	80
Diagramm 1.2.11	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2010–2018)	82
Diagramm 1.2.12	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage nach ausgewählten Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	83
Diagramm 1.2.13	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach ausgewählten Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2018)	84
Diagramm 1.2.14	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen für Psychische Störungen nach ausgewählten Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2018)	84
Diagramm 1.2.15	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	85
Diagramm 1.2.16	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	86
Diagramm 1.2.17	Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	87
Diagramm 1.2.18	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	87

1.3 AU-Geschehen in Regionen

Diagramm 1.3.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2018)	91
Diagramm 1.3.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2018)	92
Diagramm 1.3.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2018)	94
Diagramm 1.3.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Psychische Störungen – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2018)	95

1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Diagramm 1.4.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	97
Diagramm 1.4.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2018)	98
Diagramm 1.4.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	99
Diagramm 1.4.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Rückenschmerzen (M54) bzw. Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) nach Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)	101

Diagramm 1.4.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)	102
Diagramm 1.4.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2018)	103
Diagramm 1.4.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	104
Diagramm 1.4.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2018)	106
Diagramm 1.4.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	107
Diagramm 1.4.10	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	112
Diagramm 1.4.11	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	113
Diagramm 1.4.12	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	114
Diagramm 1.4.13	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	115
Diagramm 1.4.14	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	116
Diagramm 1.4.15	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	117
Diagramm 1.4.16	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	118
Diagramm 1.4.17	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)	119

1.5 Schwerpunktthema Psychische Gesundheit und Arbeit

Diagramm 1.5.1	Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	122
Diagramm 1.5.2	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	122
Diagramm 1.5.3	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	124
Diagramm 1.5.4	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	125
Diagramm 1.5.5	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	126
Diagramm 1.5.6	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	127
Diagramm 1.5.7	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Affektive Störungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	128
Diagramm 1.5.8	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für die Depressive Episode (F32) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	129
Diagramm 1.5.9	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten BKK Wirtschaftsgruppen im Zeitverlauf (2008–2018)	130
Diagramm 1.5.10	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)	131

Diagramm 1.5.11	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Affektive Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)	132
Diagramm 1.5.12	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	133
Diagramm 1.5.13	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	135
Diagramm 1.5.14	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	136
Diagramm 1.5.15	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	137
Diagramm 1.5.16	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Affektive Störungen nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	138
Diagramm 1.5.17	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für die Depressive Episode (F32) nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	139
Diagramm 1.5.18	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	140
Diagramm 1.5.19	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)	141
Diagramm 1.5.20	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Affektive Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)	142
Diagramm 1.5.21	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	144
Diagramm 1.5.22	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen mit bzw. ohne Aufsichts-/ Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	145
Diagramm 1.5.23	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	145
Diagramm 1.5.24	Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage für Psychische Störungen nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2010–2018)	146
Diagramm 1.5.25	Arbeitsunfähigkeit – AU- und KG-Kennzahlen für Psychische Störungen nach ausgewählten Versichertengruppen (Berichtsjahr 2018)	147
Diagramm 1.5.26	Arbeitsunfähigkeit – Anteile verschiedener Therapieformen für beschäftigte Mitglieder bei einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode (F32) in Kombination mit einem AU-Fall nach Schweregrad der Diagnose (Berichtsjahr 2018)	149

2 Ambulante Versorgung

2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Diagramm 2.1.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2018)	155
----------------	--	-----

2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	159
Diagramm 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	160
Diagramm 2.2.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	161
Diagramm 2.2.4	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten unter 20 Jahre mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	162

Diagramm 2.2.5	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten von 20 bis 64 Jahre mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	163
Diagramm 2.2.6	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten ab 65 Jahren mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	163
Diagramm 2.2.7	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	164
Diagramm 2.2.8	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Faktoren der Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	165
Diagramm 2.2.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	169
Diagramm 2.2.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	170
Diagramm 2.2.11	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	170
Diagramm 2.2.12	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	171

2.3 Ambulante Versorgung in Regionen

Diagramm 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für das Muskel-Skelett-System nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2018)	176
Diagramm 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Psychische Störungen nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2018)	177

2.4 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt

Diagramm 2.4.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	179
Diagramm 2.4.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2018)	180
Diagramm 2.4.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2018)	181
Diagramm 2.4.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	183
Diagramm 2.4.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	184
Diagramm 2.4.6	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	187
Diagramm 2.4.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	188
Diagramm 2.4.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	190
Diagramm 2.4.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	191
Diagramm 2.4.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)	192

2.5 Schwerpunktthema psychische Gesundheit und Arbeit

Diagramm 2.5.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	194
Diagramm 2.5.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	194

Diagramm 2.5.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen für Psychische Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	195
Diagramm 2.5.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	197
Diagramm 2.5.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)	198
Diagramm 2.5.6	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die Depressive Episode (F32) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	199
Diagramm 2.5.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	200
Diagramm 2.5.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	201
Diagramm 2.5.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)	203
Diagramm 2.5.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die Depressive Episode (F32) nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	204
Diagramm 2.5.11	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	205
Diagramm 2.5.12	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	206
Diagramm 2.5.13	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	207
Diagramm 2.5.14	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	207
Diagramm 2.5.15	Ambulante Versorgung – Anteile der Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2013–2018)	208
Diagramm 2.5.16	Ambulante Versorgung – Anteile der Arbeitslosen (ALG-I) mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen für Psychische Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	209
Diagramm 2.5.17	Ambulante Versorgung – Anteile der Arbeitslosen (ALG-II) mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen für Psychische Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	209
Diagramm 2.5.18	Ambulante Versorgung – Anteile der Beschäftigten mit Diagnose für eine depressive Episode (F32.X) nach Schweregrad und Versorgungsangeboten (Berichtsjahr 2018)	211

3 Stationäre Versorgung

3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Diagramm 3.1.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2018)	252
Diagramm 3.1.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2008–2018)	253
Diagramm 3.1.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	254
Diagramm 3.1.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2008–2018)	255

3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	258
Diagramm 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	259
Diagramm 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	260
Diagramm 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2018)	260
Diagramm 3.2.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2018)	261
Diagramm 3.2.6	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Psychische Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	264
Diagramm 3.2.7	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	266
Diagramm 3.2.8	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Neubildungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	269
Diagramm 3.2.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	271
Diagramm 3.2.10	Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (Falldauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	271
Diagramm 3.2.11	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	273
Diagramm 3.2.12	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	273
Diagramm 3.2.13	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	274
Diagramm 3.2.14	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	275

3.3 Stationäre Versorgung in Regionen

Diagramm 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2018)	277
Diagramm 3.3.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2018)	278
Diagramm 3.3.3	Stationäre Versorgung – Anteile der KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	281

3.4 Stationäre Versorgung und Arbeitswelt

Diagramm 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	283
Diagramm 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2018)	284
Diagramm 3.4.3	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	285
Diagramm 3.4.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	286
Diagramm 3.4.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2018)	287

Diagramm 3.4.6	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	288
Diagramm 3.4.7	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	290
Diagramm 3.4.8	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	292
Diagramm 3.4.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	293
Diagramm 3.4.10	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	295
Diagramm 3.4.11	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	296

3.5 Schwerpunktthema psychische Gesundheit und Arbeit

Diagramm 3.5.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	298
Diagramm 3.5.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	298
Diagramm 3.5.3	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	300
Diagramm 3.5.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	301
Diagramm 3.5.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnoseuntergruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2018)	301
Diagramm 3.5.6	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	303
Diagramm 3.5.7	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)	304
Diagramm 3.5.8	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnoseuntergruppen, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	305
Diagramm 3.5.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	306
Diagramm 3.5.10	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)	307
Diagramm 3.5.11	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnoseuntergruppen, ausgewählten Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	308
Diagramm 3.5.12	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnoseuntergruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	309
Diagramm 3.5.13	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnoseuntergruppen, mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	310
Diagramm 3.5.14	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnoseuntergruppen, mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	310
Diagramm 3.5.15	Stationäre Versorgung – KH-Tage für Psychische Störungen nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2013–2018)	311
Diagramm 3.5.16	Stationäre Versorgung – KH-Tage für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnosen und ausgewählten Versichertengruppen (Berichtsjahr 2018)	312
Diagramm 3.5.17	Stationäre Versorgung – Anteile der KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach Schweregrad der depressiven Episode (F32.X) in Verbindung mit mindestens einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode (F32) (Berichtsjahr 2018)	313

4 Arzneimittelverordnungen

4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Diagramm 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2018)	356
Diagramm 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	358

4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	360
Diagramm 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	361
Diagramm 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	363
Diagramm 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	364
Diagramm 4.2.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	368
Diagramm 4.2.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	370

4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Diagramm 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2018)	373
Diagramm 4.3.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2018)	374
Diagramm 4.3.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für Psychoanaleptika (N06) nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2018)	375

4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

Diagramm 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	377
Diagramm 4.4.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	379
Diagramm 4.4.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	380
Diagramm 4.4.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	382
Diagramm 4.4.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	383
Diagramm 4.4.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)	384
Diagramm 4.4.7	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	385
Diagramm 4.4.8	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	386
Diagramm 4.4.9	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	387

Diagramm 4.4.10 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____ 388

Diagramm 4.4.11 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018) _____ 388

4.5 Schwerpunktthema psychische Gesundheit und Arbeit

Diagramm 4.5.1 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der beschäftigten Mitglieder für Antipsychotika (N05A) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____ 392

Diagramm 4.5.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____ 392

Diagramm 4.5.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antipsychotika (N05A) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____ 394

Diagramm 4.5.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____ 395

Diagramm 4.5.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antipsychotika (N05A) nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____ 397

Diagramm 4.5.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____ 397

Diagramm 4.5.7 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antipsychotika (N05A) und Antidepressiva (N06A) nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____ 400

Diagramm 4.5.8 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antipsychotika (N05A) und Antidepressiva (N06A) mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____ 401

Diagramm 4.5.9 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antipsychotika (N05A) und Antidepressiva (N06A) mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____ 401

Diagramm 4.5.10 Arzneimittelverordnungen – DDD der Mitglieder für Antipsychotika (N05A) und Antidepressiva (N06A) nach ausgewählten Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018) _____ 402

Diagramm 4.5.11 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode (F32) mit bzw. ohne Antidepressivaverordnungen (N06A) und weiteren Behandlungsmaßnahmen (Berichtsjahr 2018) _____ 403

Diagramm 4.5.12 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode (F32) nach Schweregrad, mit bzw. ohne Antidepressivaverordnungen (N06A) und weiteren Behandlungsmaßnahmen (Berichtsjahr 2018) _____ 404

Methodische Hinweise

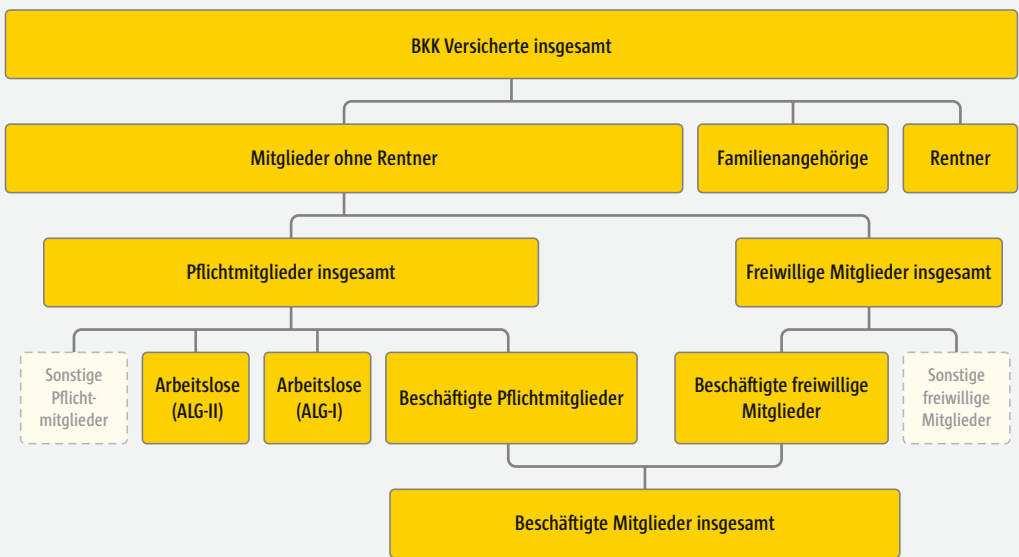
Für den diesjährigen BKK Gesundheitsreport werden ausgewählte Daten von insgesamt ca. 8 Millionen BKK Versicherten einbezogen. Dies entspricht einem Anteil von rund 11% aller GKV-Versicherten in Deutschland. In den einzelnen Kapiteln des BKK Gesundheitsreports werden unterschiedliche Versichertengruppen zur Auswertung zugrunde gelegt. Welche Gruppen jeweils betrachtet werden, ist in den entsprechenden Abschnitten des Gesundheitsreports beschrieben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um die Gruppe der BKK Versicherten insgesamt bzw. die der beschäftigten Mitglieder insgesamt. In **»»** Abbildung 1 sind diese und weitere Versichertengruppen sowie deren Zusammensetzung im Überblick dargestellt.

Qualitätssicherung

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

- **Datenumfang/Vollständigkeit:** Liegen die Daten nicht im erwarteten Umfang/in erwarteter Anzahl – gemessen am Vorjahr bzw. an amtlichen Statistiken – vor, so werden ggf. Nach- bzw. Neulieferungen veranlasst.
- **Doppelsätze:** Die Daten werden auf Doppelsätze geprüft und entsprechend bereinigt.
- **Kodierung:** Die für die einzelnen Leistungsbereiche vergebenen Kodierungen der Diagnosen bzw. Arzneimittel sowie auch der Berufs- und Wirtschaftsgruppen müssen denen der amtlichen Verzeichnisse entsprechen, um für die Auswertungen berücksichtigt zu werden.

Abbildung 1 Struktur der BKK Versicherten nach Versichertengruppen



- **Falldauer:** Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) mit einer Falldauer von mehr als 600 Kalendertagen bzw. Krankenhausfälle (KH-Fälle) mit einer Dauer von mehr als 365 bzw. 366 Kalendertagen werden aus den Auswertungen ausgeschlossen.

Versichertenstammdaten

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

- Versicherungszeitraum,
- Alter,
- Geschlecht,
- Versichertengruppe,
- Wohnort,
- berufliche Tätigkeit und
- Arbeitgebermerkmale (v.a. Wirtschaftsgruppe und Betriebsgröße)

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



Beispiel für Zuordnung zu Versichertengruppen bzw. die Berücksichtigung von Versichertenzeiten: Ist ein Versicherter 6 Monate berufstätig und weitere 6 Monate arbeitslos, wird dieser mit 0,5 Versichertenjahren als Beschäftigter und mit weiteren 0,5 Versichertenjahren als Arbeitsloser im entsprechenden Berichtszeitraum in die Auswertungen einbezogen.

Arbeitsunfähigkeitsdaten

Jahresdaten

Die für den Report verwendeten Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) basieren hauptsächlich auf den quartalsweisen Datenlieferungen der BKK im Rahmen der Erstellung der amtlichen Leistungsstatistiken (KG2 und KG5: Leistungsfälle und -tage; KG8: Krankheitsartenstatistik). Dabei werden in der Regel alle im benannten Berichtsjahr abgeschlossenen Leistungsfälle in die Auswertung aufgenommen. Die Auswertungen orientieren sich dabei weitestgehend an den inhaltlichen Bestimmungen der benannten amtlichen Statistiken, d. h. die Falldauer

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

Monatsdaten

Neben den Ergebnissen des zurückliegenden Berichtsjahres werden zusätzlich die aktuellen Entwicklungen im AU-Geschehen anhand der Monatsstatistik der beschäftigten BKK Mitglieder für die ersten beiden Quartale des aktuellen Berichtsjahres dargestellt. Diese geben, aufgrund ihrer Aktualität, erste Hinweise auf zukünftige Trends im AU-Geschehen, die u. a. für den Report des Folgejahres von Bedeutung sein können. Die Monatsstatistik weicht aufgrund ihrer Erhebungs- und Auswertungsmethodik von der Jahresstatistik ab. Ein Vergleich der Monatsdaten mit den Jahresdaten, die diesem Report zugrunde liegen, ist deshalb nur eingeschränkt möglich.

Krankenhausdaten

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

Daten der ambulanten Versorgung

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

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

Arzneimittelverordnungsdaten

Die Arzneimittelverordnungsdaten basieren ebenfalls auf den Vereinbarungen zum Datenaustausch mit den Leistungserbringern (DALE) und werden quartalsweise durch die Apothekenabrechnungszentren übermittelt. Bei den Arzneimitteldaten werden alle erstattungsfähigen Einzelverordnungen (EVO) von apothekenpflichtigen Arzneimitteln – (ausgenommen Hilfsmittel) – berücksichtigt, deren Verordnungsdatum im für diesen Report relevanten Berichtsjahr gelegen hat. Ausgeschlossen werden dabei Zahnarztverordnungen. Die hier berichteten Kennzahlen basieren ausschließlich auf Verordnungen aus dem ambulanten Sektor, da solche Daten für den stationären Sektor aufgrund der Besonderheiten der DRG-Systematik nicht vorliegen. Für den Gesundheitsreport werden vorrangig die Einzelverordnungen, die definierten Tagesdosen (DDD) sowie der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung in Prozent als Kennzahlen verwendet.

Verwendete Kennzahlen

Im Folgenden sind noch einmal die wichtigsten verwendeten Kennzahlen aus den einzelnen Leistungsbereichen ggf. mit Berechnungsformel aufgezählt:

- **AU-Fälle:** Anzahl der Fälle, die mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden sind. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (AU-Fälle je Mitglied).
- **AU-Tage:** Anzahl der Kalendertage, die mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden sind. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Mitgliederjahren ins Verhältnis gesetzt (AU-Tage je Mitglied).
- **AU-Tage je Fall:** Diese Kennzahl gibt die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit pro AU-Fall wieder (AU-Dauer = AU-Tage : AU-Fälle).
- **AU-Quote:** Stellt den Prozentanteil derjenigen Mitglieder dar, die im jeweiligen Berichtsjahr gar keinen bzw. einen, zwei oder drei und mehr AU-Fälle hatten.
- **Krankenstand:** Prozentanteil der Mitglieder, die durchschnittlich pro Kalendertag im Berichtsjahr arbeitsunfähig sind (Krankenstand = AU-Tage : Mitgliederjahre : Kalendertage pro Jahr · 100%)
- **KH-Fälle:** Anzahl der Fälle, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Versichertenjahren ins Verhältnis gesetzt (KH-Fälle je Versicherten).
- **KH-Tage:** Anzahl der Kalendertage, die durch einen Krankenhausaufenthalt verursacht werden. In der Regel werden die Angaben zur Vergleichbarkeit mit Versichertenjahren ins Verhältnis gesetzt (KH-Tage je Versicherten).
- **KH-Tage je Fall:** Diese Kennzahl gibt die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts pro KH-Fall wieder (KH-Dauer = KH-Tage : KH-Fälle).
- **Anteil Versicherter mit Diagnose in Prozent:** Gibt den Anteil der Versicherten wieder, die mindestens eine Diagnose in der ambulanten Versorgung erhalten haben.
- **Anteil Versicherter mit Arzneimittelverordnung in Prozent:** Gibt den Anteil der Versicherten wieder, die mindestens ein erstattungsfähiges Arzneimittel verordnet bekommen haben.
- **Einzelverordnungen (EVO):** Gibt die Anzahl der Verordnungen wieder. In der Regel werden diese Angaben zur Vergleichbarkeit mit Versichertenjahren ins Verhältnis gesetzt (EVO je Versicherten).
- **Definierte Tagesdosen (DDD):** Ist ein Maß für die verordnete Arzneimittelmenge, die typischerweise

pro Kalendertag angewendet werden soll. In der Regel werden diese Angaben zur Vergleichbarkeit mit Versichertenjahren ins Verhältnis gesetzt (DDD je Versicherten).



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

Zusätzliche Anmerkungen zu den ermittelten Kenngrößen

Besonderheiten in den Arbeitsunfähigkeitsdaten

- Bei den im Gesundheitsreport berichteten Arbeitsunfähigkeitstagen handelt es sich stets um Kalendertage und nicht um Arbeitstage. Aus Analysen der AU-Daten geht hervor, dass etwa ein Viertel aller AU-Tage auf einen Samstag oder Sonntag fallen.
- Beim Krankenstand handelt es sich um eine Kenngröße, die den durchschnittlichen Prozentanteil der Mitglieder angibt, die pro Tag arbeitsunfähig sind. Insofern kann diese Kennzahl auch bei der Betrachtung betrieblicher Ausfalltage verwendet werden.
- Ab dem Berichtsjahr 2016 gelten für die Arbeitsunfähigkeitsdaten einige Veränderungen und Modifikationen. Zum einen sind Arbeitsunfähigkeitszeiten, die mit einem Arbeitsunfall verbunden sind und deshalb in der Regel nicht unter Kostenträgerschaft der GKV abgerechnet bzw. dokumentiert werden, ab dem Berichtsjahr 2016 vollständig (zuvor nur teilweise) enthalten. Zum anderen werden Arbeitsunfähigkeitszeiten, die während eines Heilverfahrens bzw. einer Anschlussheilbehandlung (medizinische Rehabilitation) entstehen, ebenfalls erstmals ab dem Berichtsjahr 2016 vollständig (zuvor nicht enthalten) in den AU-Daten abgebildet. Somit kann es insbesondere im Vergleich zu den AU-Kennzahlen aus den Vorjahren – zum Teil zu einem Anstieg der AU-Fälle, der AU-Tage sowie auch der Falldauern kommen. Eine längsschnittliche Betrachtung der AU-Kennzahlen ist somit nur eingeschränkt möglich.

Zusatzinformationen in der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)

Die Auswertung der Berufe erfolgt entsprechend der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) nach Berufssektoren, -segmenten und Berufshauptgruppen (» Anhang B.4) und stehen seit dem Berichtsjahr 2015 zur Verfügung. Neben der ausgeübten Tätigkeit des Beschäftigten enthält die KldB 2010 noch weitere relevante Informationen, z. B. zum höchsten schulischen bzw. beruflichen Abschluss, zum Anforderungsniveau der Tätigkeit, zur Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung und zur Vertragsform, welche auch im Gesundheitsreport im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten betrachtet werden. Für eine kleine Gruppe (in der Regel rund 1%) der beschäftigten BKK Mitglieder liegen keine validen Angaben zum Tätigkeitsschlüssel vor. In den arbeitsweltlichen Analysen wird diese Gruppe deshalb nicht separat betrachtet, geht aber grundsätzlich in die Berechnungen zu den jeweiligen Gesamtwerten der Beschäftigten ein.

Standardisierung

In einzelnen Kapiteln des Gesundheitsreports werden aus Vergleichsgründen auch alters- sowie geschlechtsstandardisierte Kenngrößen berechnet. Die Standardisierung dient dazu, das Krankheitsgeschehen unabhängig von den jeweils unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilungen der BKK Versicherten abbilden zu können. Hierbei wird das Verfahren der direkten Standardisierung angewendet und die Gesamtheit der gesetzlich Krankenversicherten (GKV-Versicherte) bzw. für arbeitsweltbezogene Auswertungen die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland als Standardpopulation genutzt. Die entsprechenden Kenngrößen werden also so berechnet, als entspräche die Alters- und Geschlechtsverteilung der BKK Mitglieder der Verteilung bei den GKV-Versicherten insgesamt bzw. den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Die Standardisierung ermöglicht einen Vergleich der BKK Daten mit den Angaben anderer Krankenkassen, sofern sich die Methoden entsprechen.

Datenschutz und Fallzahlgrenzen

Sowohl aus statistischen (Minimierung von Ergebnisverzerrungen durch Ausreißer) als auch aus Datenschutzgründen (Schutz der Anonymität der BKK Versicherten) werden für die Analysen der Leistungsdaten der BKK Versicherten verschiedene Grenzwerte zugrunde gelegt. Gruppen mit weniger als 50 Mitgliedern werden nicht geschlechtsspezifisch, sondern nur mit ihrem Gesamtwert bzw. bei

weniger als 5 Fällen bzw. Verordnungen gar nicht separat dargestellt. Wirtschaftszweige (WZ 2008) bzw. Berufsgruppen (KldB 2010) mit weniger als 500 beschäftigten BKK Mitgliedern werden in den entsprechenden Auswertungen der verschiedenen Leistungsbereiche ebenfalls nicht separat dargestellt. Für alle genannten Einschränkungen gilt, dass die separat nicht dargestellten Kennzahlen wiederum in den jeweils übergeordneten Kategorien bzw. Gesamt- oder Summenwerten enthalten sind.

Externe Datenquellen und verwendete Klassifikationen

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

- Amtliche Daten und Klassifikationen des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS)
 - Amtliche Statistiken für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
 - Amtliche Daten und Klassifikationen der Bundesagentur für Arbeit (BA)
 - Klassifikationen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- Dabei handelt es sich im Einzelnen um folgende Klassifikationen bzw. Statistiken:
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM Version 2018) (III Anhang B.1)
 - Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation (ATC-Klassifikation Version 2018) (III Anhang B.2)
 - Klassifikation der Wirtschaftszweige Ausgabe 2008 (WZ 2008) (III Anhang B.3)
 - Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) (III Anhang B.4)
 - Amtlicher Gemeindegchlüssel des Statistischen Bundesamtes (AGS)
 - Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Mitglieder und Versicherte (GKV Statistik – KM1/KM6)
 - Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Geschäftsergebnisse (GKV Statistik – KG2/KG5/KG8)
 - Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort nach Altersgruppen für Männer, Frauen und insgesamt – Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA)

Das Wichtigste im Überblick

1. Allgemein

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Die krankheitsbedingten Fehltag der Erwerbstätigen sind im Vergleich zum Vorjahr deutlich von 17,7 auf 18,5 AU-Tage je Beschäftigten angestiegen. Dieser Anstieg ist insbesondere auf die stark ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle im I. Quartal 2018 zurückzuführen.
- Die Grippe- und Erkältungswelle im I. Quartal 2019 ist im Vergleich zum Vorjahr weniger stark ausgefallen. Entsprechend liegt auch der aktuelle Krankenstand der Beschäftigten deutlich unter den Werten des Jahres 2018.
- Fast jeder dritte AU-Fall (30,3%) geht im Jahr 2018 auf eine Atemwegserkrankung zurück, für 15,6% sind Muskel- und Skeletterkrankungen und für 10,6% Infektionen verantwortlich.
- Nach AU-Tagen sind die Muskel- und Skeletterkrankungen mit einem Anteil von 23,8% an der Spitze zu finden, gefolgt von den Atemwegserkrankungen (16,4%) und knapp dahinter den psychischen Störungen (15,7%).
- Rückenschmerzen (M54), akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) und depressive Episoden (F32) sind unverändert die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.
- Die AU-Tage aufgrund der Infektionen der oberen Atemwege (J06) haben im Vergleich zu 2017 durch die Grippe- und Erkältungswelle um ca. 20% zugenommen.
- Beschäftigte Frauen weisen im Mittel mehr AU-Fälle bzw. AU-Tage als ihre männlichen Kollegen auf.
- Ältere Beschäftigte werden nicht häufiger krank als jüngere, die Krankheitsdauer pro Fall nimmt allerdings mit steigendem Lebensalter deutlich zu.
- Fallen bei beschäftigten Frauen deutlich mehr AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen als bei den Männern an, so ist es bei den Muskel- und Skelett-

erkrankungen sowie den Verletzungen und Vergiftungen genau umgekehrt.

- Arbeitslose (ALG-I) haben im Vergleich zu allen anderen Versichertengruppen pro AU-Fall eine mehr als dreimal so lange Falldauer. In dieser Versichertengruppe treten zwar wesentlich weniger AU-Fälle auf, diese sind aber deutlich häufiger mit langwierigen bzw. chronischen Krankheiten und entsprechend langen Ausfallzeiten verbunden.

Ambulante Versorgung

- 91,0% der BKK Versicherten waren im Jahr 2018 mindestens einmal ambulant in Behandlung. Damit ist die Inanspruchnahmequote geringfügig höher als im Vorjahr. Die Inanspruchnahmequote in der ambulanten Versorgung unterliegt in den letzten Jahren kaum Schwankungen.
- Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (94,0%), ist dabei größer als der Anteil der Männer (88,1%).
- Üblicherweise werden die meisten Diagnosen in der ambulanten Versorgung vergeben, um Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, zu dokumentieren, zu denen u.a. auch Vorsorgemaßnahmen wie die Untersuchung auf Neubildungen (Z12) zählen.
- Ebenfalls häufig Konsultationsgrund sind Atmungssystem- und Muskel-Skelett-Erkrankungen: Fast jeder zweite Versicherte war deshalb 2018 mindestens einmal beim Arzt.
- Gegenüber dem Vorjahr zugenommen haben in 2018 aufgrund der starken Grippe- und Erkältungswelle besonders die Atemwegsinfektionen (J06) sowie die Impfungen gegen Viruskrankheiten (Z25), worunter auch Grippeimpfungen fallen.
- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Zudem werden die meisten Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.

- Gegenteilige Altersverteilung hingegen bei Erkrankungen des Atmungssystems und Infektionen: Die meisten Diagnosen aus dem Spektrum dieser Erkrankungsarten werden bei Kindern und Jugendlichen gestellt.
- Krebsvorsorgeuntersuchungen (Z12) sind vor allem bei Frauen zwischen 20 und 64 Jahren verbreitet: Von diesen nimmt fast jede Zweite solche in Anspruch. Männer lassen sich hingegen deutlich seltener prophylaktisch auf Neubildungen untersuchen, zwischen 35 und 64 Jahren immerhin jeder Fünfte.
- 7 von 10 Versicherten über 65 Jahre waren wegen Bluthochdrucks in ambulanter Behandlung.
- Bei den Beschäftigten ist fast jeder Zweite wenigstens einmal aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt gewesen.
- ALC-II-Empfänger weisen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an psychischen Erkrankungen auf: Bei über 40% dieser Versicherten wurde eine solche Diagnose dokumentiert.

Stationäre Versorgung

- In 2018 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 195 stationäre Behandlungen erfolgt, dabei waren die Versicherten im Mittel pro Behandlungsfall 8,9 Tage im Krankenhaus. Gegenüber dem Vorjahr sind die stationären Kennwerte nur unwesentlich verändert. Für das letzte Jahrzehnt betrachtet, wird zumindest insgesamt eine Steigerung der Kennwerte sichtbar, am höchsten noch bei den Fallzahlen mit +11%.
- Männer sind nur unwesentlich häufiger in stationärer Behandlung als Frauen. Fast kein Unterschied besteht bei der durchschnittlichen Anzahl der Behandlungstage.
- Mit 12,7% nimmt tatsächlich nur ein relativ kleiner Teil aller Versicherten innerhalb eines Jahres eine stationäre Behandlung in Anspruch.
- Meist ist die Verweildauer kurz: Rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3% dauern hingegen länger als 6 Wochen. Lag die durchschnittliche Falldauer in der stationären Versorgung vor 15 Jahren noch bei knapp 2 Wochen, hat sich diese mittlerweile recht konstant bei durchschnittlich rund 9 Tagen eingependelt.
- Die meisten Fälle in der stationären Versorgung werden durch Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems verursacht, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 60. Lebensjahr ist dies der häufigste Grund einer stationären Behandlung, Männer sind davon häufiger betroffen als Frauen.
- Die weitaus meisten stationären Behandlungstage gehen hingegen auf psychische Störungen zurück. Seit 2008 ist deren Zahl um +28% gestiegen, von allen Behandlungstagen geht mehr als jeder fünfte auf die psychischen Störungen zurück. Daran wird erkennbar, dass psychische Störungen besonders langwierig sind: Ein Fall dauerte in 2018 im Durchschnitt fast vier Wochen. Dieser Wert steigt damit wie in den letzten Jahren weiter an.
- Als Einzeldiagnosen stechen Depressionen (F32, F33) besonders heraus: Ohnehin gehen viele Behandlungstage auf diese zurück, zudem sind für die rezidivierende Form dieser Krankheit (F33) auch in diesem Jahr die Fallzahlen (+4,5%) weiter gestiegen. Daneben ist aber auch ein Anstieg gegenüber dem Vorjahr bei Lungen- und Bronchialkrebs (C34) zu verzeichnen: +4% mehr Fälle und +6% mehr Behandlungstage.
- Neben den Rentnern sind auch Arbeitslose deutlich öfter und länger in stationärer Behandlung als Beschäftigte oder Familienangehörige. Während bei den Rentnern allein jeder fünfte Behandlungstag auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen ist, sind bei Arbeitslosen psychische Störungen der häufigste Grund für Krankenhausaufenthalte: Mehr als die Hälfte aller Behandlungstage gehen auf diese Krankheitsart zurück.

Arzneimittelverordnungen

- Im Jahr 2018 ist für alle Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen im Vergleich zum Vorjahr ein Zuwachs – insbesondere bei den definierten Tagesdosen – zu beobachten. Vermutlich ist für diesen Anstieg ein Kombinationseffekt aus demografischem Wandel sowie Grippe- und Erkältungswelle (mit-)verantwortlich.
- Mehr als jede vierte Einzelverordnung (27,1%) sowie mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (45,0%) gehen auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zurück. Zusammen mit den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie das Nervensystem sind diese drei Wirkstoffgruppen für mehr als die Hälfte (54,8%) aller Einzelverordnungen bzw. für über zwei Drittel (69,6%) aller Tagesdosen verantwortlich.

- Bei Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem zeigt sich mit zunehmendem Lebensalter der deutlichste Anstieg bei den Verordnungs-mengen. Dieser Anstieg korrespondiert mit den altersabhängigen Prävalenzen entsprechender chronischer Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck oder anderen häufig vorkommenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Dagegen unterscheiden sich die Verordnungsanteile bei den Antibiotika zwischen den Altersgruppen bzw. Männern und Frauen nur geringfügig.
- Auf die zehn am häufigsten verordneten Wirkstoffuntergruppen geht jeweils mehr als die Hälfte aller Einzelverordnungen (53,7%) bzw. definier-ten Tagesdosen (57,5%) zurück.
- Mit jeder fünften Einzelverordnung (19,4%) und jeder dritten Tagesdosis (34,2%) nehmen die drei Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System unter den zehn häufigsten Verordnungen den Spitzenplatz ein.
- Altersbedingt ist bei der Gruppe der Rentner mit 71,3% der mit Abstand größte Verordnungsanteil für Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zu finden. Dagegen wird weniger als einem von zehn Rentnern (8,9%) pro Jahr kein Arzneimittel verordnet.
- Langzeitarbeitslose (ALG-II) erhalten deutlich häufiger Verordnungen für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem (26,1%) als Beschäftigte (18,5%).

2. Schwerpunktthema „Psychische Gesundheit und Arbeit“

Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Insgesamt gehen bei den Beschäftigten mehr als neun von zehn AU-Fällen (92,7%) bzw. AU-Tagen (92,1%) aufgrund psychischer Störungen auf affektive bzw. neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen zurück.
- Beschäftigte Frauen weisen jeweils deutlich mehr AU-Fälle und AU-Tage aufgrund dieser beiden Diagnoseuntergruppen als Männer auf.
- Ein umgekehrtes Muster zeigt sich hingegen bei den psychischen und Verhaltensstörungen aufgrund psychotroper Substanzen. Hier sind es die beschäftigten Männer, die mehr als doppelt so viele AU-Fälle und -Tage im Vergleich zu den Frauen aufweisen.
- Die Wirtschaftsgruppen mit den meisten AU-Tagen verursacht durch psychische Störungen sind das Gesundheits- und Sozialwesen, die öffentliche Verwaltung sowie der Bereich Verkehr und Lagerei.
- Dagegen finden sich bei den Beschäftigten im produzierenden bzw. verarbeitenden Gewerbe (z.B. Baugewerbe oder Land- und Forstwirtschaft) die geringsten Fehlzeiten.
- Die Branchen, die besonders viele AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen aufweisen, sind zumeist durch einen hohen Anteil zwischenmenschlicher Interaktion (z.B. Alten- oder Krankenpflege, Sachbearbeiter im Bürgeramt, Busfahrer etc.) geprägt.
- Sowohl bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen als auch bei den affektiven Störungen weisen das Gesundheits- und Sozialwesen sowie die öffentliche Verwaltung die meisten AU-Tage im Branchenvergleich auf.
- Der Bereich Verkehr und Lagerei ist nur bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen nach Fehltagen ebenfalls an der Spitze zu finden, vermutlich spielen hier Akutereignisse (z.B. Unfälle mit/ohne Personenschaden) eine bedeutende Rolle.
- Trotz unterschiedlicher Reihung ist ein gleichmäßiger Anstieg der Fehlzeiten für psychische Störungen in den letzten Jahren in allen Branchen beobachtbar.
- Für die affektiven Störungen lässt sich kein eindeutiges Ost-West-Muster erkennen, vielmehr sind v.a. in den Großstädten Hamburg und Berlin besonders hohe Werte bei den AU-Tagen zu finden.
- Auch bei der Betrachtung der Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen nach Berufen zeigen sich v.a. bei solchen besonders hohe Werte, deren Haupttätigkeit in der Interaktion mit Menschen liegt. Hierzu zählen z.B. die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe, die Sicherheitsberufe und die Verkehrs- und Logistikberufe, während Tätigkeiten in produzierenden bzw. verarbeitenden Berufen unterdurchschnittlich viele AU-Tage aufweisen.
- Sind die AU-Kennzahlen der beschäftigten Frauen bei den meisten psychischen Störungen höher als bei den Männern ausgeprägt, so ist dies bei den psychischen Störungen durch Alkohol hingegen genau anders herum.
- Es sind die (bisher unauffälligen) produzierenden und verarbeitenden Berufe (z.B. Bau- und Ausbauberufe) sowie die Fertigungs(-technischen) Berufe mit überdurchschnittlich hohen Werten aufgrund psychischer Störungen durch Alkohol vertreten.

- Die AU-Tage aufgrund einer depressiven Episode (F32) bzw. aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) zeigen bei hohem Anforderungsniveau der Tätigkeit, Führungsverantwortung sowie in regulärer Anstellung die jeweils niedrigsten Werte. Beschäftigte Frauen weisen dabei durchgehend höhere Fehlzeiten als die Männer auf.
- Anders verhält es sich bei den psychischen Störungen durch Alkohol (F10): Insbesondere in Kombination mit geringem Anforderungsniveau oder Leiharbeit weisen Männer hier oftmals ein Vielfaches der Werte der Frauen in gleicher Position auf.
- Mit Arbeitslosigkeit gehen, im Vergleich zur Berufstätigkeit allgemein, deutlich höhere krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen einher. Arbeitslose im ALG-I-Bezug weisen im Mittel circa das 8-Fache der Fehltagelänge für psychische Störungen der Beschäftigten auf. Zu vermuten ist, dass die (nicht erfassten) Fehlzeiten der Arbeitslosen im ALG-II-Bezug noch höher liegen.

Ambulante Versorgung

- 30,1% der Beschäftigten sind wegen einer psychischen Erkrankung ambulant in Behandlung gewesen. Dabei zeigt sich für die Beschäftigten ein *healthy worker effect*: Die Anteile mit einer psychischen Erkrankung sind bei über 64-Jährigen gegenüber jüngeren Altersgruppen geringer.
- Häufigste Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der psychischen Störungen sind die depressive Episode (F32), die somatoformen Störungen (F45) sowie die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43).
- Alkoholbedingte Störungen (F10), die in der stationären Versorgung immerhin etwa jeden fünften Behandlungsfall ausmachen, sind hingegen nur bei rund 1% der ambulant behandelten Beschäftigten diagnostiziert worden.
- Zu den Wirtschaftsgruppen mit den höchsten Anteilen Beschäftigter mit einer diagnostizierten psychischen Störung gehören das Gesundheits- und Sozialwesen, die öffentliche Verwaltung sowie der Bereich Verkehr und Lagerei. Ähnlich wie im AU-Geschehen finden sich dagegen geringere Anteilswerte bei den Beschäftigten im produzierenden bzw. verarbeitenden Gewerbe (z.B. Bau- oder Land- und Forstwirtschaft).
- Ost-West-Gefälle bei Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung – bei diesen sind die höchsten Anteile

mit psychischen Störungen in den Ostbundesländern zu finden. Gegenteilig andererseits beim verarbeitenden Gewerbe, bei dem in den Ostbundesländern noch die geringsten Beschäftigtenanteile eine solche Diagnose gestellt bekommen haben.

- Auch bei den Berufsgruppen zeichnet sich das Bild ab, dass vor allem bei solchen Berufen, deren Haupttätigkeit in der Interaktion mit Menschen liegt, besonders hohe Anteile eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben. Hierzu zählen insbesondere die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe, Sozial- und Erziehungsberufe, die Sicherheitsberufe und die Verkehrs- und Logistikberufe. Von den Beschäftigten mit produzierenden bzw. verarbeitenden Berufen weisen hingegen nur geringere Anteile psychische Störungen auf.
- Die Anteile Beschäftigter mit einer diagnostizierten depressiven Episode bzw. mit Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sind bei hohem Anforderungsniveau der Tätigkeit, Führungsverantwortung sowie in direkter Anstellung jeweils am niedrigsten.
- Mit 43,5% sind deutlich mehr Arbeitslose mit ALG-II-Bezug aufgrund psychischer Störungen in ambulanter Behandlung gewesen als Beschäftigte (30,1%) und ALG-I-Empfänger (30,6%). Auch in den vergangenen Jahren war in etwa eine solche Differenz zu beobachten.
- 18,4% der ALG-II-Empfänger haben eine depressive Episode diagnostiziert bekommen – fast doppelt so viele wie bei den Beschäftigten (9,3%) und auch deutlich mehr als bei den ALG-I-Empfängern (14,0%).

Stationäre Versorgung

- Bei den Beschäftigten gehen 30% aller stationären Behandlungstage auf psychische Störungen zurück. Mehr als 60% davon sind durch affektive Störungen bedingt, in den weitaus meisten Fällen sind dies Depressionen (F32, F33). Frauen sind deshalb häufiger in Behandlung als Männer.
- Ein umgekehrter Geschlechtsunterschied besteht bei den substanzinduzierten – in den meisten Fällen alkoholbedingten – Störungen: Männer weisen mehr als doppelt so viele KH-Fälle und -Tage auf als Frauen.
- Die Wirtschaftsgruppen mit den meisten stationären Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen sind die privaten Haushalte, das Gesundheits- und Sozialwesen sowie die öffentliche Verwaltung. Dagegen finden sich bei den

Beschäftigten in Bergbau und Rohstoffgewinnung sowie im Grundstücks- und Wohnungswesen die wenigsten psychisch bedingten Behandlungstage im Krankenhaus.

- Allerdings bestehen auch innerhalb einer Branche teils deutliche regionale Unterschiede bei den Kennzahlen der stationären Versorgung.
- Überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund psychischer Erkrankungen weisen v.a. solche Berufe auf, bei denen soziale Interaktionen ein besonders großer Bestandteil sind. Hierzu zählen z.B. die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe sowie die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe, während (Aus-)Bauberufe und Berufe in Unternehmensführung und -organisation unterdurchschnittlich viele KH-Tage aufweisen.
- Mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit nimmt die durchschnittliche Zahl der Behandlungstage in stationärer Versorgung ab: Dies gilt für beide Geschlechter sowohl für psychische Störungen insgesamt als auch für die drei wichtigsten zugehörigen Diagnoseuntergruppen.
- Die Behandlungstage aufgrund von substanzinduzierten psychischen Störungen sind bei den Beschäftigten in Tätigkeiten mit geringem Anforderungsniveau sowie bei in Leiharbeit Tätigen überdurchschnittlich. Dabei weisen Männer jeweils ein Vielfaches der Werte der Frauen in gleicher Position auf.
- Arbeitslose (ALG-I/ALG-II) sind aufgrund psychischer Störungen ein Vielfaches mehr an Tagen in stationärer Behandlung. ALG-I-Empfänger haben dabei recht ähnliche zugrunde liegende Diagnosen wie die Gruppe der Beschäftigten. Bei den ALG-II-Empfängern sind hingegen deutlich mehr Behandlungen aufgrund von Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und opioidinduzierten Störungen erfolgt.

Arzneimittelverordnungen

- Die unter den Psychopharmaka nach Verordnungsmengen wichtigsten Wirkstoffgruppen sind die Antipsychotika sowie die Antidepressiva.
- Zusammen sind diese beiden Wirkstoffgruppen für mehr als ein Drittel aller Einzelverordnungen (36,1%) sowie mehr als zwei Drittel aller definier-

ten Tagesdosen (67,0%) innerhalb der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem verantwortlich.

- Antidepressiva werden dabei mit Abstand am häufigsten verordnet. 7,4% der beschäftigten Frauen sowie 4,4% der beschäftigten Männer erhalten mindestens einmal im Jahr eine solche Verordnung.
- Die meisten verordneten Tagesdosen von Antipsychotika bzw. Antidepressiva sind in Branchen mit einer besonders hohen psychosozialen Belastung, z.B. im Gesundheits- und Sozialwesen, zu finden.
- Im Vergleich zwischen den Wirtschaftsgruppen zeigt sich, dass männliche Beschäftigte tendenziell höhere Mengen Antipsychotika verordnet bekommen als die Frauen, während sich das Bild bei den Antidepressiva in höherer Ausprägung umgekehrt darstellt.
- Regional variieren die verordneten Tagesdosen der Antidepressiva innerhalb der Branchen stark. Mehrheitlich sind die höchsten Werte dabei in den Westbundesländern zu finden.
- Bei der Betrachtung der konkreten Berufstätigkeit tritt der Zusammenhang zwischen psychosozialer Belastung und der Anzahl bzw. Menge der Arzneimittelverordnungen v.a. bei den Antidepressiva noch deutlicher zutage.
- Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen sind dabei sowohl insgesamt als auch regional stärker ausgeprägt als bei den Wirtschaftsgruppen. Die konkrete berufliche Tätigkeit übt somit einen stärkeren Einfluss auf die Gesundheit aus als die Branche, in der man diesen Beruf ausübt.
- Ein höherer Komplexitätsgrad der Tätigkeit sowie Führungsverantwortung gehen mit niedrigeren Verordnungsmengen von Antipsychotika bzw. Antidepressiva einher.
- Beschäftigungsbedingungen beeinflussen zwar die Verordnungskennzahlen bei Psychopharmaka stark, Arbeit kann allerdings insgesamt auch als Ressource für die eigene psychische Gesundheit verstanden werden, wie ein Vergleich mit den Arbeitslosen zeigt.
- Arbeitslose weisen ein Vielfaches mehr an Verordnungsmengen von Antidepressiva und Antipsychotika im Vergleich zu den Beschäftigten auf.

Sektorenübergreifende Versorgung am Beispiel der Depressiven Episode (F32)

		Sektorenspezifische Zusammenhänge	Sektorenübergreifende Zusammenhänge
Ausgangspunkt: Ambulant diagnostizierte depressive Episoden (F32.X) bei Beschäftigten im Jahr 2018	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	<ul style="list-style-type: none"> Nur jeder achte Beschäftigte (12,1%), der im Jahr 2018 ambulant eine depressive Episode (F32) diagnostiziert bekommen hat, war deshalb auch krankheitsbedingt arbeitsunfähig. 	<ul style="list-style-type: none"> Bei mehr als jedem dritten AU-Fall (36,0%) sind keine weiteren therapeutischen Maßnahmen dokumentiert. Dieser Anteil ist bei den leichten Formen (F32.0) mit 51,1% am größten und bei den schweren (F32.2) mit 16,8% am geringsten. Mit Abstand am häufigsten kommen Antidepressiva zum Einsatz – insgesamt in mehr als der Hälfte aller AU-Fälle (52,7%), wobei der Wert zwischen den Schweregraden deutlich schwankt (38,6–72,7%).
	Ambulante Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> Im ambulanten Bereich werden am häufigsten mittelgradige (F32.1: 31,2%) und leichte (F32.0: 11,8%) depressive Episoden diagnostiziert. Zusätzlich gibt es einen großen Anteil unspezifischer Depressionsdiagnosen (F32.9: 44,2%). 	<ul style="list-style-type: none"> Etwa bei der Hälfte der Beschäftigten (50,9%) mit einer diagnostizierten depressiven Episode erfolgt keine weitere ambulante Behandlung, circa ein Viertel (25,4%) bekommt nur Arzneimittel zur Behandlung verordnet. Zwar reduziert sich der Anteil derer, für die keine therapeutische Maßnahme dokumentiert ist, bei den mittelgradigen und schweren Depressionen, allerdings beträgt dieser Anteil trotzdem noch zwischen 27% und 40%.
	Stationäre Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> Nur knapp über 1% der ambulant diagnostizierten depressiven Episoden (F32) werden auch stationär behandelt. Fast 60% dieser Fälle hatten einen schweren Verlauf. 	<ul style="list-style-type: none"> Mindestens drei Viertel der stationären Fälle mit psychischen Störungen werden im Laufe des gleichen Jahres auch ambulant medikamentös behandelt, immerhin 45% erhalten eine psychotherapeutische Behandlung.
	Arzneimittelverordnungen	<ul style="list-style-type: none"> Mehr als ein Drittel (37,7%) der Beschäftigten mit einer diagnostizierten depressiven Episode bekommt gleichzeitig mindestens einmal ein Antidepressivum verordnet. 	<ul style="list-style-type: none"> Während etwa zwei Drittel (64,7%) aller Beschäftigten mit einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome mindestens einmal ein Antidepressivum verordnet bekommen haben, ist es bei der leichten depressiven Episode nur ein knappes Drittel (31,7%).

Psychische Gesundheit und Arbeit: Ein Überblick

Holger Pfaff und Sabrina Zeike

Einleitung

Psychisch gesund zu sein, ist eine Voraussetzung für ein aktives und sozial erfülltes Leben. Es ermöglicht die Teilhabe am Arbeitsleben und im Arbeitsleben selbst ein erfolgreiches Handeln. Dies gilt umso mehr in einer Arbeitswelt, die zunehmend immaterieller, virtueller und digitaler wird und in der die Wichtigkeit der physischen Leistungsfähigkeit ab- und die Bedeutung der psychischen Leistungsfähigkeit zunimmt.

Umso kritischer wird es, wenn die Psyche nicht mehr „funktioniert“. Psychisch nicht gesund zu sein, hat in der Arbeitswelt besondere Konsequenzen, wie z.B. Arbeitsunfähigkeit, Leistungsminde- rung und Frühberentung. In Deutschland sind laut BKK Statistik 15,7% der Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2018 auf psychische Erkrankungen zurückzu- führen. Das entspricht ca. 3 AU-Tagen pro versicher- ten Erwerbstätigen. Gegenüber 2017 ist ein Anstieg von 5,4% bei den AU-Tagen zu verzeichnen (» Tabelle 1.1.2). Zwischen 2008 und 2018 beträgt diese Zu- nahme sogar 129,4%. Es ist zu vermuten, dass dieser Anstieg bei gleichbleibender Prävalenz psychischer Störungen in der letzten Dekade [1] v.a. ein Zeichen dafür ist, dass vorhandene psychische Störungen heutzutage besser erkannt und diagnostiziert werden und Betroffene eher bereit sind, über ihre psy- chischen Probleme beim Arzt oder Therapeuten zu reden.

Will man das Verhältnis von Arbeit und psychi- scher Gesundheit beleuchten, so lohnt es sich, dies aus drei verschiedenen Blickwinkeln zu tun [2]:

- Der erste Blick richtet sich auf die Frage, ob und wie die Arbeit die psychische Gesundheit beein- flusst.
- Der zweite Blick greift die umgekehrte Frage auf, ob und wie die Arbeit durch die psychische Ge- sundheit beeinflusst wird [3].
- Der dritte Blick nimmt die Frage in den Fokus, wie die Betriebe mit psychisch beeinträchtigten

Menschen umgehen bzw. umgehen sollten und welche Folgen sich daraus für das betriebliche Versorgungsmanagement ergeben.

Diese drei Fragen werden in dieser Einleitung des BKK Reports thematisiert.

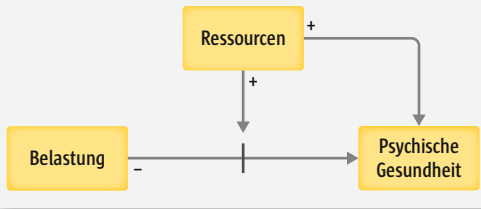
Psychische Belastungen, Stress und Stressfolgen in der Arbeitswelt

Das biopsychosoziale Modell der Krankheitsverursa- chung nimmt drei Ursachenkomplexe in den Blick: biologische, psychische und soziale Einflussfaktoren [4]. Dieses Modell ist auch für den Bereich der psy- chischen Erkrankungen gültig. Man geht heute da- von aus, dass es neurobiologische und psychosoziale Ursachen von psychischen Störungen gibt, insbeson- dere im Bereich der Depression [5]. Weiter geht man davon aus, dass durch bestimmte Ereignisse (z.B. Le- bensereignisse) psychische Erkrankungen ausgelöst werden können [5].

Unter den sozialen Einflussfaktoren spielt die Arbeitswelt eine besondere Rolle. Dies ist durch epi- demiologische Studien inzwischen überzeugend be- legt worden [6–9]. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Arbeit die psychische Gesundheit sowohl negativ als auch positiv beeinflussen kann [10]. Generell gilt, dass sich Belastungen negativ auf die psychische Ge- sundheit auswirken, Ressourcen dagegen positiv. Dies kommt im Grundmodell der Stressforschung, dem Belastungs-Ressourcen-Modell [11] zum Aus- druck. Dieses in » Abbildung 1 gezeigte Modell hat sich in der Wissenschaft weitgehend durchgesetzt, auch weil es andere Modelle wie das Job-Demand- Control-Modell [12], das Gratifikationskrisen-Modell [13] sowie das Puffermodell der sozialen Unterstüt- zung [14, 15] zu integrieren vermag.

Nach diesem Modell erhöhen Belastungen die Anfälligkeit für das Entstehen psychischer Erkran- kungen, während Ressourcen diese vermindern.

Abbildung 1 Das Belastung-Ressourcen-Modell der psychischen Gesundheit (in Anlehnung an [11])



Ressourcen wirken dabei entweder direkt positiv auf die Gesundheit ein oder schützen diese, indem sie die negative Wirkung der Belastung abfangen. Nach diesem Modell ist eine psychische Gefährdung entweder durch hohe Belastungen oder durch einen Mangel an Ressourcen gegeben. Wenn Belastungen länger andauern und nicht abgefangen werden, können sie zu einer negativen psychischen Beanspruchung führen. Eine besonders hohe Gefährdung ist vorhanden, wenn hohe Belastungen und ein Mangel an Ressourcen zusammenkommen.

Weiter ist zu beachten, dass psychische Störungen oft auch einen biologischen Verursachungsanteil haben. Dabei können diese Faktoren interagieren. So können genetisch anfällige Menschen auf dieselben Belastungssituationen sensibler reagieren und mit mehr Überforderungsreaktionen antworten als genetisch stabile, resiliente Menschen.

Auch kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich Teufelskreisläufe ergeben, in denen Überlastungssituationen psychische Erkrankungen auslösen und diese wiederum die bereits vorhandene Überlastungserfahrung so verstärken, dass daraus eine weitere Verschlechterung der psychischen Erkrankung resultiert.

Welche Arbeitsbedingungen psychisch krank machen, ist in zahlreichen Überblicksartikeln national [9] und international [16–18] dargelegt worden. Zu den gut untersuchten potenziell krank machenden Faktoren zählen die epidemiologisch erwiesenen Gefährdungsfaktoren hohe Arbeitsintensität, geringer Tätigkeitsspielraum, mangelnde Gerechtigkeit/Belohnung und mangelnde soziale Unterstützung. Neben diesen „Klassikern“ der Stressforschung haben auch andere Faktoren bei der Arbeit eine potenziell krank machende Wirkung. Dazu zählen beispielsweise die arbeitswissenschaftlich abgesicherten Faktoren Pausendefizite, atypische Arbeitszeiten und Störungen sowie Unterbrechungen. Auch unter den organisationswissenschaftlichen Faktoren gibt es Bedingungen mit potenzieller Krankheitsrelevanz wie beispielsweise Arbeitsplatzunsicherheit, mangelnde organisationale Resilienz, Führungsdefizite oder neue Formen der Arbeit (z. B. atypische Beschäftigung). In der Merkmalsliste der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) sind die wichtigsten gesundheitsgefährdenden Faktoren der Arbeit aufgeführt (»» vgl. Tab. 1).

Tabelle 1 GDA-Liste der Gefährdungsfaktoren

1	Arbeitsinhalt/Arbeitsaufgabe	3	Soziale Beziehungen
1.1	Vollständigkeit der Aufgabe	3.1	Kollegen
1.2	Handlungsspielraum	3.2	Vorgesetzte
1.3	Variabilität (Abwechslungsreichtum)	4	Arbeitsumgebung
1.4	Information/Informationsangebot	4.1	Physikalische und chemische Faktoren
1.5	Verantwortung	4.2	Physische Faktoren
1.6	Qualifikation	4.3	Arbeitsplatz- und Informationsgestaltung
1.7	Emotionale Inanspruchnahme	4.4	Arbeitsmittel
2	Arbeitsorganisation	5	Neue Arbeitsformen
2.1	Arbeitszeit	5.1	Räumliche Mobilität
2.2	Arbeitsablauf	5.2	Atypische Arbeitsverhältnisse
2.34	Kommunikation/Kooperation	5.3	Zeitliche Flexibilisierung, reduzierte Abgrenzung zwischen Arbeit und Privatleben

Neben diesen einzelnen Faktoren sind nach dem neuesten Stand der Arbeitsepidemiologie folgende Kombinationen besonders krankheitsrelevant:

1. hohe Anforderungen plus geringer Handlungsspielraum [19–22]
2. hohe Anforderungen plus geringe Gratifikationen [23, 24]
3. hohe Anforderungen plus geringe soziale Unterstützung [15, 25]

Arbeit als Faktor der Gesunderhaltung

Arbeit macht eher gesund als krank. Darauf deuten sowohl Studien zum Effekt der Arbeitslosigkeit [26] als auch Studien zu den Auswirkungen der Frühverrentung und der normalen Berentung hin [27, 28].

Geht es um die Untersuchung der Effekte der Arbeitslosigkeit, wird in der Literatur zwischen den Effekten des Arbeitsplatzverlustes und denen der Arbeitslosigkeit unterschieden. Studien zu den gesundheitlichen Auswirkungen des Arbeitsplatzverlustes zeigen, dass mit dem Verlust des Arbeitsplatzes in der Regel die psychische Gesundheit ab- und die psychischen Störungen zunehmen [29, 30]. Dieser Zusammenhang bleibt auch erhalten, wenn man für mögliche Störgrößen und andere Erklärungen statistisch kontrolliert [29]. Studien zum Effekt der Arbeitslosigkeit zeigen ebenfalls einen klaren negativen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und der psychischen Gesundheit auf [29, 31]. Zu den Faktoren, die diese negative Beziehung abschwächen können (Moderatoren), zählen die Dauer der Arbeitslosigkeit und der Zeitpunkt der Arbeitslosigkeit [29, 31].

Es gibt mindestens zwei Ansätze zur Erklärung dieser Ergebnisse. Der erste Ansatz ist, dass Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit krank machen. Der zweite Erklärungsansatz ist, dass eine schlechte Gesundheit der Grund für die Arbeitslosigkeit ist. Eine Studie, die dieser letztgenannten Möglichkeit nachging, konnte allerdings zeigen, dass dies nicht der alleinige erklärende Faktor ist [32]. War die schlechte psychische Gesundheit der Auslöser für die Arbeitslosigkeit, verschlechterte sich diese stärker als bei den übrigen Arbeitslosen [32]. Faktoren, die die Arbeitslosen vor psychischer Erkrankung schützen, sind: geringe persönliche Zentralität der Arbeitsrolle, Vorhandensein von Bewältigungsressourcen (positive Selbstbewertung, soziale Unterstützung, finanzielle Ressourcen, geringe finanzielle Probleme und Zeitstrukturierung), positive Bewertungsprozesse (keine negative Bewertung des

Arbeitsplatzverlusts) und aktive Bewältigungsstrategien (Suche nach einem neuen Arbeitsplatz, aktive Kontrolle der Folgebelastungen der Arbeitslosigkeit) [31].

Studien über die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen von beruflicher Reintegration in die Arbeitswelt und Frühverrentung kranker Menschen zeigen zusätzlich auf, dass es für die psychische Gesundheit im Durchschnitt besser ist, zur Arbeit zurückzukehren, als in die Frührente zu gehen [33]. Studien über die Auswirkung der normalen Verrentung (Ruhestandsstudien) zeichnen hingegen ein anderes Bild. Einzelne Studienergebnisse weisen darauf hin, dass der Übergang in die Rente mit einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit [34] und zum Teil auch mit einer höheren Mortalität einhergehen kann [27].



Arbeit kann bis zu einem gewissen Grad die psychische Gesundheit positiv (gesundheitsförderlich) wie negativ (gesundheitsgefährdend) beeinflussen. Studien hierzu liegen nahe, dass Arbeit in erster Linie gesund erhält, und nur unter bestimmten Arbeitsbedingungen psychisch krank macht.

Was teilen uns diese Studien über den gesundheitsförderlichen Wert der Arbeit mit? Die Studien zeigen auf, dass im Rahmen der normalen Lebensarbeits- und Erwerbsfähigkeitszeiten Arbeit eher gesund als krank macht. Es sind insbesondere folgende Faktoren der Arbeit, die gesund machen: Einkommen und ökonomische Sicherheit, wertgeschätzter sozialer Status, Zeitstrukturierung, Realisierung von Kompetenzen und Fertigkeiten, soziale Beziehungen und Beziehungsstrukturen, Aufrechterhaltung der wichtigsten sozialen Rollen im Leben und Verringerung der chronischen Belastungen im Leben [29]. Arbeit führt zu mehr Selbstachtung, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, guter geistiger Verfassung, Lebenszufriedenheit, Sinnhaftigkeit und Lebenssinn, Kontrollerfahrung und beugt Apathie und sozialer Isolation vor [29, 31, 35]. Dies alles sind die zentralen Ressourcen der Arbeit. Sie gilt es – z.B. im Rahmen von Reorganisationsmaßnahmen – zu schützen bzw. auszubauen.

Der Einfluss der psychischen Gesundheit auf die Arbeit

Ob und inwiefern die Arbeit die psychische Gesundheit beeinflusst, ist eine wichtige Frage, die bereits

in vielen wissenschaftlichen Studien untersucht wurde. Die Frage, ob die psychische Gesundheit die Arbeit beeinflussen kann, stand in bisherigen Studien weniger im Fokus. Bei dieser Frage geht es um die Auswirkungen der psychischen Gesundheit auf die Arbeit der betroffenen Person, auf die Arbeit im Team und auf das Unternehmen insgesamt.

Auswirkungen psychischer Gesundheit auf das Individuum

Der wichtigste Effekt der psychischen Gesundheit auf die Arbeit besteht darin, dass Menschen mit einer schlechten psychischen Gesundheit häufiger in bestimmten Arbeitsplätzen und Arbeitsformen vorzufinden sind. Psychisch Kranke haben zum Beispiel häufiger eine befristete als eine unbefristete Stelle. Dies kann darin begründet liegen, dass betroffene Personen eher temporäre Stellen annehmen, oder daran, dass sie nur solche Stellen angeboten bekommen [36].

Studien konnten zeigen, dass eine Wechselwirkung zwischen Beschäftigung und Gesundheit besteht. Der Gesundheitszustand beeinflusst die Beschäftigungswahrscheinlichkeit und gleichzeitig wirkt sich die Arbeit auf den Gesundheitszustand aus [36].

Skandinavische Forscher haben herausgefunden, dass sich mit jedem zusätzlichen Tag Arbeitsunfähigkeit (unabhängig von der Grunderkrankung) die Wahrscheinlichkeit erhöht, zukünftig nicht mehr beschäftigt zu sein [37, 38]. Es gibt weitere Studien zum Effekt der Gesundheit auf die Beschäftigung. Diese beziehen sich aber meist auf konkrete Erkrankungen, wie z. B. Brustkrebs [36]. Bei diesen Krankheiten spielen oft die psychischen Störungen als Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) eine Rolle. Zum Beispiel löst die Brustkrebserkrankung häufig eine psychische Erkrankung aus und diese führt dann dazu, dass die alte Karriere nach der Erkrankung nicht mehr aufgenommen wird bzw. werden kann [36, 39].

Gute psychische Gesundheit und gutes Wohlbefinden sind Voraussetzungen für die individuelle Leistungsfähigkeit und Produktivität bei der Arbeit [40]. Untersuchungen ergaben, dass eine Depression mit verminderter Produktivität einhergeht [41-43]. Eine Depression wirkt sich zudem stärker auf den Präsentismus als auf den Absentismus aus [41]. Wang et al. (2004) konnten den negativen Einfluss von Depressionen auf die Produktivität bestätigen und fanden zusätzlich heraus, dass Depressionen mit einem Rückgang der Fähigkeit des betroffenen Beschäftigten, sich konzentrieren zu können, verbunden ist [28, 44]. Wer sich subjektiv gesund und

wohl fühlt, hat in der Arbeitswelt nach dem neuesten Stand der Erkenntnisse a) eine bessere Fähigkeit zur Selbstregulation, b) mehr Kreativität, c) mehr Motivation und d) positivere Beziehungen [40].

Auswirkungen psychischer Gesundheit auf das Team

Die psychische Gesundheit wirkt sich nicht nur auf die individuelle Leistungsfähigkeit aus, sondern kann auch positive oder negative Effekte auf das Team haben.

Die Auswirkungen der psychischen Gesundheit auf das Teamleben und die Teamleistung können beachtenswert sein. Dies gilt für die positive Seite der psychischen Gesundheit wie für die negative. Die positive Stimmung eines Teammitglieds kann „ansteckend“ sein. Forschung über das Phänomen der emotionalen Ansteckung konnte zeigen, dass es einen Transfer von Stimmungen unter den Personen einer Gruppe gibt [45-50]. Ein glücklicher Mensch erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sein Freund/sein Freundin glücklich wird, um mehr als ein Viertel. Daraus kann geschlossen werden, dass psychisch gesunde MitarbeiterInnen tendenziell gesundheits- und stimmungsförderlich sind [51]. Personen mit dauerhaft guter Stimmung wirken – bildlich gesprochen – wie ein Antidepressivum. Besonders wichtig ist dieser Effekt, wenn die Person mit guter Stimmung eine Führungsposition innehat.

Es gehört zu einem der am wenigsten beachteten Führungsinstrumente, im positiven Sinne emotional ansteckend zu sein und die Geführten über die eigene gute Stimmung in eine gute Stimmung zu versetzen, und zwar ohne Anwendung von Zwang oder Anweisungen [52, 53].

Relativ gut untersucht ist hier vor allem der Effekt von Glücksgefühlen auf ein soziales Netzwerk von Freunden [54]. Ein glücklicher Mensch, der nicht mehr als 2 Kilometer entfernt lebt, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass ein anderer Mensch glücklich wird, um ein Viertel.

Wie viele soziale Mechanismen kann die emotionale Ansteckung auch in die Gegenrichtung wirken. In diesem Fall wird eine negative Emotion oder Stimmung über den Mechanismus der emotionalen Ansteckung an die Teammitglieder weitergereicht. Um es auf den Punkt zu bringen: Schlechte Stimmung kann ansteckend sein [55]. Dies kann nicht nur zur Eintrübung des sozialen Klimas in der Gruppe beitragen, sondern auch – besonders bei kooperations-trächtiger Arbeit – den Ablauf der Arbeit und die Produktion und Dienstleistungserstellung stören [56].

Es gibt für diesen negativen „Abfärb-Effekt“ vor allem Hinweise aus Experimenten. Zum Beispiel hat man Studierende zufällig einem Zimmermitbewohner zugeordnet, der eine milde Depression hatte, was zur Folge hatte, dass der neue Mitbewohner nach drei Monaten selbst depressive Symptome entwickelte [57]. Wir wissen weiter aus der Depressionsforschung, dass depressive Personen häufig die Hilfsbereitschaft ihres sozialen Umfelds so stark beanspruchen, dass sich dieses oft genötigt sieht, sich selbst zu schützen und sich zurückzuziehen [58]. Personen, die mit depressiven Menschen reden, geraten zudem oft selbst in eine leicht depressive Stimmung [58]. Um nicht emotional angesteckt zu werden, ziehen sich weniger resiliente Freunde tendenziell zurück. Dies kann wiederum beim Erkrankten zu mehr Depression führen, weil eine Quelle positiver Verstärkung verloren geht [59]. Eine große Netzwerkstudie konnte diesen Effekt der Ansteckung durch die Depression einer Person über drei Netzwerkknoten hinweg belegen: Die depressive Person steckte einen Freund an, der wieder einen Freund ansteckte und dieser wiederum einen Freund [60]. Dies bedeutet zweierlei: Erstens, dass die soziale Umgebung bei der Verursachung von psychischen Erkrankungen eine Rolle spielen kann. Zweitens, dass Menschen sich durch depressive Stimmungen anstecken lassen können [60]. Ob die hier skizzierten Zusammenhänge auch für die Arbeitswelt allgemein gelten, ist eine offene empirische Frage.

Psychische Gesundheit: Effekte auf die Organisation

Betrachtet man die wissenschaftliche Literatur zu den Auswirkungen psychischer Gesundheit auf Organisationen (Verwaltungen, Betriebe oder Unternehmen), dann fällt auf, dass es relativ wenig Untersuchungen zu diesem Thema gibt. Die finanziellen und organisatorischen Folgen der psychischen Störungen der MitarbeiterInnen für das Unternehmen stehen mehr im Fokus und sind auf mindestens zwei Ebenen gegeben: auf der Ebene der Kosten der Abwesenheit der psychisch Kranken von der Arbeit (psychisch bedingter Absentismus) und auf der Ebene der Kosten der Leistungsfähigkeitseinschränkungen durch psychische Störungen (psychisch bedingter Präsentismus).

Psychisch bedingter Absentismus: Die wichtigsten Kennzahlen aus dem AU-Geschehen wurden bereits in der **III** Einleitung dargestellt. Ergänzend ist festzustellen, dass psychische Erkrankungen im Vergleich zu allen anderen Krankheitsarten mit durchschnittlich 37 Tagen je Fall die mit Abstand längsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten verursachen (**III** Diagramm 1.1.6).

Psychisch bedingter Präsentismus: Die Kosten des psychisch bedingten Absentismus sind zu ergänzen um die Kosten des Präsentismus. Zu Präsentismus gibt es zwei unterschiedliche Sichtweisen: Die erste Sichtweise – die europäische – stellt das Verhalten von MitarbeiterInnen in den Fokus. Präsentismus wird hier als das Verhalten verstanden, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen [61]. Die zweite Sichtweise – die amerikanische Sichtweise – versteht Präsentismus als krankheitsbedingten Verlust von Arbeitsproduktivität. Dieser Verlust entsteht in einer Organisation dadurch, dass MitarbeiterInnen durch gesundheitliche Beschwerden in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind und deshalb unterhalb ihrer durchschnittlichen Arbeitsproduktivität bleiben [62, 63]. Im Rahmen dieser Sichtweise steht der finanzielle Aspekt im Fokus, und es werden vor allem diagnostizierte und chronische Krankheiten vertiefend betrachtet. Sporadische bzw. akute, temporäre Erkrankungen sowie auch Befindungsstörungen werden meist nicht berücksichtigt.

Die Ergebnisse der internationalen Studien zum Verhältnis von Präsentismus zu Absentismus zeigen, dass die Kosten durch Präsentismus das Zwei- bis Dreifache der Kosten für Absentismus betragen [64].

Die eingeschränkte Produktivität und Leistungsfähigkeit der anwesenden, kranken MitarbeiterInnen ergibt sich z.B. durch mangelnde Konzentration, vermindertes Durchhaltevermögen, Vergesslichkeit, Schlafstörungen, Energielosigkeit und der privaten Beschäftigung mit der Krankheit (Selbstbehandlung, Grübeln etc.). Diese Kosten laufen Tag für Tag auf und dies alles über die gesamte Krankheitszeit hinweg, also bei chronischen Krankheiten über Jahre. Eine Studie von Booz & Company (2011) quantifizierte erstmals für Deutschland die Kosten, die durch eine krankheitsbedingt eingeschränkte Arbeitsfähigkeit verursacht wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass der durch Fehlzeiten bedingte Betrag von rund 1.200 Euro pro MitarbeiterInnen und Jahr nur rund ein Drittel der Kosten beträgt, die durch Präsentismus entstehen [65]. Laut dieser Studie werden durch Präsentismus weitaus größere Kosten verursacht. Von den jährlichen Kosten von rund 3.600 Euro pro Arbeitnehmer, fallen ca. 2.400 Euro durch Präsentismusverhalten an [65]. Unberücksichtigt bleiben dabei die zusätzlichen Kosten durch Vertretungen, Know-how-Verluste, Ansteckung von Kollegen und Verschlechterung der Zusammenarbeit im Team. Letztendlich sind es laut Booz & Company

im Jahr 2009 etwa 129 Mrd. Euro Kosten, die für deutsche Unternehmen durch Absentismus und Präsentismus entstehen. Gründe für das Präsentismusverhalten von MitarbeiterInnen können dabei vielseitig sein. Hinter dem Verhalten kann z.B. das Gefühl stehen, KollegInnen nicht im Stich lassen zu wollen oder die Angst einer Stigmatisierung. Eine unsichere Arbeitssituation – wie sie bei Beschäftigten mit psychischen Beeinträchtigungen häufig vorkommt – kann ebenfalls zu Präsentismus führen. Oft steht dahinter die Sorge, dass der Arbeitsplatz nach einer Krankschreibung gefährdet sein könnte.

Welche Kosten entstehen aber durch die psychischen Erkrankungen? Die Kosten der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit sind schwer einzuschätzen. Man unterscheidet direkte Krankheitskosten (der Behandlung) und indirekte Kosten (z.B. Kosten durch AU). Bei den indirekten Kosten, die z.B. bei depressiven Erkrankungen besonders hoch sind, stehen die verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre durch Morbidität und Mortalität in Deutschland im Mittelpunkt. Dabei entfällt allein auf die psychischen Störungen mit 638.000 verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren ein erheblicher Teil (16%) aller verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre [66]. Man rechnet, dass ein Viertel davon auf depressive Störungen zurückzuführen ist. Die indirekten Morbiditätskosten, die für die USA mit 2.000–3.700 USD-Kaufkraftparitäten (USD-KKP) pro Jahr berechnet wurden, sind deutlich höher als die direkten Kosten. Diese indirekten Kosten werden durch eine geringere Produktivität am Arbeitsplatz infolge des Präsentismus – wie eben erwähnt – zusätzlich erhöht [66].

Ansatzpunkte für betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Versorgungsmanagement

Die Vision für eine erfolgreiche Prävention und Versorgung psychischer Störungen im Betrieb ist ein Unternehmen, das sich in einer Aufwärtsspirale befindet, d.h. indem sich psychisch gesunde MitarbeiterInnen gegenseitig motivieren und kreativ ergänzen, dadurch in der (digitalen) Zusammenarbeit erfolgreich sind und dabei sich und dem Unternehmen Chancen der Verwirklichung eröffnen. Eine solche Aufwärtsspirale macht es dem Betrieb wiederum möglich, genügend Ressourcen für die Gesundheits-erhaltung in Form von Einkommen, Anerkennung, Gestaltungsspielräumen etc., zu erwirtschaften und dies an die Beschäftigten weiterzugeben. Ein solches Zielbild enthält auch die Zukunftsvision eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, in dem so-

wohl die „betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung“ als auch das neue Gebiet des „betrieblichen Versorgungsmanagements“ einen Platz hat.

Ansatzpunkte für die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung

Die gezielte Prävention psychischer Erkrankungen muss in den Betrieben zu einer prioritären Aufgabe werden. Ziel der Prävention ist es, den Anstieg an Neuerkrankungen und die Zahl der psychisch Erkrankten zu begrenzen und zu vermindern. Dazu bieten sich – im Rahmen der Verhältnisprävention – drei Ansatzpunkte an:

1. Durchführung einer psychischen Gefährdungsbeurteilung,
2. gesunde Führung und
3. BGF-Angebote zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz.

Ansatzpunkt 1: Psychische Gefährdungsbeurteilung

Ziel der psychischen Gefährdungsbeurteilung ist es, auf der Grundlage einer „Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind“ (§ 5 ArbSchG). Gefährdungen werden hierbei definiert als „die Möglichkeit eines Schadens oder einer gesundheitlichen Beeinträchtigung [...], ohne bestimmte Anforderungen an ihr Ausmaß oder ihre Eintrittswahrscheinlichkeit“ [67] (S. 21). Diese fortschrittliche Gesetzgebung wird jedoch – wie Bestandserhebungen zeigen [68] – entweder nicht oder ungenügend umgesetzt. Dafür können folgende Gründe verantwortlich sein: Tabuisierung des Themas, mangelnder subjektiver Nutzen, fehlende einfache Handhabung und/oder mangelnde Einbindung in die Unternehmensstrategie [69]. Ein großer Teil der Nicht-Anwender beklagt den mangelnden Nutzen im Vergleich zum hohen Aufwand. Ein kleinerer Teil macht die fehlenden Hilfestellungen als Gründe für die Nicht-Anwendung geltend [70]. Es wird eine wichtige Zukunftsaufgabe sein, die Implementierung der psychischen Gefährdungsbeurteilung in Deutschland landesweit zu fördern und einzufordern, um auf diese Weise eine flächendeckende Prävention arbeitsbedingter psychischer Störungen zu erreichen. Dabei wäre es wichtig, die Gefährdungsbeurteilung mehr als bisher auf einer Evidenzbasis stattfinden zu lassen.

Ansatzpunkt 2: Gesunde Führung

Gesunde Führung ist die flexibelste Form der Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb, da sich die Führung auf die konkrete Situation der Betroffenen

und des Teams einstellen und hierfür zugeschnittene präventive Lösungen erarbeiten kann [71]. Nimmt man das Modell von Bakker & Demerouti [11] zur Hand, so ergeben sich für die Führungskraft mehrere Ansatzpunkte der Prävention und Gesundheitsförderung (siehe auch [71]).

Der erste Ansatzpunkt ist die Führungskraft selbst. Sie sollte möglichst nicht selbst zur Belastungsquelle für die MitarbeiterInnen werden. Dies wäre der Fall, wenn die Führungskraft autoritär und ungerecht führen würde und Spannungen zwischen Führungskraft und MitarbeiterIn an der Tagesordnung sind.

Der zweite Ansatzpunkt ist die Ressource Führungskraft. Sie sollte sich als Ressource begreifen. Als solche hat sie drei Möglichkeiten:

- erstens die nicht-führungsbedingte Belastungssituation der Beschäftigten verbessern,
- zweitens die negativen Wirkungen der Arbeitsbelastungen abzufedern, indem zum Beispiel emotionale Unterstützung bei der Verarbeitung der Arbeitsbelastungen und ihrer Folgen gegeben wird (z.B. „Leid klagen lassen“).
- drittens selbst gesundheitsförderlich zu wirken, indem man eine angenehme, stimulierende, transformationale Führungskraft ist, in deren Nähe das Wohlbefinden der Beschäftigten zunimmt.

Bei all diesen Bemühungen muss darauf geachtet werden, die Barrieren, die einer gesunden Führung im Wege stehen können, in den Betrieben zu verringern. Dazu zählt z.B. Zeitmangel [72].

Ansatzpunkt 3: Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement fördern

Oft liegt die Lösung zur Verbesserung der psychischen Situation in der Person selbst oder in der Verbesserung der Person-Arbeit-Beziehung. In diesem Fall wird der/die MitarbeiterIn fit gemacht, sich selbst um seine/ihre Gesundheit zu kümmern. Das kann über verhaltensbezogene Trainings geschehen, die die Steigerung der Gesundheitskompetenz [73, 74], der Selbstmanagementfähigkeiten [75] und/oder der Achtsamkeit [76, 77] zum Gegenstand haben. Man darf von solchen Trainings, wie eigene Studien zeigen, allerdings nicht zu viel erwarten [73]. Oft führen sie über die erhöhte Selbstreflexion zunächst zur Selbsteinsicht, dass man weniger Kontrolle über sich selbst hat als man bisher glaubte. Dies verschlechtert zunächst die Ergebnisse [73]. Auf lange Sicht eröffnen jedoch solche Kurse, nachhaltig angewandt, die Chance, eine Änderung des eigenen Coping-Verhaltens zu erzielen.

Die Wirksamkeit solcher Trainings und Schulungen kann aus unserer Sicht zusätzlich gefördert werden, wenn es gelingt, nicht nur das Verhalten einer Person zu ändern, sondern auch die Strukturen, in denen das Verhalten stattfindet. Diese Strukturen sollten das Zielverhalten als Rahmen unterstützen. Die Verhältnisse im Betrieb müssten also so angepasst werden, dass das gelernte Verhalten tatsächlich umgesetzt werden kann. Wir nennen diese Kombination „Verhalten-Struktur-Intervention“ und wollen damit ausdrücken, dass eine Doppelstrategie verfolgt werden muss, bei der das Verhalten und die Strukturen gleichzeitig geändert werden, damit das Verhalten begünstigende [73, 78] Verhältnisse vorfindet.

Ansatzpunkte für das betriebliche Versorgungsmanagement

„Betriebliches Versorgungsmanagement ist die betrieblich beeinflussbare Planung, Durchführung, Evaluation und Steuerung der Versorgung erkrankter MitarbeiterInnen [79]. Ein ganzheitliches und effektives betriebliches Gesundheitsmanagement besteht aus einem internen Versorgungsmanagement und einem externen Versorgungsmanagement. Für die externe Variante sollten die Betriebe mit den regionalen Krankenversorgern und den Krankenkassen eng zusammenarbeiten und ihre Aktivitäten abstimmen [vgl. 79].“

Das interne betriebliche Versorgungsmanagement umfasst mindestens die folgenden Maßnahmen:

1. Notfallversorgung im Betrieb (z.B. Erstversorgung bei Arbeitsunfall);
2. Sekundärprävention (z.B. Frühbehandlung depressiver Mitarbeiter, z.B. in der psychosozialen Sprechstunde im Betrieb, zur Verhinderung des Eintretens einer manifesten Depression),
3. Tertiärprävention (z.B. Reduktion der Risikofaktoren zur Verhinderung des erneuten Auftretens einer depressiven Episode) und
4. Rehabilitation (z.B. betriebliche Wiedereingliederung).

Vorzeigemodelle in diesem Bereich sind

1. die Nutzung von Apps zur Früherkennung und Behandlung von Depressionen im Betrieb [80, 81],
2. Präventionsprogramme für das betriebliche Gesundheitsmanagement, wie z.B. das Programm „Ressourcen- und Stressmanagement für Un- und Angelernte bei kultureller Diversität (ReSuDi)“ [82],
3. die Integration externer stationärer Anbieter (Krankenhäuser) in die Behandlung psychisch kranker MitarbeiterInnen [83],

4. die Durchführung von psychosozialen Sprechstunden im Betrieb [84] und
5. Employee Assistance Programme (EAP) zur Reduktion von Depression [85].

Außerdem stehen zahlreiche evidenzbasierte Maßnahmen zur Prävention der Depression zur Verfügung [86]. Damit stehen heute im Vergleich etwa zur Jahrtausendwende mehr und bessere Präventionsmaßnahmen zur Verfügung. Dies ist ein ermutigender Zustand. Es wird in Zukunft darum gehen, dieses Präventionswissen in die Praxis der Betriebe zu bringen und die Präventionsmaßnahmen dort zu implementieren.

Zusammenfassung

Dieser kurze Überblick über das Thema psychische Gesundheit und Arbeit hat gezeigt, dass es drei verschiedene Ansatzpunkte gibt, sich diesem Thema zu nähern. Wir konnten erstens belegen, dass die Arbeit bis zu einem gewissen Grad die psychische Gesundheit positiv (gesundheitsförderlich) und negativ (gesundheitsgefährdend) beeinflussen kann. Dabei macht Arbeit in erster Linie gesund und nur unter bestimmten Arbeitsbedingungen psychisch krank. Weiter konnten wir zeigen, dass die psychische Gesundheit die eigene Arbeit, das Team und das Unternehmen positiv und negativ beeinflussen kann. Im dritten Schritt sind wir auf die möglichen Lösungsansätze eingegangen und haben die Notwendigkeit betont, neben der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung auch das betriebliche Versorgungsmanagement aufzubauen. Dadurch kann verhindert werden, dass Beschäftigte psychisch krank werden. Im Krankheitsfalle kann zudem eine rasche und angepasste Reintegration stattfinden.

Literatur

1. Richter D, Berger K: Nehmen psychische Störungen zu? Psychiatrische Praxis 2013; 40(04): 176–82.
2. Riedel-Heller SG, Luppä M, Seidler A, Becker T, Stengler K: Psychische Gesundheit und Arbeit. Nervenarzt 2013; 84(7): 832–7.
3. Lynch WD: Health affects work, and work affects health. Business & Health 2001; 19(10): 31.
4. Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196(4286): 129–36.
5. Wittchen H-U, Jacobi F, Klose M, Ryl L: Depressive Erkrankungen. Berlin 2010.
6. Sanderson K, Andrews G: Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. Can J Psychiatry 2006; 51(2): 63–75.
7. Stansfeld S, Candy B: Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health 2006; 32(6): 443–62.
8. Rau R, Buyken D: Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O 2015; 59(3): 113–29.
9. Rothe I, Adolph L, Beerermann B, et al.: Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Wissenschaftliche Standortbestimmung. 1st ed. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2017.
10. Gühne U, Riedel-Heller SG: Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin 2015.
11. Bakker AB, Demerouti E: The job demands-resources model: state of the art. Journal of Managerial Psych 2007; 22(3): 309–28.
12. Karasek R: Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q 1979; 24(2): 285–308.
13. Siegrist J: Effort-reward imbalance model. In: Fink G (ed.): Encyclopedia of Stress. San Diego: Academic Press 2007; 893–896.
14. House JS: Work stress and social support. Reading, Mass: Addison-Wesley Publ. Co 1981.
15. Pfaff H: Streßbewältigung und soziale Unterstützung: Zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens. Weinheim: Dt. Studien-Verl 1989.
16. Corbière M, Shen J, Rouleau M, Dewa CS: A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. Work 2009; 33(1): 81–116.
17. Biron C, Gattrell C, Cooper CL: Autopsy of a failure: Evaluating process and contextual issues in an organizational-level work stress intervention. Int J Stress Manag (International Journal of Stress Management) 2010; 17(2): 135–58.
18. Cooper G: Stress and well-being at work – the costs and challenges. In: Achieving Business Excellence – Health, Well-Being and Performance: Bertelsmann Stiftung, BKK Bundesverband 2008; 18–23.
19. Karasek R, Theorell T: Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, NY: Basic Books 1990.
20. Rosen PH: Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Handlungs- und Entscheidungsspielraum, Aufgabenvariabilität. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2016.
21. Rau R, Morling K, Rösler U: Is there a relationship between major depression and both objectively assessed and perceived demands and control? Work & Stress 2010; 24(1): 88–106.
22. Häusser JA, Mojzisch A, Niesel M, Schulz-Hardt S: Ten years on: A review of recent research on the Job Demand–Control (–Support) model and psychological well-being. Work & Stress 2010; 24(1): 1–35.
23. Siegrist J, Dragano N: Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2008; 51(3): 305–12.

24. Haupt C, Backé E-M, Latza U: Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Gerechtigkeit und Belohnung. Dortmund/Berlin/Bresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BauA) 2016.
25. Schreurs BHJ, van Emmerik IH, Günter H, Germeys F: A weekly diary study on the buffering role of social support in the relationship between job insecurity and employee performance. *Hum. Resour. Manage.* 2012; 51(2): 259–79.
26. Gallo WT, Teng HM, Falba TA, Kasl SV, Krumholz HM, Bradley EH: The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: A 10 year follow up using the health and retirement survey. *Occup Environ Med* 2006; 63(10): 683–7.
27. Fitzpatrick MD, Moore TJ: The mortality effects of retirement: Evidence from Social Security eligibility at age 62. *Journal of public economics* 2018; 157: 121–37.
28. Johnston DW, Lee W-S: Retiring to the good life? The short-term effects of retirement on health. *Economics Letters* 2009; 103(1): 8–11.
29. Brand JE: The Far-Reaching Impact of Job Loss and Unemployment. *Annu Rev Sociol* 2015; 41(1): 359–75.
30. Brand JE, Levy BR, Gallo WT: Effects of Layoffs and Plant Closings on Subsequent Depression Among Older Workers. *Research on Aging* 2008; 30(6): 701–21.
31. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ: Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol* 2005; 90(1): 53.
32. Burgard SA, Brand JE, House JS: Toward a Better Estimation of the Effect of Job Loss on Health. *J Health Soc Behav* 2007; 48(4): 369–84.
33. Badura B, Kaufhold G, Lehmann H, Pfaff H, Schott T, Waltz M (eds.): *Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie.* Berlin: Springer 1987.
34. Celidoni M, Dal Bianco C, Weber G: Retirement and cognitive decline. A longitudinal analysis using SHARE data. *Journal of Health Economics* 2017; 56: 113–25.
35. Ward SJ, King LA: Work and the good life: How work contributes to meaning in life. *Research in Organizational Behavior* 2017; 37: 59–82.
36. Barnay T: Health, work and working conditions: a review of the European economic literature. *Eur J Health Econ* 2016; 17(6): 693–709.
37. Markussen S: The individual cost of sick leave. *Journal of Population Economics* 2012; 25(4): 1287–306.
38. Hesselius P: Does sickness absence increase the risk of unemployment? *The Journal of Socio-Economics* 2007; 36(2): 288–310.
39. Damkjær LH, Deltour I, Suppli NP, et al.: Breast cancer and early retirement: Associations with disease characteristics, treatment, comorbidity, social position and participation in a six-day rehabilitation course in a register-based study in Denmark. *Acta Oncol* 2011; 50(2): 274–81.
40. Tenney ER, Poole JM, Diener E: Does positivity enhance work performance?: Why, when, and what we don't know. *Research in Organizational Behavior* 2016; 36: 27–46.
41. Pilette PC: Presenteeism in nursing: a clear and present danger to productivity. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 2005; 35(6): 300–3.
42. Marlowe JF: Depression's surprising toll on worker productivity. *Employee benefits journal* 2002; 27(1): 16–21.
43. Druss BG, Schlesinger M, Allen Jr HM: Depressive symptoms, satisfaction with health care, and 2-year work outcomes in an employed population. *Am J Psychiatry* 2001; 158(5): 731–4.
44. Wang PS, Beck AL, Berglund P, et al.: Effects of Major Depression on Moment-in-Time Work Performance. *Am J Psychiatry* 2004; 161(10): 1885–91.
45. Barsade SG: The ripple effect: Emotional contagion and its influence on group behavior. *Adm Sci Q* 2002; 47(4): 644.
46. Hatfield E, Cacioppo JT, Rapson RL: *Emotional contagion.* Cambridge: Cambridge Univ. Press; Editions de la Maison des Sciences de l'homme 1994.
47. Elfenbein HA: The many faces of emotional contagion: An affective process theory of affective linkage. *Organizational Psychology Review* 2014; 4(4): 326–62.
48. Barsade SG, Coutifaris CGV, Pillemer J: Emotional contagion in organizational life. *Research in Organizational Behavior* 2018; 38: 137–51.
49. Bhullar N: Relationship between mood and susceptibility to emotional contagion: Is positive mood more contagious? *North American Journal of Psychology* 2012; 14(3): 517–29.
50. Bhullar N: Self-ratings of love and fear on emotional contagion scale depend on the environmental context of rating. *Current Research in Social Psychology* 2012; 2.
51. Hill E.M., Griffiths F.E., House T.: Spreading of healthy mood in adolescent social networks. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences* 2015; 282(1813): 20151180.
52. Tee EY: The emotional link: Leadership and the role of implicit and explicit emotional contagion processes across multiple organizational levels. *Leadership Quart* 2015; 26(4): 654–70.
53. Sy T, Choi JN: Contagious leaders and followers: Exploring multi-stage mood contagion in a leader activation and member propagation (LAMP) model. *Theories of Cognitive Self-Regulation* 2013; 122(2): 127–40.
54. Fowler JH, Christakis NA: Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *BMJ* 2008; 337: a2338.
55. Bastiampillai T, Allison S, Chan S: Is depression contagious? The importance of social networks and the implications of contagion theory. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2013; 47(4): 299–303.
56. Moran M: Depressed workers on the job hurt the bottom line. *Psychiatric News* 2004.
57. Howes MJ, Hokanson JE, Loewenstein DA: Induction of depressive affect after prolonged exposure to a mildly depressed individual. *J Pers Soc Psychol* 1985; 49(4): 1110–3.
58. Coyne JC: Depression and the response of others. *J Abnorm Psychol* 1976; 85(2): 186–93.
59. Coyne JC: Toward an interactional description of depression. *Psychiatry* 1976; 39: 28–40.
60. Rosenquist JN, Fowler JH, Christakis NA: Social network determinants of depression. *Molecular psychiatry* 2011; 16(3): 273.
61. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M: Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(7): 502–9.
62. Burton WN, Conti DJ, Chen C-Y, Schultz AB, Edington DW: The role of health risk factors and disease on worker productivity. *JOEM* 1999; 41(10): 863–77.

63. Hägerbäumer M: Risikofaktor Präsentismus: Hintergründe und Auswirkungen des Arbeitens trotz Krankheit: Springer-Verlag 2017.
64. Maar C, Fricker R, Hildebrandt N, Drechsler M: Vorteil Vorsorge: Die Rolle der betrieblichen Gesundheitsvorsorge für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland. Chicago: Booz & Company 2011.
65. Booz & Company: Vorteil Vorsorge – Die Rolle der betrieblichen Gesundheitsvorsorge für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland. https://www.felix-burda-stiftung.de/sites/default/files/documents/Studie_FBS_Booz_Vorteil_Vorsorge_2011.pdf (last accessed on 27 August 2019).
66. König H-H, Luppä M, Riedel-Heller S: Die Kosten der Depression und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung. *Psychiatr Prax* 2010; 37(05): 213–5.
67. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (ed.): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung: Erfahrungen und Empfehlungen. Berlin: Schmidt 2014.
68. Paulus S: Gefährdungsbeurteilungen von psychosozialen Risiken in der Arbeitswelt. Zum Stand der Forschung. *Z. Arb. Wiss.* 2019; 73(2): 141–52.
69. Marangunic N, Granic A: Technology acceptance model: A literature review from 1986 to 2013. *Univ Access Inf Soc* 2015; 14(1): 81–95.
70. Sommer S, Kerschek R, Lenhardt U: Gefährdungsbeurteilung in der betrieblichen Praxis: Ergebnisse der GDA-Betriebsbefragungen 2011 und 2015. Dortmund 2018.
71. Ducki A, Felfe J: „Führung und Gesundheit“. Fehlzeiten-Report 2011.
72. Stilijanow U, Bock P: Keine Zeit für gesunde Führung? Befunde und Perspektiven aus Forschung und Beratungspraxis. In: für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bundesanstalt, Junghanns G, Morschhäuser M (eds.): Immer schneller, immer mehr: Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden 2013; 145–164.
73. Fiedler S, Pfaff H, Petrowski K, Pförtner T-K: Effects of a Classroom Training Program for Promoting Health Literacy Among IT Managers in the Workplace: A Randomized Controlled Trial. *J Occup Environ Med* 2019; 61(1): 51–60.
74. Fiedler S, Pfaff H, Soellner R, Pförtner T-K: Exploring the association between health literacy and psychological well-being among industry managers in Germany. *JOEM* 2018; 60(8): 743–53.
75. Lenartz N: Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. Göttingen: V & R Unipress 2012.
76. Güntsche LN: Achtsamkeit in digitalen Zeiten: Ein persönlicher Wegweiser für mehr Ruhe in der Beschleunigung. Wiesbaden: Springer Fachmedien 2017.
77. Schulz-Nieswandt F: Eine „Ethik der Achtsamkeit“ als Normmodell der dialogischen Hilfe- und Entwicklungsplanung in der Behindertenhilfe: Eine Analyse der Mikroebene der kulturellen Praxis und der institutionellen Praktiken im Kontext sozialunternehmerischer Organisationsentwicklung. Olsberg: Josefs-Ges 2010.
78. *Conceptual models and measurement issues: The Haworth Press* 2005.
79. Pfaff H: Betriebliches Gesundheits- und Versorgungs-Management (BGVM): eine Zukunftsaufgabe. In: Trittin C (ed.): *Versorgungsforschung: zwischen Routinedaten, Qualitätssicherung und Patientenorientierung*. Siegburg: Asgard Verlagsservice GmbH 2015; 273–280.
80. Klein JP, Gerlinger G, Knaevelsrud C, et al.: Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen. *Nervenarzt* 2016; 87(11): 1185–93.
81. Klein JP, Knaevelsrud C, Bohus M, et al.: Internetbasierte Selbstmanagementinterventionen. *Nervenarzt* 2018; 89(11): 1277–86.
82. Koschig M, Conrad I, Riedel-Heller S: Prävention der Depression. *Psychotherapeut* 2019; 64(1): 4–8.
83. Unger H-P: *Asklepios Connecting Health*. Hamburg-Harburg 2014.
84. Rothermund E, Gündel H: Früherkennung und Frühintervention bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen von Beschäftigten. In: Rieger MA, Hildenbrand S, Nessler T, Letzel S, Nowak D (eds.): *Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin: Ein Kompendium für das Betriebliche Gesundheitsmanagement*. Landsberg am Lech: ecomed Medizin 2016.
85. Nakao M, Nishikitani M, Shima S, Yano E: A 2-year cohort study on the impact of an Employee Assistance Programme (EAP) on depression and suicidal thoughts in male Japanese workers. *Int Arch Occup Environ Health* 2007; 81(2): 151–7.
86. Dietrich S, Deckert S, Ceynowa M, Hegerl U, Stengler K: Depression in the workplace: a systematic review of evidence-based prevention strategies. *Int Arch Occup Environ Health* 2012; 85(1): 1–11.



Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Studium der Sozial- und Verwaltungswissenschaften an den Universitäten Erlangen-Nürnberg, Konstanz und University of Michigan, Ann Arbor, USA. Habilitation im Fach Soziologie an der TU Berlin (1995). Seit 1997 Professor an der Universität zu Köln (Medizinsoziologie & Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Rehabilitation) und seit 2002 Sprecher bzw. Direktor des Zentrums für Versorgungsforschung Köln. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (2002–2010), Sprecher der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW (2004–2009), erster und stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (2006–2014). Seit 2009 Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln und seit 2013 Kollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft. 2011 Visiting Scholar und Executive in Residence an der University of Michigan, Ann Arbor, und Visiting Researcher an der Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio. In 2014 und 2015 Visiting Research Fellow an der University of Aberdeen (European Visiting Research Fellowship der Royal Society of Edinburgh). Im Januar 2016 wurde Prof. Pfaff von Bundesminister Hermann Gröhe zum Vorsitzenden des Expertenbeirats Innovationsfonds berufen. Seit 2018 ist Prof. Pfaff Honorarprofessor an der Macquarie University, Sydney, Australien, am Australian Institute of Health Innovation.



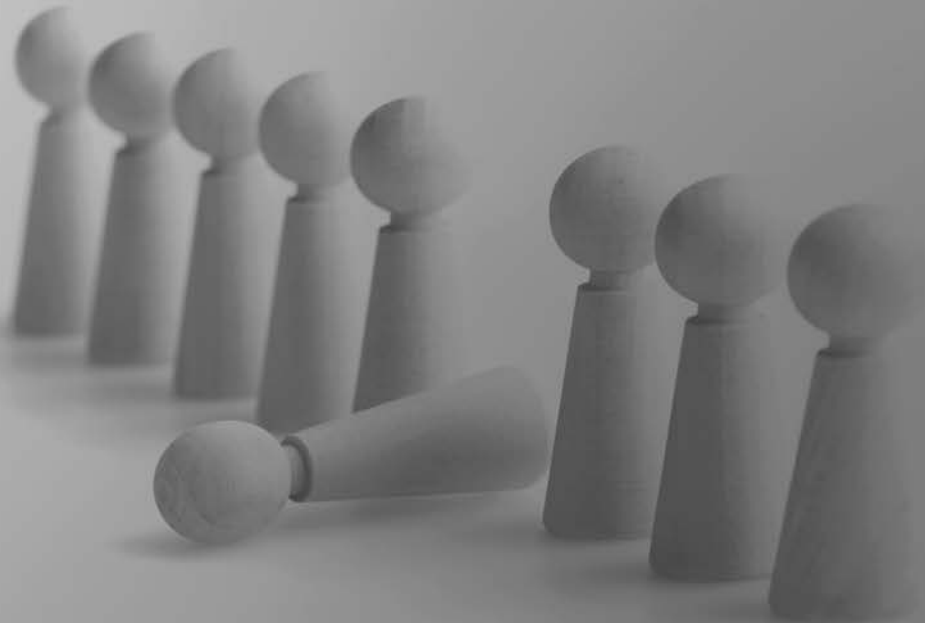
Sabrina Zeike, M.A.

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

0

Soziodemografische Merkmale der BKK Versicherten

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter



Soziodemografische Merkmale stehen in mehrfachem Zusammenhang mit den verschiedenen Facetten der gesundheitlichen Lage der Versicherten. Neben Alter und Geschlecht zählen zu diesen Merkmalen u. a. auch die Nationalität, der Familienstand (inklusive Kinder), der höchste schulische bzw. berufliche Abschluss, der Erwerbsstatus, die berufliche Tätigkeit, die Stellung im Beruf, die Haushaltsgröße sowie das zur Verfügung stehende Haushaltsnettoeinkommen¹.

Für den BKK Gesundheitsreport wird die Mehrzahl der hier beschriebenen soziodemografischen Merkmale auch im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage der BKK Versicherten in den unterschiedlichen Leistungsbereichen dargestellt. Dieser Abschnitt soll zum einen als Interpretationshilfe dienen, wenn es darum geht, bestimmte Zusammenhänge zwischen Soziodemografie und gesundheitlicher Lage richtig einzuschätzen.



Beispielhaft sei hier das Beschäftigungsverhältnis genannt: In Vollzeit Beschäftigte weisen weniger AU-Tage auf, als in Teilzeit Beschäftigte. Ursache hierfür ist, dass die überwiegende Mehrheit der Teilzeitbeschäftigten Frauen sind. Hintergrund hierfür sind aber insbesondere für weibliche Beschäftigte oftmals die Kinderbetreuung bzw. die häusliche Pflege von Familienangehörigen. Die damit verbundene Doppelbelastung führt somit zu durchschnittlich mehr Fehlzeiten als bei den in Vollzeit Beschäftigten.

Dieser einführende und beschreibende Abschnitt dient zum anderen dazu, die Verteilung dieser Merkmale innerhalb der Gruppe der BKK Versicherten mit besonderem Fokus auf die beschäftigten BKK Mitglieder darzustellen und mit entsprechenden Referenzwerten zu vergleichen. Bezogen auf die BKK Versicherten insgesamt wird hierfür primär die amtliche Statistik der GKV Versicherten, gegliedert nach Versichertengruppen, Alter, Wohnort und Kassenart (KM 6-Statistik²) sowie für die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit in der für das jeweilige Berichtsjahr aktuellen Fassung verwendet.

1 Statistisches Bundesamt: Demografische Standards 2016 (Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00001549/Band17_DemografischeStandards1030817169004.pdf).

2 Bundesministerium für Gesundheit: Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Mitglieder und Versicherte (KM 6-Statistik).

0.1 Soziodemografie der BKK Versicherten im Überblick

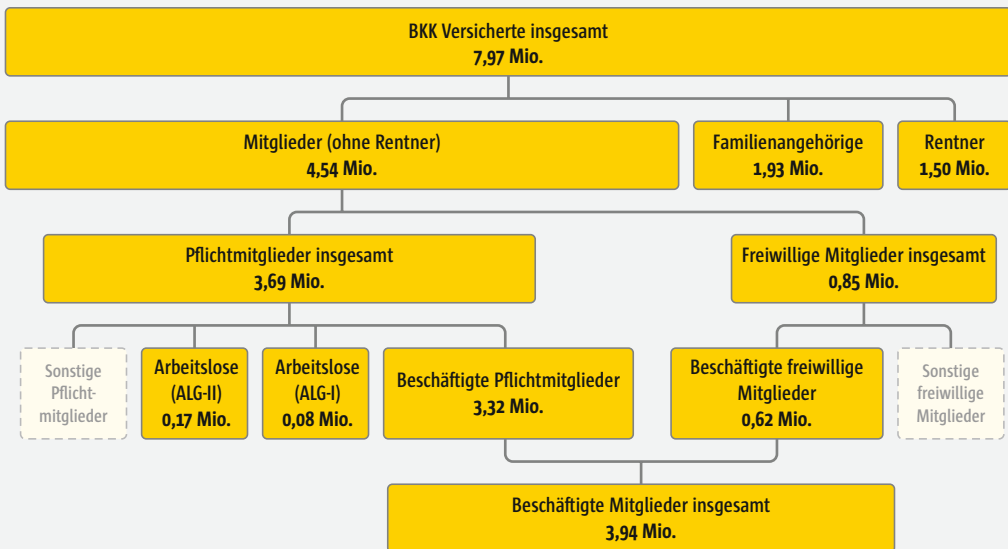
Für den BKK Gesundheitsreport 2019 liegen Daten von insgesamt 7,97 Mio. BKK Versicherten vor. Dies entspricht einem Anteil von rund 73% aller BKK Versicherten bzw. 11% aller GKV-Versicherten. Das Durchschnittsalter aller BKK Versicherten beläuft sich auf 42,3 Jahre, wobei weibliche Versicherte im Mittel etwas älter sind (42,9 Jahre) als die männlichen Versicherten (41,8 Jahre). In der Gesamtheit aller BKK Versicherten sind beide Geschlechter annähernd gleich häufig vertreten (Frauenanteil 49,5%).

Die BKK Versicherten lassen sich in verschiedene Gruppen unterteilen, wie in **»»»** Diagramm 0.1.1 zu sehen ist. Für die wichtigsten dieser Teilgruppen ist die Alters- und Geschlechtsverteilung in **»»»** Tabelle 0.1.1 dargestellt.

Etwa jeder zweite BKK Versicherte (49,4%) ist ein (sozialversicherungspflichtig) beschäftigtes Mitglied, bei knapp jedem vierten BKK Versicherten (24,2%) handelt es sich um einen Familienangehörigen und etwas weniger als jeder fünfte BKK Versicherte (18,8%) ist ein Rentner.

Der größte Frauenanteil ist mit 59,1% bei den Familienangehörigen zu finden. Zu dieser Gruppe gehören vorrangig familienversicherte Kinder der Mitglieder, aber auch mitversicherte nichterwerbstätige Ehepartner – meist Frauen. Letzteres wird zum einen daran sichtbar, dass das Durchschnittsalter der weiblichen Familienversicherten mehr als doppelt so hoch wie das der männlichen ist (11,8 vs. 24,5 Jahre). Zum anderen zeigt die Geschlechtsverteilung bei

Diagramm 0.1.1 Soziodemografie – BKK Versicherte nach Versichertengruppen* (Berichtsjahr 2018)



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

Tabelle 0.1.1 Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Durchschnittsalter nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Versichertengruppen	Anteile in Prozent		Anteile an Gesamt in Prozent*	Durchschnittsalter in Jahren		
	Männer	Frauen		Männer	Frauen	Gesamt
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	55,6	44,4	49,4	42,5	42,1	42,3
Rentner	48,1	51,9	18,8	72,0	72,5	72,3
Arbeitslose (ALG-I)	52,1	47,9	1,1	45,2	44,3	44,7
Arbeitslose (ALG-II)	48,9	51,1	2,2	40,0	38,7	39,3
Familienangehörige	40,9	59,1	24,2	11,8	24,5	19,3
BKK Versicherte insgesamt	50,5	49,5	100,0	41,8	42,9	42,3

* Bei den fehlenden Prozentanteilen handelt es sich um Mitgliedergruppen (z.B. Studenten, Rehabilitanden, Menschen mit Behinderung usw.) die aufgrund geringer Größe nicht separat betrachtet werden.

den beschäftigten Mitgliedern, dass der Frauenanteil in dieser Gruppe im Vergleich zu allen anderen mit 44,4% am geringsten ist.

Außer bei den Familienangehörigen ist in allen anderen Versichertengruppen der Altersunterschied zwischen Männern und Frauen nur sehr gering. Der Unterschied zwischen den Versichertengruppen im erwerbsfähigen Alter ist jedoch erklärungsbedürftig. Im Vergleich zu den beschäftigten Mitgliedern mit einem Durchschnittsalter von 42,3 Jahren, sind die Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug tendenziell etwas älter (44,7 Jahre), während Arbeitslose mit ALG-II-Bezug dagegen jünger sind (39,3 Jahre). Da der Anspruch auf und die Dauer des Bezugs von ALG-I von der Dauer der Vorbeschäftigung in den zwei Jahren vor der Arbeitslosigkeit abhängt, sind jüngere Menschen, die nach Schule, Studium oder Ausbildung keine Arbeit finden, deutlich häufiger im ALG-II-Bezug zu finden. Auf der anderen Seite ist das höhere Alter der Arbeitslosen im ALG-I-Bezug damit begründet, dass ältere Beschäftigte – trotz Fachkräftemangel – auch heute noch häufiger arbeitslos werden, gleichzeitig aber aufgrund langjähriger Beschäftigung einen (meist längerfristigen) Anspruch auf ALG-I erworben haben.

Ebenfalls von Interesse ist die regionale Verteilung bzw. die Struktur der BKK Versicherten nach Bundesländern im Vergleich zu allen GKV Versicherten, wie sie in **»»»** Diagramm 0.1.2 zu sehen ist.

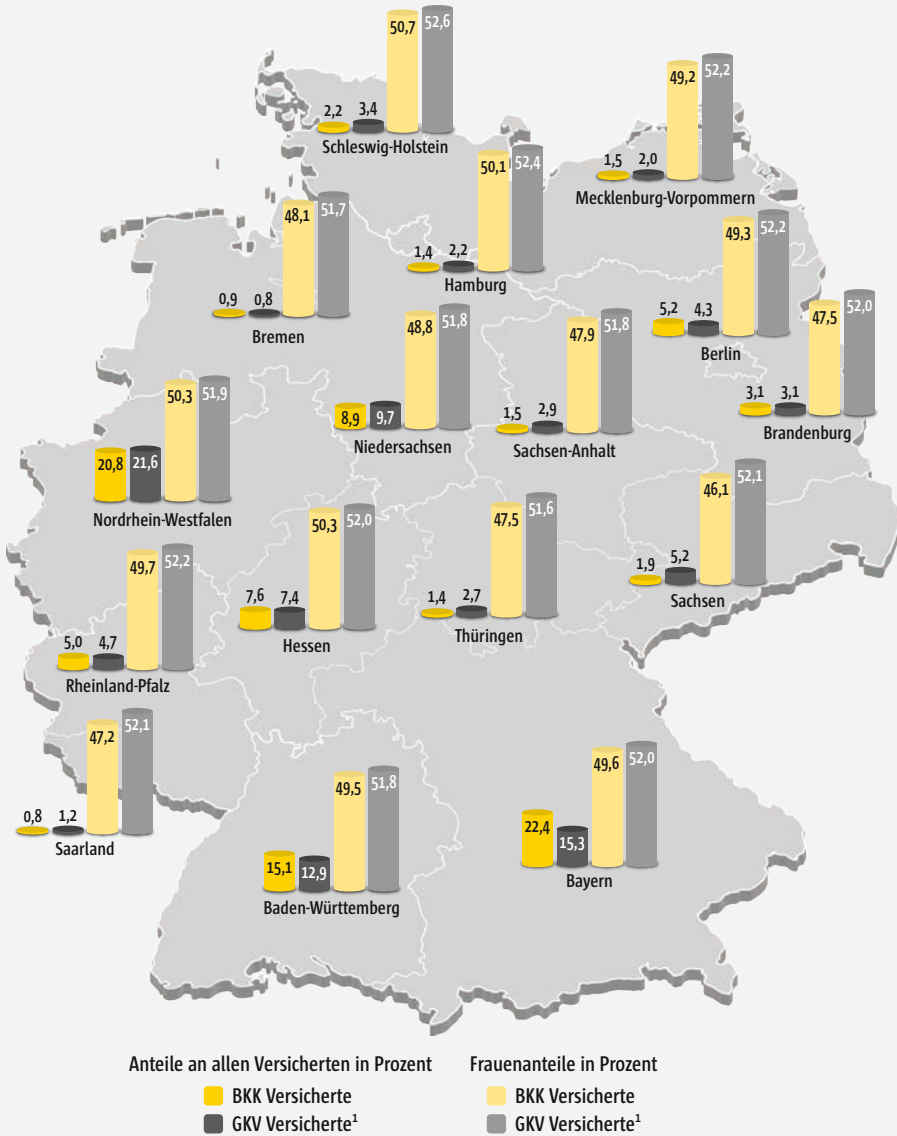
Bezüglich der regionalen Verteilung wird deutlich, dass sowohl die überwiegende Mehrheit der BKK Versicherten (85,0%) als auch die der GKV Versicherten (79,2%) in den alten Bundesländern zu finden ist. Dies entspricht in etwa auch der regionalen Ver-

teilung der Gesamtbevölkerung in Deutschland, von denen 80,5% in den alten Bundesländern wohnhaft sind³. Im Detail gibt es aber dennoch einige Abweichungen, die einer näheren Erläuterung bedürfen. Insbesondere in den bevölkerungs- und wirtschafts-starken Bundesländern wie Bayern oder Baden-Württemberg sind BKK Versicherte überproportional häufig vertreten. In diesen Bundesländern gibt es zahlreiche Trägerunternehmen mit eigenen Betriebskrankenkassen, deren Mitglieder hauptsächlich die Beschäftigten sowie deren Familienangehörige sind und somit im Verhältnis zu den GKV Versicherten der BKK Anteil in diesen Regionen größer ist. In den meisten anderen Altbundesländern unterscheiden sich die Versichertenanteile zwischen BKK und GKV nicht bedeutsam. Ein anderes Bild zeigt sich in den neuen Bundesländern, wo der Anteil der BKK Versicherten im Vergleich zu den GKV Versicherten tendenziell geringer ist. Insofern spiegelt die vordergründig ungleiche Verteilung den starken arbeitsweltlichen Bezug der BKK wider, wie auch im folgenden Abschnitt anhand der Charakterisierung der beschäftigten Mitglieder gezeigt werden kann. Ein weiteres Indiz hierfür ist die Altersstruktur, die ebenfalls regional, v.a. in Abhängigkeit vom Beschäftigtenanteil, variiert und in **»»»** Tabelle 0.1.2 im Vergleich mit den GKV Versicherten aufgeführt ist.

Zu erkennen ist, dass die Kerngruppe der BKK Versicherten im erwerbsfähigen Alter zwischen 25 bis 54 Jahren sowohl insgesamt als auch in den einzel-

3 Statistisches Bundesamt (2019) Fortschreibung des Bevölkerungsstandes nach Bundesländern: Stichtag 31.12.2017.

Diagramm 0.1.2 Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten sowie Frauenanteile nach Bundesländern (Wohnort) im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2018)



¹ KM 6-Statistik 2018

nen Bundesländern stärker ausgeprägt ist als unter den GKV Versicherten. Dies kann als weiterer Beleg für den stark ausgeprägten arbeitsweltlichen Bezug der BKK im GKV System gewertet werden, da diese Altersgruppe mehrheitlich aus Beschäftigten be-

steht. Im Zusammenhang damit ist auch der tendenziell höhere Anteil der Versicherten unter 25 Jahren zu interpretieren: In dieser Gruppe findet sich neben den mitversicherten Familienangehörigen auch die Gruppe der Auszubildenden wieder. Ent-

Tabelle 0.1.2 Soziodemografie – Anteile der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) sowie Altersstruktur im Vergleich mit den GKV Versicherten (Berichtsjahr 2018)

Bundesländer	BKK Versicherte					GKV Versicherte ¹			
	Durchschnitts- alter in Jahren	Altersgruppen in Jahren							
		< 25	25–54	55–64	≥ 65	< 25	25–54	55–64	≥ 65
	Anteile an allen Versicherten je Bundesland in Prozent								
Baden-Württemberg	40,7	26,6	44,4	14,0	14,9	24,5	41,0	13,9	20,5
Bayern	40,6	26,1	45,4	13,9	14,6	23,8	42,0	13,9	20,4
Berlin	41,4	23,1	47,1	14,1	15,8	22,8	45,1	12,4	19,8
Brandenburg	44,3	21,6	42,0	17,9	18,6	20,0	36,6	17,0	26,4
Bremen	44,1	22,7	42,1	14,9	20,3	24,1	41,3	13,4	21,2
Hamburg	41,3	22,6	49,7	10,5	17,2	23,6	46,3	11,8	18,3
Hessen	40,9	25,9	45,5	13,9	14,7	24,1	41,3	13,8	20,8
Mecklenburg-Vorpommern	44,0	21,2	42,0	19,0	17,9	20,0	36,1	17,5	26,4
Niedersachsen	43,4	24,3	41,8	14,9	19,0	24,2	39,5	14,5	21,8
Nordrhein-Westfalen	43,5	23,7	42,5	14,6	19,2	24,0	40,6	14,4	21,0
Rheinland-Pfalz	44,1	23,4	40,8	15,2	20,5	23,4	39,3	15,3	22,0
Saarland	43,8	22,3	42,5	15,4	19,8	21,7	38,1	16,4	23,7
Sachsen	47,1	19,1	39,1	16,0	25,8	20,5	36,7	14,8	28,1
Sachsen-Anhalt	47,7	18,7	37,9	16,7	26,7	19,2	36,0	16,6	28,1
Schleswig-Holstein	42,5	24,9	43,2	13,7	18,2	23,8	39,4	14,3	22,6
Thüringen	45,1	20,5	40,7	18,3	20,6	19,9	36,1	16,3	27,6
Gesamt	42,3	24,5	43,6	14,5	17,3	23,3	40,3	14,4	22,0

¹ KM 6-Statistik 2018

sprechend zeigt sich – zumindest bezogen auf die hier dargestellten Anteile –, dass die Gruppe der über 65-Jährigen (zum Großteil Rentner) unter den BKK Versicherten im Vergleich zu den GKV Versicherten geringer ausfällt. Regionale Schwankungen in der Altersstruktur wirken sich zudem auch auf das Durchschnittsalter der BKK Versicherten aus. Aus

der Altersgruppenstruktur der GKV Versicherten lässt sich ableiten, dass sich hier mit hoher Wahrscheinlichkeit ähnliche regionale Unterschiede in Ausprägung und Reihenfolge zeigen, wobei vermutlich das Durchschnittsalter hier tendenziell – aufgrund des höheren Anteils der über 65-Jährigen – über dem der BKK Versicherten liegen wird.

0.2 Soziodemografie der beschäftigten Mitglieder

Die Betriebskrankenkassen sind, wie keine andere Kassenart in Deutschland, eng mit ihren Trägerunternehmen und deren Beschäftigten verbunden. Nicht zuletzt dadurch haben die BKK schon frühzeitig erkannt, dass Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement essenzielle Bausteine zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit, zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit und zur Sicherung von Fachkräften für die Unternehmen sind. Die BKK Gesundheitsberichterstattung unterstützt ihre Mitglieder und deren Trägerunternehmen hierbei mit zahlreichen arbeitsweltlichen Analysen. Entsprechend fokussiert auch der BKK Gesundheitsreport auf wichtige thematische Schwerpunkte des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Arbeitswelt.

Deshalb sollen im nächsten Abschnitt insbesondere die beschäftigten BKK Mitglieder im Detail betrachtet werden. Mit einem Anteil von 49,4% an allen BKK Versicherten sind die beschäftigten Mitglieder bei den Betriebskrankenkassen anteilig deutlich häufiger vertreten als mit 42,5% bei allen GKV Versicherten⁴. Im Folgenden ist zu beachten, dass für einen sehr geringen Teil der beschäftigten BKK Mitglieder keine validen Angaben zu den Tätigkeitsmerkmalen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) vorliegen. Dieser Anteil wird bei der Analyse von Einzelmerkmalen nicht berücksichtigt, gleichzeitig gehen diese Fälle aber in die Berechnung der jeweiligen Gesamtwerte ein.

0.2.1 Beschäftigte nach Regionen

In diesem Abschnitt soll, äquivalent zu den BKK Versicherten insgesamt, die regionale Verteilung der

beschäftigten BKK Mitglieder dargestellt werden. Einleitend sind in **»»** Diagramm 0.2.1 die Anteile der Erwerbstätigen je Bundesland an allen Beschäftigten insgesamt sowie geschlechtsspezifisch im Vergleich zwischen allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bundesweit und den beschäftigten BKK Mitgliedern dargestellt.

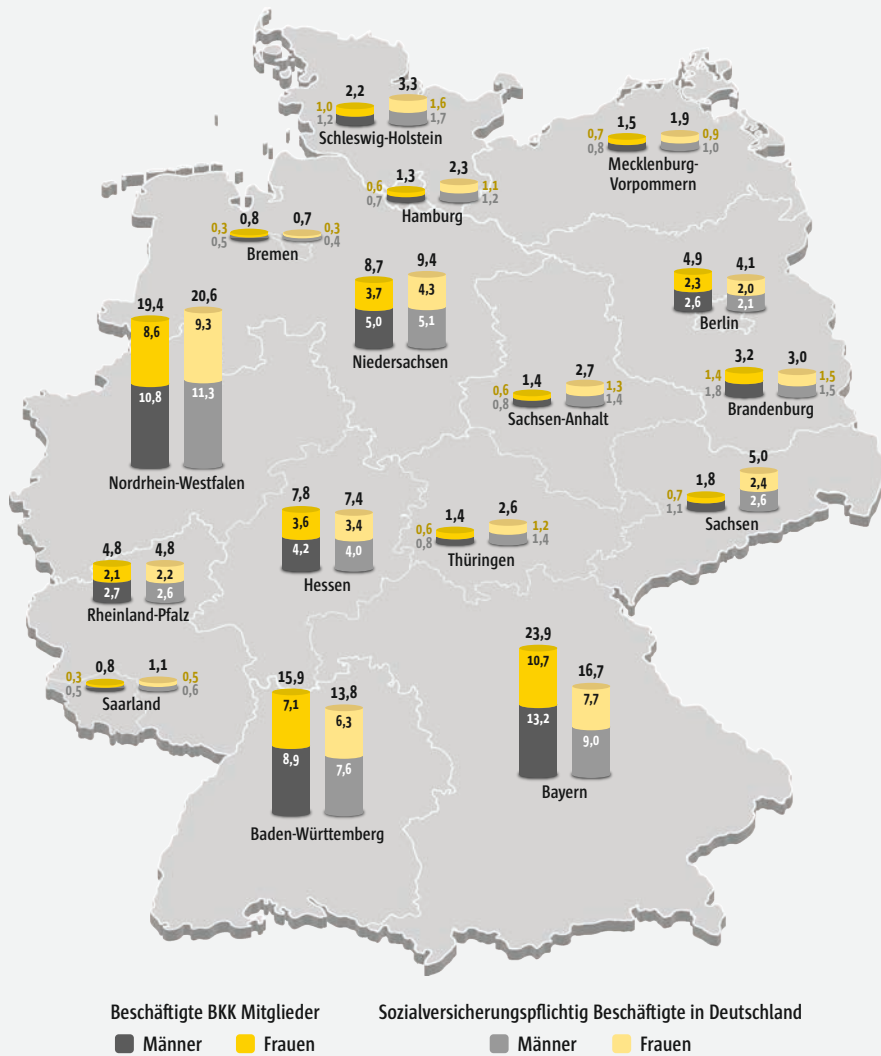
Wie gut zu erkennen ist, sind die Beschäftigten nicht gleichmäßig über das Bundesgebiet verteilt. Die meisten beschäftigten BKK Mitglieder (59,3%) wie auch gleichzeitig die meisten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt (51,1%) sind in Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen zu finden. Dabei sind insbesondere die Beschäftigten in Bayern und Baden-Württemberg überproportional häufig Mitglied einer BKK. Gründe hierfür wurden bereits im **»»** Kapitel 0.1 zur Regionalstruktur der Versicherten insgesamt angeführt. Für die meisten anderen Bundesländer gilt, dass der Anteil der beschäftigten BKK Mitglieder dort in etwa auch dem Anteil bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten entspricht. In den neuen Bundesländern nehmen beschäftigte BKK Mitglieder im Vergleich zu den Beschäftigten insgesamt tendenziell einen geringeren Anteil ein. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die regionale Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder im Größenverhältnis und den Relationen mit der aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland im Wesentlichen übereinstimmt.

0.2.2 Beschäftigte nach Alter, Geschlecht und Tätigkeitsmerkmalen

Neben der regionalen Verteilung gibt es noch weitere relevante Charakteristika der Beschäftigten. In **»»** Tabelle 0.2.1 sind diese soziodemografischen und tätigkeitsbezogenen Merkmale der beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland dargestellt.

4 Bundesministerium für Gesundheit: Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung – Mitglieder und Versicherte (KM 1/13-Statistik 2018).

Diagramm 0.2.1 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2018)



¹ Statistik der Bundesagentur für Arbeit - Beschäftigungsstatistik, Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach ausgewählten Merkmalen (Quartalszahlen), Deutschland, Länder und Kreise - Nürnberg - Stichtag 30. Juni 2018.

Die Mehrheit der Beschäftigten in Deutschland sind Männer (BKK: 55,6%; Gesamt: 53,8%). Etwa sieben von zehn Beschäftigten sind zwischen 25 und 54 Jahre alt (BKK: 70,7%; Gesamt: 70,1%), nur knapp jeder Zehnte ist jünger als 25 Jahre (BKK: 9,2%; Gesamt: 9,8%). Der Anteil der über 65-jährigen Beschäftigten ist trotz der Heraufsetzung der Regelalters-

grenze auf 67 Jahre als gering einzuschätzen, wird aber sicher in den kommenden Jahren noch zunehmen (BKK: 0,7%; Gesamt: 1,0%).

Überwiegend verfügen die Beschäftigten (BKK: 57,5%; Gesamt: 63,6%) über die mittleren Reife bzw. ein (Fach-)Abitur, etwa jeder fünfte Beschäftigte (BKK: 19,0%; Gesamt: 18,6%) hat einen Haupt-

Tabelle 0.2.1 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Merkmalen im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2018)

Merkmale	Ausprägungen	Beschäftigte BKK Mitglieder			Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland ¹		
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
		Anteile an allen Beschäftigten in Prozent					
Altersgruppen	Unter 25 Jahre	9,6	8,8	9,2	10,2	9,3	9,8
	25 bis unter 55 Jahre	69,3	72,5	70,7	70,0	70,1	70,1
	55 bis unter 65 Jahre	20,4	18,1	19,4	18,6	19,8	19,1
	65 Jahre und älter	0,7	0,6	0,7	1,2	0,8	1,0
Höchster Schulabschluss	Ohne Schulabschluss	1,7	0,8	1,3	2,2	1,3	1,8
	Haupt-/Volksschulabschluss	23,2	13,8	19,0	22,9	14,0	18,6
	Mittlere Reife oder gleichwertig	28,1	34,4	30,9	29,0	36,4	32,8
	Abitur/Fachabitur	24,8	28,8	26,6	29,0	32,6	30,8
	Abschluss unbekannt	22,2	22,3	22,2	16,9	15,7	16,0
Höchster Berufsabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	10,8	10,1	10,5	12,9	11,1	12,1
	Mit anerkanntem Berufsabschluss	61,8	62,3	62,0	60,0	64,0	61,8
	Mit akademischem Berufsabschluss	13,9	13,0	13,5	16,4	15,9	16,2
	Ausbildung unbekannt	13,5	14,6	14,0	10,7	8,9	9,9
Anforderungsniveau	Helfer	9,7	12,3	10,8	15,6	17,0	15,8
	Fachkraft	58,4	64,2	61,0	54,4	60,2	58,3
	Spezialist	17,2	12,9	15,3	14,7	11,2	12,8
	Experte	14,7	10,6	12,9	15,2	11,6	13,1
Vertragsform	Teilzeit	7,2	46,3	24,6	11,2	47,9	28,2
	Vollzeit	92,8	53,7	75,4	88,8	52,1	71,8
Arbeitnehmerüberlassung	Ohne Arbeitnehmerüberlassung	97,7	98,7	98,1	96,1	98,3	97,1
	Mit Arbeitnehmerüberlassung	2,3	1,3	1,9	3,9	1,7	2,9
Gesamt		55,6	44,4	100,0	53,8	46,2	100,0

¹ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen), Nürnberg, Stichtag 30. Juni 2018; Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Arbeitsmarkt nach Qualifikationen. Jahreszahlen 2018; Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Leiharbeitnehmer und Verleihbetriebe, Nürnberg, Juli 2018.

schulabschluss. Beschäftigte Frauen weisen im Vergleich zu den Männern anteilig mehr höhere Schulabschlüsse (Mittlere Reife und [Fach-]Abitur) auf (BKK: 63,2% vs. 52,9%; Gesamt: 69,0% vs. 58,0%). Bei einer nicht unerheblichen Anzahl der Beschäftigten sind allerdings keine konkreten Angaben zum schulischen bzw. beruflichen Abschluss

vorhanden. Vermutlich ist dies dadurch begründet, dass bei älteren bzw. langjährigen Beschäftigten, die im Zuge der Umstellung von der KldB 1988 zur KldB 2010 neu gemeldet werden mussten, zu den o.g. Merkmalen häufig keine Angaben mehr vorliegen. Andererseits trifft dies auch auf Beschäftigte mit im Ausland erworbenen Abschlüssen zu, die

sich nicht immer den vorgegebenen Kategorien zuordnen lassen.

Sowohl bei den beschäftigten BKK Mitgliedern (62,0%) als auch bei den Beschäftigten insgesamt (61,8%) verfügt die Mehrheit über einen anerkannten Berufsabschluss. Erwähnenswert ist noch eine Besonderheit bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ohne beruflichen Ausbildungsabschluss: Knapp jeder Vierte (23,2%) davon ist aktuell noch in beruflicher Ausbildung und deshalb noch nicht im Besitz eines Berufsabschlusses⁵.

Ebenfalls in der überwiegenden Mehrheit der Fälle (BKK: 61,0%; Gesamt: 58,3%) sind Beschäftigte als Fachkräfte tätig, mehr als jeder Vierte (BKK: 28,2%; Gesamt: 25,9%) sogar als Spezialist bzw. Experte. Auch beim Vertragsverhältnis zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zur Grundgesamtheit: Die Mehrzahl der Beschäftigten arbeitet Vollzeit (BKK: 75,4%; Gesamt: 71,8%). Insbesondere beim Beschäftigungsumfang gibt es allerdings deutliche Geschlechtsunterschiede: Während nahezu die Hälfte der beschäftigten Frauen (BKK: 46,3%; Gesamt: 47,9%) in Teilzeit arbeitet, ist dieser Anteil bei den Männern deutlich niedriger (BKK: 7,2%; Gesamt: 11,2%). Wie Studien gezeigt haben, liegt für etwa jede zweite beschäftigte Frau (48,7%) der Grund für die Teilzeitbeschäftigung in familiären Verpflichtungen (u.a. Betreuung von Kindern oder Pflege von Angehörigen), wobei es hier einen deutlichen Ost-West-Unterschied gibt (31,0% vs. 52,1%)⁶. Dagegen ist der Anteil der Frauen, die über Leih- bzw. Zeitarbeitsfirmen angestellt sind, in beiden Gruppen nur in etwa halb so groß wie der der Männer (BKK: 1,3% vs. 2,3%; Gesamt: 1,7% vs. 3,9%).

Insgesamt ist auch hier erkennbar, dass sich die beschäftigten BKK Mitglieder in den betrachteten Merkmalen strukturell nicht wesentlich von den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland unterscheiden. Somit lassen sich die Ergebnisse der folgenden Analysen auf Basis der beschäftigten BKK Mitglieder auf die Gesamtheit aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten übertragen.

0.2.3 Beschäftigte nach Berufsgruppen

Die Zuordnung nach der Klassifikation der Berufe ermöglicht neben den in **III** Tabelle 0.2.1 aufgeführten Merkmalen der Erwerbstätigkeit auch die Zuordnung zum aktuell ausgeübten Beruf. Für den BKK Gesundheitsreport finden zur Differenzierung der konkreten beruflichen Tätigkeit der Beschäftigten in der Regel die 14 Berufssegmente bzw. die 37 Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010⁷) Anwendung. Im Folgenden werden ausgewählte Merkmale der Beschäftigten nach den Berufssegmenten dargestellt. Während **III** Tabelle 0.2.2 Auskunft über die Altersstruktur der Beschäftigten gibt, zeigt das **III** Diagramm 0.2.2 die prozentuale Verteilung der Beschäftigten über die einzelnen Berufssegmente sowie deren geschlechtsspezifische Anteile. Zum Vergleich sind auch hier jeweils die entsprechenden Kennzahlen aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland gegenübergestellt.

Auch anhand der Altersstruktur der Beschäftigten zeigt sich, dass sich die beschäftigten BKK Mitglieder nicht wesentlich von den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt unterscheiden. Erwartungsgemäß ist die Mehrheit der Beschäftigten in allen Berufssegmenten in der Altersgruppe der 25- bis unter 54-Jährigen zu finden, wobei diese Anteile in beiden betrachteten Gruppen zwischen den verschiedenen Berufssegmenten um mehr als 10 Prozentpunkte schwanken. Hohe Anteile in dieser Altersgruppe sind z.B. in den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen (BKK: 75,5%; Gesamt: 73,1%) und den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (BKK: 75,3%; Gesamt: 76,6%) zu finden, der jeweils niedrigste Anteil hingegen in den Reinigungsberufen (BKK: 63,6%; Gesamt: 65,4%). Letztgenannte Berufsgruppe hat aber gleichzeitig den höchsten Anteil Beschäftigter, die 55 Jahre oder älter sind (BKK: 34,0%; Gesamt: 30,4%), während z.B. bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen diese Altersgruppe deutlich geringer ausgeprägt ist (BKK: 14,8%; Gesamt: 17,5%). In ähnlichem Verhältnis gilt dies auch für die Gruppe der unter 25-jährigen Beschäftigten. Da das Alter einen deutlichen Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten aufweist, sei an dieser Stelle auf das dargestellte Durchschnittsalter in den einzelnen Berufssegmenten verwiesen, welches in den folgenden Kapiteln bei der

5 Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Arbeitsmarkt nach Qualifikationen. Jahreszahlen 2018. Eigene Berechnungen.

6 WSI GenderDatenPortal, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) Gründe für Teilzeittätigkeit nach Elternschaft 2017. Online verfügbar unter: <https://media.boeckler.de/Sites/A/Online-Archiv/23894>.

7 Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) Berufssektoren und Berufssegmente nach den Berufshauptgruppen der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010). Nürnberg Stand März 2014.

Tabelle 0.2.2 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten sowie Altersstruktur im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2018)

Berufssegmente	Beschäftigte BKK Mitglieder					Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland ¹			
	Durchschnittsalter in Jahren	Altersgruppen in Jahren							
		< 25	25–54	55–64	≥ 65	< 25	25–54	55–64	≥ 65
Anteile an allen Beschäftigten je Berufssegment in Prozent									
Land-, Forst- und Gartenbau-berufe	39,3	15,9	67,9	15,4	0,7	14,3	67,0	17,8	0,9
Fertigungsberufe	42,5	11,0	67,3	21,3	0,4	11,4	68,5	19,5	0,6
Fertigungstechnische Berufe	42,2	11,0	68,0	20,6	0,4	11,2	69,5	18,7	0,5
Bau- und Ausbauberufe	42,5	10,4	68,5	20,3	0,8	10,1	68,8	20,1	1,0
Lebensmittel- und Gastgewerbe-berufe	40,2	13,4	70,0	15,9	0,7	14,4	69,7	15,2	0,8
Medizinische u. nicht-medizini-sche Gesundheitsberufe	39,5	13,1	72,2	14,4	0,4	12,3	70,2	16,6	0,9
Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	41,0	9,2	72,6	17,5	0,8	8,2	69,5	21,1	1,2
Handelsberufe	41,7	9,8	72,3	17,3	0,6	11,6	70,1	17,5	0,8
Berufe in Unternehmensführung und -organisation	43,0	7,0	73,3	19,1	0,7	7,3	71,2	20,2	1,3
Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe	42,2	7,0	75,5	17,1	0,5	7,3	73,1	18,9	0,7
IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe	41,3	8,2	75,3	16,1	0,3	8,1	76,6	14,8	0,4
Sicherheitsberufe	46,0	4,7	65,4	27,6	2,4	5,7	65,7	25,6	3,0
Verkehrs- und Logistikberufe	45,0	6,4	67,3	24,9	1,4	8,1	68,8	21,3	1,9
Reinigungsberufe	48,4	2,5	63,6	31,9	2,1	4,2	65,4	28,6	1,8
Gesamt	42,3	9,2	70,7	19,4	0,7	9,8	70,1	19,1	1,0

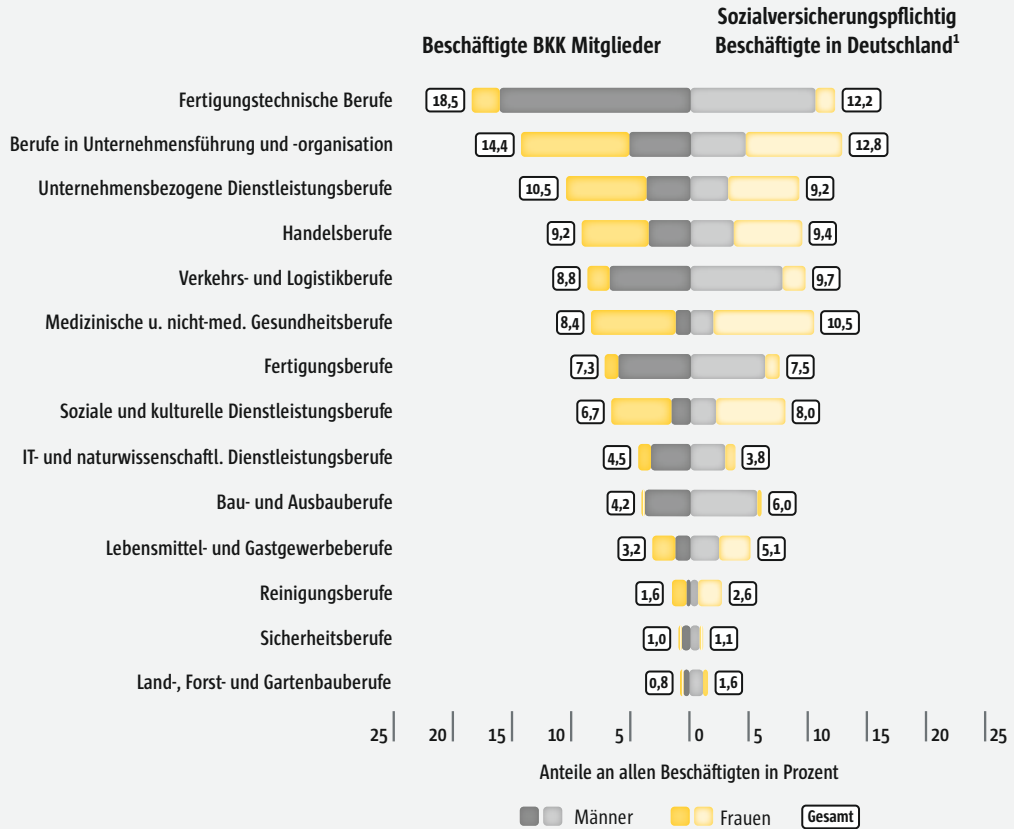
¹ Statistik der Bundesagentur für Arbeit – Tabellen, Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen) – Nürnberg – Stichtag 30. Juni 2018.

Interpretation von Unterschieden zwischen den Berufsgruppen berücksichtigt werden muss.

Wie in ►► Diagramm 0.2.2 zu sehen ist, ist die mit Abstand größte Gruppe beschäftigter BKK Mitglieder bei den fertigungstechnischen Berufen zu finden. Mehr als jedes sechste beschäftigte BKK Mitglied (18,5%) ist diesem Berufssegment zugeordnet. Das sind +6,3 Prozentpunkte mehr im Vergleich zu allen Beschäftigten in Deutschland (12,2%). Traditionell sind Betriebskrankenkassen v. a. in Unternehmen

des produzierenden bzw. verarbeitenden Gewerbes zu finden. Dem zuzuordnen ist auch die urkundlich im Jahr 1717 im Blaufarbenwerk Pfannenstiel im sächsischen Aue gegründete erste BKK in Deutschland. Diese Wurzeln der Betriebskrankenkassen sind noch heute am Anteil der Beschäftigten, insbesondere im o.g. Berufssegment, sichtbar. Für die anderen Berufssegmente zeigen sich geringere Abweichungen zwischen beiden Vergleichsgruppen. Die nach den fertigungstechnischen Berufen zweitgröß-

Diagramm 0.2.2 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2018)



¹Statistik der Bundesagentur für Arbeit - Tabellen, Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen) - Nürnberg - Stichtag 30. Juni 2018.

te Abweichung von -2,1 Prozentpunkten tritt bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen auf. Eine Ursache hierfür ist in der Subgruppe der Human- und Veterinärmediziner sowie der Psychotherapeuten zu finden. Diese Beschäftigtengruppen sind im BKK System innerhalb des o.g. Berufssegments stark unterrepräsentiert. Ein Grund hierfür ist vermutlich, dass sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in diesen Berufsgruppen überproportional häufig nicht in der GKV versichert sind.

Da auch das Geschlecht einen Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Beschäftigten ausübt, soll an dieser Stelle noch ein Blick auf die Anteile der Männer und Frauen in den einzelnen Berufssegmenten geworfen werden:

- Der mit Abstand niedrigste Frauenanteil ist bei den handwerklich bzw. produzierend-verarbeitend tätigen Beschäftigten in den Bau- und Ausbauberufen zu finden (BKK: 7,2%; Gesamt: 6,6%), gefolgt von den fertigungstechnischen Berufen (BKK: 12,6%; Gesamt: 13,1%) und den Fertigungsberufen (BKK: 15,5%; Gesamt: 17,1%).
- Umgekehrt sind weibliche Beschäftigte in den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (BKK: 84,9%; Gesamt: 82,0%), den Reinigungsberufen (BKK: 76,0%; Gesamt: 74,7%) sowie den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (BKK: 75,0%; Gesamt: 73,6%) überproportional häufig vertreten.

0.2.4 Beschäftigte nach Wirtschaftsgruppen

Die im vorhergehenden Abschnitt betrachteten Berufsgruppen beziehen sich auf die jeweils konkret ausgeübte Tätigkeit des Beschäftigten. Die nun folgende Darstellung nach Wirtschaftsgruppen bezieht sich hingegen auf das jeweilige Hauptgeschäftsfeld eines Unternehmens (»» Tabelle 0.2.3). Diese werden anhand der Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008⁸) systematisiert.

»» Zum besseren Verständnis des Unterschieds zwischen der Berufs- und Wirtschaftsgruppensystematik soll hier als Beispiel das Gesundheits- und Sozialwesen betrachtet werden. In dieser Wirtschaftsgruppe sind zwar zum Großteil Beschäftigte aus den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen zu finden, allerdings auch solche aus Verwaltungsberufen, aus den Dienstleistungsberufen oder den Reinigungsberufen. Alle arbeiten im selben Unternehmen, das wiederum einer bestimmten Wirtschaftsgruppe angehört, deren Beschäftigte aber völlig unterschiedliche Berufe ausüben.

Auch bei der Betrachtung der Beschäftigtenstruktur nach Wirtschaftsabschnitten wird deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Berufstätigen zwischen 25 und 54 Jahre alt ist. Während diese Altersgruppe bei den privaten Haushalten (hierzu zählen z.B. Personen/Familien, die Hausangestellte beschäftigen oder im Eigenbetrieb Waren bzw. Dienstleistungen für den Eigenbedarf produzieren) am niedrigsten ausgeprägt ist (BKK: 60,7%; Gesamt: 57,9%), findet sich der höchste Anteil im Bereich Information und Kommunikation (BKK: 79,4%; Gesamt: 78,7%). Gleichzeitig ist es wiederum die Gruppe der privaten Haushalte, in der mehr als ein Drittel der Beschäftigten 55 Jahre oder älter ist (BKK: 37,4%; Gesamt: 40,1%). Den geringsten Anteil in dieser Altersgruppe haben ebenfalls die Beschäftigten im Bereich Information und Kommunikation inne (BKK: 14,2%; Gesamt: 14,2%). Auf der anderen Seite zeigen sich in den Bereichen Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei, im Baugewerbe, im Gastgewerbe und in Kunst, Kultur und Erholung besonders hohe Anteile junger Beschäftigter. Zum einen sind diese Anteile durch einen insbesondere in diesen Gruppen möglichen frühzeitigen Berufseinstieg –

teilweise auch ohne abgeschlossene Ausbildung – zu erklären. Andererseits ist aber gerade in den benannten Wirtschaftsgruppen der Anteil Beschäftigter jenseits des 55. Lebensjahrs besonders gering, was darauf hindeutet, dass hier alter(n)sgerechte Arbeit in geringerem Maße als in anderen Berufsfeldern, möglich ist.

In »» Diagramm 0.2.3 wird die geschlechtsspezifische Verteilung der Beschäftigten nach Wirtschaftsabschnitten dargestellt. Hier wiederholt sich in gewisser Weise das Bild, welches sich schon in »» Diagramm 0.2.2 für die Berufssegmente gezeigt hat. Sind es dort die Fertigungs- bzw. fertigungstechnischen Berufe, die einen hohen Anteil bei den beschäftigten BKK Mitgliedern einnehmen, so sind es hier Beschäftigte in Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes, zu denen fast jedes dritte beschäftigte BKK Mitglied zählt (31,1%). Im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten beträgt deren Anteil im BKK System 10 Prozentpunkte mehr. Umgekehrt sind bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt höhere Anteile als im BKK System zu finden (14,6% vs. 11,0%). Zugrunde liegen sicherlich auch hier die bereits unter den Berufssegmenten bzw. in Diskussion zu »» Diagramm 0.2.2 besprochenen Ursachen für den Unterschied bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen. Für alle anderen betrachteten Wirtschaftsabschnitte zeigen sich nur geringfügige Differenzen zwischen beiden Populationen. Auch bei den Frauenteilen zeigen sich Parallelen zu den Kennzahlen der Berufssegmente, wobei das Baugewerbe den niedrigsten (BKK: 16,4%; Gesamt: 13,0%) und das Gesundheits- und Sozialwesen den höchsten Frauenanteil (BKK: 82,6%; Gesamt: 77,0%) hat.

0.2.5 Zusammenfassung

Dieser Abschnitt gibt einen detaillierten Einblick in die Soziodemografie der BKK Versicherten mit besonderem Fokus auf die Teilgruppe der beschäftigten Mitglieder. Insbesondere lässt sich anhand der vorliegenden Daten zeigen, dass sich sowohl die BKK Versicherten insgesamt als auch die beschäftigten BKK Mitglieder in ihren Merkmalen bzw. ihrer Struktur nicht wesentlich von der jeweiligen Vergleichspopulation unterscheiden. Die vereinzelt auftretenden Unterschiede sind vor allem durch die Besonderheiten des Gesundheits- und Sozialsystems in Deutschland begründbar, sei es durch die beiden unterschiedlichen Krankenversicherungssysteme

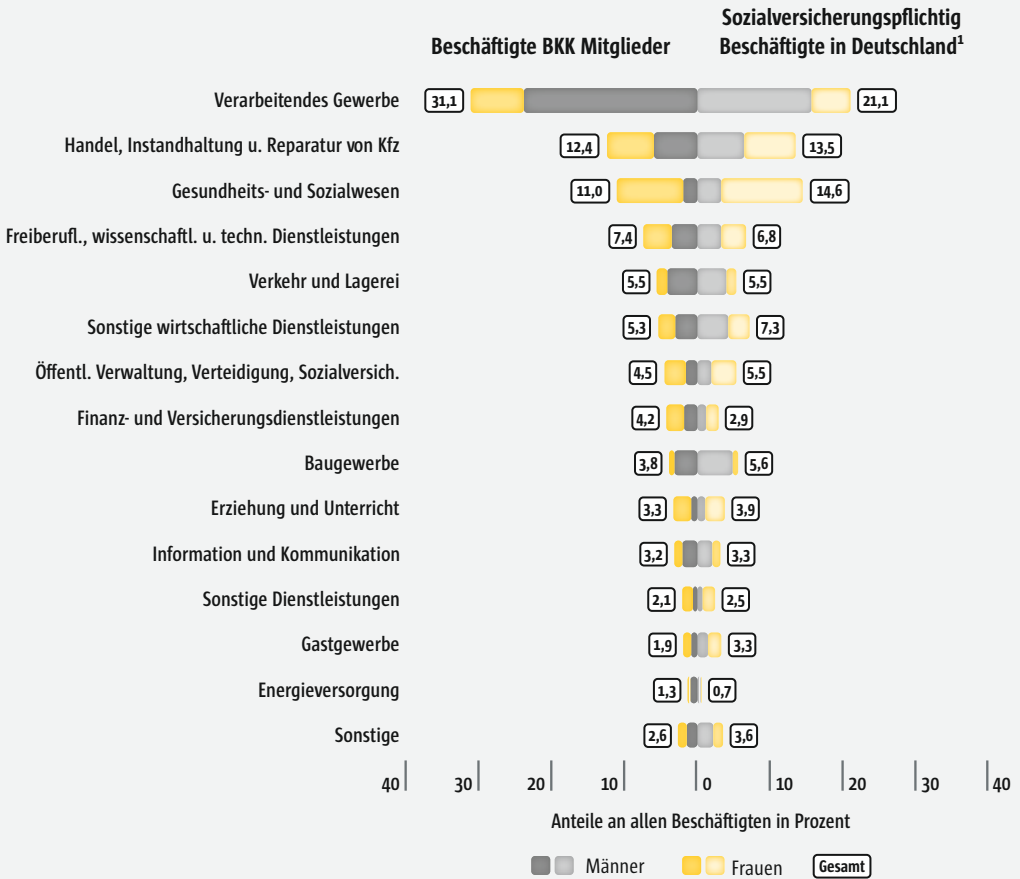
8 Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008).

Tabelle 0.2.3 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten sowie Altersstruktur im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2018)

Wirtschaftsabschnitte	Beschäftigte BKK Mitglieder					Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland ¹			
	Durchschnitts- alter in Jahren	Altersgruppen in Jahren				< 25	25–54	55–64	≥ 65
		< 25	25–54	55–64	≥ 65				
		Anteile an allen Beschäftigten je Wirtschaftsabschnitt in Prozent							
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	40,3	14,8	67,3	17,2	0,7	14,9	65,7	18,4	1,0
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	43,2	8,1	70,5	20,5	0,0	6,8	64,3	27,8	1,0
Verarbeitendes Gewerbe	43,3	9,0	68,5	22,1	0,4	9,0	69,8	20,6	0,6
Energieversorgung	44,9	7,9	65,3	26,5	0,3	8,8	66,7	24,3	0,3
Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung	45,1	5,7	68,6	24,9	0,7	5,8	67,6	25,8	0,8
Baugewerbe	40,5	14,1	69,2	16,1	0,6	12,9	69,0	17,2	1,0
Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	41,0	11,4	71,7	16,3	0,6	11,8	70,2	17,1	0,9
Verkehr und Lagerei	44,5	7,0	68,0	23,5	1,5	7,5	70,0	20,4	2,3
Gastgewerbe	39,5	13,5	71,5	14,2	0,9	14,6	70,7	13,8	1,0
Information und Kommunikation	41,0	6,5	79,4	13,7	0,5	7,2	78,7	13,6	0,6
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	42,8	8,0	73,8	17,8	0,3	7,6	72,4	19,5	0,5
Grundstücks- und Wohnungswesen	44,2	6,2	70,6	21,7	1,6	6,3	68,2	23,2	2,4
Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen	40,6	7,6	77,5	14,3	0,6	8,2	76,5	14,3	1,0
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	41,9	8,8	71,5	18,6	1,2	11,3	71,3	16,2	1,2
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	44,1	7,1	67,9	24,2	0,7	6,3	64,6	28,4	0,8
Erziehung und Unterricht	41,0	8,4	73,4	17,5	0,8	8,5	68,1	21,9	1,5
Gesundheits- und Sozialwesen	41,4	10,6	70,9	17,9	0,6	10,7	68,7	19,7	0,9
Kunst, Unterhaltung und Erholung	40,3	14,2	68,1	16,4	1,3	13,3	67,2	17,8	1,8
Sonstige Dienstleistungen	42,8	8,6	70,5	19,8	1,1	8,8	67,7	21,8	1,6
Private Haushalte	49,3	1,7	60,7	33,9	3,5	2,0	57,8	35,6	4,5
Gesamt	42,3	9,2	70,7	19,4	0,7	9,8	70,1	19,1	1,0

¹ Statistik der Bundesagentur für Arbeit – Tabellen, Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen (WZ 2008) (Quartalszahlen) – Nürnberg – Stichtag 30. Juni 2018.

Diagramm 0.2.3 Soziodemografie – Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht im Vergleich mit den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2018)



¹Statistik der Bundesagentur für Arbeit - Tabellen, Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen (WZ 2008) (Quartalszahlen) - Nürnberg - Stichtag 30. Juni 2018.

oder auch durch die Entstehungsgeschichte der verschiedenen Kassenarten und dem Schwerpunkt der BKK im Bereich der beschäftigten Mitglieder. Diese Anteilsunterschiede nehmen aber keinen wesentlichen Einfluss auf die Tatsache, dass sich Aussagen zu den beschäftigten BKK Mitgliedern sowie zu den BKK Versicherten insgesamt, die im Folgenden insbesondere im Zusammenhang mit deren Gesundheit getroffen werden, auf alle sozialversicherungspflichtig

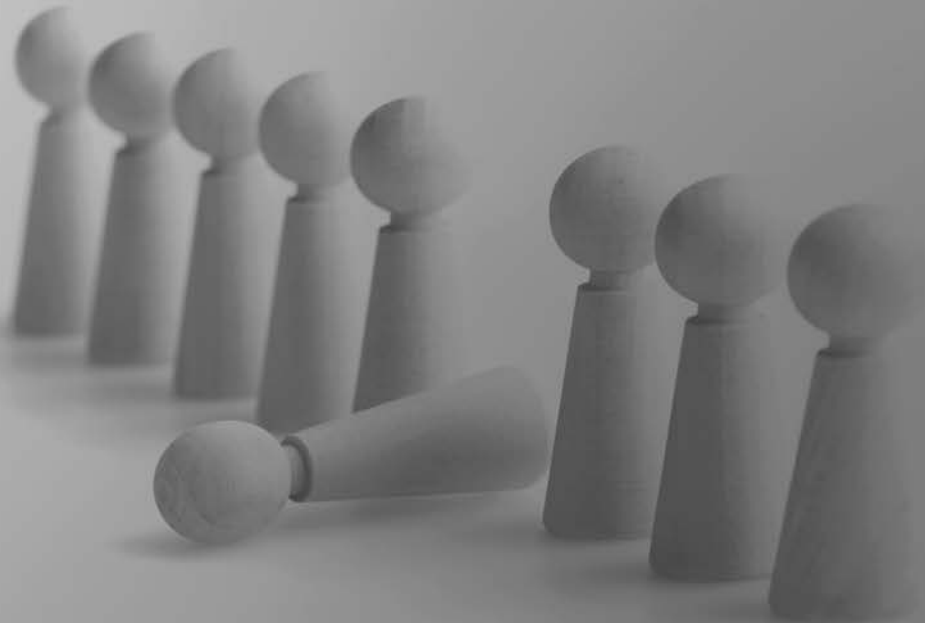
Beschäftigten bzw. alle GKV-Versicherten in Deutschland übertragen lassen.

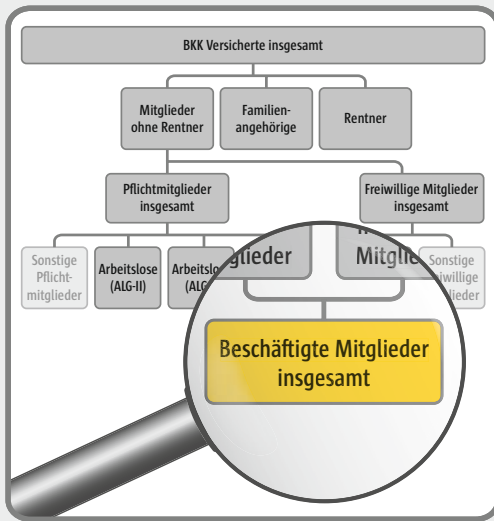
Neben der Anwendbarkeit der Aussagen auf alle Beschäftigten, sind auch die in diesem Abschnitt aufgezeigten Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur in den einzelnen soziodemografischen und arbeitsweltlichen Merkmalen für die Interpretation der folgenden Kapitel 1 bis 4 relevant.

1

Arbeitsunfähigkeit

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter





In diesem Abschnitt werden die Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (AU-Geschehens) der ca. 4 Mio. beschäftigten BKK Mitglieder sowie den dazugehörigen Teilgruppen (beschäftigte Pflichtmitglieder sowie beschäftigte freiwillige Mitglieder) im Jahr 2018 beschrieben. Ergänzend werden aus dem monatlichen Krankenstandverfahren erste Trends für das Jahr 2019 dargestellt.

1.1 AU-Geschehen im Überblick

1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2018

- Die krankheitsbedingten Fehltagel der Erwerbstätigen sind im Vergleich zum Vorjahr deutlich von 17,7 auf 18,5 AU-Tage je Beschäftigten angestiegen.
- Dieser Anstieg ist insbesondere auf die stark ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle im I. Quartal 2018 zurückzuführen.

Im Vergleich zu 2017 sind die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) der beschäftigten BKK Mitglieder (im Folgenden Beschäftigte bzw. beschäftigte Mitglieder genannt) in 2018 deutlich gestiegen (2017: 17,7 AU-Tage je Beschäftigten; 2018: 18,5 AU-Tage je Beschäftigten). Entsprechend hat im gleichen Zeitraum auch der Krankenstand zugenommen (2017: 4,9%; 2018: 5,1%).

Beginnend mit dem Gesundheitsreport 2019 bezieht sich die Auswertung des AU-Geschehens primär auf die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt. Damit wird dem Wunsch unserer Leser nach einer stärkeren arbeitsweltlichen Ausrichtung der Auswertungen und Kennzahlen im Report Rechnung getragen und zugleich eine Konsolidierung bzw. bessere Vergleichbarkeit der betrachteten Versichertengruppen in allen Basiskapiteln hergestellt. Zusätzlich wird es an einschlägigen Stellen, insbesondere in den Auswertungen nach Versichertenstatus, weiterhin eine differenzierte Betrachtung nach unterschiedlichen Versichertengruppen geben.

Die Digitalisierung macht auch vor dem BKK Gesundheitsreport nicht halt. Deshalb werden ab diesem Jahr die AU-Kennzahlen des **»»»** Tabellenanhangs A ausschließlich in digitaler Form zur Verfügung gestellt. Eine Ausnahme bildet die **»»»** Tabelle A.1, die zusätzlich als Übersichtstabelle im Report verbleibt. Damit kommen wir dem Großteil der Nutzer entgegen, die solche Kennzahlen primär in digitaler Form verwenden bzw. weiterverarbeiten. Alle weiteren Informationen finden Sie hierzu auf der Internetseite des BKK Dachverbandes unter <https://www.bkk-dachverband.de>.

Wie sich die AU-Kennzahlen in der vergangenen Dekade entwickelt haben, zeigt das **»»»** Diagramm 1.1.1.1.

Um allgemein abschätzen zu können, inwieweit sich die in den **»»»** Methodischen Hinweisen erwähnte Änderung der Auswertungssystematik in 2016 auf die längsschnittliche Entwicklung der AU-Kennzahlen auswirkt, werden die AU-Fälle und AU-Tage mit bzw. ohne Reha-Fallanteilen bzw. Arbeitsunfallanteilen dargestellt. Wie zu erkennen ist, unterscheidet sich die Anzahl der AU-Fälle je Beschäftigten mit und ohne Korrektur für die Arbeitsunfälle und Reha-Fälle für alle Berichtsjahre nur marginal. Deutlicher hingegen sind die Abweichungen bei den AU-Tagen, die bis zum Jahr 2015 für alle anderen Jahre im Durchschnitt einen Unterschied von einem halben AU-Tag verursachen. Dass dieser Unterschied zwischen 1,4 bis 1,5 AU-Tagen je Beschäftigten 2016 bis 2018 höher ausfällt, ist der Tatsache geschuldet, dass im Vergleich zu den Vorjahren alle AU-Fälle und AU-Tage, die durch Arbeitsunfälle und Reha-Fälle verursacht werden, mitgezählt werden.

Im Folgenden werden für längsschnittliche Vergleiche in der Regel die Werte inklusive der Fehlzeiten aufgrund von Reha-Fällen bzw. Arbeitsunfällen verwendet.

Aufschlussreich ist auch der Blick auf die jeweiligen Prozentanteile der Beschäftigten nach der Anzahl der AU-Fälle pro Jahr, wie in **»»»** Tabelle 1.1.1 zu sehen ist. Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der Beschäftigten, die in 2018 gar nicht krankgeschrieben waren, deutlich abgenommen (-4,0 Prozentpunkte), was durch die stark ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle im I. Quartal 2018 (**»»»** Diagramm 1.1.1.3) erklärbar ist. Entsprechend ist bei den Fallklassen eine Zunahme der Prozentanteile zu beobachten. Bei den Beschäftigten mit drei und mehr AU-Fällen fällt die Zunahme mit +1,8 Prozentpunkten etwas höher aus. Vermutlich handelt es sich hier um eine besonders vulnerable Gruppe, die in stärkerem Ausmaß von der Grippe- und Erkältungswelle

Tabelle 1.1.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2018)

Anzahl der AU-Fälle	Anteile in Prozent	Veränderung zum Vorjahr (Prozentpunkte)
kein AU-Fall	44,1	-4,0
1 AU-Fall	23,0	+1,2
2 AU-Fälle	14,2	+0,9
3 und mehr AU-Fälle	18,7	+1,8

betroffen ist, als die anderen betrachteten Fallklassen. Ungeachtet dessen sind aber mehr als zwei Drittel aller Beschäftigten (67,1%) gar nicht oder nur einmal im Jahr krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

Neben der reinen Betrachtung der Häufigkeit von AU-Fällen bzw. AU-Tagen, gibt ein Blick auf die zugehörige Dauer pro Fall Aufschluss darüber, wo Schwerpunkte im Bereich der Kurz- und Langzeit-

erkrankungen liegen. Insbesondere die Langzeiterkrankungen verursachen dabei sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für die Sozialsysteme insgesamt eine nicht unerhebliche Belastung.

Betrachtet man zunächst die AU-Fälle, die mit einer Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeit von maximal sieben Tagen Dauer verbunden sind, so trifft dies auf fast zwei Drittel aller Fälle (64,0%) zu, die aber nur 17,2% aller AU-Tage verursachen (»»» Diagramm 1.1.2). Lediglich rund einer von dreiundzwanzig AU-Fällen (4,4%) entfällt hingegen auf einen Langzeitfall mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen. Allerdings sind diese (wenigen) Langzeitfälle für mehr als vier von zehn AU-Tagen (43,2%) und damit für die meisten Fehltag von allen Dauerklassen verantwortlich. Im Vergleich zum Jahr 2017 haben v.a. die AU-Kennzahlen in der Dauerklasse zwischen 1 bis 2 Kalenderwochen zugenommen und zwar +0,9 Prozentpunkte bei den Anteilen der AU-Fälle sowie +0,6 Prozentpunkte bei den Anteilen der AU-Tage. Vermutlich handelt es sich hier um die Dauerklasse, die in besonderem Maße durch die Grippe- und Erkältungswelle im Jahr 2018 beeinflusst wird.

Diagramm 1.1.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne AU-Fälle und AU-Tagen aufgrund von Reha-Fällen und Arbeitsunfällen im Zeitverlauf (2008–2018)

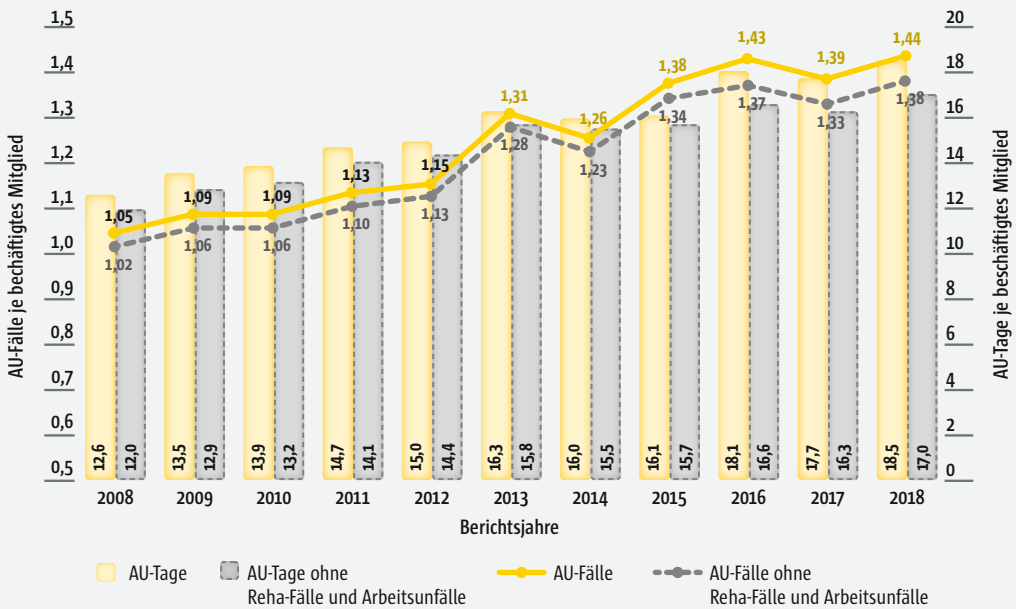
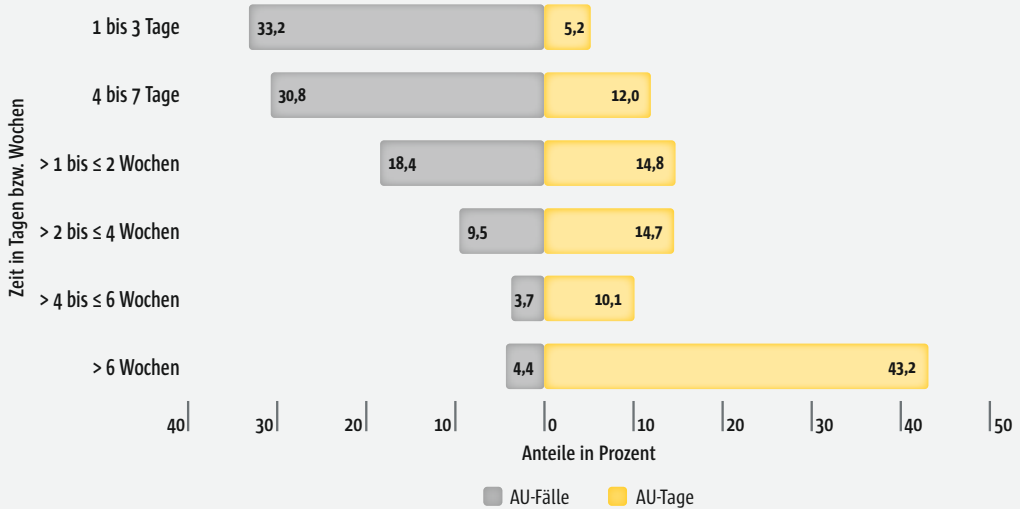


Diagramm 1.1.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2018)



1.1.2 Entwicklung im Jahr 2019

- Die Grippe- und Erkältungswelle im I. Quartal 2019 ist im Vergleich zum Vorjahr weniger stark ausgefallen. Entsprechend liegt auch der aktuelle Krankenstand der Beschäftigten deutlich unter den Werten des Jahres 2018.

Neben den jahresbezogenen Statistiken, stehen auch die monatlichen Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Mitglieder zur Verfügung. Es handelt sich hierbei um eine monatliche Sondererhebung. Berichtet werden die AU-Tage bzw. der Krankenstand insgesamt sowie zusätzlich Kennzahlen differenziert nach Altersgruppen, Wirtschaftsgruppen, Berufsgruppen, Diagnosehauptgruppen sowie Bundesländern. Die monatliche Krankenstandstatistik ermöglicht es, schon frühzeitig Trends sowie Entwicklungen im laufenden Jahr abzuschätzen (z.B. Auswirkungen der Grippewelle, besonders stark betroffene Wirtschafts- oder Berufsgruppen u.a.).

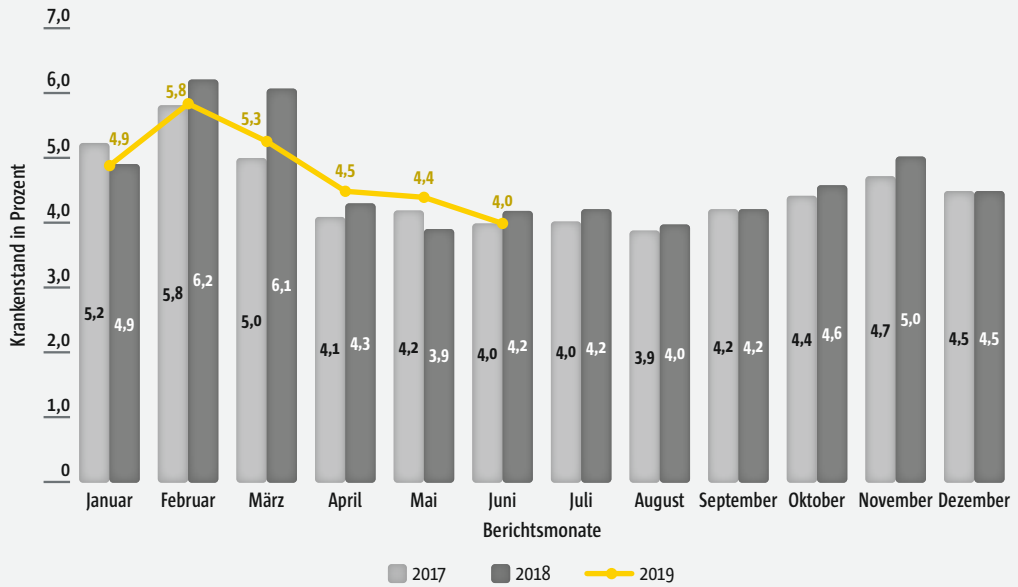
Anders als in der Monatsstatistik der Betriebskrankenkassen, die das AU-Geschehen des jeweiligen gesamten Kalendermonats betrachtet, wird in der amtlichen Statistik (die sogenannte KM1-Statistik) ein stichtagsbezogener Krankenstand ermittelt. Als Stichtag ist dabei der jeweils Monatserste definiert, was den Nachteil mit sich bringt,

dass in allen Bundesländern fünf dieser Stichtage in 2019 auf einen gesetzlichen Feiertag bzw. ein Wochenende fallen, an denen sich erfahrungsgemäß nur sehr wenige Betroffene bei einer Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit attestieren lassen. Die Stichtagsstatistik unterschätzt insbesondere in den oben beschriebenen Fällen das wahre Ausmaß des AU-Geschehens.

Der monatsaktuelle Krankenstand der beschäftigten Mitglieder der Betriebskrankenkassen steht allen Interessierten auf der Homepage des BKK Dachverbandes zur Verfügung. Aktuell werden deutschlandweit monatlich jeweils über 4 Millionen Beschäftigte in diese Auswertung eingeschlossen. Insbesondere die Detailauswertungen nach Wirtschafts- und Berufsgruppen werden von zahlreichen Akteuren aus der Arbeitswelt als Referenz- und Vergleichswerte genutzt.

Ein Blick auf die aktuelle Entwicklung im Jahr 2019, insbesondere im I. Quartal, zeigt, dass wiederum der Februar der Monat ist, der mit 5,8% den höchsten Krankenstand aufweist (»»» Diagramm 1.1.3). Dieser Wert liegt allerdings unter dem des Vorjahres (Februar 2018: 6,2%) was auf eine geringer ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle im Jahr 2019 zurückzuführen ist. Dafür spricht auch der mit 5,3% noch geringer ausgeprägte Krankenstand im März 2019 im Vergleich zum Vorjahreswert (2018: 6,1%). Für den Gesundheitsreport 2020 bedeutet dies in der Tendenz, dass der Krankenstand im Allgemeinen sowie die AU-Kennzahlen für die Atemwegserkrankungen

Diagramm 1.1.3 Arbeitsunfähigkeit – Monatlicher Krankenstand der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2017–2019)



im Speziellen vermutlich im Vergleich zum Vorjahr wieder leicht zurückgehen werden, insofern keine anderen unvorhergesehenen Ereignisse im Laufe des Jahres eintreten.

1.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

- Fast jeder dritte AU-Fall (30,3%) geht im Jahr 2018 auf eine Atemwegserkrankung zurück, für 15,6% sind Muskel- und Skeletterkrankungen und für 10,6% Infektionen verantwortlich.
- Nach AU-Tagen sind die Muskel- und Skeletterkrankungen mit einem Anteil von 23,8% an der Spitze zu finden, gefolgt von den Atemwegserkrankungen (16,4%) und knapp dahinter den psychischen Störungen (15,7%).

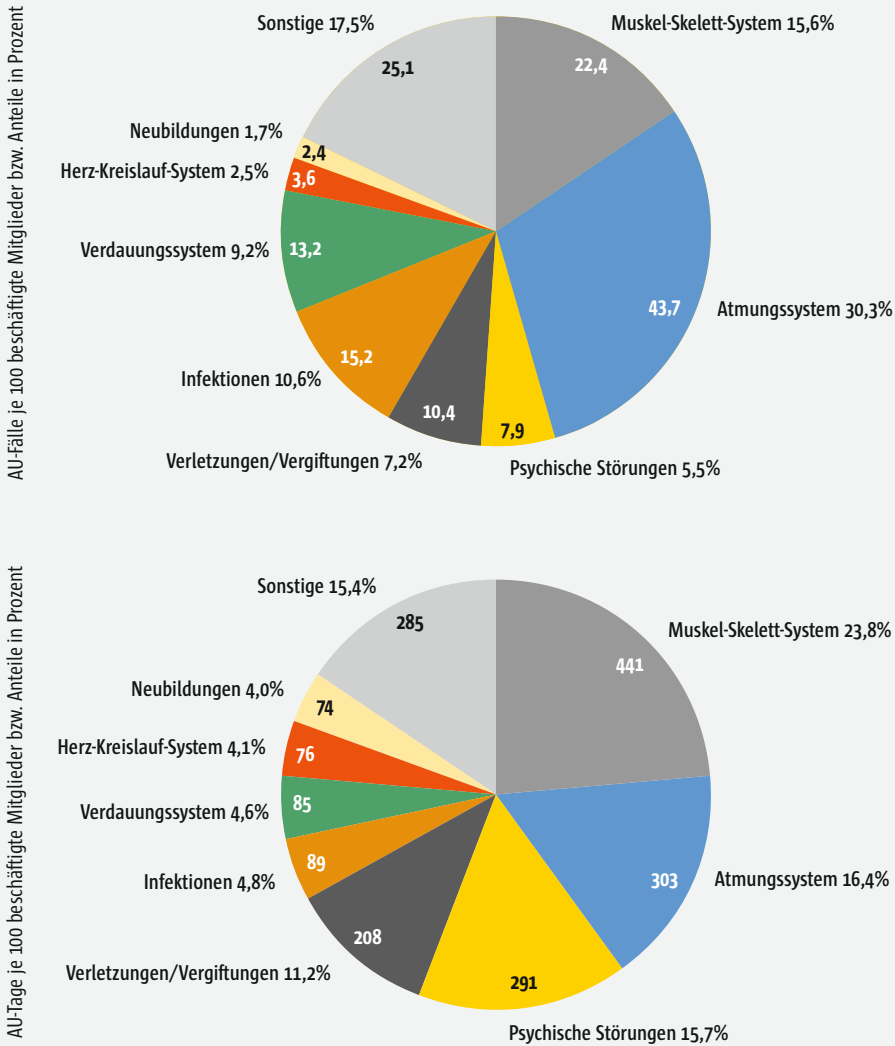
Für mehr als jeden siebten AU-Fall (15,6%) und rund jeden vierten AU-Tag (23,8%) sind im Jahr 2018 Muskel- und Skeletterkrankungen verantwortlich. Dagegen gehen fast ein Drittel (30,3%) der AU-Fälle, aber nur 16,4% aller AU-Tage auf eine Atemwegserkrankung als Ursache zurück – ein Hinweis, dass es sich bei letztgenannter Gruppe v.a. um Kurzzeiterkrankungen handelt. Anders verhält es sich bei den psychischen Störungen, die zwar nur für 5,5% der AU-Fäl-

le, aber für einen fast dreimal so hohen Anteil der AU-Tage (15,7%) ursächlich und somit v.a. durch lange Ausfallzeiten gekennzeichnet sind. Allein diese drei Diagnosehauptgruppen sind für jeweils mehr als die Hälfte aller AU-Fälle (51,4%) bzw. AU-Tage (55,9%) bei den Beschäftigten verantwortlich. Weitere, für das AU-Geschehen der Beschäftigten relevante Krankheitsarten stellen die Infektionen sowie die Verletzungen und Vergiftungen dar (»»» Diagramm 1.1.4).

In »»» Tabelle 1.1.2 ist die diagnosespezifische Entwicklung der AU-Tage für das Jahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr abgebildet. Auch an dieser Stelle werden die Auswirkungen der Grippe- und Erkältungswelle sichtbar, zeigen sich doch die deutlichsten Zuwächse bei den AU-Tagen für die Atemwegserkrankungen (+11,6%) sowie auch für die Infektionen (+10,3%). Einen ebenfalls bedeutsamen Zuwachs haben die Fehltage aufgrund psychischer Störungen zu verzeichnen (+5,4%). Für alle anderen Krankheitsarten fällt die Zunahme der AU-Tage wesentlich geringer aus.

Einen größeren Zeitraum zeigt das »»» Diagramm 1.1.5, welches die Entwicklung des AU-Geschehens zwischen den Jahren 2008 bis 2018 darstellt. Mit durchschnittlich 18,5 AU-Tagen je Beschäftigten markiert das Jahr 2018 einen neuen Höchststand in dieser Zeitreihe. Nahezu unverändert (+1,4%) und auf einem gleichbleibend niedrigem

Diagramm 1.1.4 Arbeitsfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)



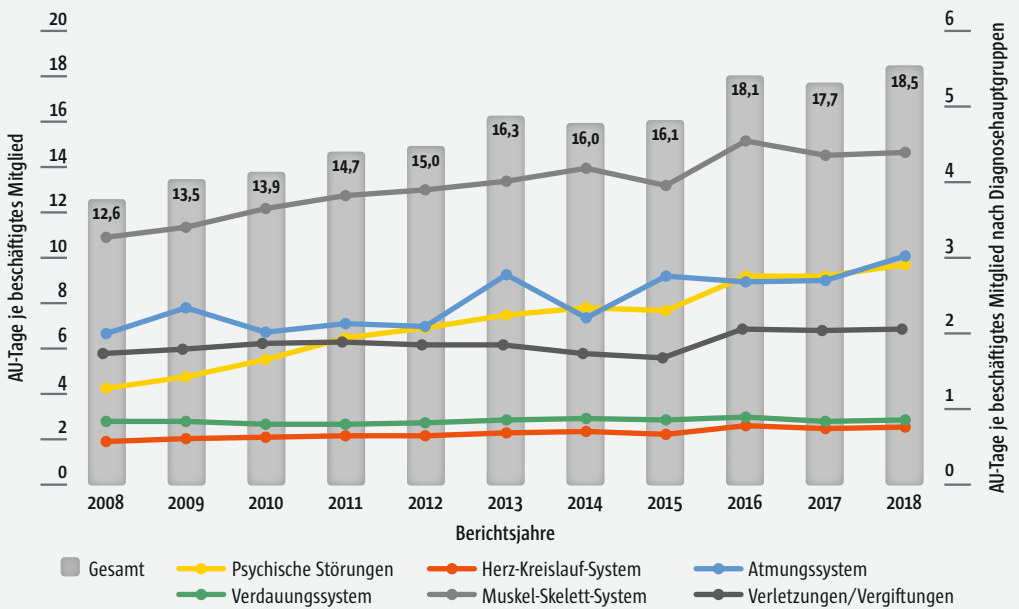
Niveau stellen sich im gleichen Zeitraum die AU-Tage aufgrund Erkrankungen des Verdauungssystems dar. In der Tendenz zunehmend sind im Beobachtungszeitraum die Fehltag aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (+17,8%), aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen (+34,2%), aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (+30,4%) sowie auch bei den Atemwegserkrankungen (+51,7% - mit den entsprechenden saisonalen Schwankungen). Einzig die Fehltag aufgrund psychischer Störungen haben sich in der vergangenen Dekade mehr als verdoppelt

(+129,4%). Zur richtigen Interpretation dieser Anstiege ist allerdings zusätzlich die ab dem Berichtsjahr 2016 veränderte Zählweise von AU-Fällen und AU-Tagen zu beachten (»» Methodische Hinweise), die aufgrund der Hinzunahme von Arbeitsunfällen und Reha-Fällen zu einem nur scheinbar sprunghaften Anstieg zwischen den Jahren 2015 und 2016 geführt hat. Vergleicht man die Kennzahlen nur innerhalb dieses Zeitraums (2016–2018), so zeigen sich hier kaum Veränderungen (-5,2% bis +5,1%) bezogen auf die einzelnen Krankheitsarten. Einzige Ausnahme ist - auch

Tabelle 1.1.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2018)

Diagnosehauptgruppen	Berichtsjahr 2018	Berichtsjahr 2017	Veränderungen zum Vorjahr	
			AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder	Anteile in Prozent
Muskel-Skelett-System	441	437	+3,9	+0,9
Psychische Störungen	291	277	+14,9	+5,4
Atmungssystem	303	271	+31,6	+11,6
Verletzungen/Vergiftungen	208	205	+2,6	+1,3
Verdauungssystem	85	85	+0,3	+0,4
Herz-Kreislauf-System	76	74	+1,6	+2,1
Infektionen	89	81	+8,3	+10,3
Neubildungen	74	72	+2,6	+3,6
Sonstige	285	272	+12,3	+4,5
Gesamt	1.852	1.774	+78,0	+4,4

Diagramm 1.1.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2008–2018)



hier verursacht durch die Grippe- und Erkältungswelle – die erkennbare Zunahme bei den Atemwegs-erkrankungen (+12,5%). Insofern wird sich anhand

der Entwicklung der Kennzahlen in den kommenden Jahren zeigen, ob es sich um eine reelle Zunahme oder lediglich um ein statistisches Artefakt handelt.

Tabelle 1.1.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)

Anzahl der AU-Fälle	Muskel-Skelett-System	Atmungssystem	Psychische Störungen
	Anteile in Prozent		
kein AU-Fall	85,7	71,7	94,4
1 AU-Fall	10,2	20,1	4,5
2 AU-Fälle	2,7	5,9	0,8
3 und mehr AU-Fälle	1,3	2,2	0,3

In **»»** Tabelle 1.1.3 sind zusätzlich zu den schon in **»»** Tabelle 1.1.2 aufgeführten allgemeinen Kennzahlen die AU-Quoten für die drei im AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten aufgeführt. Die geringsten Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich bei den AU-Quoten aufgrund von psychischen Störungen. Weiterhin weist die überwiegende Mehrheit keinen AU-Fall aufgrund dieser Krankheitsart auf (2018: 94,4%; 2017: 94,8% ohne AU-Fall), gleiches gilt auch für die Muskel- und Skeletterkrankungen (2018: 85,7% 2017: 86,3% ohne AU-Fall). Erwartungsgemäß deutlich zugenommen hat der Anteil der Beschäftigten mit mindestens einer Atemwegserkrankung. Waren hier im Jahr 2017 nur 25,0%

der Beschäftigten mindestens einmal im Jahr krankgeschrieben, so waren es 2018 mit 28,2% aufgrund der Grippe- und Erkältungswelle deutlich mehr.

Schaut man sich die Falldauern nach den für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen an, so zeigen sich ebenfalls kaum Veränderungen zum Vorjahr (**»»** Diagramm 1.1.6). Mit einer durchschnittlichen Falldauer von etwas mehr als 5 Kalenderwochen stehen nach wie vor die psychischen Störungen an der Spitze, gefolgt von den Neubildungen mit etwa 4 Wochen sowie den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, den Verletzungen und Vergiftungen und den Muskel-Skelett-Erkrankungen mit jeweils circa 3 Wochen Arbeitsunfähigkeitsdauer pro Fall. Die

Diagramm 1.1.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)

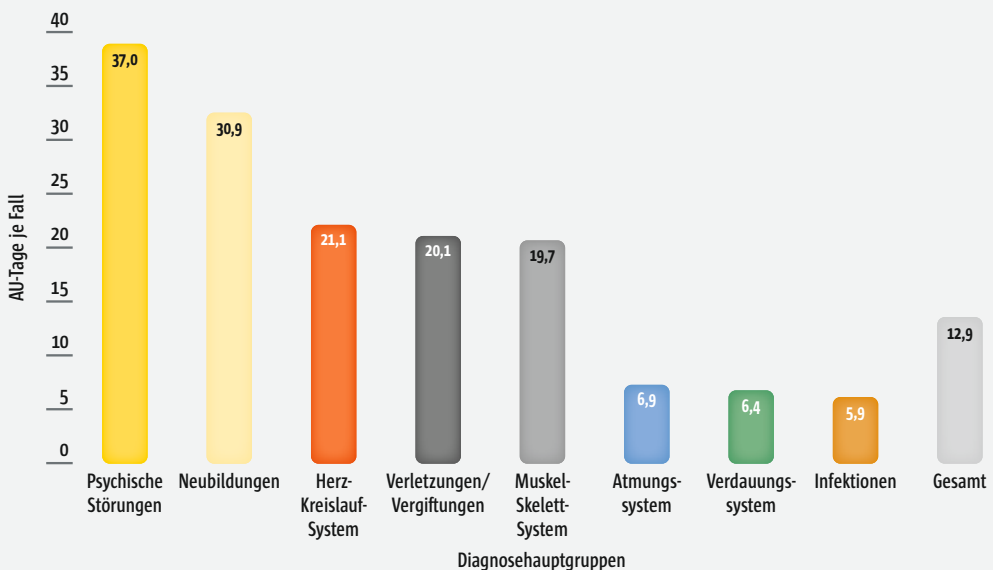
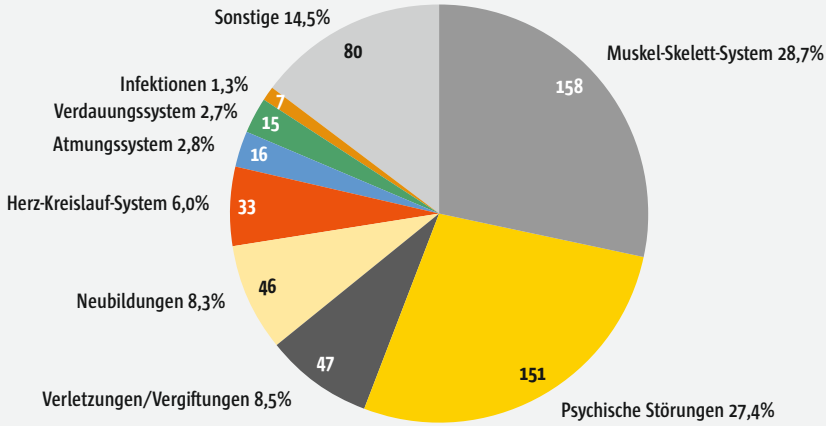


Diagramm 1.1.7 Arbeitsunfähigkeit – KG-Tage der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)



KG-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder bzw. Anteile in Prozent

durchschnittliche Falldauer insgesamt bewegt sich nach wie vor etwa um den Wert von 2 Kalenderwochen. Dass dieser Durchschnittswert auf die einzelnen Dauerklassen sehr unterschiedlich verteilt ist, wurde bereits im **»»»** Diagramm 1.1.2 deutlich.

Wie ein Blick auf die Krankengeldtage (KG-Tage) differenziert nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen in **»»»** Diagramm 1.1.7 zeigt, sind es die Muskel- und Skeletterkrankungen (28,7%), gefolgt von den psychischen Störungen (27,4%), die insgesamt für deutlich mehr als die Hälfte (56,1%) aller Krankengeldtage der beschäftigten Mitglieder verantwortlich sind.

Mehr als jeder zweite AU-Tag (51,8%) der durch psychische Erkrankungen verursacht wird, ist mit Krankengeldbezug verbunden, bei den Muskel- und Skeletterkrankungen ist es etwas mehr als jeder dritte AU-Tag (35,8%). Trotz der Häufigkeit von Atemwegserkrankungen und den damit verbundenen AU-Tagen, hat diese Ursache von Fehlzeiten nur eine geringe Bedeutung für das Krankengeldgeschehen – ein im Vergleich sehr geringer Anteil der AU-Tagen (5,2%) ist hier mit dem Bezug von Krankengeld verbunden. Neubildungen haben zwar im AU-Geschehen der Beschäftigten insgesamt mit einem Anteil von 4,0% ebenfalls nur eine geringe Bedeutung, allerdings sind innerhalb dieser Diagnosehauptgruppe mehr als sechs von zehn AU-Tagen (61,2%) mit einem Krankengeldbezug verbunden, da Krebserkrankungen häufig durch langwierige Therapie-

und Genesungsphasen geprägt sind. Gleiches gilt auch in einem etwas geringeren Maße für Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit einem Anteil der KG-Tage an allen AU-Tagen von 43,5%. Weitere Kennzahlen nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht bezogen auf die Krankengeldleistungen, finden sich auch in der **»»»** Tabelle A.2.

Exkurs Kinderkrankengeld

Ist das Kind eines Beschäftigten erkrankt und muss entsprechend betreut bzw. gepflegt werden, so kann ein Elternteil für die Zeit der Pflege unter bestimmten Voraussetzungen „Kinderkrankengeld“ (formal: Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V) in Anspruch nehmen. Die bzw. der Beschäftigte erhält in der Regel das Kinderkrankengeld als Lohnersatzleistung, wenn er während der Pflege des erkrankten Kindes seiner Arbeit nicht nachgehen kann. Da die pflegende Person während dieser Zeit nicht aufgrund einer eigenen Erkrankung arbeitsunfähig ist, werden diese Kinderkrankengeldfälle (KKG-Fälle) bzw. Kinderkrankengeldtage (KKG-Tage) nicht für Berechnung der AU- bzw. KG-Kennzahlen verwendet, sondern an dieser Stelle separat betrachtet.

Wie an den Kennzahlen in **»»»** Diagramm 1.1.8 erkennbar wird, sind es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Frauen, die das Kinderkrankengeld

Diagramm 1.1.8 Arbeitsfähigkeit – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit mindestens einem Kinderkrankengeldfall (KKG-Fall) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2016–2018)

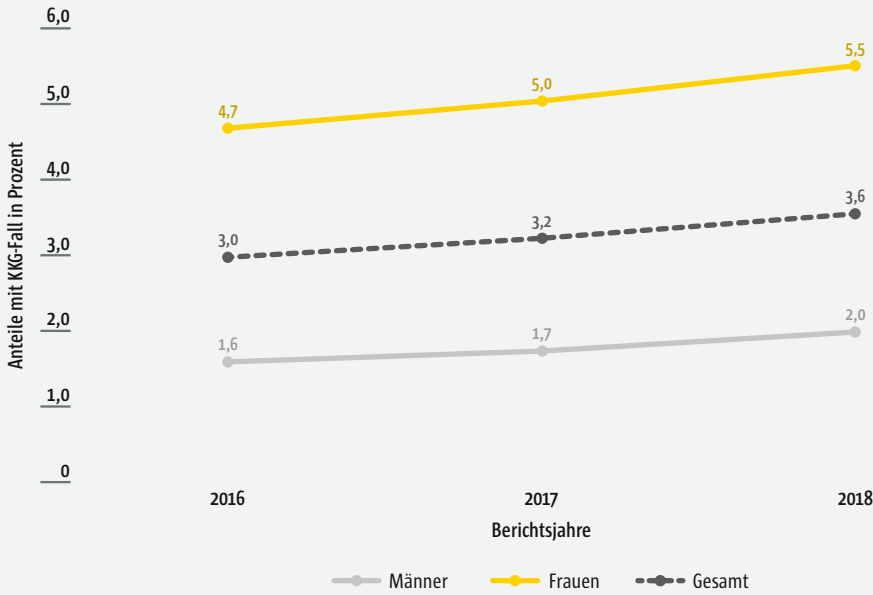


Diagramm 1.1.9 Arbeitsfähigkeit – Kinderkrankengeld (KKG)-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Geschlecht im Zeitverlauf (2016–2018)

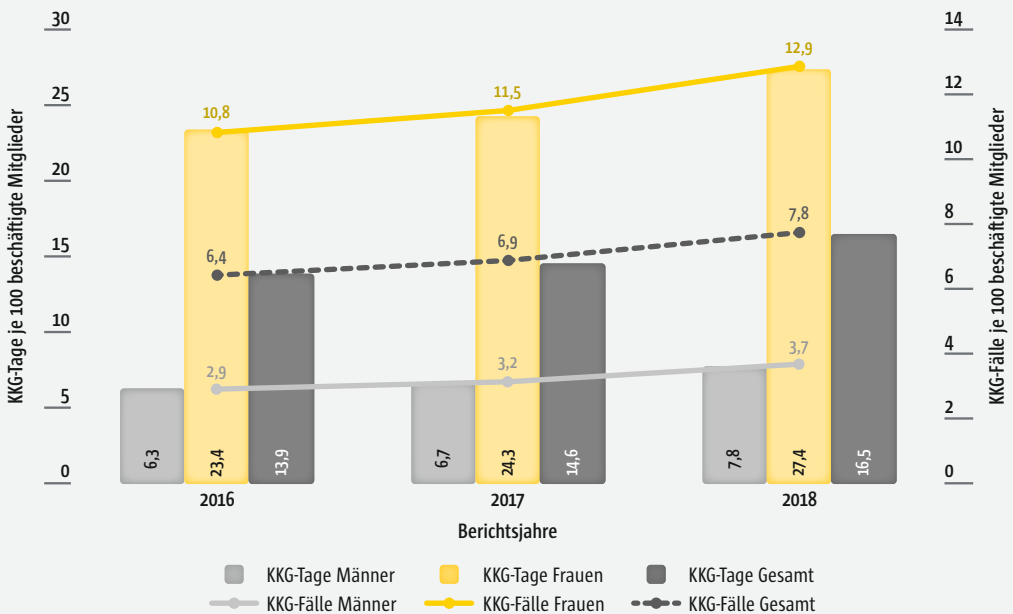


Tabelle 1.1.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)

Rang	Diagnosehauptgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
1.	Muskel-Skelett-System	224	4.414	19,7
2.	Atmungssystem	437	3.028	6,9
3.	Psychische Störungen	79	2.914	37,0

in Anspruch nehmen. Neben einem tradierten sozialen Rollenverständnis beeinflusst sicher auch die meist – zu Ungunsten der Frauen – ungleiche Einkommenssituation bei Doppelverdienern die Entscheidung für die Betreuungsperson des Kindes.

Auf der anderen Seite wird aber auch erkennbar, dass der Anteil derjenigen Eltern, die überhaupt Kinderkrankengeld in Anspruch nehmen, mit Gesamtwerten zwischen 3,0 und 3,6% deutlich unter den erwarteten Werten liegt, gemessen am Anteil der Familien mit Kindern¹ sowie auch an der ambulanten Diagnoserate von weit über 90% im Kindesalter bis ca. 10 Jahre. Vermutlich wird der überwiegende Teil solcher krankheitsbedingten Betreuungszeiten eher mittels Freizeitausgleich, durch Überstunden, Urlaub, Home Office oder mithilfe von anderen Familienmitgliedern (Großeltern, Geschwister etc.) realisiert.

Ein ähnliches geschlechtsspezifisches Muster lässt sich erkennen, wenn man die KKG-Fälle und -Tage nach dem Geschlecht der Betreuungsperson betrachtet (»» Diagramm 1.1.9).

Auch hier weisen die Frauen deutlich höhere Kennzahlen als die Männer auf. Anzumerken bleibt noch, dass insbesondere der deutliche Anstieg im Berichtsjahr 2018 in beiden Diagrammen vermutlich auf die ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle im 1. Quartal des benannten Jahres zurückzuführen ist.

- Rückenschmerzen (M54), akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) und depressive Episoden (F32) sind unverändert die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen.
- Die AU-Tage aufgrund der Infektionen der oberen Atemwege (J06) haben im Vergleich zu 2017 durch die Grippe- und Erkältungswelle um ca. 20% zugenommen.

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

Einleitend sind in »» Tabelle 1.1.4 noch einmal die AU-Kennzahlen der nach Fehltagen wichtigsten drei Diagnosehauptgruppen für die Arbeitsunfähigkeit dargestellt. Neben den AU-Tagen, die bereits in »» Tabelle 1.1.2 zu sehen waren, soll an dieser Stelle auch ein Blick auf die weiteren relevanten AU-Kenngrößen geworfen werden. Die mit Abstand höchste Fallzahl (437 AU-Fälle je 1.000 Beschäftigte) bei der gleichzeitig niedrigsten Falldauer (6,9 Tage je Fall) weisen die Atemwegserkrankungen auf. Diese Krankheitsart tritt in der Regel zwar häufig auf, führt aber meist nur zu einer kurzen Arbeitsunfähigkeit. Die Anzahl der Fälle bei den Muskel- und Skeletterkrankungen ist zwar dagegen fast nur halb so groß (224 AU-Fälle je 1.000 Beschäftigte), allerdings verbunden mit einer dreimal so langen Falldauer (19,7 Tage je Fall). Diese Diagnosehauptgruppe ist im Gegensatz zur erstgenannten häufiger mit langwierigeren und auch chronischen Erkrankungen verbunden. Weniger als ein Fünftel (79 AU-Fälle je 1.000 Beschäftigte) der Fallzahlen bei den Atemwegserkrankungen weisen die psychischen Störungen auf. Dass hier der Anteil der langfristigen und chronischen Erkrankungen im Vergleich zu den anderen beiden Diagnosehauptgruppen am höchsten ist,

1 Statistisches Bundesamt (2018) Haushalt und Familien.

Tabelle 1.1.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2018)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder	Tage je Fall	Rang im Jahr 2017 nach AU-Tagen
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	1.494	6,4	1
M54	Rückenschmerzen	1.220	14,0	2
F32	Depressive Episode	904	53,6	3
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	660	25,8	4
M75	Schulterläsionen	367	32,6	5
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	357	4,7	7
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	331	32,7	6
F33	Rezidivierende depressive Störung	326	64,6	9
F48	Andere neurotische Störungen	325	26,2	8
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	271	31,8	10

zeigt sich anhand der Falldauer von durchschnittlich mehr als 5 Kalenderwochen.

Wie erwartet, stammen entsprechend neun der zehn nach AU-Tagen wichtigsten Diagnosen (»»» Tabelle 1.1.5) aus den in »»» Tabelle 1.1.4 beschriebenen Diagnosehauptgruppen. Gleich jeweils vier Diagnosen sind der Gruppe der psychischen Störungen und den Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie jeweils eine den Infektionen und den Atemwegserkrankungen zuzuordnen. Die Letztgenannte findet sich zudem auf dem ersten Platz nach AU-Tagen wieder und ist in Position und Höhe ein nochmaliges klares Indiz für die ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle im Jahr 2018. Zwar waren die akuten Infektionen der oberen Atemwege auch im letzten Jahr schon auf Platz 1 nach AU-Tagen, allerdings sind die mit dieser Diagnose verbundenen Fehltagel noch einmal um +19,3% angestiegen. Damit verbunden ist vermutlich auch der Anstieg der AU-Tage bei den unspezifischen Magen-Darm-Infektionen (A09) um +9,1%. Ein mit +11,2% ebenfalls deutlicher Anstieg gegenüber dem

Vorjahr zeigt sich bei den AU-Tagen aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Zusammen mit den anderen neurotischen Störungen (F48: +3,8%) gelten diese beiden Diagnosen in der Praxis als Alternativkodierungen für das Burn-out-Syndrom, das in der aktuellen ICD-10-Klassifikation als ein Faktor, der den Gesundheitszustand beeinflusst (Z73) kodiert wird. Etwas detaillierter wird hierauf noch in »»» Diagramm 1.2.8 eingegangen.

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

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

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

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

1.2.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht

- Beschäftigte Frauen weisen im Mittel mehr AU-Fälle bzw. AU-Tage als ihre männlichen Kollegen auf.
- Ältere Beschäftigte werden nicht häufiger krank als jüngere, die Krankheitsdauer pro Fall nimmt allerdings mit steigendem Lebensalter deutlich zu.

In **»** Diagramm 1.2.1 sind die AU-Fälle und AU-Tage der Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt. Über alle Altersgruppen hinweg weisen die Frauen durchschnittlich mehr AU-Fälle sowie mehr AU-Tage auf. Der größte Geschlechtsunterschied – und zwar zu Ungunsten der Frauen –

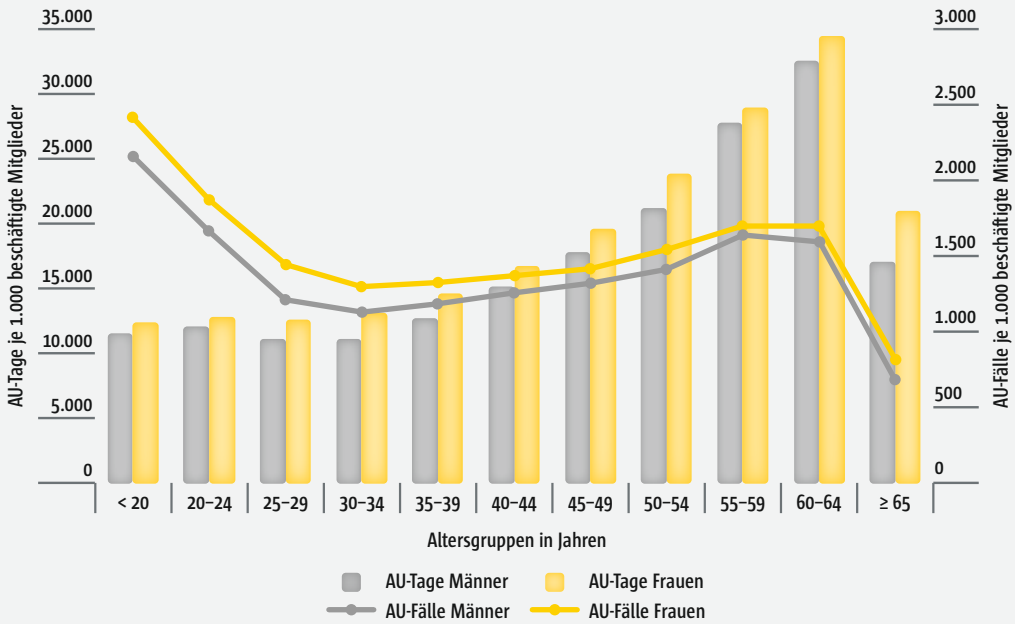
tritt mit einer Differenz von fast vier AU-Tagen in der Altersgruppe der über 65-Jährigen auf.

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

Bezüglich der AU-Quote zeigen sich zwischen beschäftigten Frauen und Männern insgesamt nur kleinere Unterschiede (**»** Tabelle 1.2.1). 45,6% der Männer und 42,2% der Frauen weisen in 2018 gar keinen AU-Fall auf, jeweils etwas mehr als ein Fünftel ist maximal einmal im Jahr krankgeschrieben und etwa jeder Dritte hat zwei oder mehr Krankschreibungen im Jahr zu verzeichnen. Betrachtet man zusätzlich das Alter, so ist zu erkennen, dass der Anteil derjenigen ohne AU-Fall im Jahr mit zunehmendem Alter geringer wird. 35,9% der Frauen und 39,3% der Männer, die 50 Jahre und älter sind, haben im Jahr gar keinen AU-Fall. Bei den unter 35-Jährigen sind diese Anteile mit 47,0% bei den Frauen und 51,5% bei den Männern deutlich höher.

- Fallen bei beschäftigten Frauen deutlich mehr AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen und Atemwegserkrankungen als bei den Männern an, so ist es bei den Muskel- und Skeletterkrankungen und bei den Verletzungen und Vergiftungen genau umgekehrt.

Diagramm 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



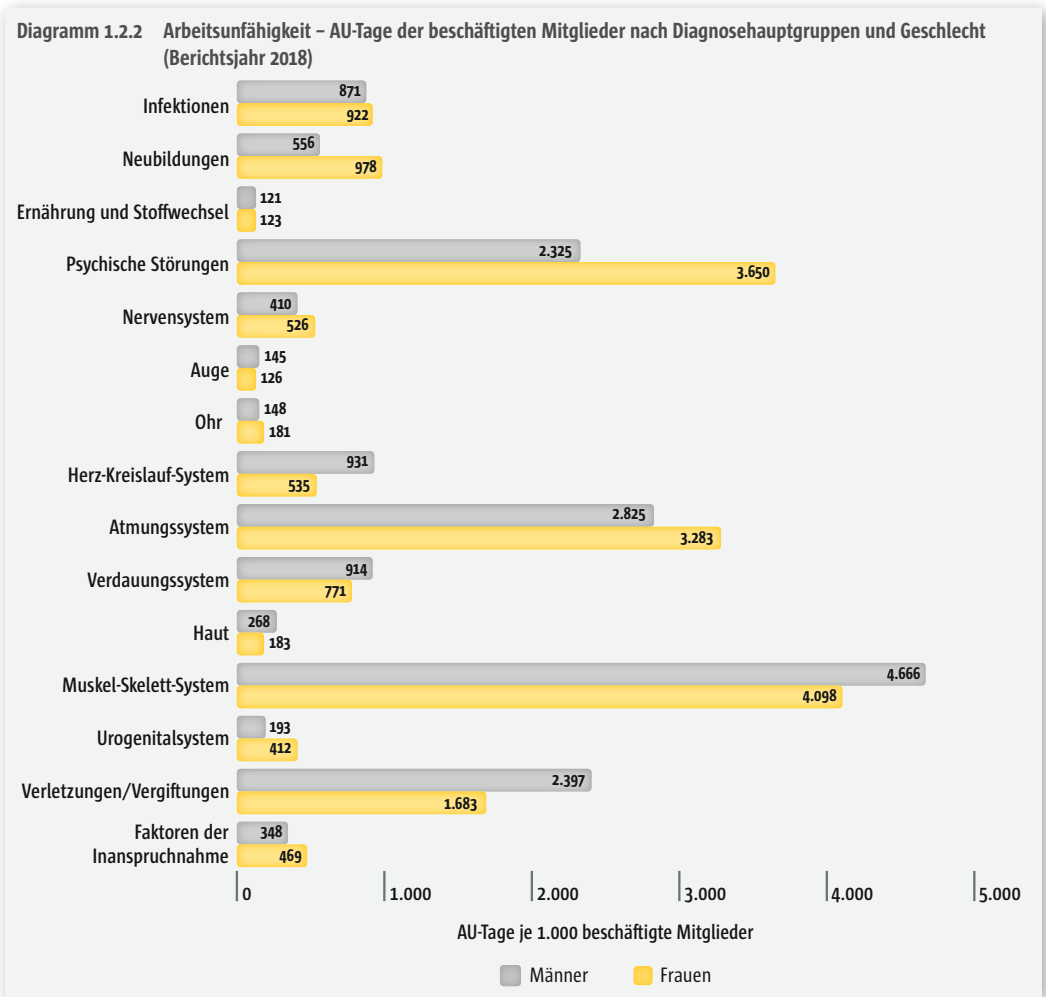
In **III** Diagramm 1.2.2 sind die wichtigsten Diagnosehauptgruppen für die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit der Beschäftigten nach Geschlecht abgebildet.

Die Männer weisen vor allem bei den Verletzungen und Vergiftungen, den Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie auch bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen durchschnittlich deutlich mehr AU-Tage als die weiblichen Beschäftigten auf. Dagegen haben Frauen im Mittel wesentlich mehr Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und

Neubildungen. Bei den psychischen Störungen ist es im Durchschnitt über ein AU-Tag, den die beschäftigten Frauen mehr aufweisen. Für alle anderen betrachteten Diagnosehauptgruppen fallen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen wesentlich geringer aus. Zu vermuten ist, dass die beobachtbaren Geschlechtsunterschiede verschiedene Ursachen haben, die biologischen (unterschiedliche Anatomie), sozialen (unterschiedliche Sozialisation im Umgang mit dem eigenen Körper) aber auch arbeitsweltlichen (unterschiedliche Berufspräferenzen bei Männern und

Tabelle 1.2.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Anzahl der AU-Fälle	unter 35 Jahre		35 bis 49 Jahre		50 Jahre und älter		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Anteile in Prozent								
kein AU-Fall	51,5	47,0	46,4	43,5	39,3	35,9	45,6	42,2
1 AU-Fall	20,6	21,3	23,4	24,0	23,8	24,9	22,6	23,4
2 AU-Fälle	11,9	13,0	13,8	14,5	15,7	16,7	13,8	14,7
3 und mehr AU-Fälle	16,0	18,8	16,4	18,1	21,2	22,6	17,9	19,7



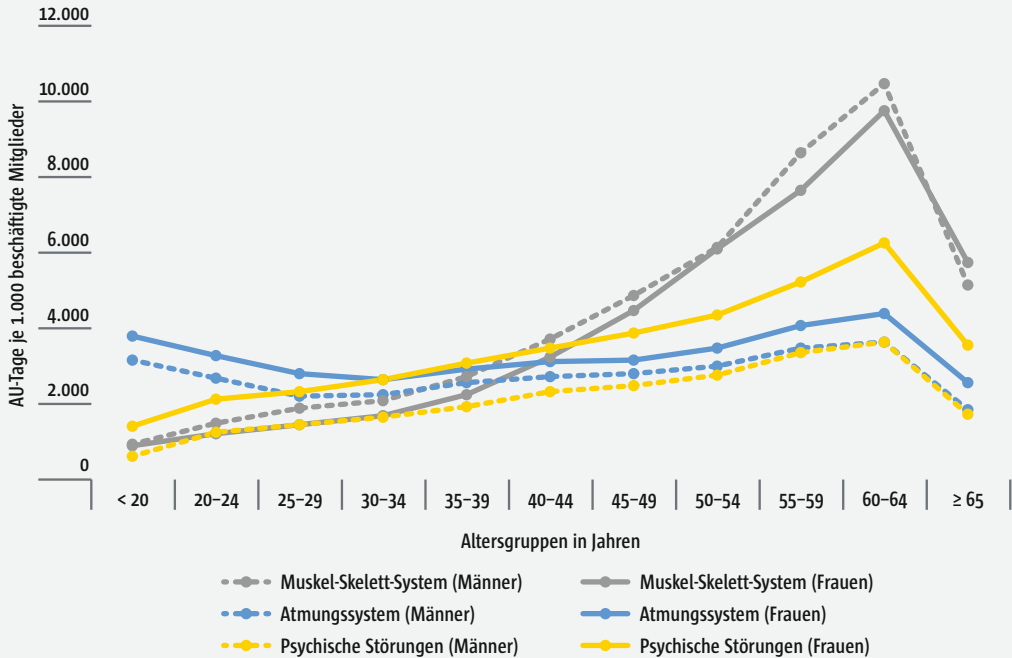
Frauen) Ursprungs sind und in Kombination miteinander wirksam werden.

In **III** Diagramm 1.2.3 sind die AU-Tage der drei für das AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten differenziert nach Geschlecht und Alter dargestellt. Zu erkennen ist, dass Frauen altersunabhängig im Mittel mehr AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen sowie – besonders deutlich ausgeprägt – aufgrund von psychischen Erkrankungen aufweisen als Männer. Dagegen tritt für die AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen ein Geschlechtsunterschied über fast alle Altersgruppen zu Ungunsten der Männer auf. Die Fehltage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen sind ebenfalls diejenigen, die altersbedingt am stärksten zunehmen. Auf einem geringeren Niveau erfolgt hingegen diese Zunahme bei

den psychischen Störungen, AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen sind hingegen relativ unabhängig vom Alter. Auch hier wird für alle Krankheitsarten der bereits beschriebene „Knick“ bei den über 65-Jährigen als vermeintlich besonders gesunde Beschäftigtengruppe sichtbar.

Ein Blick auf die durchschnittliche Dauer je Fall für die beschriebenen Diagnosehauptgruppen zeigt, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die längste Falldauer jeweils bei den über 65-Jährigen auftritt. Wird also eine Person aus dieser Gruppe arbeitsunfähig, was gemessen an den AU-Fällen wesentlich seltener auftritt als in allen anderen Altersgruppen, so ist dies doch gleichzeitig pro Fall mit einer langen Ausfallzeit verbunden. Beispielfhaft soll dies an den psychischen Störungen verdeutlicht

Diagramm 1.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



werden. Je nach Altersgruppe werden 6 bis 10 AU-Fälle je 100 Beschäftigte durch psychische Störungen verursacht. Bei den über 65-Jährigen sind es sogar nur etwa 4 Fälle je 100 Beschäftigte. Anders sieht es bei der Krankheitsdauer aus: Diese schwankt zwischen den Altersgruppen im Bereich von 16–47 Tagen je Fall, bei den über 65-Jährigen sind es im Mittel 59 Tage je Fall – das sind 3 Kalenderwochen mehr als der Durchschnittswert für alle Beschäftigten (37,0 Tage je Fall).

Im »» Kapitel 1.5 wird passend zum diesjährigen Schwerpunktthema noch einmal im Detail auf die psychischen Erkrankungen insbesondere im Kontext der arbeitsweltlichen Betrachtung der Beschäftigten eingegangen. Nach der Betrachtung der Diagnosehauptgruppen soll nachfolgend noch einmal ein vertiefender Blick auf die wichtigsten Diagnosen geworfen werden.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

- Die Rückenschmerzen (M54) sind, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen, nach wie vor die Hauptursache von Fehltagen innerhalb der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen.

- Mehr als jeder vierte AU-Tag wird innerhalb dieser Diagnosehauptgruppe durch diese Diagnose verursacht (Männer: 29,0%; Frauen: 25,6%).
- Tendenziell sind die Fehltage aufgrund von Rückenschmerzen (M54) als auch aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen insgesamt in den vergangenen drei Jahren eher zurückgegangen.

Wie in »» Diagramm 1.2.4 zu erkennen ist, zeigen sich für beide Geschlechter in 2018 im Vergleich zum Vorjahr nahezu unveränderte Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen. War der Anstieg von 2015 zu 2016 vor allem auf die erwähnte neue Datensystematik zurückzuführen, so ist in diesem Jahr von stabilen Werten im Vergleich zu Vorjahr auszugehen. Unverändert bleibt weiterhin, dass die Männer durchschnittlich deutlich mehr AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart als die Frauen aufweisen – im Schnitt beträgt die Differenz etwas mehr als einen halben AU-Tag je Beschäftigten. Im Vergleich zum Jahr 2008 haben die AU-Tage zwar insgesamt um circa +34% zugenommen, betrachtet man allerdings nur den Zeitraum für die neue Datensystematik (2016–2018), so ist sogar ein Rückgang um etwa –3% beobachtbar.

Tabelle 1.2.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder	beschäftigte	je Fall
Männer				
M54	Rückenschmerzen	99,2	1.352	13,6
M75	Schulterläsionen	12,6	407	32,2
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	11,4	356	31,4
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	10,3	317	30,7
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	15,6	274	17,5
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	5,9	221	37,6
M77	Sonstige Enthesopathien	11,5	195	17,0
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	2,8	124	43,8
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	7,8	120	15,4
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	11,4	114	10,0
Frauen				
M54	Rückenschmerzen	71,9	1.054	14,7
M75	Schulterläsionen	9,6	318	33,1
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	8,6	300	34,8
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	6,3	215	33,9
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	10,1	201	19,9
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	4,1	191	46,3
M77	Sonstige Enthesopathien	8,5	174	20,6
M65	Synovitis und Tenosynovitis	6,8	138	20,4
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8,7	136	15,6
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	8,2	132	16,2

Die **III** Tabelle 1.2.2 zeigt, dass die Diagnose Rückenschmerzen (M54) nach wie vor die in dieser Krankheitsgruppe für das Fehlzeitengeschehen der Beschäftigten wichtigste Erkrankung bei beiden Geschlechtern ist. 29,0% der AU-Tage bei den Männern und 25,6% der AU-Tage bei den Frauen in der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen werden allein durch diese Diagnose verursacht. Die Reihung und Zusammensetzung der zehn wichtigsten Diagnosen aus dem Spektrum der Muskel- und Skeletterkrankungen als Ursache für Arbeitsunfähigkeit hat sich

sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen nur wenig geändert, im Wesentlichen haben einzelne Diagnosen im Vergleich zum Vorjahr lediglich die Positionen getauscht. Insgesamt 74,6% der AU-Tage bei den Männern und 79,8% der AU-Tage bei den Frauen sind innerhalb dieser Krankheitsgruppe auf die zehn jeweils gelisteten Diagnosen zurückzuführen. Trotz der Tatsache, dass Muskel- und Skeletterkrankungen bei Männern im Schnitt mehr AU-Tage verursachen, ist doch die durchschnittliche Falldauer bei den Frauen meist größer.

Diagramm 1.2.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2008–2018)

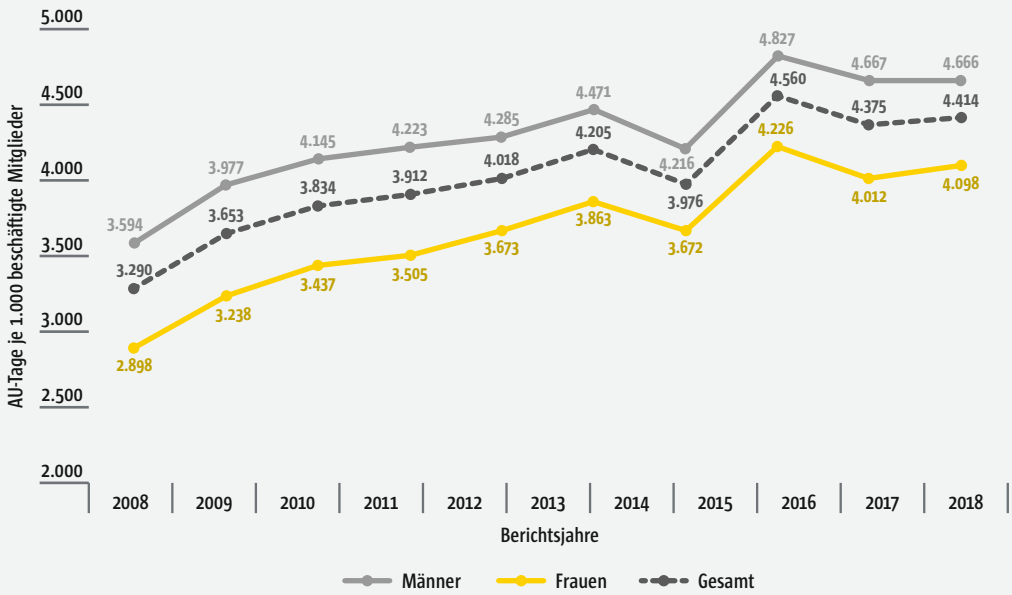
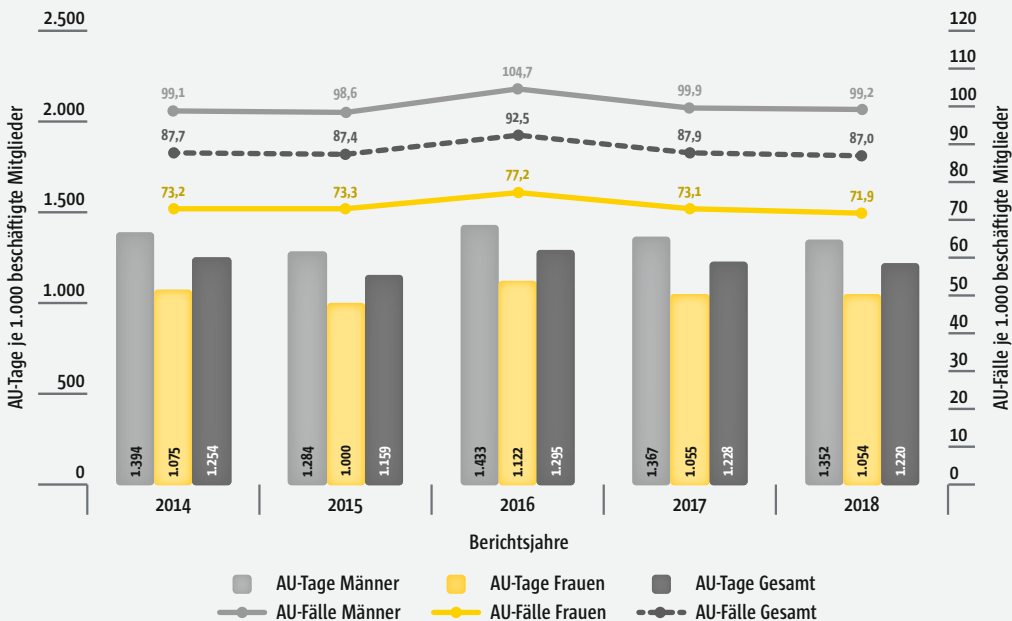


Diagramm 1.2.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Rückenschmerzen (M54) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2018)



In **III** Diagramm 1.2.5 werden die AU-Kennzahlen der Beschäftigten für die wichtigste Diagnose aus dieser Krankheitsgruppe – die Rückenschmerzen (M54) – im Zeitverlauf zwischen 2014 bis 2018 dargestellt. Im Vergleich zum Vorjahr haben sowohl die AU-Fälle als auch die AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart leicht abgenommen. Geht man davon aus, dass die seit dem Datenjahr 2016 neu hinzugekommenen AU-Zeiten aus den Bereichen Arbeitsunfälle bzw. Reha-Fälle insbesondere auch bei dieser Diagnose hinzuzuzählen sind, so hat sich vermutlich die seit 2015 bestehende abnehmende Tendenz fortgesetzt. Für die Jahre 2015 und 2018 kann zusätzlich vermutet werden, dass die Grippe- und Erkältungswelle das wahre Ausmaß der Rückenschmerzen (M54) maskiert hat, bzw. dass durch die Behandlung mit schmerz- bzw. fieberlindernden Mitteln deren Symptome unterdrückt wurden.

Psychische Störungen

- Bei den psychischen Störungen ist es für beide Geschlechter die depressive Episode (F32), welche die meisten AU-Tage der Beschäftigten innerhalb dieser Krankheitsart auf sich vereint.

- Fast die gesamten Fehltag der Beschäftigten aufgrund psychischer Störungen (ca. 95%) gehen auf die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen aus dieser Krankheitsgruppe zurück.

Die psychischen Störungen nehmen mit einem Anteil von 15,7% an allen AU-Tagen der Beschäftigten in diesem Jahr den dritten Platz der Krankheitsursachen für Fehltag ein. In **III** Diagramm 1.2.6 sind die entsprechenden AU-Tage im Zeitverlauf zwischen 2008 und 2018 nach Geschlecht dargestellt.

Anders als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen wird im Vergleich zum Vorjahr ein geringer Anstieg der Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart um ca. +5% erkennbar. Auch hier zeigen sich allerdings innerhalb des Zeitraums nach Umstellung der Methodik (2016–2018) kaum Veränderungen. Über den gesamten Beobachtungszeitraum hingegen haben sich die AU-Tage mehr als verdoppelt. Dieser Anstieg bleibt auch dann bedeutsam, wenn man die ab 2016 geänderte Methodik berücksichtigt. Abzuwarten bleibt, ob sich der relativ gleichbleibende Verlauf der letzten drei Jahre auch in den kommenden Jahren fortsetzen wird.

Die durchschnittliche Falldauer, die im Jahr 2018 bei den psychischen Störungen bei 37,0 Tagen je Fall

Diagramm 1.2.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Geschlecht im Zeitverlauf (2008–2018)

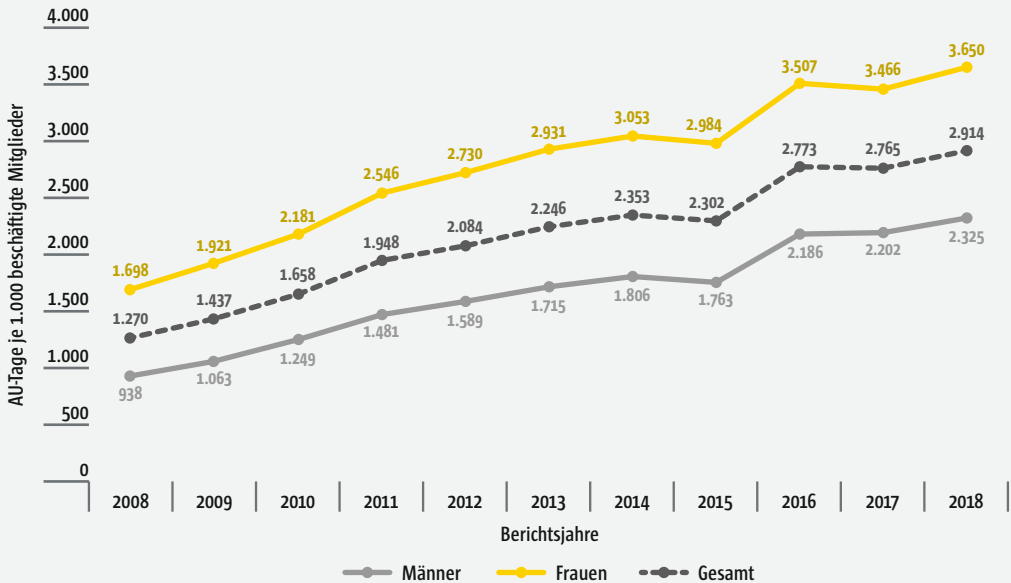


Tabelle 1.2.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

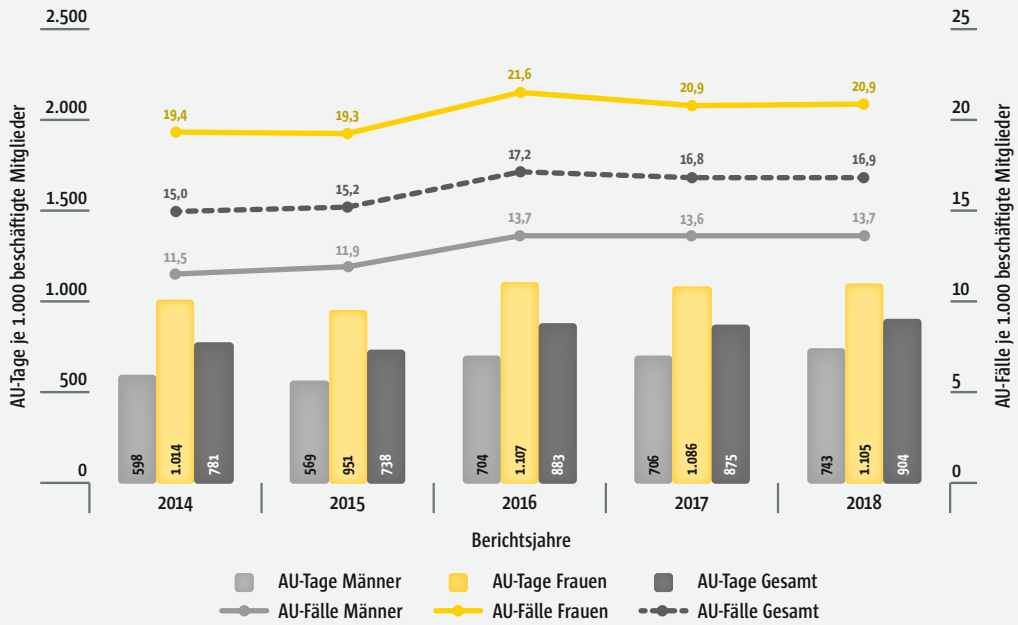
ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
Männer				
F32	Depressive Episode	13,7	743	54,4
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	18,6	480	25,9
F33	Rezidivierende depressive Störung	4,0	246	62,2
F48	Andere neurotische Störungen	9,2	238	25,7
F45	Somatoforme Störungen	5,9	156	26,4
F41	Andere Angststörungen	3,2	144	44,7
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3,0	114	38,1
F20	Schizophrenie	0,4	23	55,0
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	21	64,4
F34	Anhaltende affektive Störungen	0,5	18	38,8
Frauen				
F32	Depressive Episode	20,9	1.105	53,0
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	34,5	886	25,7
F48	Andere neurotische Störungen	16,4	435	26,5
F33	Rezidivierende depressive Störung	6,4	427	66,4
F45	Somatoforme Störungen	9,9	272	27,4
F41	Andere Angststörungen	4,9	246	50,2
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,2	45	37,2
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,4	29	67,6
F34	Anhaltende affektive Störungen	0,7	27	39,5
F31	Bipolare affektive Störung	0,4	24	61,5

lag, hat sich im Vergleich zu 2016 (36,8 Tage je Fall) kaum verändert, ist im Vergleich zum Jahr 2008 (32,7 Tage je Fall) allerdings angestiegen, wobei der Anstieg ab 2016 v. a. die neu hinzugekommenen Reha-Fälle (eine psychosomatische Rehabilitation hat in der Regel eine Dauer von 3–6 Wochen) für die Zunahme ausschlaggebend sein werden.

Unverändert steht die depressive Episode (F32) nach AU-Tagen für beide Geschlechter mit Abstand an der Spitze der Ursachen für Fehltage innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen (»») Tabel-

le 1.2.3). Bezogen auf alle AU-Tage aus dieser Krankheitsgruppe ist die depressive Episode (F32) für jeweils ein knappes Drittel der Fehltage bei den beschäftigten Männern (31,9%) bzw. Frauen (30,3%) verantwortlich. Häufiger treten allerdings sowohl bei den Männern (18,6 AU-Fälle) als auch bei den Frauen (34,5 AU-Fälle) als Ursache für Arbeitsunfähigkeit die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) auf. Allerdings verursacht diese Diagnose durchschnittlich wesentlich weniger AU-Tage als die depressive Episode (F32) und weist

Diagramm 1.2.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die Depressive Episode (F32) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2018)



entsprechend auch eine deutlich geringere durchschnittliche Falldauer bei beiden Geschlechtern auf. Anzumerken ist, dass die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie auch die anderen neurotischen Störungen (F48) in der Praxis oftmals als alternative Codierung für das sogenannte Burn-out-Syndrom verwendet werden. Die nach Fehltagen ebenfalls bedeutsame rezidivierende depressive Störung (F33) tritt zwar nur relativ selten als Grund für AU-Fälle auf, hat aber im Gegensatz dazu mit 62,2 (Männer) bzw. 66,4 (Frauen) Tagen je Fall mit die höchste durchschnittliche Falldauer in dieser Auflistung. Der Anteil der AU-Tage, die durch die zehn hier genannten Diagnosen an allen durch psychische Erkrankungen verursachten Fehltagen entstehen, ist mit 93,9% für die Männer und 95,8% für die Frauen wesentlich höher als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen.

Das **»»»** Diagramm 1.2.7 zeigt im Detail die Entwicklung der AU-Kennzahlen für die wichtigste Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen – die depressive Episode (F32) – im Zeitverlauf zwischen 2014 bis 2018 für die Beschäftigten auf.

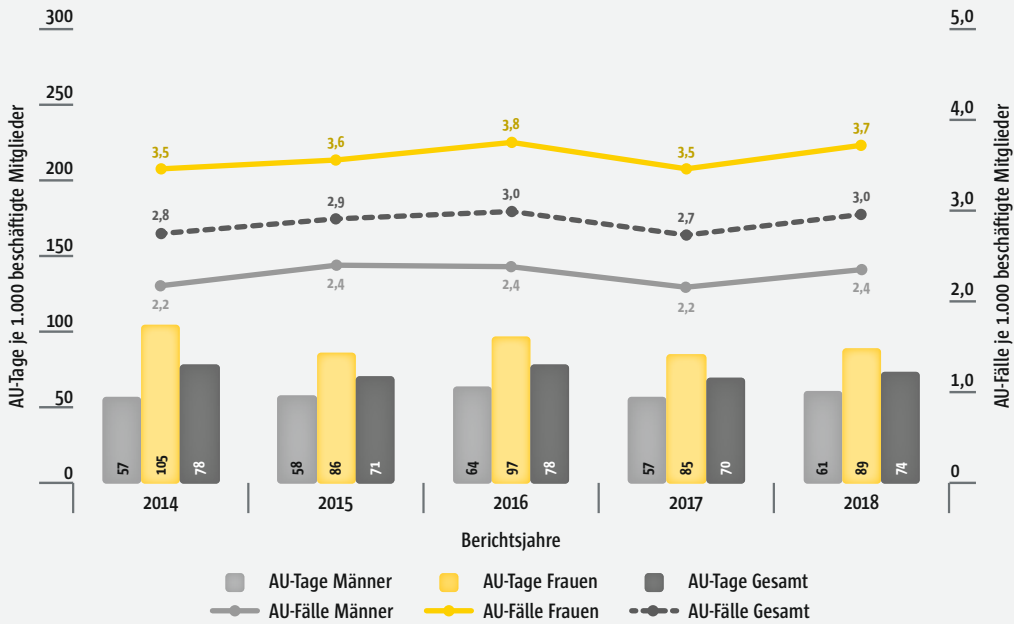
Bei der depressiven Episode (F32) zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine stabile Anzahl der

AU-Fälle sowie ein marginaler Zuwachs bei den AU-Tagen. Auch hier sind im Zeitraum zwischen 2016 bis 2018 kaum Veränderungen erkennbar, die deutlichste Veränderung zeigt sich zwischen 2014 und 2018 für die AU-Tage bei den Männern mit einer Zunahme von +24,2%. Für beide Geschlechter zeigt sich trotz der unterschiedlich hohen Kennwerte, dass die depressive Episode mit einer durchschnittlichen Dauer von mehr als sieben Kalenderwochen je Fall zu einer der langwierigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit zählt.

Exkurs Burn-out-Syndrom

Obwohl das Burn-out-Syndrom im ICD-10 mit der Zusatzdiagnose Z73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung) kodiert wird und somit nicht originär zu den psychischen Störungen zählt, wird es dieser Krankheitsgruppe im öffentlichen Sprachgebrauch trotzdem häufig zugerechnet. Im **»»»** Diagramm 1.2.8 sind die entsprechenden AU-Kennzahlen der Beschäftigten für das Burn-out-Syndrom (Z73) im Zeitraum zwischen 2014 und 2018 dargestellt.

Diagramm 1.2.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für das Burn-out-Syndrom (Z73) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2018)



Wie zu erkennen ist, sind die Werte für die AU-Fälle und auch für die AU-Tage in den letzten fünf Berichtsjahren nahezu unverändert geblieben. Grundsätzlich ist beim Burn-out-Syndrom (Z73) die Frage weiter strittig, ob es sich hierbei um eine eigenständige Erkrankung handelt. Im ICD-10 GM stellt die Codierung Z73 eine Zusatzdiagnose dar, die Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung kennzeichnet, aber eigentlich mit mindestens einer weiteren (Haupt-)Diagnose einhergehen sollte. Vermutlich ist ein Teil der Z73-Kodierungen eigentlich anderen psychischen Erkrankungen (z. B. Depressionen) zuzuordnen. Allerdings wird in der heutigen stark leistungsorientierten Gesellschaft vermutlich ein Burn-out-Syndrom als Folge von Überarbeitung leichter akzeptiert, als eine immer noch eher stigmatisierte depressive Störung. Zudem existieren neben der ICD-10-Codierung Z73 noch weitere einschlägige Diagnosen, die in der Praxis ebenfalls häufig – aber nicht ausschließlich – bei einem Burn-out-Syndrom verwendet werden. Hierzu zählen unter anderem die bereits benannten Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie die anderen neurotischen Störungen (F48) aber auch aus der Gruppe der

Symptome die Codierung R53 (Unwohlsein und Ermüdung).

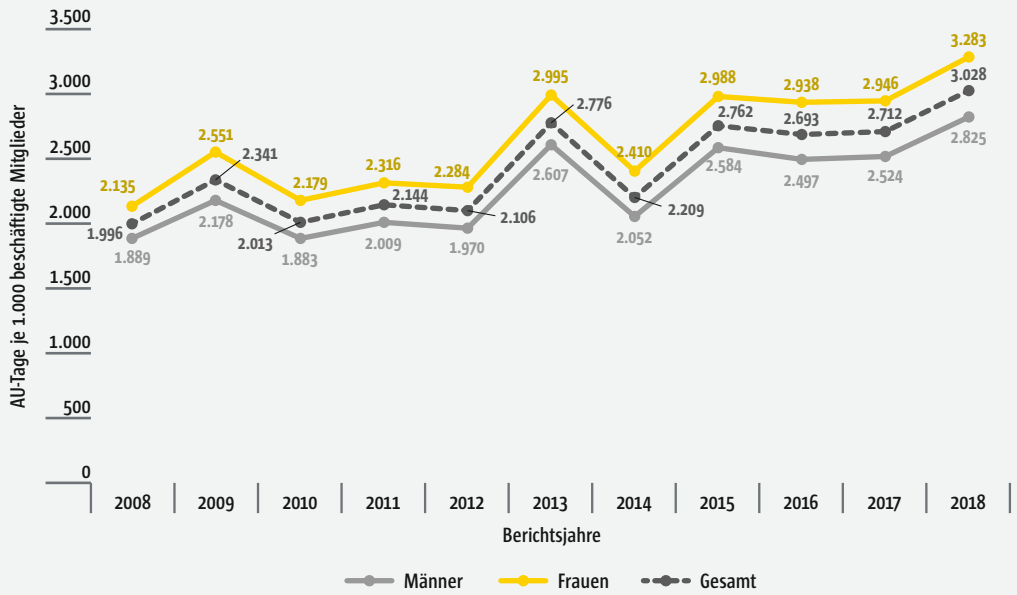
Es zeigt sich, dass dem Thema „Burn-out“ in der Öffentlichkeit eine größere Bedeutung beigemessen wird, als dies die Kennzahlen nahelegen.

Krankheiten des Atmungssystems

- Atemwegserkrankungen sind bei beiden Geschlechtern im Jahr 2018 die zweitwichtigste Ursache für Fehltage nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen.
- Die wichtigste Diagnose bzw. der wichtigste Marker einer Grippe- und Erkältungswelle bei den Beschäftigten sind die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06), die innerhalb dieser Krankheitsgruppe in 2018 für fast jeden zweiten AU-Tag (ca. 49%) verantwortlich sind.

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei den Atemwegserkrankungen wird ganz wesentlich durch die meist zu Beginn bzw. Ende eines Jahres auftretenden Grippe- und Erkältungswellen bestimmt.

Diagramm 1.2.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Krankheiten des Atmungssystems nach Geschlecht im Zeitverlauf (2008–2018)



Der in **III** Diagramm 1.2.9 dargestellte Zeitverlauf für die Atemwegserkrankungen zeigt die Jahre mit einer erhöhten Erkältungs- und Grippeaktivität – mit jeweils höheren Werten für die Frauen – an. Besonders deutlich ist das an den Jahren 2009, 2013, 2015 und 2018 erkennbar. In den benannten Jahren sind die Fehlzeiten aufgrund der Atemwegserkrankungen besonders ausgeprägt. Dass der Unterschied zwischen den Jahren 2015 und 2016 nicht so deutlich ausfällt, liegt v. a. an der geänderten Auswertungssystematik ab 2016. Entsprechend sind auch die Höchstwerte für 2018 zu interpretieren, die sich bezüglich insbesondere der mit Atemwegserkrankungen verbundenen Reha-Fälle in etwa auf dem Niveau der Werte von 2013 bewegen. Allerdings handelt es sich auch dann noch, zusammen mit dem Berichtsjahr 2013, um die mit am höchsten ausgeprägten Werte der vergangenen zehn Jahre.

Unangefochten sind es wiederum die akuten Infektionen der oberen Atemwege (Jo6), die auch in diesem Jahr bei beiden Geschlechtern die mit Abstand meisten AU-Tage innerhalb der Gruppe der Atemwegserkrankungen verursachen (**III** Tabelle 1.2.4). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ist diese Diagnose für nahezu jeden zweiten AU-Tag (ca. 49%) innerhalb der Gruppe der Atem-

wegserkrankungen verantwortlich. Auch bei den weiteren für die Fehltage verantwortlichen Einzel Diagnosen handelt es sich deutlich häufiger um akute als um chronische Atemwegserkrankungen, was auch an der durchschnittlich niedrigen Falldauer von 5 bis 7 Tagen je Fall erkennbar wird. Die zehn hier jeweils für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosen sind – in ähnlichem Ausmaß wie bei den psychischen Störungen – für den Großteil der Fehltage der Beschäftigten (Männer: 86,8%; Frauen: 88,5%) aus dem Bereich der Atemwegserkrankungen verantwortlich.

Blicken wir nun im Detail auf die akute Infektion der oberen Atemwege (Jo6) im Zeitverlauf, der im **III** Diagramm 1.2.10 dargestellt ist. Deutlich wird, im Vergleich zu **III** Diagramm 1.2.9, dass der hier dargestellte Zeitabschnitt nahezu das gleiche Muster aufweist, wie schon die AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen insgesamt. Die akute Infektion der oberen Atemwege ist eine der wichtigsten Markerdiagnosen für eine ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle. Deutlich zu erkennen sind auch hier die besonders ausgeprägten Grippe- und Erkältungswellen in den Jahren 2015 und 2018.

Fraglich ist allerdings, ob es zumindest bei einer normalen Erkältung immer sinnvoll ist, einen Arzt

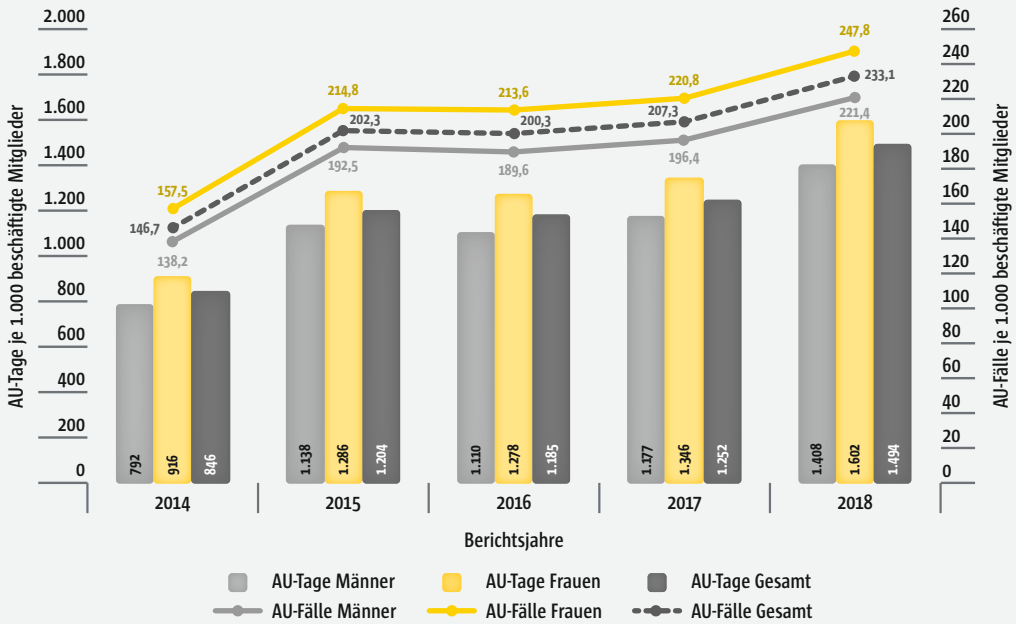
Tabelle 1.2.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn wichtigsten Diagnosen des Atmungssystems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

ICD-10-Code	Diagnosen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
Männer				
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	221,4	1.408	6,4
J20	Akute Bronchitis	30,2	237	7,9
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	22,7	178	7,9
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	16,1	126	7,8
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	18,1	103	5,7
J32	Chronische Sinusitis	12,6	90	7,1
J03	Akute Tonsillitis	14,1	88	6,3
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	12,9	85	6,6
J01	Akute Sinusitis	13,0	82	6,3
J02	Akute Pharyngitis	13,3	77	5,8
Frauen				
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	247,8	1.602	6,5
J20	Akute Bronchitis	32,2	255	7,9
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	25,2	201	8,0
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	16,7	137	8,2
J32	Chronische Sinusitis	19,5	132	6,8
J01	Akute Sinusitis	20,6	130	6,3
J03	Akute Tonsillitis	19,5	119	6,1
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	20,3	117	5,8
J02	Akute Pharyngitis	18,7	109	5,8
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	15,3	103	6,8

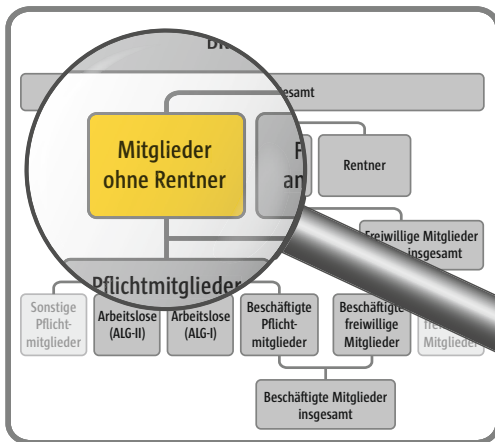
zu konsultieren, da hier die evidenzbasierten Therapiemöglichkeiten in der Regel begrenzt sind. Zielführender wäre an dieser Stelle, andere Behandlungs- und Therapiewege anzuwenden, die sich zum Beispiel auch durch die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen eröffnen. Hier, wie auch bei anderen Kurzzeiterkrankungen kann es zudem manchmal hilfreicher sein, sich einige Tage ohne

Krankschreibung zu Hause auszukurieren, als z.B. weitere Patienten in der Arztpraxis oder gar Kollegen am Arbeitsplatz mit einer Erkältung anzustecken. Für besonders vulnerable Gruppen, wie Kleinkinder, Menschen ab 65 Jahren und chronisch Kranke, sollte allerdings auch ein solch möglicherweise harmloser Infekt auf das Vorhandensein einer echten Grippe ärztlich abgeklärt werden.

Diagramm 1.2.10 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Akute Infektionen der oberen Atemwege (I06) nach Geschlecht im Zeitverlauf (2014–2018)



1.2.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus



■ In dieser Versichertengruppe treten zwar wesentlich weniger AU-Fälle auf, diese sind aber deutlich häufiger mit langwierigen bzw. chronischen Krankheiten und entsprechend langen Ausfallzeiten verbunden.

■ Arbeitslose (ALG-I) haben im Vergleich zu allen anderen Versichertengruppen pro AU-Fall eine mehr als dreimal so lange Falldauer.

Neben dem Alter und dem Geschlecht der Mitglieder nimmt auch die soziale Lage wesentlichen Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Da die soziale Lage über die vorliegenden Routinedaten nur eingeschränkt abbildbar ist, wird an dieser Stelle die Zugehörigkeit zu einer Versichertengruppe als alternativer Indikator herangezogen. Insofern werden im Folgenden insbesondere die Gruppen der Arbeitslosen (ALG-I), der beschäftigten Pflichtmitglieder sowie der beschäftigten freiwilligen Mitglieder als die wichtigsten Teilgruppen der Mitglieder ohne Rentner betrachtet. Ausgehend vom durchschnittlichen Monateinkommen als einem der wichtigsten Faktoren des sozialen Status – neben Bildungsgrad und beruflicher Stellung – kann angenommen werden, dass im Vergleich zwischen den drei genannten Versichertengruppen die Arbeitslosen einen niedrigen, die beschäftigten Pflichtmitglieder einen mittleren

Tabelle 1.2.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen nach ausgewählten Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Versichertengruppen*	Geschlecht	Arbeitsunfähigkeit				
		AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall	Krankenstand	AU-Quote
		je 100 Mitglieder			in Prozent	
Mitglieder ohne Rentner	Männer	129,7	1.730	13,3	4,7	51,5
	Frauen	141,9	1.871	13,2	5,1	54,9
	Gesamt	135,1	1.793	13,3	4,9	53,0
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	84,2	3.716	44,1	10,2	18,0
	Frauen	93,8	3.887	41,4	10,7	21,1
	Gesamt	88,8	3.798	42,8	10,4	19,4
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	138,3	1.792	13,0	4,9	54,4
	Frauen	150,8	1.928	12,8	5,3	57,8
	Gesamt	143,9	1.852	12,9	5,1	55,9
Beschäftigte Pflichtmitglieder	Männer	150,0	1.985	13,2	5,4	55,8
	Frauen	153,7	1.973	12,8	5,4	58,3
	Gesamt	151,8	1.979	13,0	5,4	57,0
Beschäftigte freiwillige Mitglieder	Männer	99,1	1.142	11,5	3,1	47,8
	Frauen	110,4	1.304	11,8	3,6	48,7
	Gesamt	101,3	1.173	11,6	3,2	48,0

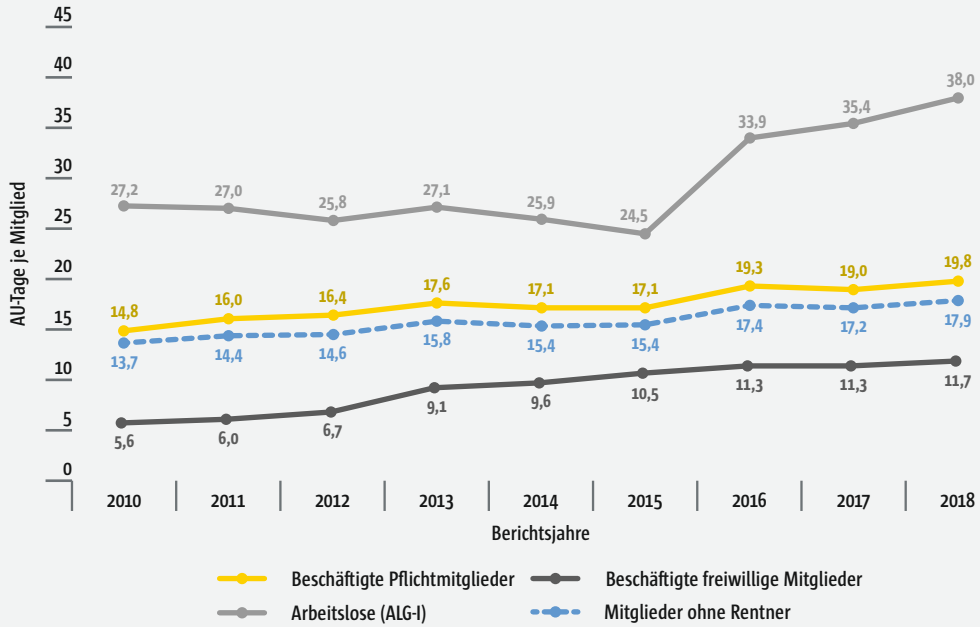
* Zur Zuordnung der einzelnen Versichertengruppen sei auf das **»»»** Diagramm 0.1.1 verwiesen.

und die beschäftigten freiwilligen Mitglieder einen hohen Sozialstatus innehaben. Die hier vorgenommene Einteilung stellt allerdings keine wie auch immer geartete Ab- oder Aufwertung der einzelnen Versichertengruppen dar, sondern dient lediglich der plausibleren Einordnung der im Folgenden dargestellten Zusammenhänge mit den entsprechenden AU-Daten. In **»»»** Tabelle A.1 sind zusätzlich die wichtigsten AU-Kennzahlen der verschiedenen Versichertengruppen nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen dargestellt.

Einleitend werden zunächst noch einmal die Gruppe der Mitglieder ohne Rentner sowie die zugehörigen Subgruppen betrachtet (**»»»** Tabelle 1.2.5). Die ALG-II-Empfänger bleiben bei den Fehlzeiten unberücksichtigt, da sie keinen Anspruch auf Krankengeld besitzen und somit kassenseitig in der Regel keine diesbezüglichen Leistungsfälle (AU-Fälle) angelegt werden. Dies gilt auch für die sonstigen Pflichtmitglieder (**»»»** Diagramm 0.1.1).

Insbesondere auf die drei im Folgenden näher betrachteten Versichertengruppen, die beschäftigten freiwilligen Mitglieder, die beschäftigten Pflichtmitglieder sowie die Arbeitslosen (ALG-I) soll an dieser Stelle ein Blick geworfen werden. Während die beschäftigten freiwilligen Mitglieder im Jahr 2018 durchschnittlich nur 11,7 Fehltage je Beschäftigten aufweisen, ist dieser Wert bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern mit 19,8 Tagen schon über eine Kalenderwoche höher. Mit deutlichem Abstand folgen die Arbeitslosen (ALG-I), die im Durchschnitt in 2018 38,0 Kalendertage und damit doppelt so viel wie die Beschäftigten insgesamt krankheitsbedingt arbeitsunfähig waren. Ein deutlicher Hinweis auf die Tatsache, dass die AU-Tage der Arbeitslosen (ALG-I) v.a. durch Langzeiterkrankungen verursacht werden, lässt sich an der Falldauer ablesen. Diese ist mit durchschnittlich mehr als 6 Kalenderwochen (42,8 Tage je Fall) im Mittel mehr als dreimal so hoch, wie die aller anderen betrachteten

Diagramm 1.2.11 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2010–2018)



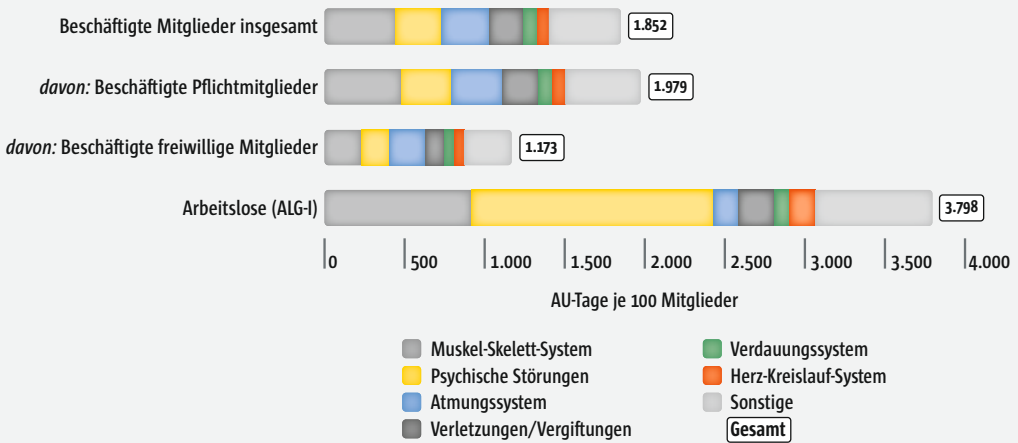
Versichertengruppen (11,6–13,5 Tage je Fall). Gleichzeitig haben die Arbeitslosen (ALG-I) mit 19,4% auch die niedrigste AU-Quote. Das ist v.a. dadurch begründet, dass in dieser Gruppe Kurzeiterkrankungen (z.B. Infektionen der oberen Atemwege u.ä.) zwar wahrscheinlich häufig auftreten, Betroffene diese aber wesentlich seltener ärztlich behandeln lassen. Belegbar wird dies u.a. durch die Kennzahlen aus der ambulanten Versorgung (III Kapitel 2.2). Erhalten lediglich 24,8% der Arbeitslosen (ALG-I) eine Diagnose aufgrund einer Atemwegserkrankung, so sind es bei den Beschäftigten insgesamt doppelt so viele Betroffene (III Tabelle 2.2.2).

Im III Diagramm 1.2.11 ist ergänzend für die wichtigsten Versichertengruppen die längsschnittliche Entwicklung der AU-Tage dargestellt. Erkennbar ist für alle betrachteten Gruppen, dass die krankheitsbedingten Fehltag im Beobachtungszeitraum angestiegen sind, allerdings mit deutlich unterschiedlichen Ausprägungen. Insbesondere bei den Arbeitslosen (ALG-I) wirkt sich die geänderte Methodik ab dem Jahr 2016 sehr deutlich aus. Dabei sind es v.a. die mit medizinischen Rehabilitationsleistungen verbundenen AU-Tage, die hier großen Einfluss auf die Höhe der durchschnittlichen AU-Tage nehmen. Aufgrund der im Verhältnis zu den anderen

Versichertengruppen geringen Anzahl der Arbeitslosen (ALG-I < 0,01 Mio. Mitglieder), haben deren Fehlzeiten insgesamt nur einen eher geringen Einfluss auf die Gesamtgruppe der krankengeldberechtigten Mitglieder ohne Rentner (4,3 Mio.). Gleichzeitig wirken sich aber schon wenige (Langzeit-)Fälle innerhalb der vergleichsweise kleinen Gruppe der Arbeitslosen (ALG-I) wesentlich stärker auf deren durchschnittliche AU-Kennzahlen aus, was die wesentlich größeren Schwankungen im Längsschnitt innerhalb dieser Gruppe erklärt. Dies wird auch in der Betrachtung dieser Versichertengruppen in den folgenden Kapiteln deutlich.

In III Diagramm 1.2.12 sind die für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen nach Versichertengruppen dargestellt. Allein auf die nach AU-Tagen wichtigsten drei Diagnosehauptgruppen gehen zwischen 54,1% (beschäftigte freiwillige Mitglieder) und 68,1% (Arbeitslose ALG-I) aller AU-Tage im Jahr 2018 zurück. Weiterhin weisen die Arbeitslosen (ALG-I) mit Abstand die meisten Fehltag aufgrund von psychischen Störungen auf und zwar im Mittel mehr als fünfmal so viele wie die Beschäftigten insgesamt (1.518 vs. 291 AU-Tage je 100 Mitglieder). Ähnlich stellt sich das Bild auch bei den Muskel- und Skeletterkrankungen dar, wobei

Diagramm 1.2.12 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage nach ausgewählten Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)



hier der Unterschied nur etwa das Zweifache beträgt (918 vs. 441 AU-Tage je 100 Mitglieder). Wie erwartet, erreichen hingegen die Fehltagel auf Grund von Atemwegserkrankungen bei den Arbeitslosen (ALG-I) nur die Hälfte des Wertes aller Beschäftigten (151 vs. 303 AU-Tage je 100 Mitglieder). Mit 157 AU-Tagen je 100 Mitglieder sind die Fehltagel auf Grund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Arbeitslosen (ALG-I) ebenfalls deutlich gegenüber denen der Beschäftigten (76 AU-Tage je 100 Mitglieder) erhöht.

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

Die meisten AU-Fälle bzw. AU-Tage bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern sind bei den 60- bis 64-Jährigen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen zu finden (»» Diagramm 1.2.13). Auch hier zeigt sich in der Altersgruppe jenseits der 65 Jahre deutlich der *healthy worker effect*. Für die AU-Fälle und die AU-Tage der Arbeitslosen (ALG-I) tritt das Maximum in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen auf. Hier dürfte für den Rückgang in den höheren Altersgruppen ebenfalls ein Selektionseffekt dergestalt wirksam sein, dass ein großer Teil aus dieser Gruppe vorzeitig in die Alters- bzw. Erwerbsminderungsrente eintritt. Ein etwas anderes Bild stellt sich für die beschäftigten freiwilligen Mitglieder dar: Auch hier ist das Maximum der AU-Fälle und AU-Tage in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen erreicht, und nimmt ebenfalls, aber

nicht so sprunghaft, in der Gruppe der über 65-Jährigen wieder ab. Insgesamt wird erneut bestätigt, dass sich die hinter dem Versichertenstatus stehende anfangs postulierte Rangfolge nach sozialem Status eindrucksvoll insbesondere bei den AU-Tagen widerspiegelt und sich mit zunehmendem Alter sogar noch verstärkt.

Nicht ganz identisch stellt sich dieses Bild bei den AU-Kennzahlen aufgrund von psychischen Störungen dar (»» Diagramm 1.2.14). Während für die Arbeitslosen zwischen dem 30. und dem 59. Lebensjahr ein starker Anstieg der AU-Fälle und AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart erkennbar wird, fällt diese Zunahme für die anderen beiden Versichertengruppen wesentlich moderater aus. Zudem zeigt sich, dass die Differenz zwischen den Beschäftigtengruppen deutlich geringer ausfällt, als dies bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen zu beobachten war. Zu vermuten ist, dass beschäftigte Pflichtmitglieder einen höheren Anteil an körperlich schwerer Arbeit leisten müssen und somit die Wahrscheinlichkeit in dieser Gruppe höher ist, aufgrund einer Muskel-Skelett-Erkrankung arbeitsunfähig zu werden. Bei den psychischen Erkrankungen und den damit verbundenen Fehlzeiten, spielen neben der konkreten beruflichen Belastung auch dazugehörige Ressourcen und Handlungsspielräume eine wesentliche Rolle. Wie sich dies insbesondere im Zusammenhang mit der Arbeitswelt widerspiegelt, wird in »» Kapitel 1.5 detailliert gezeigt.

Diagramm 1.2.13 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach ausgewählten Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2018)

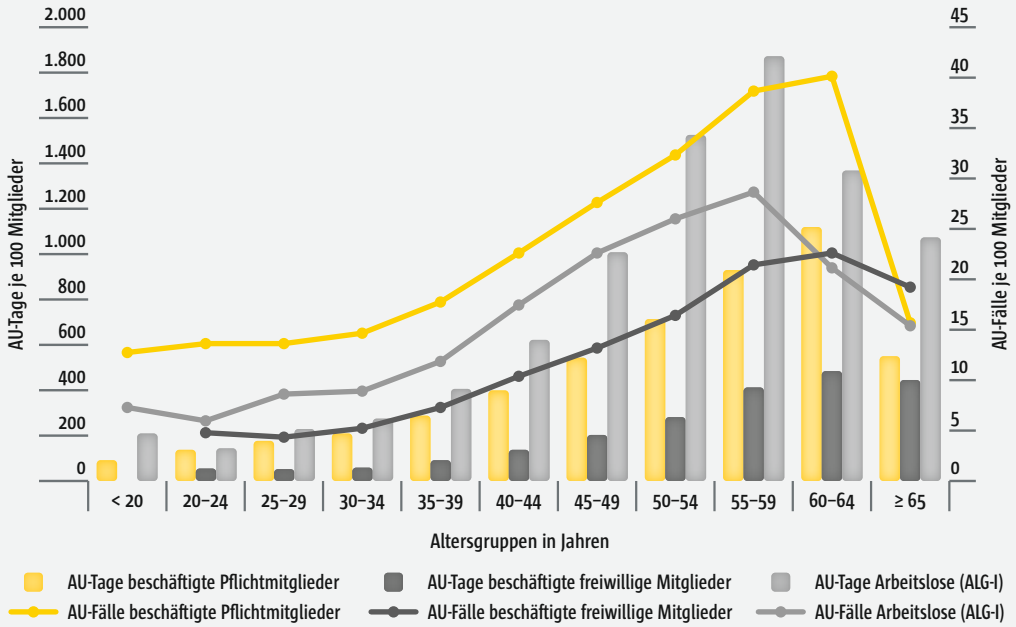
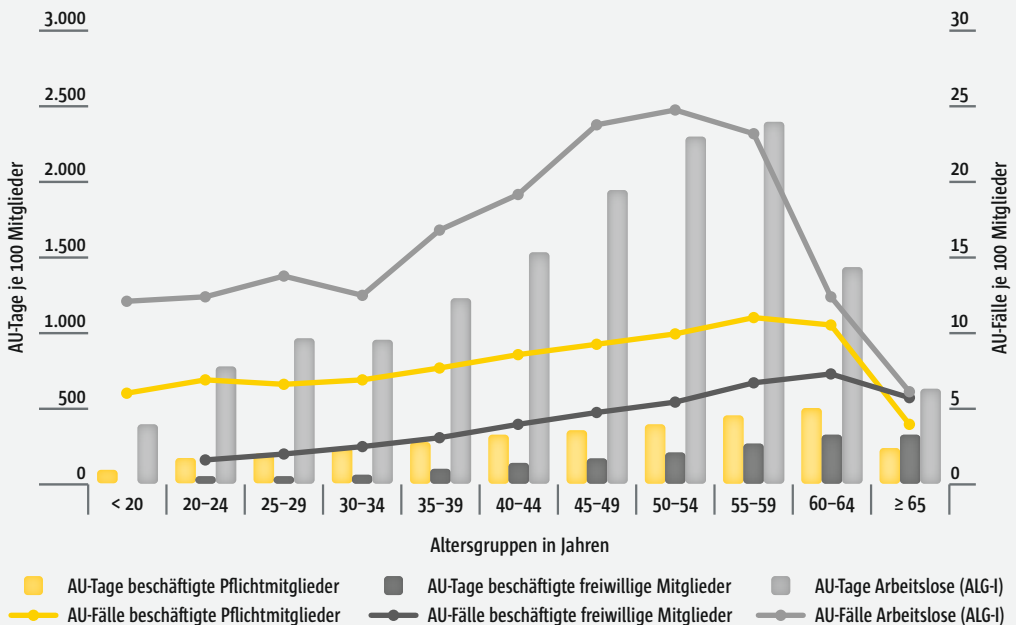
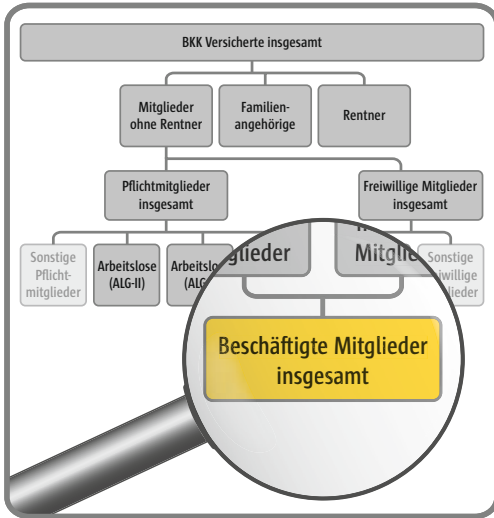


Diagramm 1.2.14 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen für Psychische Störungen nach ausgewählten Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2018)



1.2.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



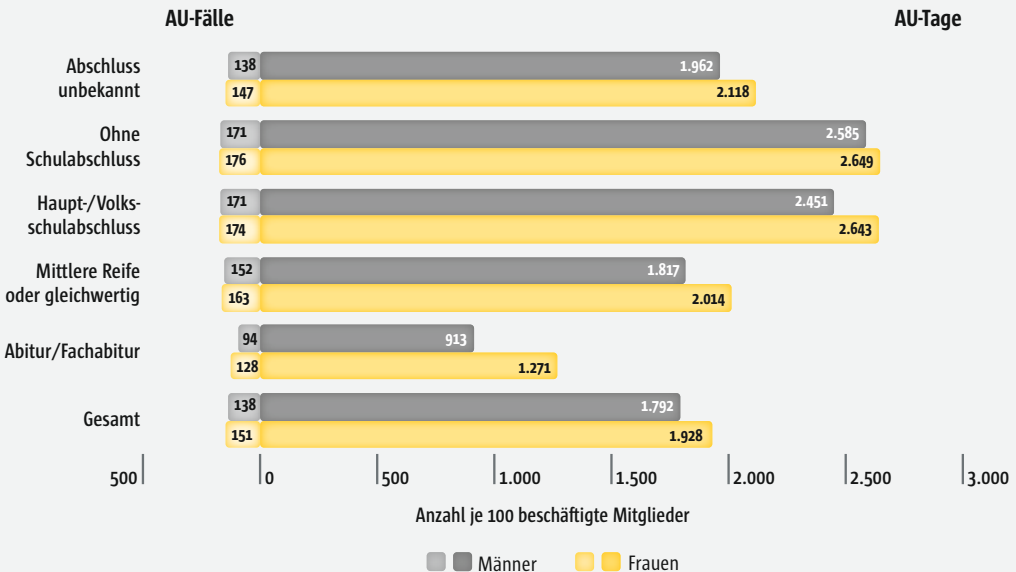
- Insbesondere bei den Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sind große Unterschiede zwischen Beschäftigten mit niedrigem bzw. hohem Schul- und Berufsabschluss zu finden.
- Ein Grund hierfür ist sicherlich, dass der Anteil der körperlich beanspruchenden bzw. belastenden Tätigkeiten bei Beschäftigten mit einfachen Schul- bzw. Berufsabschlüssen besonders hoch ist.

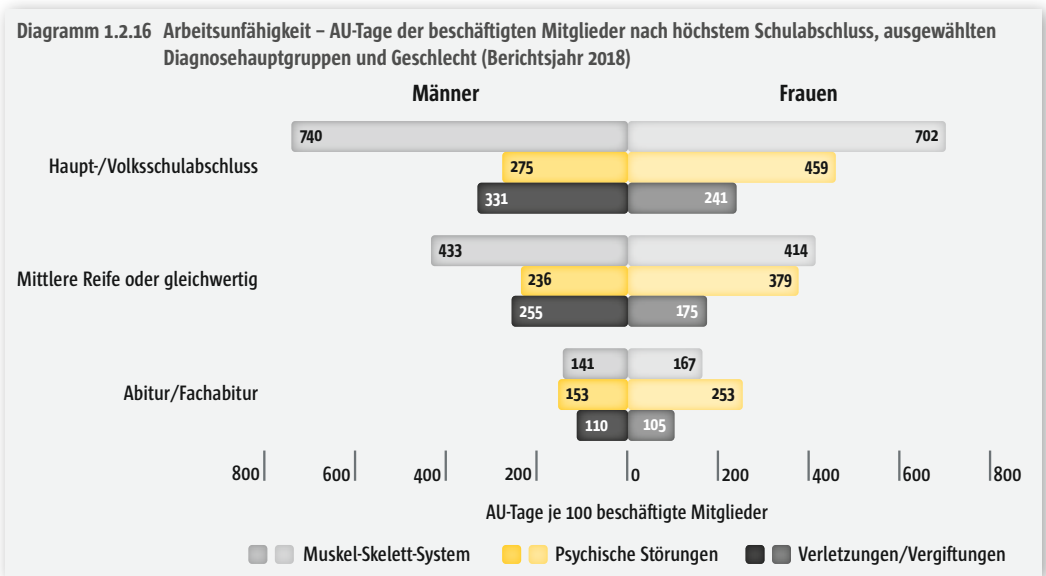
Höchster Schulabschluss

Eine weitere wichtige Einflussgröße für das AU-Geschehen stellt der höchste allgemeinbildende Schulabschluss der Beschäftigten dar. In **»»** Diagramm 1.2.15 wird erkennbar, dass mit höherem schulischem Bildungsgrad eine Abnahme der durchschnittlichen Zahl der AU-Fälle und AU-Tage einhergeht. Gleichzeitig wird hier auch über alle Gruppen hinweg sichtbar, dass die Frauen im Vergleich zu den Männern tendenziell mehr AU-Fälle und insbesondere AU-Tage aufweisen. Besonders deutlich zeigt sich zudem der Unterschied im Bildungsstatus zwischen Erwerbstätigen ohne Schulabschluss und solchen mit (Fach-)Abitur – letztere weisen im Vergleich

- Ein hoher Schul- bzw. Berufsabschluss eines Beschäftigten geht mit niedrigen krankheitsbedingten Fehlzeiten einher.

Diagramm 1.2.15 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)





deutlich weniger als die Hälfte der AU-Tage der erstgenannten Gruppe auf.

An dieser Stelle werden für die Beschäftigten mit Haupt-/Volksschulabschluss, mittlerer Reife und (Fach-)Abitur die AU-Kennzahlen für drei für das AU-Geschehen wichtige Krankheitsarten gegenübergestellt (»»» Diagramm 1.2.16). Wie auch schon bei den Fehltagen insgesamt, zeichnet sich – bezogen auf den höchsten Schulabschluss – ein relativ eindeutiger Zusammenhang mit den drei ausgewählten Diagnosehauptgruppen für beide Geschlechter ab: Ein höherer Schulabschluss eines Beschäftigten geht mit niedrigeren Fehltagen einher. Besonders eindrucksvoll wird dies am Beispiel der Muskel- und Skeletterkrankungen sichtbar: So weisen die männlichen Beschäftigten mit einem Haupt- bzw. Volksschulabschluss mehr als fünfmal so viele AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart auf wie männliche Beschäftigte mit einem (Fach-)Abitur (740 vs. 141 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Bei den Frauen beträgt dieser Unterschied mehr als das Vierfache (702 vs. 167 AU-Tage je 100 Beschäftigte). In gleicher Richtung, wenn auch mit geringerer Ausprägung, zeigt sich dieses Bild auch für die psychischen Störungen sowie für die Verletzungen und Vergiftungen.

Höchster Berufsabschluss

Der höchste berufliche Ausbildungsabschluss kann ebenfalls als ein Indikator für die soziale Lage eines Beschäftigten gewertet werden. Auch hier wird ein deutlicher Zusammenhang dahingehend sichtbar, dass mit zunehmenden beruflichen Bildungsniveaus die Anzahl der AU-Fälle und AU-Tage bei den Beschäftigten abnimmt (»»» Diagramm 1.2.17). So beträgt der Unterschied bezogen auf die AU-Tage zwischen dem niedrigsten (ohne Abschluss) und dem höchsten Berufsabschluss (Promotion) bei den Männern mehr als das Dreifache (1.903 vs. 543 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und bei den Frauen mehr als das Doppelte (2.142 vs. 869 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Abschließend soll noch ein Blick auf den Zusammenhang zwischen dem AU-Geschehen für drei wichtige Diagnosehauptgruppen bei den Beschäftigten mit einer anerkannten Berufsausbildung mit einem Abschluss als Meister oder Techniker und mit Diplom/Master/Magister bzw. Staatsexamen geworfen werden (»»» Diagramm 1.2.18).

Auch hier bestätigt sich das Bild, dass bei den Beschäftigten mit zunehmend höherem Ausbildungsgrad die Werte der AU-Tage für die drei betrachteten Krankheitsgruppen sukzessive abnehmen. Dies trifft, wie schon beim höchsten Schulabschluss (»»» Diagramm 1.2.16), wiederum insbesondere auf die Muskel- und Skeletterkrankungen zu. So weisen die männlichen Beschäftigten mit Berufsabschluss

Diagramm 1.2.17 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

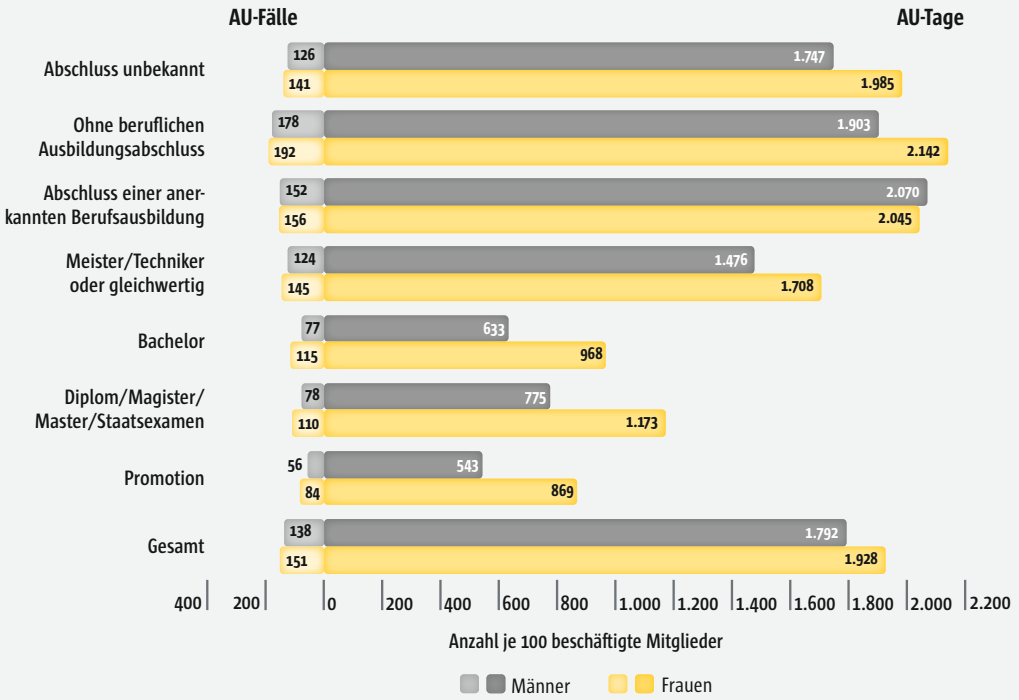
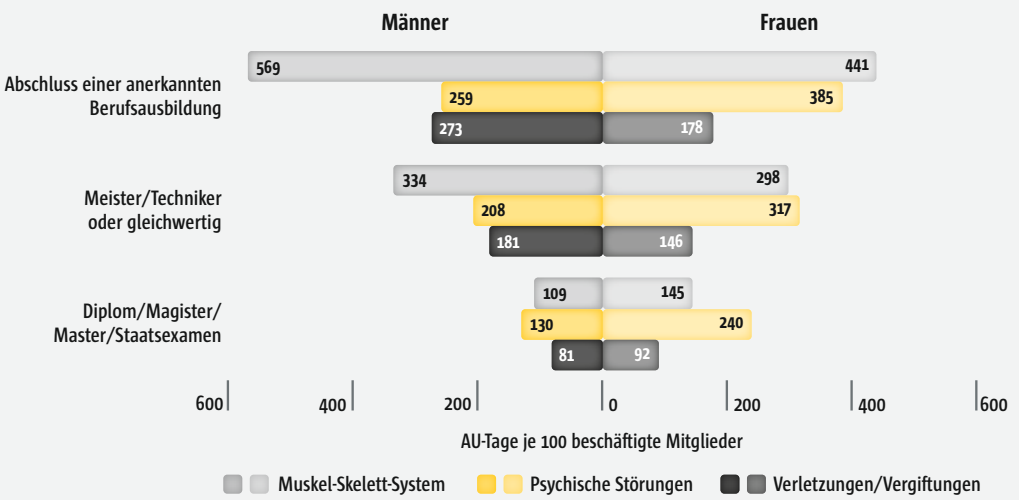


Diagramm 1.2.18 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



ein Mehrfaches an Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart im Vergleich zu jenen mit einem Hochschulabschluss auf (569 vs. 109 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Ein ähnliches Bild mit etwas geringerer Ausprägung zeigt sich ebenfalls bei den weiblichen Beschäftigten für diese Krankheitsart. Ähnliche Zusammenhänge sind auch für die Verletzungen und Vergiftungen sowie die psychischen Störungen zu beobachten, wobei die Unterschiede bei den männlichen Beschäftigten durchweg größer ausfallen.

Es zeigt sich, dass sowohl der schulische als auch der berufliche Ausbildungsgrad als ein weiterer Teil des sozialen Status der Erwerbstätigen einen erheblichen Einfluss auf deren Gesundheit bzw. Arbeits(un)fähigkeit ausübt. Dahinter verbergen sich verschiedene Mechanismen. So weisen Berufstätige mit einem akademischen Abschluss in der Regel ein gesundheitsbewussteres Verhalten bezüglich körperlicher Aktivität, gesunder Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum als Personen ohne einen solchen Abschluss auf². Zudem verfügen Akademiker im arbeitsweltlichen Bezug meist über einen größeren Handlungs- und Gestaltungsspielraum, der mit geringeren motivations- und belastungsbedingten Fehlzeiten einhergeht. Auch im privaten Umfeld stehen den Berufstätigen mit einem akademischen Abschluss durch meist höhere Gehälter andere Gestal-

tungsmöglichkeiten zur Verfügung. Die dadurch bedingte Auswahl von Wohngegend und Freizeitaktivitäten nehmen ebenfalls Einfluss auf den Gesundheitszustand.

Zu erkennen ist zudem, dass Frauen – mit Ausnahme der Beschäftigten mit einer anerkannten Berufsausbildung – über alle Abschlüsse hinweg mehr AU-Fälle und AU-Tage aufweisen. Das liegt weniger daran, dass Frauen generell krankheitsanfälliger sind, sondern primär am geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhalten. Frauen suchen bei einer Erkrankung eher einen Arzt auf als Männer, da sie eine höhere Sensibilität gegenüber dem eigenen Körper an den Tag legen und zudem eine grundsätzlich größere Bereitschaft aufweisen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Bildung stellt somit – neben der elterlichen Vorbildfunktion – mit die wichtigste Voraussetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens dar und bahnt gleichzeitig über die verschiedenen Einstiege in das Erwerbsleben auch den Gesundheitszustand in späteren Jahren. Der Schul- und Berufsabschluss bedingt zudem maßgeblich, welche konkrete berufliche Tätigkeit der Beschäftigte ausübt und welche Beanspruchungen und Belastungen damit verbunden sind. Dass sich hier deutliche Zusammenhänge mit dem AU-Geschehen aufzeigen lassen, wird im **»» Kapitel 1.4** näher betrachtet.

2 Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. Gütersloh, 2012.

1.3 AU-Geschehen in Regionen

Der Wohnort eines Beschäftigten selbst bedingt indirekt ebenfalls dessen Gesundheit, haben doch die regionalen Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie zum Beispiel die Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die soziokulturellen Bedingungen darauf Einfluss. Des Weiteren spielt aber auch die medizinische Versorgung vor Ort, wie zum Beispiel die Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte eine wichtige Rolle. Im Folgenden werden die regionalen Unterschiede im AU-Geschehen dargestellt.

1.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- In den neuen Bundesländern sind auch nach Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden insgesamt deutlich mehr Fehltagel als in den Altbundesländern zu verzeichnen.
- Während die AU-Tage zwischen den einzelnen Bundesländern schon teils deutlich voneinander abweichen, sind die regionalen Variationen zwischen den Landkreisen noch ausgeprägter.

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

In **»** Tabelle 1.3.1 sind zunächst die AU-Kennzahlen nach Bundesländern für das Jahr 2018 im Vergleich zum Jahr 2008 dargestellt.

Im Langzeittrend zeigt sich auch dieses Jahr, dass bei den AU-Tagen in den neuen Bundesländern nicht nur der höchste Wert (Sachsen-Anhalt mit 24,4 AU-Tagen je Beschäftigten), sondern auch die größte Steigerung im Zehnjahresvergleich (+10,4 AU-Tage je Beschäftigten) zu verzeichnen ist. Baden-Württemberg weist dagegen mit durchschnittlich 15,5 AU-

Tagen je Beschäftigten weit mehr als eine Kalenderwoche weniger Fehltagel auf.

Wesentliche Ursachen des weiterhin bestehenden Ost-West-Unterschieds (ausgenommen Berlin) sind aber nach wie vor in sozioökonomischen und soziodemografischen Faktoren zu sehen. Eine ungünstige Arbeitsmarktlage, höhere Arbeitslosigkeit, mehr prekäre Beschäftigung sowie nach wie vor spürbare Folgen der großen Abwanderungswellen v.a. junger Fachkräfte in die Altbundesländer zu Beginn der 90er-Jahre bzw. zur Jahrtausendwende und das damit einhergehende höhere Durchschnittsalter der Beschäftigten in den neuen Bundesländern, wie im **»** Kapitel 0.1 ausführlich dargestellt, sind hier beispielhaft zu nennen.


Auf der anderen Seite ist die Anzahl der AU-Fälle im Beobachtungszeitraum relativ stabil mit wenigen regionalen Unterschieden geblieben. Das ist zumindest für die Gruppe der Beschäftigten so zu bewerten, dass diese, entgegen der allgemeinen Meinung, nicht immer kränker bzw. häufiger krankgeschrieben werden aber aufgrund der demografischen Entwicklung altersbedingt Langzeit- bzw. chronische Erkrankungen tendenziell an Bedeutung gewinnen. Dieser Zuwachs ist aber längst nicht so stark ausgeprägt wie vermutet, wie sich an der eher moderaten Zunahme der durchschnittlichen Falldauer von knapp einem Kalendertag zeigt.

Was passiert, wenn man den Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Fehlzeiten statistisch kontrolliert, wird im Folgenden näher betrachtet. Um die regionalen Unterschiede unabhängig von der vorhandenen Alters- und Geschlechtsstruktur der beschäftigten Mitglieder betrachten zu können, werden die AU-Daten anhand der Gesamtheit aller sozialversicherungsspflichtig Beschäftigten standardisiert (**»** Methodische Hinweise). Bei der hier angewendeten direkten Standardisierung werden die entsprechenden AU-Kennzahlen so berechnet, als würde die Alters- und Geschlechtsstruktur der Beschäftigten in den Regionen denen aller sozial-

Tabelle 1.3.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) im Zehnjahresvergleich (2008 und 2018)

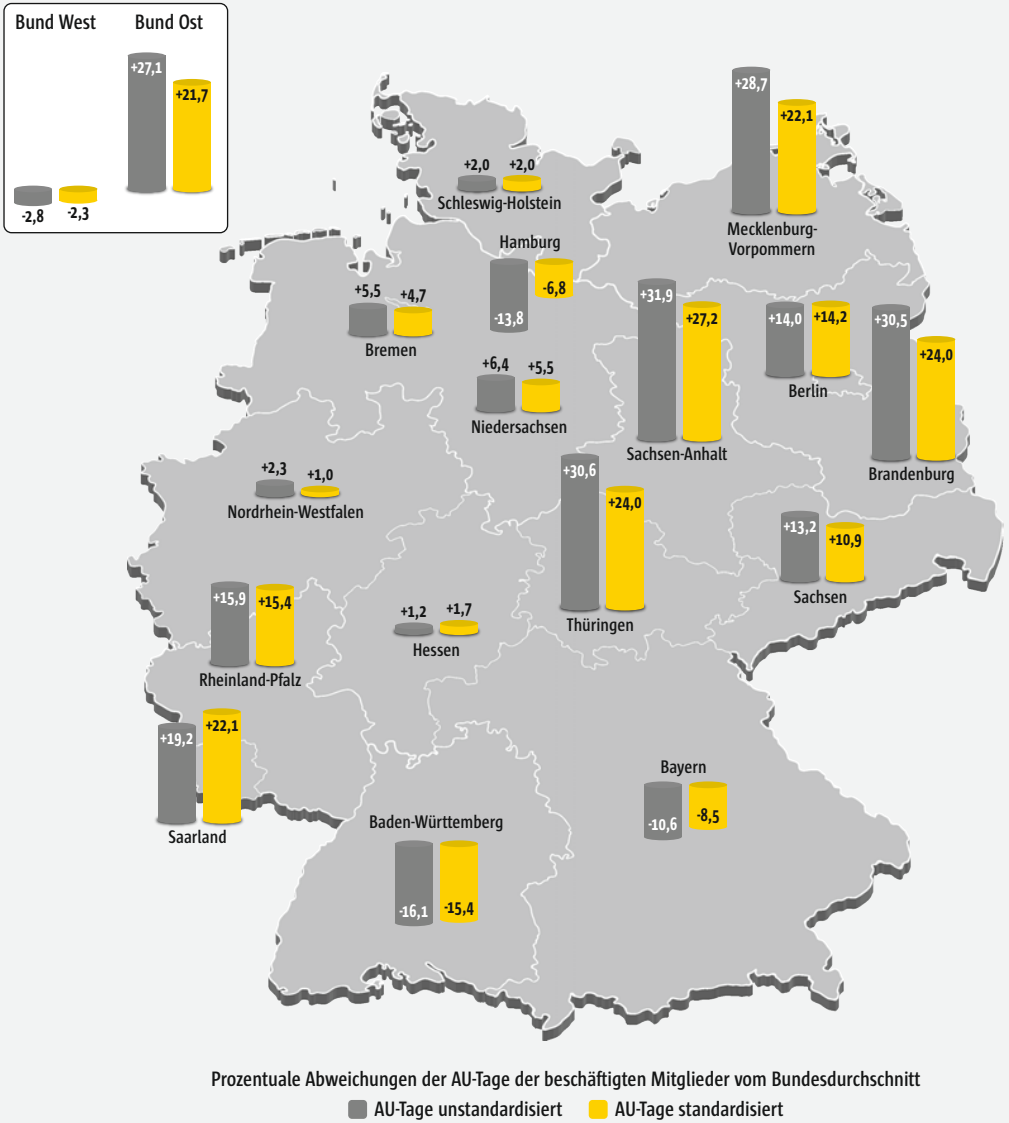
Bundesländer	AU-Fälle	Differenz zu 2008	AU-Tage	Differenz zu 2008	Tage je Fall	Differenz zu 2008
	je beschäftigtes Mitglied					
Baden-Württemberg	1,3	+0,3	15,5	+4,7	11,7	+0,8
Bayern	1,4	+0,4	16,6	+5,2	12,2	+0,8
Berlin	1,4	+0,4	21,1	+5,8	14,9	+0,1
Brandenburg	1,6	+0,6	24,2	+9,6	15,0	+1,1
Bremen	1,5	+0,4	19,5	+6,3	13,1	+0,9
Hamburg	1,2	+0,2	16,0	+2,7	12,9	-0,5
Hessen	1,5	+0,4	18,8	+5,7	12,6	+0,9
Mecklenburg-Vorpommern	1,6	+0,5	23,8	+9,6	14,6	+2,0
Niedersachsen	1,5	+0,4	19,7	+7,0	13,0	+1,1
Nordrhein-Westfalen	1,4	+0,4	19,0	+6,0	13,4	+0,9
Rheinland-Pfalz	1,8	+0,5	21,5	+7,0	11,9	+0,6
Saarland	1,5	+0,5	22,1	+6,7	14,5	-0,5
Sachsen	1,6	+0,6	21,0	+7,9	13,3	+0,1
Sachsen-Anhalt	1,7	+0,6	24,4	+10,4	14,5	+1,2
Schleswig-Holstein	1,4	+0,4	18,9	+6,5	13,5	+1,1
Thüringen	1,7	+0,7	24,2	+10,3	14,2	+0,9
Bund West	1,6	+0,6	18,0	+5,6	12,7	+0,8
Bund Ost	1,4	+0,4	23,5	+9,5	14,4	+1,1
Gesamt	1,4	+0,4	18,5	+5,9	12,9	+0,8

versicherungspflichtig Beschäftigten entsprechen. Äquivalent gilt dieses Vorgehen auch an den einschlägigen Stellen in den anderen Kapiteln zu den weiteren Leistungsbereichen in diesem Buch. Somit lassen sich von der Verteilung des Alters und des Geschlechts unabhängige Vergleiche sowohl zwischen den beschäftigten BKK Mitgliedern als auch – bei Anwendung der identischen Methoden – mit den Berichten bzw. Statistiken anderer Kassenarten durchführen.

In  Diagramm 1.3.1 zeigt sich der zum Teil deutliche Einfluss der Alters- und Geschlechtsstruktur bei den AU-Tagen auf Ebene der Bundesländer. Dargestellt sind hier die prozentualen Abweichungen der standardisierten bzw. unstandardisierten Fehltag je Beschäftigten vom Bundesdurchschnitt. Zunächst zeigt sich bei der Mehrzahl der Bundesländer

eine höhere Abweichung vom Bundesdurchschnitt bezogen auf die unstandardisierten im Vergleich zu den standardisierten Kennwerten. Würde also die Alters- und Geschlechtsverteilung in diesen Bundesländern der aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten entsprechen, wären hier im Durchschnitt weniger AU-Tage zu erwarten. In diesen Bundesländern ist also davon auszugehen, dass die beschäftigten BKK Mitglieder bezogen auf ihre Morbidität eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen als die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt. Im Vergleich zeigen sich die deutlichsten Unterschiede auch hier in den neuen Bundesländern. Ein anderes Bild ist in den meisten Altbundesländern zu finden. Hier ist – gemessen an den prozentualen Abweichungen der AU-Tage zum Bundesdurchschnitt – die Alters- und

Diagramm 1.3.1 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2018)

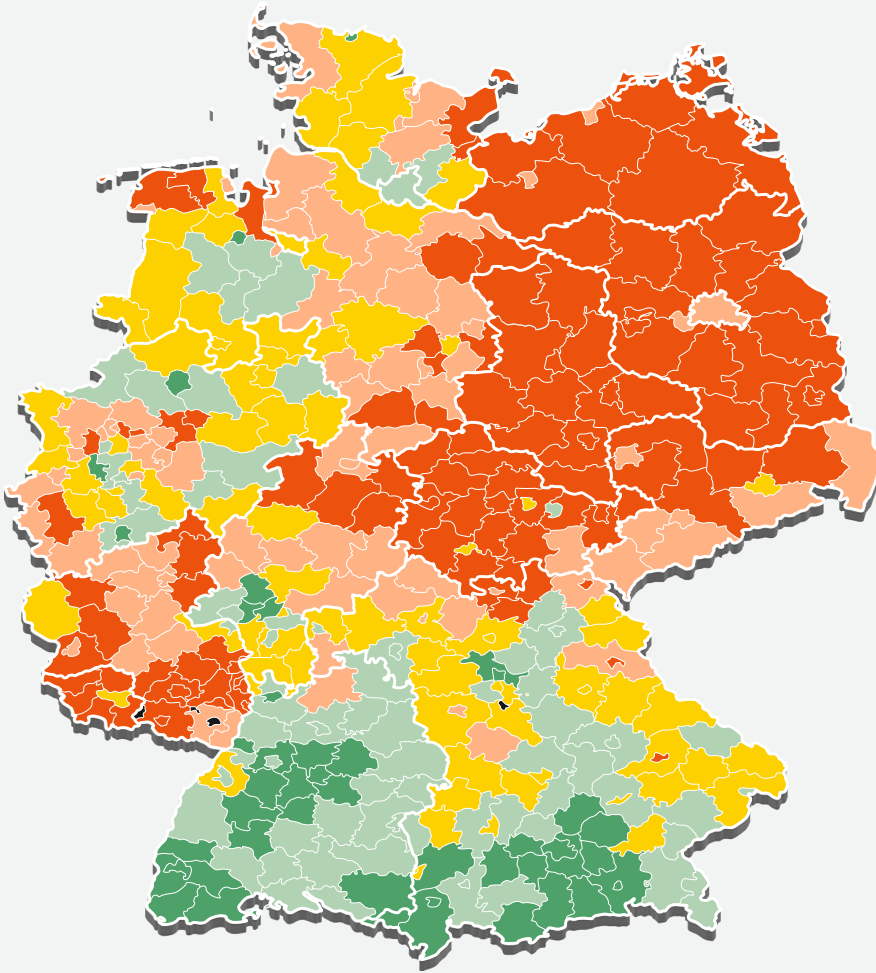


Gesamt: unstandardisiert: 18,5 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied; standardisiert: 18,4 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied

Geschlechtsstruktur im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten meist etwas günstiger. Besonders deutlich wird dies im Stadtstaat Hamburg: Würden das Alter und das Geschlecht der beschäftigten BKK Mitglieder denen aller sozialver-

sicherungspflichtig Beschäftigten entsprechen, so wäre die Anzahl an Fehltagen immer noch um -6,8% geringer als der Bundesdurchschnittswert ausgeprägt. Da die in Hamburg wohnhaften beschäftigten BKK Mitglieder aber eine wesentlich günstigere So-

Diagramm 1.3.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2018)



Prozentuale Abweichungen der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt (18,4 AU-Tage je Beschäftigten)

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

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

ziodemografie aufweisen, beträgt der unstandardisierte Unterschied -13,8%. Insgesamt gleichen sich diese regionalen Unterschiede auf Bundesebene nahezu aus (unstandardisiert: 18,5 AU-Tage je Beschäftigter; standardisiert: 18,4 AU-Tage je Beschäftigter).

Es zeigt sich hier deutlich, welchen Einfluss die mit der Regionalität verbundene Beschäftigtenstruktur auf das AU-Geschehen und somit auf das Krankheitsgeschehen und die regionale Versorgung ausübt.

Noch detailreicher zeigt sich das AU-Geschehen bei der Betrachtung auf Ebene der Landkreise. So ist zu erkennen, dass die Spannbreite der AU-Tage auf Kreisebene innerhalb eines Bundeslandes genau so breit gefächert sein kann, wie zwischen den Bundesländern selbst. Das **III** Diagramm 1.3.2 illustriert anschaulich, dass – selbst nach Standardisierung für Alter und Geschlecht – die durchschnittlichen Fehltagelänge der Mitglieder in den neuen Bundesländern fast durchweg über dem standardisierten Bundesdurchschnittswert von 18,4 AU-Tagen je Beschäftigten liegen. Wenig überraschend zeigt sich, dass von den zehn Kreisen mit den meisten Fehltagen allein neun in den neuen Bundesländern liegen. Spitzenreiter ist dabei mit durchschnittlich 29,9 AU-Tagen je Beschäftigten der Kyffhäuserkreis in Thüringen. Dieser Wert liegt deutlich (+62,7%) über dem Bundesdurchschnitt von 18,4 AU-Tagen je Beschäftigten. In den Altbundesländern sind das Saarland sowie größere Teile von Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Hessen sowie Nordrhein-Westfalen ebenfalls von überdurchschnittlich vielen AU-Tagen je Landkreis betroffen. Die nach AU-Tagen gesündeste Region ist im Jahr 2018 der Landkreis München mit durchschnittlich 12,2 AU-Tagen je Beschäftigten. Der Landkreis München weist somit mehr als ein Drittel (-33,5%) weniger Fehltagelänge im Vergleich zum Bundesdurchschnitt auf. Auch insgesamt sind auf Kreisebene vor allem in Bayern und Baden-Württemberg die im Durchschnitt wenigsten AU-Tage bei den Beschäftigten zu verzeichnen.

1.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

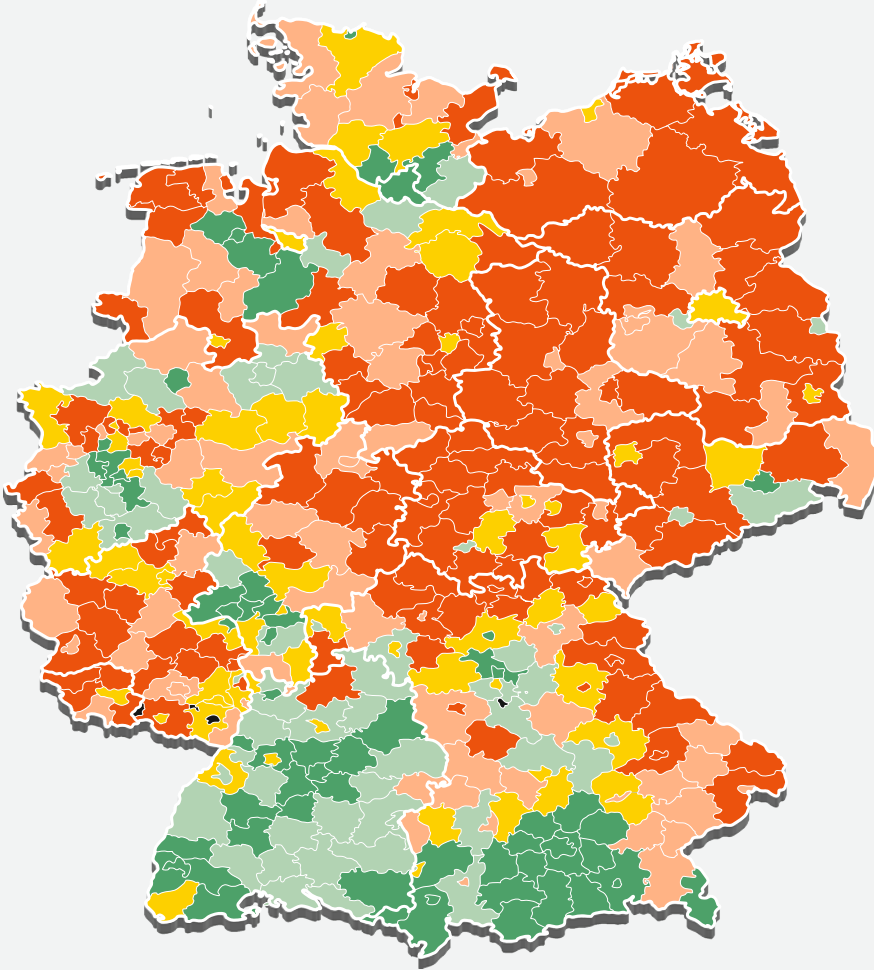
Nicht nur die allgemeinen Fehlzeiten, sondern die regionale Variation der krankheitsspezifischen AU-Tage der Beschäftigten ist einen Blick wert. Im Folgenden werden deshalb exemplarisch die AU-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie aufgrund von psychischen Störungen auf Ebene der Landkreise betrachtet. Die entsprechenden Kennzahlen sind wiederum für Alter und Geschlecht standardisiert, um einen davon unabhängigen Vergleich zwischen den Regionen zu ermöglichen.

Betrachtet man die AU-Tage der Beschäftigten, die auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen sind (**III** Diagramm 1.3.3), so zeigen sich auch hier mehrheitlich die Regionen mit besonders hohen Fehlzeiten, die bereits in **III** Diagramm 1.3.2 auf-

fällig waren. Neben dem Schwerpunkt in den neuen Bundesländern sind es wiederum zahlreiche Kreise in den Altbundesländern, die auffällig hohe Werte zeigen. Insbesondere in Ostbayern, im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Teilen Hessens sowie in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen sind überdurchschnittliche Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart zu erkennen. Unter den zehn Landkreisen mit den meisten AU-Tagen je Beschäftigten stammt – anders als bei den AU-Tagen insgesamt – mit sieben die Mehrheit aus den Altbundesländern. Herne (Nordrhein-Westfalen) führt die Liste mit durchschnittlich 7,4 AU-Tagen je Beschäftigten an, gefolgt vom Landkreis Mansfeld-Südharz in Sachsen-Anhalt (7,3 AU-Tage je Beschäftigten) und dem Landkreis Lüchow-Dannenberg in Niedersachsen (7,2 AU-Tage je Beschäftigten). Die zehn Landkreise mit den wenigsten AU-Tagen bei dieser Diagnosehauptgruppe liegen aber wiederum ausschließlich in den Altbundesländern und zwar vorrangig in Bayern und Baden-Württemberg. Die Stadt Erlangen und der Landkreis München sind mit jeweils durchschnittlich 2,3 AU-Tagen je Beschäftigten hier die Spitzenreiter. Die starke Spreizung innerhalb der einzelnen Bundesländer zeigt zudem, dass eine Analyse auf Ebene der Landkreise einen erheblichen zusätzlichen Erkenntnisgewinn mit sich bringt und für regionale Planungen von Versorgungsstrukturen sowie auch von Prävention und Gesundheitsförderung von wesentlicher Bedeutung sein kann.

Auch die AU-Tage aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen zeigen auf Kreisebene ein sehr unterschiedliches Bild (**III** Diagramm 1.3.4). Hier ist, im Vergleich zu den vorhergehenden Darstellungen, kein einheitliches Muster zu beobachten. Insbesondere in Bayern und Baden-Württemberg sind aber, bis auf einige Ausnahmen, im Vergleich die niedrigsten AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen in der Mehrzahl der Kreise zu finden. Die zehn Landkreise mit den meisten AU-Tagen bei den Beschäftigten verteilen sich entsprechend auf insgesamt acht Bundesländer (Thüringen, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Saarland, Nordrhein-Westfalen, Brandenburg, Bayern). Der Spitzenreiter – der Kyffhäuserkreis in Thüringen – weist mit durchschnittlich 6,0 AU-Tagen je Beschäftigten mehr als doppelt so viele Fehltagelänge wie der Bundesdurchschnitt (2,9 AU-Tage je Beschäftigten) auf. Dagegen sind in Heidelberg (Baden-Württemberg) nicht einmal ein Drittel (1,7 AU-Tage je Beschäftigten) der Fehltagelänge im Vergleich zum Spitzenreiter zu finden.

Diagramm 1.3.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2018)

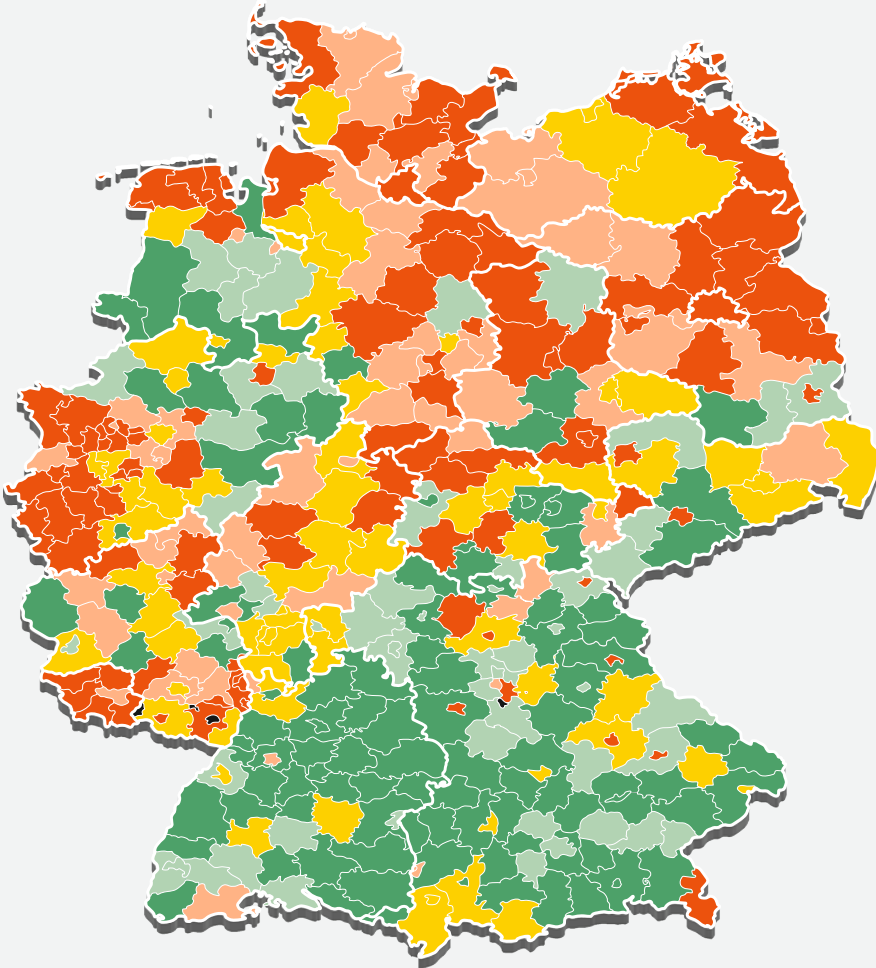


Prozentuale Abweichungen der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt (4,3 AU-Tage je Beschäftigten)

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

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

Diagramm 1.3.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Psychische Störungen – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2018)



Prozentuale Abweichungen der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder vom Bundesdurchschnitt (2,9 AU-Tage je Beschäftigten)

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

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

1.4 AU-Geschehen in der Arbeitswelt

Der folgende Abschnitt widmet sich dem Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit. Im Fokus der Betrachtungen stehen dabei wiederum alle beschäftigten BKK Mitglieder. Zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren sind aufgrund der BKK Routinedaten für eine Betrachtung verfügbar. Unter anderem lassen sich Analysen nach der Betriebsgröße, der Wirtschaftsgruppe, der Berufsgruppe sowie weiteren Merkmalen der beruflichen Tätigkeit darstellen. Die bisher im Folgenden dargestellten Arbeitsumfeld- und Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten BKK Mitglieder werden ab diesem Jahr mit zusätzlichen Detailinformationen umfänglich im **»»** Kapitel 0.2 dargestellt.

1.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

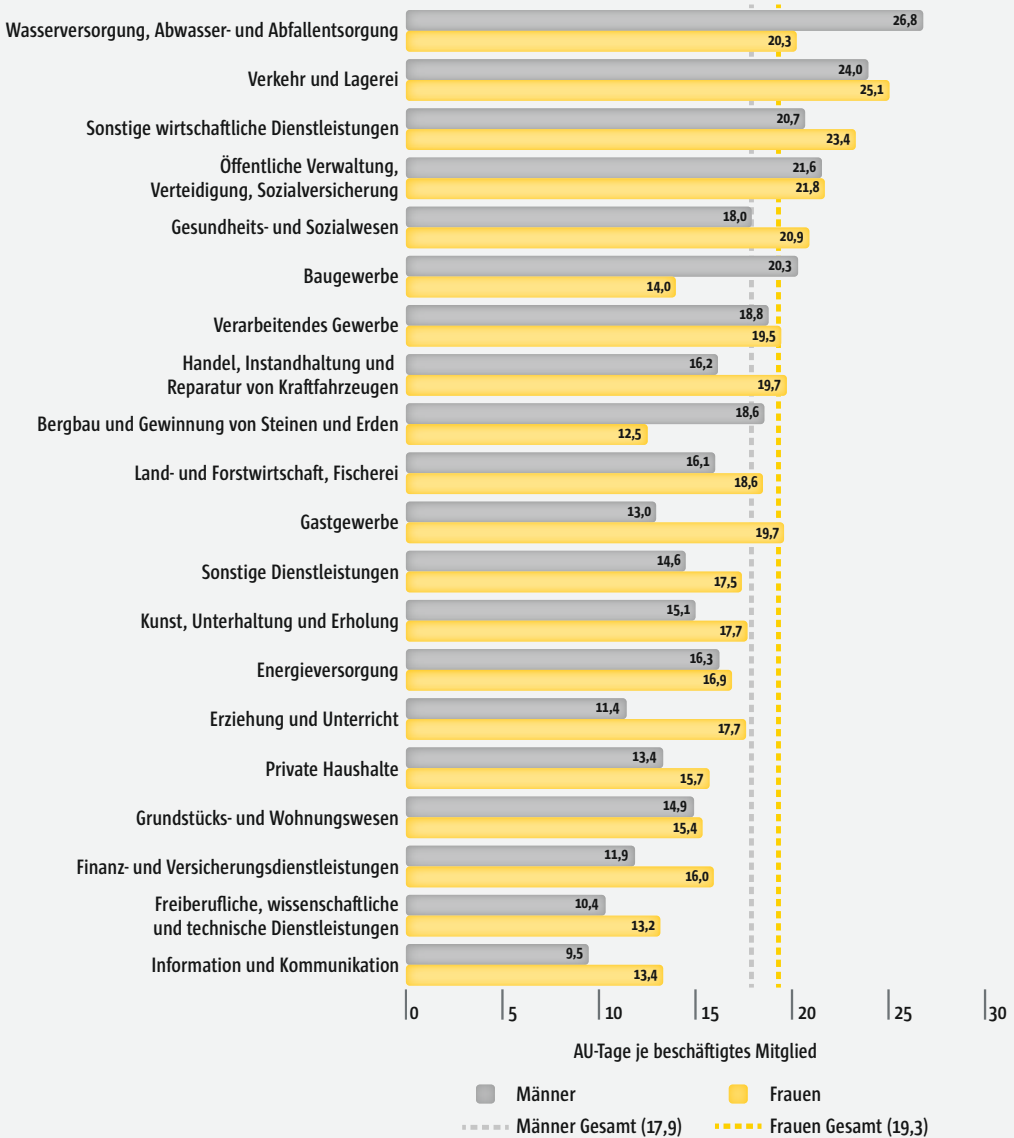
Die folgenden Auswertungen basieren ausschließlich auf der offiziellen Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008; siehe **»»** Tabelle B.3) und ersetzen somit die bisherigen Auswertungen nach den BKK Wirtschaftsgruppen. Detailauswertungen für beide Systematiken sind aber weiterhin digital in den **»»** Tabellen A.6 bis A.9 auf der Internetseite des BKK Dachverbandes zu finden.

- Die Beschäftigten der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie in Verkehr und Lagerei weisen mit durchschnittlich über drei Kalenderwochen die mit Abstand meisten Fehltag von allen Wirtschaftsgruppen auf.
- Dagegen treten nicht einmal halb so viele Fehltag bei den im Bereich Information und Kommunikation Beschäftigten auf.

- Während AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen vermehrt in Wirtschaftsgruppen mit hohem körperlichem Arbeitsanteil (z.B. Baugewerbe oder Abfallbeseitigung) vorkommen, sind Fehltag aufgrund von psychischen Störungen vor allem dort zu finden, wo die zwischenmenschliche Interaktion Hauptinhalt der Arbeit ist (z.B. Gesundheits- und Sozialwesen oder Erziehung und Unterricht).

In **»»** Diagramm 1.4.1 sind die AU-Tage je beschäftigtes Mitglied nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht dargestellt. Am stärksten von Fehlzeiten betroffen sind, wie in den letzten Jahren auch, die Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (25,4 AU-Tage je Beschäftigten) sowie Verkehr und Lagerei (24,3 AU-Tage je Beschäftigten) und sonstige Dienstleistungen (21,9 AU-Tage je Beschäftigten). Im Durchschnitt etwa halb so viele bzw. noch weniger AU-Tage finden sich bei den Erwerbstätigen in den Wirtschaftsabschnitten Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (14,3 AU-Tage je Beschäftigten), den freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (11,9 AU-Tage je Beschäftigten) sowie im Bereich der Information und Kommunikation (10,9 AU-Tage je Beschäftigten). Geschlechtsunterschiede treten hier immer dann besonders deutlich zu Tage, wenn Männer und Frauen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe grundverschiedene Tätigkeiten ausüben, die meist auch mit einer unterschiedlich starken körperlichen und psychischen Beanspruchung einhergehen. Dies wird besonders in den Gruppen Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie im Baugewerbe sichtbar. In beiden Branchen sind Frauen sehr häufig mit verwaltenden Aufgaben bzw. Bürotätigkeit betraut. Männer haben hier im Durchschnitt eine Kalenderwoche mehr Fehltag pro Jahr als Frauen. Umgekehrt sind die im Gastgewerbe und in Erziehung und Unterricht beschäftigten Frauen im Mittel länger krankheitsbedingt arbeitsunfähig als ihre männlichen Kollegen.

Diagramm 1.4.1 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Insgesamt weicht der Gesamtwert der standardisierten AU-Tage (18,4) nur minimal von dem der unstandardisierten AU-Tage (18,5) je Beschäftigten ab. Die beschäftigten BKK Mitglieder unterscheiden sich also – bezogen auf das Fehlzeitengeschehen allgemein – nicht bedeutsam von allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Be-

trachtet man dagegen die jeweiligen Werte bezogen auf die einzelnen Wirtschaftsgruppen, so zeigen sich zum Teil deutliche Differenzen (»» Diagramm 1.4.2). So reduzieren sich die Fehltag bei der Abfallentsorgung vom 26,5 AU-Tagen (unstandardisiert) auf 22,3 AU-Tage (standardisiert). Das bedeutet, dass die BKK Beschäftigten in dieser Wirtschaftsgruppe eine

Diagramm 1.4.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2018)

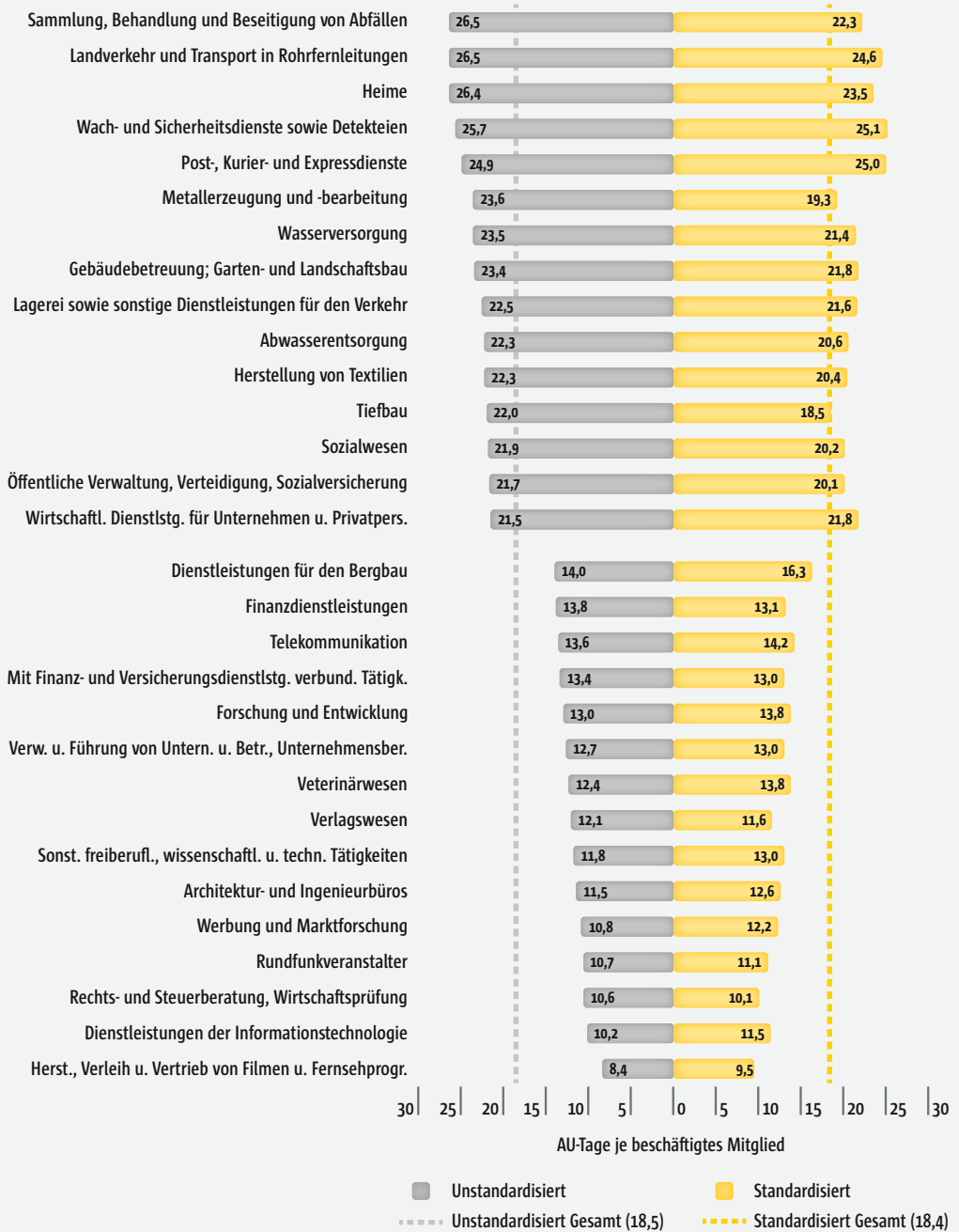
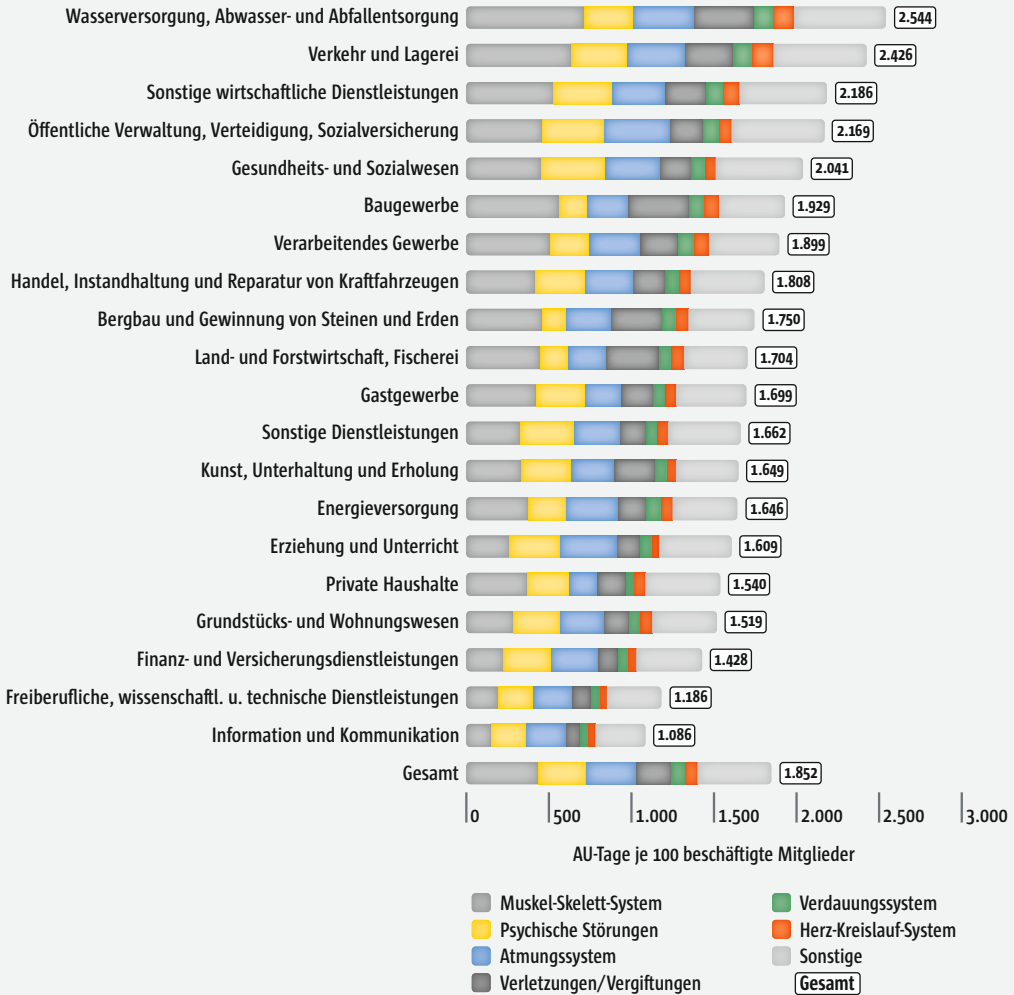


Diagramm 1.4.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)



ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen als alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt. Gleiches gilt zum Beispiel auch für Beschäftigte im Bereich Tiefbau sowie Metallerzeugung und -bearbeitung. Umgekehrt gibt es aber auch Wirtschaftsgruppen, bei denen die BKK Beschäftigten in der jeweiligen Wirtschaftsgruppe eine günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur als alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufweisen. Dies ist zum Beispiel in den Bereichen Werbung und Marktforschung sowie im Veterinärwesen der Fall. Hier liegen

die standardisierten AU-Tage über den unstandardisierten Werten, allerdings sind die Differenzen hier mit 1,4–1,5 AU-Tagen wesentlich geringer ausgeprägt.

In **»»»** Diagramm 1.4.3 sind die AU-Tage der verschiedenen Wirtschaftsabschnitte noch einmal differenziert für die wichtigsten Krankheitsarten dargestellt. Nicht nur die meisten AU-Tage insgesamt, sondern auch aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sind bei den Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (717 AU-Tage je 100 Beschäftigte) sowie im Bereich

Verkehr und Lagerei (639 AU-Tage je 100 Beschäftigte) zu finden. Im Vergleich hierzu weisen Beschäftigte der Wirtschaftsgruppe Information und Kommunikation nicht einmal ein Viertel der Fehltagelänge auf (157 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Diese Differenzen sind insbesondere durch die unterschiedlichen arbeitsbedingten Beanspruchungen und Belastungen in den einzelnen Branchen begründet: Insgesamt haben bei dieser Diagnosehauptgruppe vor allem Wirtschaftsgruppen des produzierenden Gewerbes bzw. des Handwerks (z.B. Baugewerbe) oder Dienstleister mit besonders hoher körperlicher beanspruchender Arbeit (z.B. Abfallbeseitigung) auffällig viele Fehltagelänge, während die bei Wirtschaftsgruppen mit vorwiegenden Büroaktivitäten deutlich weniger zu krankheitsbedingten Ausfällen führen.

Ein anderes Muster zeigt sich bei den psychischen Störungen: Mit 396 AU-Tagen je 100 Beschäftigten steht hier das Gesundheits- und Sozialwesen an der Spitze mit den meisten Fehltagelängen. Dagegen haben Beschäftigte im Bergbau nicht einmal halb so viele Fehltagelänge (143 AU-Tage je 100 Beschäftigte) aufgrund dieser Krankheitsart. Auch andere Branchen, in denen die Tätigkeit vorrangig in der Interaktion mit anderen Menschen besteht (z.B. Verwaltung oder Erziehung und Unterricht), weisen überdurchschnittlich viele AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen auf.

Erwartungsgemäß sind von Verletzungen und Vergiftungen ebenfalls diejenigen Wirtschaftsgruppen (z.B. Baugewerbe, Abfallbeseitigung, Verkehr und Lagerei) stärker betroffen, die bei ihrer Tätigkeit vor allem körperlichen Belastungen ausgesetzt sind bzw. deren Tätigkeit ein generell höheres Unfallrisiko (z.B. durch Tätigkeitsschwerpunkt im Straßenverkehr bzw. an Maschinen) mit sich bringt. An der Spitze steht bei dieser Krankheitsgruppe das Baugewerbe mit 370 AU-Tagen je 100 Beschäftigten – das sind mehr als viermal so viele Fehltagelänge im Vergleich zu den Beschäftigten im Bereich Information und Kommunikation (89 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Stellvertretend für zwei für das AU-Geschehen bedeutende Diagnosehauptgruppen – die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die Atemwegserkrankungen – werden in **III** Diagramm 1.4.4 für jede dieser Krankheitsarten die AU-Tage der jeweils prominentesten Diagnose nach Wirtschaftsabteilungen betrachtet. Dabei handelt es sich sowohl bei den Rückenschmerzen (M54), als auch bei den akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) um diejenige Einzeldiagnose, die den jeweils größten Anteil der AU-Tage in der entsprechenden Krankheitsgruppe auf sich vereint. Wenig überraschend sind auch hier

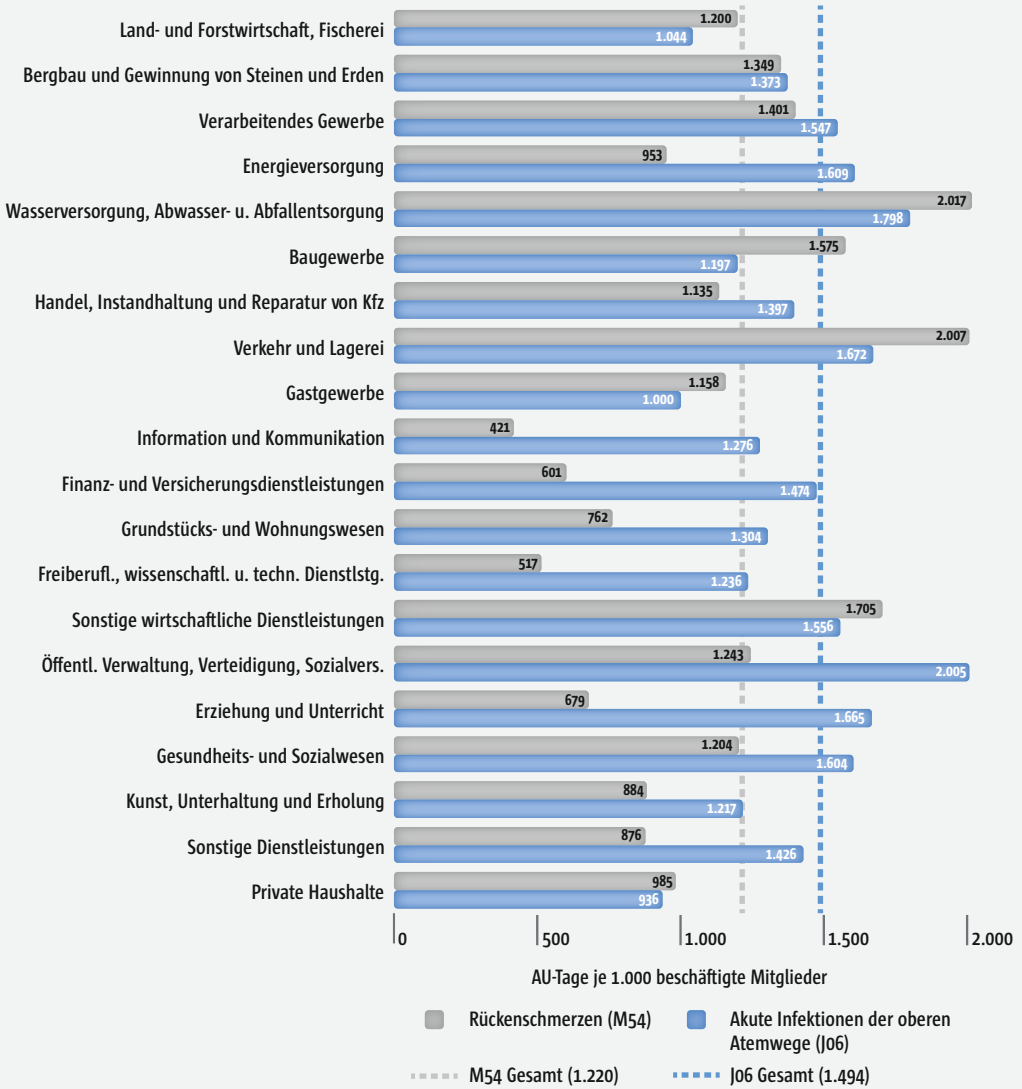
die Beschäftigten der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung (2.017 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und der Gruppe Verkehr und Lagerei (2.007 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) mit den meisten krankheitsbedingten Fehltagelängen aufgrund von Rückenschmerzen (M54) an der Spitze aller Wirtschaftsgruppen zu finden. Im Vergleich zu den am wenigsten betroffenen Wirtschaftsgruppen Information und Kommunikation (421 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) sowie freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen (517 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte), weisen diese fast viermal höhere Fehltagelängen aufgrund dieser Einzeldiagnose auf. Insgesamt zeigt sich auch hier, dass Wirtschaftsgruppen mit Tätigkeiten, die vor allem mit einer körperlichen Beanspruchung einhergehen aufgrund dieser Krankheitsart stärker von Fehltagelängen betroffen sind, als solche, die vorrangig eine psychosozial beanspruchende Tätigkeit beinhalten.

Ein anderes Muster zeigt sich bei den Infektionen der oberen Atemwege (J06), die als übertragbare Erkrankung v.a. in solchen Branchen vermehrt auftritt, in denen bei Beschäftigten durch einen häufigen zwischenmenschlichen Kontakt das Risiko einer Infektion größer ist, wie z.B. im Bereich der öffentlichen Verwaltung oder auch in Erziehung und Unterricht. Andererseits sind hier aber auch Branchen wie die Abfallbeseitigung bzw. Verkehr und Lagerei besonders betroffen, die ganzjährig den unterschiedlichsten Witterungsbedingungen bzw. Umwelteinflüssen ausgesetzt sind.

- Insgesamt 4,0% aller AU-Tage im Jahr 2018 werden durch einen Arbeitsunfall verursacht.
- Auch hier sind Wirtschaftsgruppen mit einem deutlich höheren Anteil an körperlicher Arbeit (z.B. Baugewerbe) stärker betroffen, als solche mit geringerer körperlicher Beanspruchung bzw. Gefährdung (z.B. Finanz- und Versicherungsdienstleistungen).

Neben den bisher dargestellten krankheitsbedingten Ursachen der Arbeitsunfähigkeit, spielen auch Arbeitsunfälle und die damit verbundenen Fehltagelängen bei den Beschäftigten eine wichtige Rolle. Die gute Nachricht zuerst: Die AU-Fälle und AU-Tage aufgrund von Arbeitsunfällen weisen seit Einführung der vollständigen Zählung von 2016 bis 2018 insgesamt eine abnehmende Tendenz auf. Etwa 4% aller Fehltagelängen der Beschäftigten werden dennoch im Jahr 2018 allein durch Arbeitsunfälle verursacht. Insbesondere wird in **III** Diagramm 1.4.5 der Zusammenhang zwischen den mit Arbeitsunfällen verbundenen

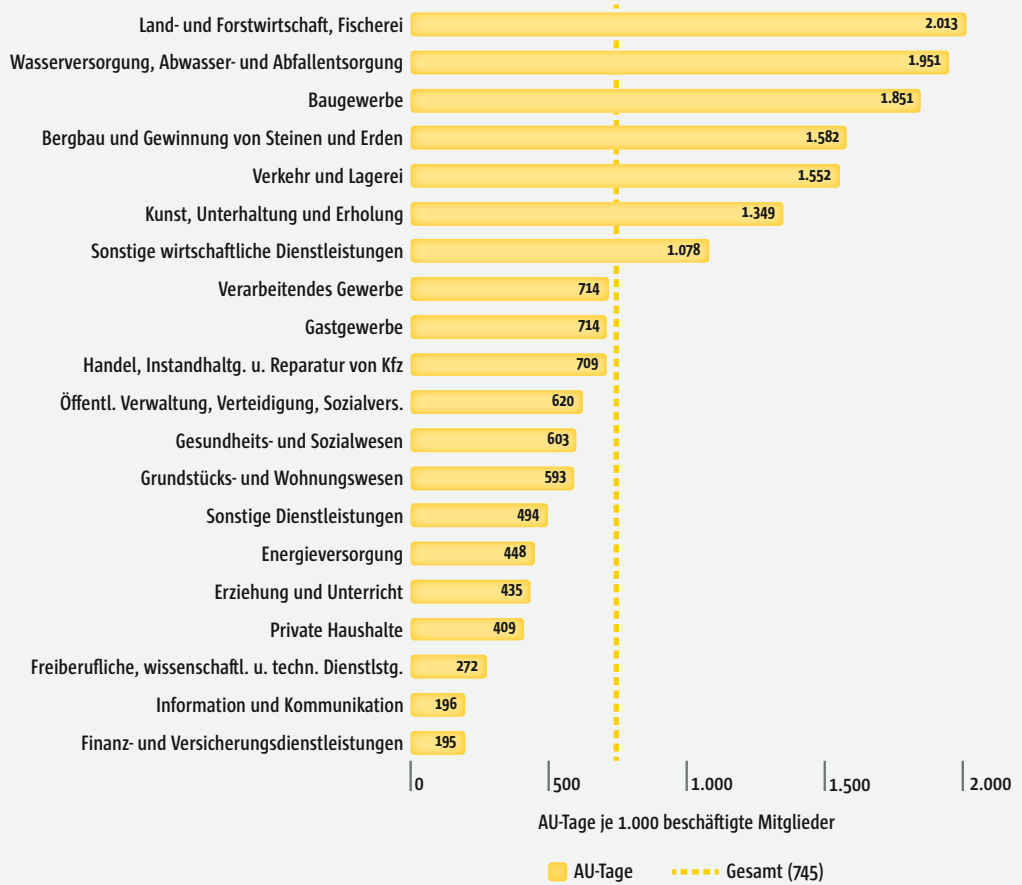
Diagramm 1.4.4 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Rückenschmerzen (M54) bzw. Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) nach Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)



Fehlzeiten und der Wirtschaftsgruppe sichtbar: Zwischen den Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei (2.013 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und denen in der Gruppe Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (195 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) zeigt sich sehr plakativ, wie gravierend auch das Arbeitsunfallgeschehen von arbeitsweltlichen Faktoren abhängig ist. Hier sind ebenfalls Beschäftigte in Tätigkeitsfelder mit hoher körperlicher

Belastung (z.B. Landwirtschaft oder Baugewerbe) bzw. mit einer potenziell weitaus höheren Unfallgefahr zum Beispiel im Straßenverkehr (z.B. Verkehr und Lagerei, Abfallbeseitigung) deutlich stärker von Fehltagen aufgrund von Arbeitsunfällen betroffen, als Beschäftigte in Wirtschaftsgruppen mit geringer körperlicher Belastung und/oder vorwiegender Büro-tätigkeit (z.B. Finanz- und Versicherungsdienstleistungen).

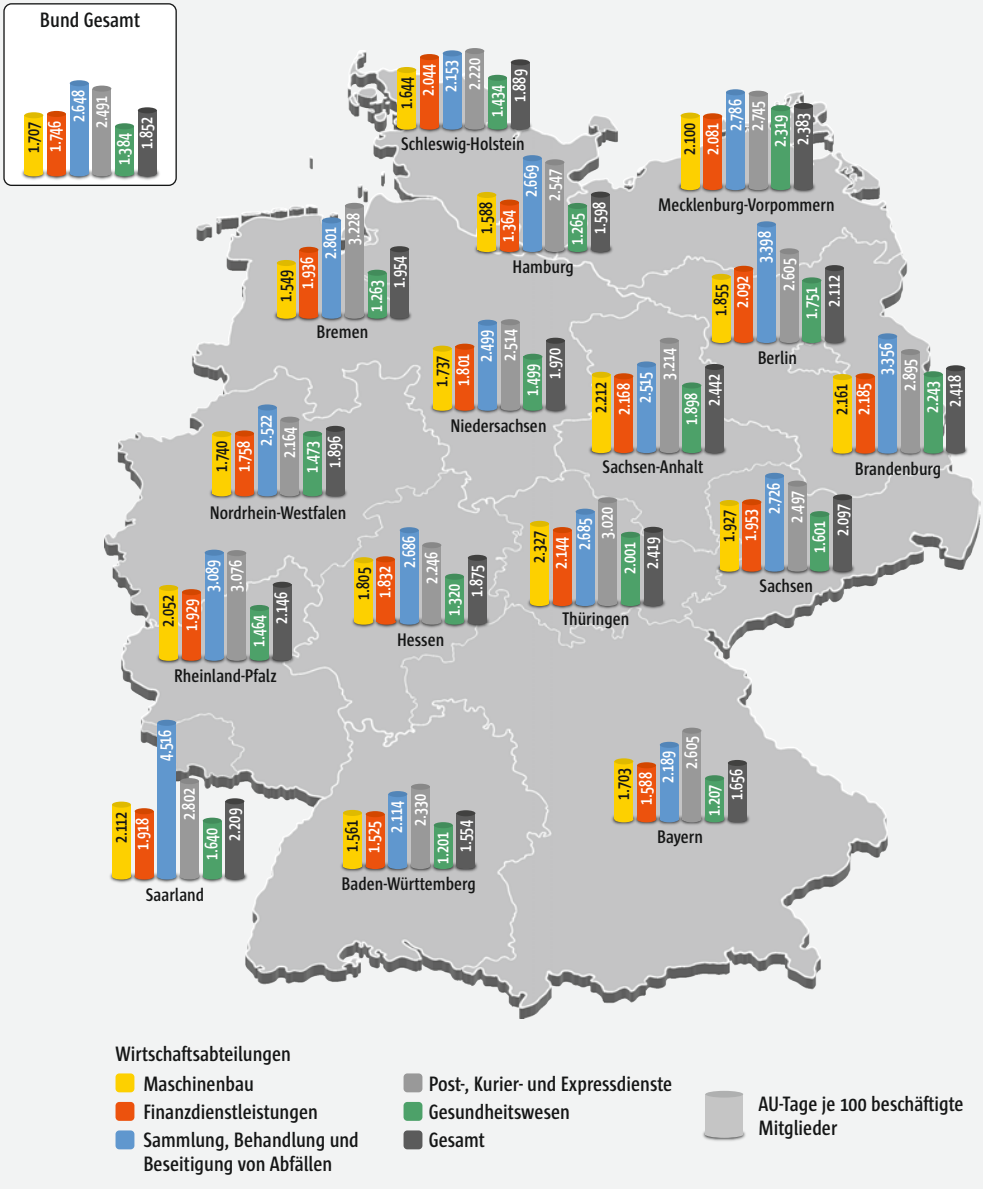
Diagramm 1.4.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)



Das **»»»** Diagramm 1.4.6 zeigt eindrucksvoll, dass deutliche regionale Unterschiede auch innerhalb einzelner Wirtschaftsabteilungen bei den Fehlzeiten bestehen. So haben die in Mecklenburg-Vorpommern wohnhaften Beschäftigten des Gesundheitswesens fast doppelt so viele Fehlzeiten wie ihre Kollegen in Baden-Württemberg (2.319 vs. 1.201 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Ähnliche Differenzen zeigen sich im Maschinenbau zwischen den Beschäftigten mit Wohnort in Thüringen (2.327 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und in Bremen (1.549 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Zum Teil sind diese Abweichungen zwar durch eine unterschiedliche soziodemografische Struktur der Beschäftigten (z. B. bei Alter und Geschlecht) zu erklären, größtenteils aber auch durch unterschiedliche (un-)günstige Arbeits- und Lebens-

bedingungen vor Ort. Nicht allein die Tätigkeit in einer bestimmten Wirtschaftsgruppe übt somit einen Einfluss auf die Gesundheit aus, sondern wo bzw. vielmehr unter welchen regionalen Bedingungen diese erbracht wird. Hierzu zählt unter anderem auch die wirtschaftliche und sozioökonomische Situation einer Region aber auch die Gesundheitsversorgung vor Ort. Auch für die anderen betrachteten Wirtschaftsgruppen sind regionale Unterschiede bei den Fehlzeiten von bis zu über einer Kalenderwoche zu beobachten. Insgesamt zeigt sich hier ebenfalls deutlich, dass in den neuen Bundesländern die Fehlzeiten im Mittel höher sind als in den Altbundesländern. Ausnahmen bilden das Saarland und Rheinland-Pfalz, die im Ländervergleich ebenfalls hohe Fehlzeiten aufweisen.

Diagramm 1.4.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2018)

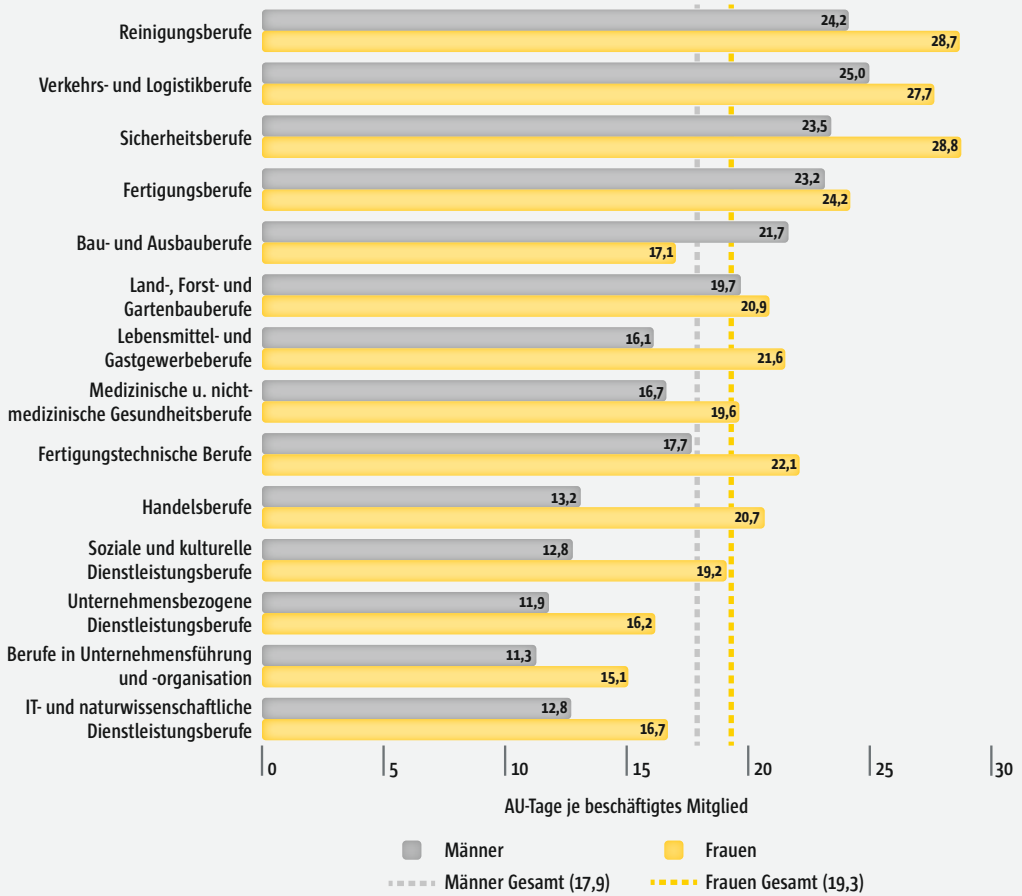


1.4.2 Auswertungen nach Berufsgruppen

Neben der Betrachtung des Fehlzeitengeschehens in Zuordnung zu den Betrieben und somit auch des Berufstätigen zu einer bestimmten Wirtschaftsgrup-

pe, gibt die vom Beschäftigten ausgeübte Tätigkeit weiteren Aufschluss über den Einfluss arbeitsweltlicher Faktoren auf die Gesundheit. Basis bildet hierbei der Tätigkeitsschlüssel nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010). Dieser zeigt nicht nur

Diagramm 1.4.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



die aktuell ausgeübte Tätigkeit des Beschäftigten, sondern beinhaltet zudem noch weitere Merkmale. In diesem Abschnitt soll der Fokus zunächst auf dem ausgeübten Beruf der Beschäftigten liegen. Das sich anschließende **»»** Kapitel 1.4.3 widmet sich weiteren, für den Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit, relevanten Indikatoren. In der **»»** Tabelle A.10 sind ergänzend die wichtigsten AU-Kennzahlen der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen im Überblick zu finden.

■ Um nahezu das Dreifache unterscheiden sich die krankheitsbedingten Fehltagen zwischen den Beschäftigten in den IT- und Kommunikationsberufen (9,9 AU-Tage je Beschäftigten) und den in den Reinigungsberufen (27,6 AU-Tage je Beschäftigten).

In **»»** Diagramm 1.4.7 sind die AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht dargestellt. Dabei sind deutliche Unterschiede bei den Fehltagen im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit zu erkennen. Mit insgesamt durchschnittlich 27,6 AU-Tagen je Beschäftigten stehen die Reinigungsberufe hier an der Spitze, gefolgt von den Verkehrs- und Logistikberufen (u. a. Beschäftigte der Postdienste) mit 25,6 AU-Tagen je

Beschäftigten. Die geringsten durchschnittlichen krankheitsbedingten Ausfallzeiten sind hingegen bei den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (13,7 AU-Tage je Beschäftigten) zu finden. Beim Blick auf die Geschlechtsunterschiede wird weiterhin ersichtlich, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Werte der Frauen zum Teil deutlich über denen der Männer liegen – die größten Differenzen finden sich im Bereich der Handelsberufe (+7,5 AU-Tage Abweichung) sowie bei den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (+6,4 AU-Tage Abweichung). Hier spielen mindestens zwei weitere Faktoren eine Rolle und zwar das Alter der Beschäftigten in Kombination mit dem Anforderungsniveau der Tätigkeit. So sind Frauen in Handelsberufen am häufigsten im Bereich der fachlich ausgerichteten Tätigkeiten beschäftigt, wobei deren Durchschnittsalter circa drei Jahre über denen der Männer liegt. Männliche Beschäftigte in diesem Berufssegment sind hingegen häufiger bei komplexen bzw. hochkomplexen Tätigkeiten zu finden, was meist mit einer gehobeneren Position (z. B. Führung oder Aufsicht) und einem höheren schulischen- bzw. beruflichen Bildungsgrad einhergeht. Dass die hier zusätzlich benannten Merkmale der Tätigkeit Einfluss auf das AU-Geschehen nehmen, wird zusätzlich im **»»** Kapitel 1.4.3 betrachtet.

Da, wie schon mehrfach angemerkt, unter anderem auch das Alter und das Geschlecht eines Beschäftigten Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen nehmen, bietet sich auf Basis einer Standardisierung für diese Merkmale die Möglichkeit eines alters- und geschlechtsunabhängigen Vergleichs, bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland an. In **»»** Diagramm 1.4.8 sind die entsprechenden Kennzahlen je Berufsgruppe einander gegenübergestellt. Liegen die standardisierten Fehlzeiten unter den unstandardisierten Angaben, so ist dies ein Indiz, dass die BKK Beschäftigten bezogen auf die Morbidität eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland aufweisen. Auf Ebene der einzelnen Berufshauptgruppen gibt es teilweise deutliche Abweichungen. So zeigt sich bei den Reinigungsberufen mit einer Abweichung von 4,3 AU-Tagen, dass die Beschäftigten in dieser Berufsgruppe eine deutlich ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufweisen. Gleiches gilt auch für die Hoch- und Tiefbauberufe (Abweichung 3,3 AU-Tage). Auf der anderen Seite gibt es aber auch Tätigkeitsfelder, bei denen die beschäftigten BKK Mitglieder eine im Vergleich zu allen so-

zialversicherungspflichtig Beschäftigten günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur und somit geringere Werte bei den unstandardisierten im Vergleich zu den standardisierten AU-Tagen aufweisen. Hierzu zählen z. B. die Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe (Abweichung 2,8 AU-Tage) oder die Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe (Abweichung 2,1 AU-Tage).

Aber auch nach Kontrolle für Alter und Geschlecht gibt es weiterhin bedeutsame Unterschiede bei den Fehlzeiten zwischen den einzelnen Berufshauptgruppen. So weisen die Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten mit 27,6 AU-Tagen je Beschäftigten mehr als doppelt so viele Fehlzeiten auf, wie die in lehrenden und ausbildenden Berufen Tätigen (11,5 AU-Tage je Beschäftigten).

- Beschäftigte, die in körperlich besonders beanspruchenden Berufen (z. B. Fertigungs- und Produktionsberufen) tätig sind, weisen besonders hohe Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen auf.
- Berufstätige, die bei ihrer Tätigkeit v. a. mit Menschen arbeiten, sind besonders häufig von Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen betroffen (z. B. Sicherheits- oder Gesundheitsberufe).
- Es zeigen sich zudem deutliche Zusammenhänge zwischen den berufsspezifischen Belastungen und den anderen krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten.

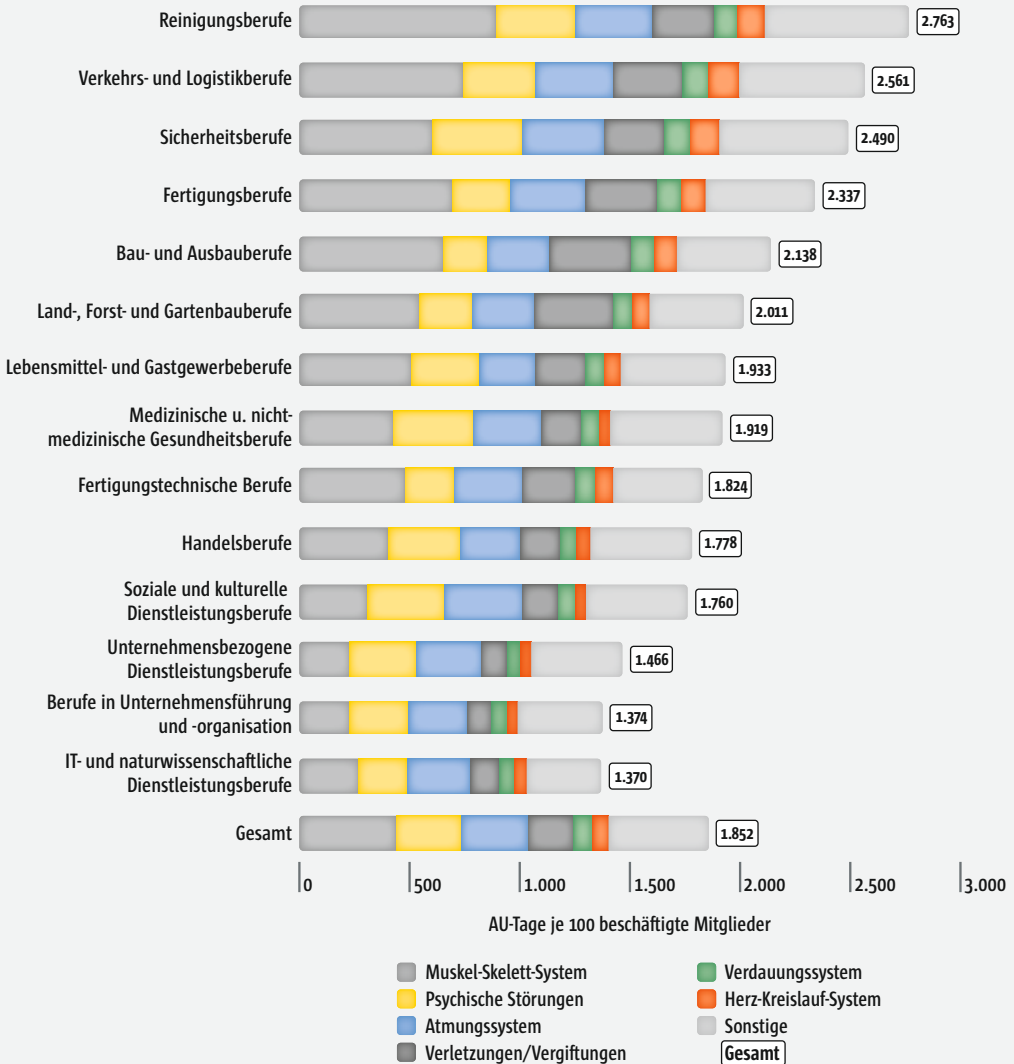
In **»»** Diagramm 1.4.9 sind die AU-Tage noch einmal nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen für die einzelnen Berufssegmente differenziert dargestellt. Nicht nur insgesamt, sondern auch bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen, liegen die Reinigungsberufe mit durchschnittlich 893 AU-Tagen je 100 Beschäftigten an der Spitze. Dagegen weisen Beschäftigte mit einem Beruf im Bereich Unternehmensführung und -organisation nicht einmal ein Drittel dieser Fehlzeiten auf (224 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Unverkennbar ist, dass von Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen vor allem solche Berufe mit einer relativ hohen körperlichen Beanspruchung bzw. Belastung (z. B. Fertigungsberufe, Bau- und Ausbauberufe etc.) betroffen sind.

Ein anderes Bild zeigt sich bei den psychischen Störungen – hier sind die Beschäftigten in den Sicherheitsberufen mit 409 AU-Tagen je 100 Beschäftigten am stärksten betroffen, gefolgt von den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (364 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Die niedrigsten Werte aufgrund dieser Krankheitsart finden sich bei den

Diagramm 1.4.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2018)



Diagramm 1.4.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)



Bau- und Ausbauberufen (195 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Hier lässt sich feststellen, dass insbesondere bei Tätigkeiten die hauptsächlich aus der Interaktion mit Menschen bestehen und somit auch potenziell häufiger (zwischenmenschliche) Stresssituationen beinhalten, die Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart höher sind, als z.B. im handwerklichen Bereich. Des Weiteren spielt hier auch der wesentlich höhere Anteil beschäftigter Frauen in den besonders stark betroffenen Berufssegmenten eine Rolle.

Erwartungsgemäß sind bei den Verletzungen und Vergiftungen Berufe mit einer besonders hohen körperlichen Beanspruchung und Unfallgefahr, wie zum Beispiel Bau- und Ausbauberufe (373 AU-Tage je 100 Beschäftigte) oder Fertigungsberufe (323 AU-Tage je 100 Beschäftigte), an der Spitze zu finden. Dagegen weisen auch hier Berufe mit einer geringen physischen Beanspruchung bzw. Unfallgefahr die niedrigsten Werte auf (z.B. unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe; 114 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Tabelle 1.4.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2018)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
214	Industrielle Keramikherstellung und -verarbeitung	1.998	30.740	15,4
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	1.873	30.398	16,2
281	Textiltechnik und -produktion	1.814	29.202	16,1
821	Altenpflege	1.642	29.187	17,8
525	Bau- und Transportgeräteführung	1.723	28.408	16,5
511	Technischer Betrieb des Eisenbahn-, Luft- und Schiffsverkehrs	1.785	28.252	15,8
241	Metallerzeugung	1.846	28.121	15,2
541	Reinigung	1.535	27.629	18,0
514	Servicekräfte im Personenverkehr	1.896	27.476	14,5
512	Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	1.948	27.328	14,0
	Gesamt	1.439	18.525	12,9
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	793	8.841	11,1
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	747	8.821	11,8
411	Mathematik und Statistik	936	8.688	9,3
434	Softwareentwicklung und Programmierung	989	8.665	8,8
271	Technische Forschung und Entwicklung	934	8.235	8,8
814	Human- und Zahnmedizin	741	7.905	10,7
711	Geschäftsführung und Vorstand	587	7.894	13,4
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	863	7.797	9,0
914	Wirtschaftswissenschaften	832	7.277	8,7
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	547	5.145	9,4

Eine differenziertere Darstellung des AU-Geschehens auf Ebene der einzelnen Berufe zeigt die **»»»** Tabelle 1.4.1. Darin aufgeführt sind jeweils die zehn Berufsgruppen, die im Jahr 2018 die meisten bzw. wenigsten Fehltagetage insgesamt aufweisen. Mit durchschnittlich 30,7 AU-Tagen je Beschäftigten stehen die in der industriellen Keramikherstellung und -verarbeitung Tätigen an der Spitze der Rangliste. Weitere dieser zehn Berufe mit den meisten Fehltagetagen kommen aus der Gruppe der Fertigungsberufe, der Verkehrs- und Logistikberufe und der Reinigungsberufe. Auch die in der Altenpflege Tätigen sind als einzige der nichtmedizinischen Gesund-

heitsberufe mit durchschnittlich 29,2 AU-Tagen je Beschäftigten vertreten.

Die in der zweiten Hälfte der Tabelle aufgeführten Berufsgruppen sind hingegen diejenigen mit den wenigsten krankheitsbedingten Fehltagetagen im Berichtsjahr. Mit durchschnittlich 5,1 AU-Tagen haben wie im Vorjahr Beschäftigte mit Lehr- und Forschungstätigkeiten an Hochschulen die wenigsten Fehltagetage – im Vergleich zur Berufsgruppe mit den meisten Fehltagetagen, ist das fast nur ein Sechstel der krankheitsbedingten Ausfallzeiten. Im Gegensatz zu den zehn Berufsgruppen mit den meisten Fehltagetagen entstammt hier die Mehrzahl dem Dienstleis-

Tabelle 1.4.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (Berichtsjahr 2018)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
214	Industrielle Keramikherstellung und -verarbeitung	480	11.134	23,2
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	465	10.765	23,2
281	Textiltechnik und -produktion	423	9.486	22,4
511	Technischer Betrieb des Eisenbahn-, Luft- und Schiffsverkehrs	480	9.298	19,4
525	Bau- und Transportgeräteführung	434	9.183	21,2
241	Metallerzeugung	449	9.139	20,3
541	Reinigung	351	8.926	25,4
213	Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	399	8.615	21,6
322	Tiefbau	421	8.561	20,3
243	Metalloberflächenbehandlung	437	8.484	19,4
	Gesamt	224	4.414	19,7
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	65	1.166	17,9
731	Rechtsberatung, -sprechung und -ordnung	90	1.127	12,6
924	Redaktion und Journalismus	83	1.125	13,6
434	Softwareentwicklung und Programmierung	86	1.058	12,4
931	Produkt- und Industriedesign	90	1.041	11,6
816	Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie	75	973	13,0
814	Human- und Zahnmedizin	55	952	17,2
922	Öffentlichkeitsarbeit	74	921	12,4
914	Wirtschaftswissenschaften	80	774	9,6
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	36	431	12,0

tungs- bzw. Geisteswissenschaftsbereich und der Medizin.

Nicht nur bei den AU-Tagen, sondern auch bei den AU-Fällen zeigen sich deutliche Unterschiede – so unterscheidet sich die Berufsgruppe mit der geringsten Fallzahl (Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen: 0,5 AU-Fälle je Beschäftigter) um mehr als das Dreifache von derjenigen mit der höchsten Fallzahl (Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur: 1,9 AU-Fälle je Beschäftigter). Gleiches gilt für die durchschnittliche Falldauer: Dauert ein Krankheitsfall von Beschäftigten im Bereich Wirtschaftswissenschaften im Schnitt 8,7 Tage je Fall, so

ist die Falldauer bei den Reinigungsberufen im Mittel mehr als doppelt so hoch (18,0 Tage je Fall).

Wie bereits mehrfach gezeigt werden konnte, nehmen die Arbeitswelt und die damit verbundenen Arbeitsbedingungen nicht nur allgemein, sondern insbesondere durch unterschiedliche Beanspruchungen und Belastungen (v.a. körperlich und psychisch) Einfluss auf den Gesundheitszustand von Beschäftigten. Deshalb ist es sinnvoll – im Sinne einer passgenauen betrieblichen Gesundheitsförderung und eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements – den Blick auf bestimmte Krankheitsarten bei den Berufen zu lenken. In ►► Tabelle 1.4.2 sind

Tabelle 1.4.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Psychischen Störungen (Berichtsjahr 2018)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	AU-Fälle	AU-Tage	Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		je Fall
821	Altenpflege	142	5.767	40,6
514	Servicekräfte im Personenverkehr	158	5.312	33,6
115	Tierpflege	105	4.982	47,6
822	Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	102	4.703	46,3
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	102	4.646	45,6
522	Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr	155	4.533	29,2
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	110	4.343	39,3
533	Gewerbe- und Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	98	4.269	43,3
531	Objekt-, Personen-, Brandschutz, Arbeitssicherheit	106	4.127	38,9
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	121	4.125	34,2
	Gesamt	79	2.914	37,0
333	Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	38	1.147	30,3
271	Technische Forschung und Entwicklung	34	1.065	31,5
113	Pferdewirtschaft	44	1.065	24,2
211	Berg-, Tagebau und Sprengtechnik	47	1.053	22,4
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	27	1.027	37,5
931	Produkt- und Industriedesign	38	995	26,3
914	Wirtschaftswissenschaften	36	911	25,3
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	39	898	22,9
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	16	433	27,1
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	18	151	8,6

jeweils die zehn Berufsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen dargestellt. Hier sind wiederum die Beschäftigten der Industriellen Keramikherstellung und -verarbeitung mit durchschnittlich 11,1 AU-Tagen je Beschäftigten auf Platz 1 nach Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart zu finden. Die Mehrzahl der zehn hier aufgeführten Professionen stammt aus den Fertigungsberufen bzw. den Bau- und Ausbauberufen. Für alle genannten Berufe gilt dabei gleichermaßen ein hoher Anteil an körperlich

beanspruchender Tätigkeit und der daraus resultierenden Krankheitslast in Form der berichteten Fehltagen. Umgekehrt zeigt sich, dass vor allem Berufe aus den Bereichen Dienstleistungen und Geisteswissenschaften sowie Medizin mit einer meist nur geringen körperlichen Beanspruchung in der Tätigkeit die Liste der Berufe mit den wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen dominieren. Wiederum sind es die Beschäftigten mit einer Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen, die mit gerade einmal 0,4 AU-Tagen je Be-

schäftigten nur einen Bruchteil der Fehltagen im Vergleich zu den Top-10-Berufen mit den meisten AU-Tagen aufweisen. Ähnlich wie bei den AU-Tagen insgesamt, zeigen sich hier ebenfalls deutlich Unterschiede in der Krankheitsdauer, die zwischen 9,6 bis zu 25,4 Tagen je Fall zwischen den Berufen schwankt.

Die Auflistung der Berufe mit den meisten bzw. wenigsten Fehltagen aufgrund psychischer Störungen ist in **III** Tabelle 1.4.3 zu sehen. Anders als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, sind es hier vor allem die Schutz- und Sicherheitsberufe (z.B. Polizei-, Justiz- und Sicherheitsdienste) aber auch erzieherische und soziale Berufe (z.B. Altenpfleger bzw. Erzieher und Sozialarbeiter), die besonders häufig Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart aufweisen. Dagegen ist das Bild bei den zehn am wenigsten betroffenen Berufen wiederum v.a. durch geistes- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe (z.B. Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen) geprägt. Insbesondere bei den Berufen mit den meisten AU-Tagen ist, wie auch schon bei der Auswertung nach Wirtschaftsgruppen erwähnt, zu vermuten, dass hier psychosozialer Stress als arbeitsweltliche Beanspruchung wesentlichen Einfluss auf die Fehlzeiten ausübt. So sind zum Beispiel Beschäftigte in der Altenpflege oder Servicekräfte im Personenverkehr immer wieder besonderen zwischenmenschlichen Stresssituationen ausgesetzt, die ohne Unterstützung zu den hier aufgezeigten hohen Fehlzeiten führen können. Im Detail wird dieser Zusammenhang im Rahmen des diesjährigen Schwerpunkts in **III** Kapitel 1.5 noch näher betrachtet werden.

Wie schon bei den Wirtschaftsgruppen werden in **III** Diagramm 1.4.10 ergänzend die Fehlzeiten betrachtet, die ausschließlich durch meldepflichtige Arbeitsunfälle verursacht werden. Bei den hier dargestellten Berufsgruppen zeigt sich eine deutliche Spreizung der Werte zwischen den in Hoch- und Tiefbauberufen Tätigen (2.733 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und den im Bereich Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung Beschäftigten (183 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte). Wiederum wird deutlich, dass insbesondere die produzierenden und handwerklichen Berufe mit einem höheren Arbeitsunfallrisiko mit den entsprechenden Fehlzeiten deutlich über dem Durchschnittswert für alle Beschäftigten insgesamt liegen. Das belegen auch die

(hier nicht dargestellten) AU-Fälle aufgrund von Arbeitsunfällen, die zwischen den beiden oben genannten Berufen zwischen 110 bzw. 10 AU-Fälle je 1.000 Beschäftigte differieren.

Regional variieren die Fehlzeiten auch innerhalb einzelner Berufsgruppen zum Teil sehr stark (**III** Diagramm 1.4.11). Exemplarisch werden die AU-Tage von fünf Berufshauptgruppen aus unterschiedlichen Bereichen (Fertigung, Produktion, Dienstleistungen) im Bundeslandvergleich betrachtet. Die Differenz zwischen dem Bundesland mit den meisten bzw. den wenigsten Fehltagen beträgt je nach Beruf zwischen 6,5 AU-Tagen (Informations- und Kommunikationsberufe) und 16,5 AU-Tagen (Hoch- und Tiefbauberufe) je Beschäftigten. Bei vier der fünf hier aufgeführten Berufsgruppen ist jeweils eines der neuen Bundesländer mit den meisten Fehltagen an der Spitze zu finden. Umgekehrt gilt für die niedrigsten Werte, dass diese ausschließlich in den Altbundesländern auftreten, wobei hier – wie auch schon in den Regionalbetrachtungen in **III** Kapitel 1.3 – Baden-Württemberg, Bayern und Hamburg jeweils die geringsten Fehlzeiten aufweisen. Es lässt sich also feststellen, dass die Arbeitsbedingungen und -belastungen nicht nur zwischen den Berufen variieren, sondern zusätzlich noch von weiteren regionalen Faktoren beeinflusst werden.

Zur Betrachtung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach der beruflichen Tätigkeit der Beschäftigten lässt sich feststellen, dass neben Merkmalen wie Alter und Geschlecht vor allem die (regionalen) Arbeitsbedingungen und die damit verbundene körperliche und psychische Beanspruchung und Belastung, Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen nehmen. Für eine zielgerichtete betriebliche Gesundheitsförderung bzw. ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement ist es dabei von großer Bedeutung möglichst alle Bedingungsfaktoren, wie z.B. Schwerpunkte bei den Krankheitsarten sowie alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten, einzubeziehen. Neben der Verhaltensprävention, die bei der Person und ihrem (Gesundheits-)verhalten selbst ansetzt, sind Maßnahmen der Verhältnisprävention mindestens genau so relevant, nicht zuletzt weil diese auch im Wettbewerb um die besten Köpfe zunehmend zu wichtigen Kriterien der Wahl des Arbeitgebers für Berufserfahrene genauso wie für Berufsanfänger werden.

Diagramm 1.4.10 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Arbeitsunfälle nach Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)

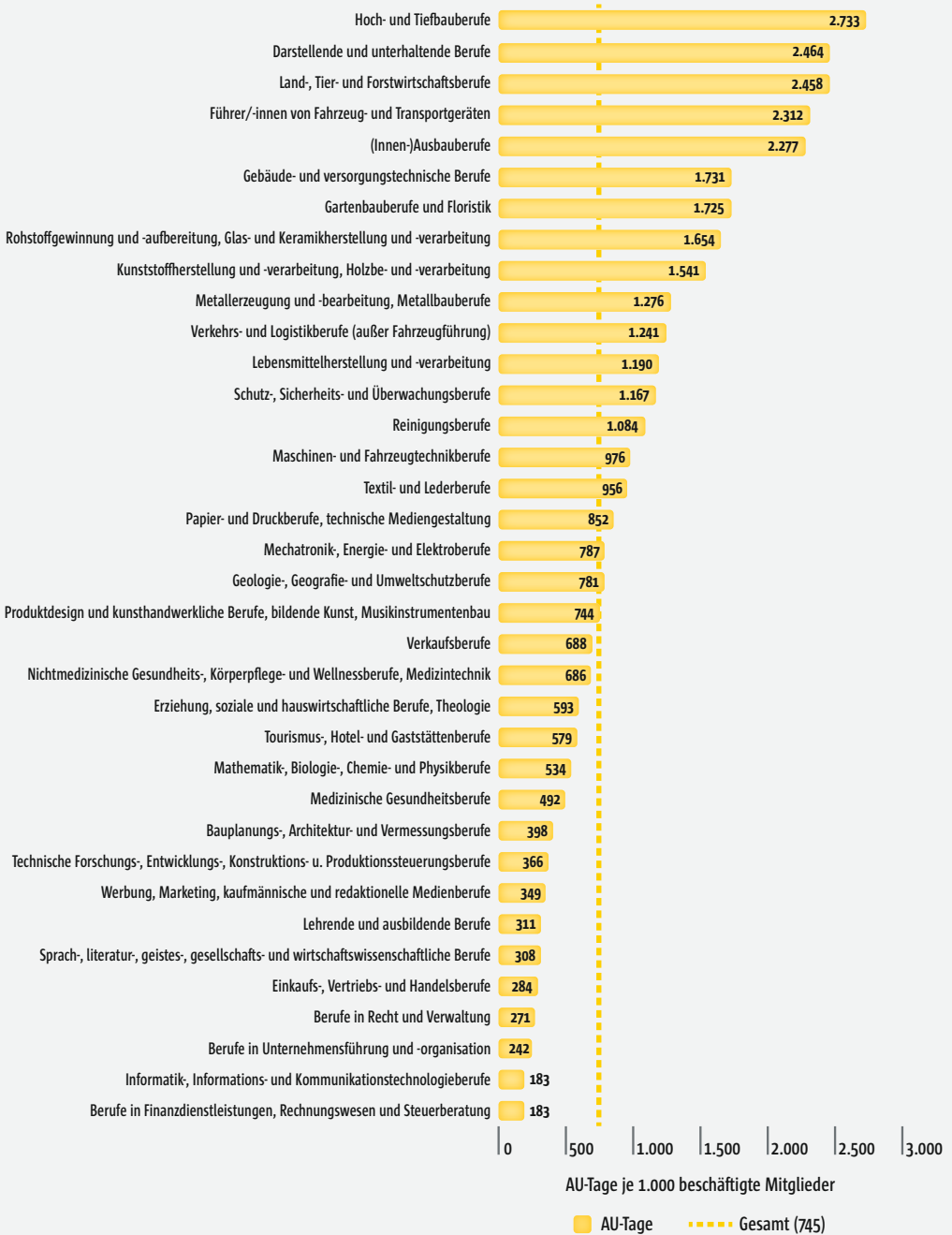
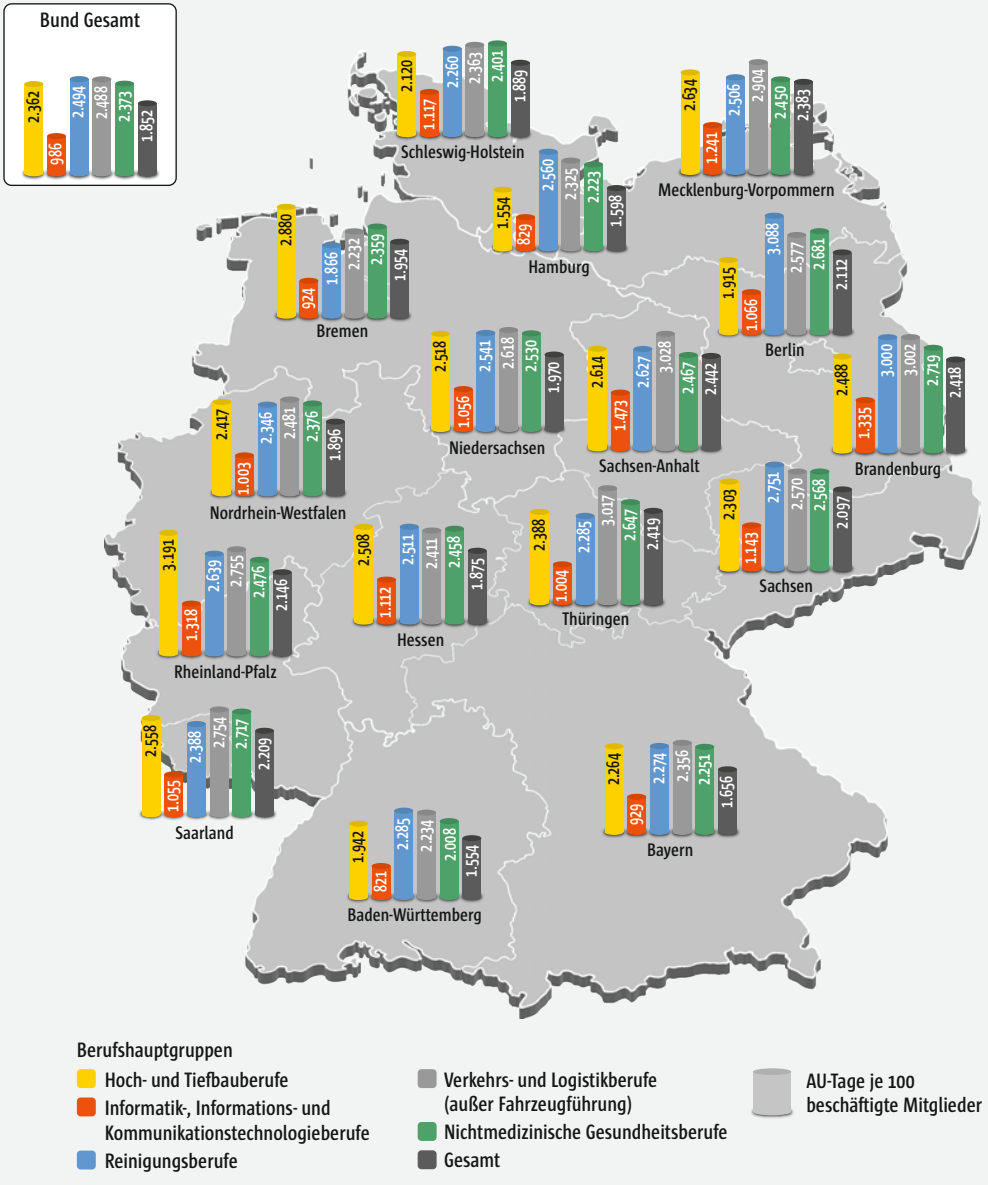


Diagramm 1.4.11 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)



1.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Betriebe mit weniger als 10 Beschäftigten weisen die durchschnittlich niedrigsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten (16,1 AU-Tage je Beschäftigten) auf.
- Dagegen sind die meisten Fehltag (19,7 AU-Tage je Beschäftigten) in mittelgroßen Unternehmen mit 200–499 Beschäftigten zu finden.

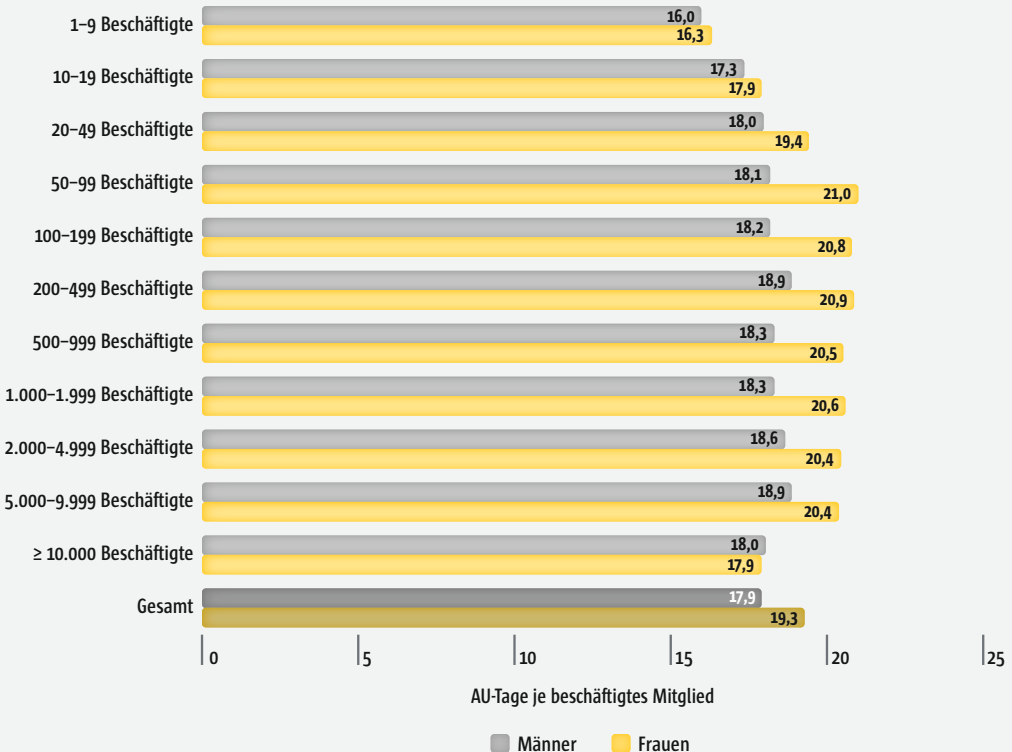
Neben der Betrachtung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Wirtschafts- und Berufsgruppen, stehen noch weitere arbeitsweltliche Indikatoren für eine differenzierte Betrachtung zur Verfügung. Ein Merkmal stellt dabei die Betriebsgröße eines Unternehmens dar. Daneben erschließen sich über den Tätigkeitsschlüssel des Beschäftigten noch weitere Auswertungsmöglichkeiten. So kann z.B. zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten mit und

ohne befristeten Arbeitsvertrag, nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit, der Wahrnehmung einer Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sowie der Arbeitnehmerüberlassung (Leiharbeit) unterschieden werden.

Betriebsgröße

In **»»** Diagramm 1.4.12 sind die AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht aufgegliedert. Mit zunehmender Betriebsgröße nehmen auch die durchschnittlichen Fehlzeiten kontinuierlich zu. Der Maximalwert von insgesamt 19,7 AU-Tagen je Beschäftigten (Männer 18,9 AU-Tage; Frauen 20,9 AU-Tage) wird bei einer Betriebsgröße von 200–499 Berufstätigen erreicht und geht mit zunehmender Mitarbeiteranzahl nur leicht zurück. Insbesondere bei den kleinsten sowie der größten Klasse zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen, während

Diagramm 1.4.12 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

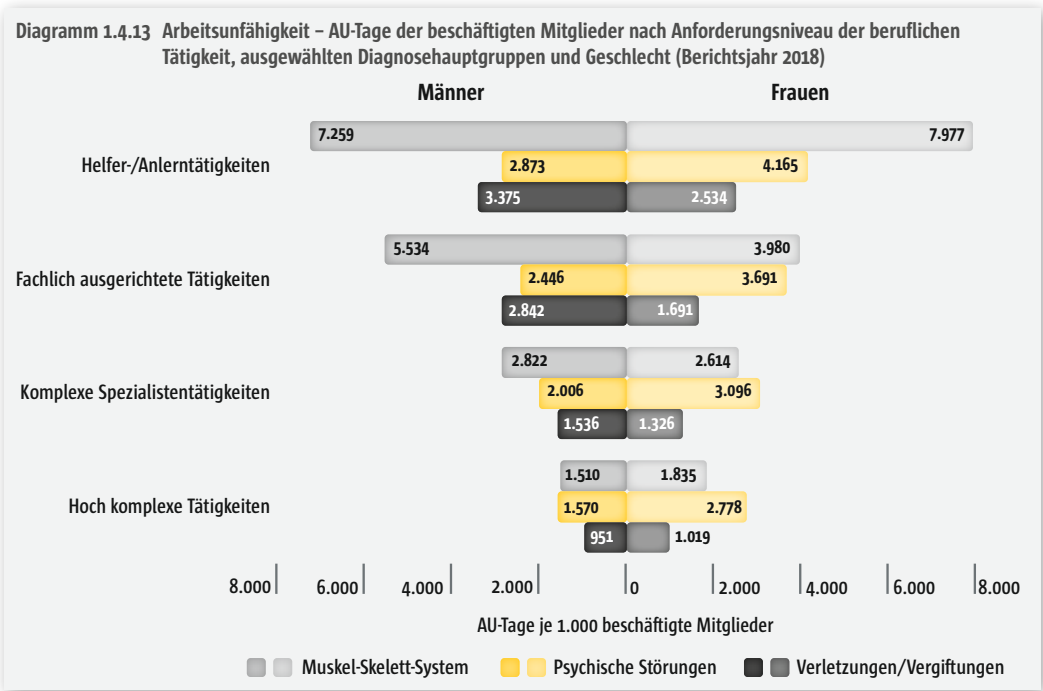


diese in den mittleren Bereichen wesentlich ausgeprägter sind. In Betrieben mit weniger als 10 Beschäftigten sind insgesamt die mit Abstand geringsten Fehlzeiten zu finden (16,1 AU-Tage je Beschäftigten), gefolgt von der Klasse 10–19 Beschäftigte (17,6 AU-Tage je Beschäftigten) und den Großunternehmen (> 10.000 Beschäftigte) mit durchschnittlich 18,0 AU-Tagen je Berufstätigen. In den Kleinstunternehmen sind es vermutlich die kürzeren und direkten Kommunikationswege und ein engerer Zusammenhalt, die sich positiv auf die Fehlzeiten auswirken. Im Gegenzug gibt es hier aber in Kleinstbetrieben meist keine oder nur wenige Angebote zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, wie auch der **»»** BKK Gesundheitsatlas 2019³ zeigen konnte: Nur 20,6% der Betriebe mit weniger als 10 Beschäftigten bieten BGF-Maßnahmen an, während dieser Anteil in Großunternehmen bei 65,5% liegt. Insbesondere in den Kleinstbetrieben kann aber ein langwieriger Krankheitsfall personell nur schlecht kompensiert werden. Deshalb ist BGF gerade für kleine und mittlere Betriebe ein wichtiger Baustein um Konkurrenz- und arbeitsfähig zu bleiben.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

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

Mit dem Anforderungsniveau sind in der Regel bestimmte schulische und berufliche Bildungsabschlüsse verbunden. So ist zum Beispiel bei fachlich ausgerichteten Tätigkeiten ein Berufsabschluss als Voraussetzung definiert, bei hoch komplexen Tätigkeiten wird dagegen in der Regel ein Hochschulabschluss auf Diplom-/Masterniveau vorausgesetzt. Insofern sind hier gewisse Überschneidungen zur Betrachtung des AU-Geschehens nach dem höchsten Berufsabschluss (**»»** Diagramm 1.2.18) erkennbar. Entsprechend fällt das Muster in **»»** Diagramm 1.4.13 ähnlich dem nach dem höchsten beruf-



3 a.a.O., Diagramm 2.1.7; S.57

lichen Abschluss aus – die AU-Tage insgesamt nehmen mit zunehmendem Anforderungsniveau deutlich ab. Auch bezogen auf die drei dargestellten Krankheitsarten, lässt sich dieses Muster erkennen, am eindrucksvollsten bei den Muskel- und Skeletterkrankungen. So weisen die in Helfer- und Anlern-tätigkeiten beschäftigten Frauen und Männer mehr als viermal so viele Fehltag auf wie diejenigen mit einer hoch komplexen Tätigkeit, denn mit steigendem Komplexitätsgrad der Tätigkeit nehmen die körperlich beanspruchenden und belastenden Arbeitsanteile ab. Auch für die Verletzungen und Vergiftungen ist mit zunehmendem Anforderungsniveau eine Abnahme der Fehltag zu beobachten. Bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen ist zwar ebenfalls eine tendenzielle Abnahme gleicher Richtung zu beobachten, allerdings ist diese wesentlich weniger stark als bei den anderen beiden Krankheitsarten ausgeprägt. Das rührt daher, dass mit zunehmender Komplexität der Tätigkeit die körperliche Beanspruchung ab-, die psychische jedoch eher zunimmt. Dass hier kein entsprechender Zuwachs bei den AU-Tagen zu beobachten ist, liegt wahrscheinlich vor allem daran, dass (hoch-)komplexe Tätigkeiten meist andere Kompensationsmechanismen, wie z.B. einen höheren Handlungs- und Entscheidungsspielraum, freiere Zeit- und Arbeitsgestaltung usw. beinhalten.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen insgesamt weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten als andere Fachkräfte auf.

- Besonders stark ausgeprägt ist dieser Unterschied bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit der männlichen Beschäftigten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Etwas mehr als jedes zwanzigste beschäftigte BKK Mitglied (5,4%) übt eine Tätigkeit mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung aus, wobei Männer mehr als doppelt so häufig wie Frauen eine solche berufliche Position innehaben (7,4% vs. 3,0%). In **III** Diagramm 1.4.14 sind jeweils für die Muskel- und Skeletterkrankungen, die psychischen Störungen sowie die Verletzungen und Vergiftungen die AU-Tage der Beschäftigten mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung gegenübergestellt. Über alle Diagnosen hinweg zeigt sich sowohl bei den Männern (12,7 vs. 18,3 AU-Tage je Beschäftigten) als auch bei den Frauen (16,7 vs. 19,3 AU-Tage je Beschäftigten), dass Beschäftigte mit Führungsverantwortung weniger krankheitsbedingte Fehltag aufweisen, als solche ohne Führungsverantwortung. Am größten ist dieser Unterschied für beide Geschlechter bei den Muskel- und Skeletterkrankungen, wobei die Differenz bei den Männern doppelt so hoch ausfällt wie bei den Frauen (2,0 vs. 1,0 AU-Tage Differenz je Beschäftigten). Zu vermuten ist, dass der Anteil der körperlich beanspruchenden und belastenden Tätigkeiten bei den sonstigen Fachkräften deutlich höher ist und dadurch auch mehr Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart anfallen. Ebenfalls in gleicher Richtung, wenn auch nicht so stark ausgeprägt, zeigt sich dieser Effekt bei den Verletzungen und Vergiftungen. Eine Ausnahme bilden die psychischen Störungen: Der Unterschied zwischen Beschäftigten

Diagramm 1.4.14 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

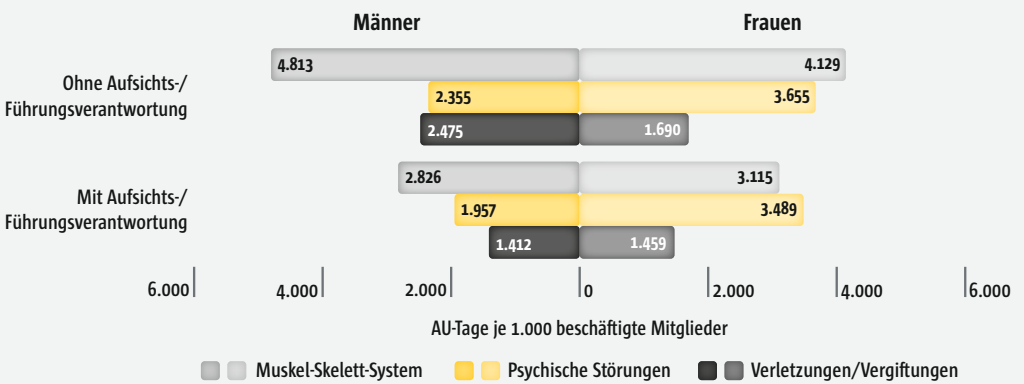
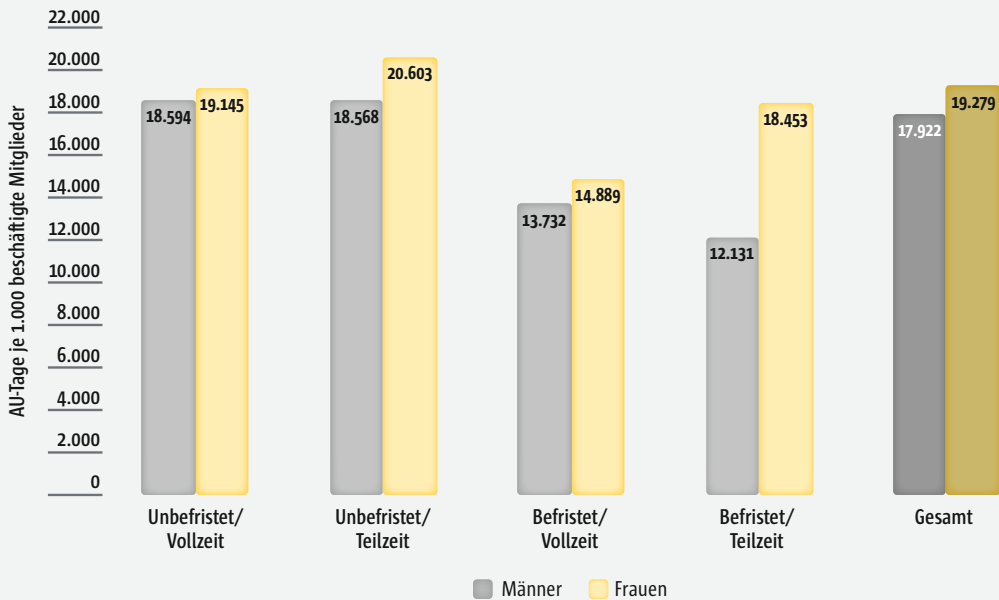


Diagramm 1.4.15 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



mit bzw. ohne Führungsverantwortung ist nur sehr gering ausgeprägt. Das Ergebnis überrascht dennoch wenig, sind doch (auch) Führungskräfte besonderen psychosozialen Beanspruchungen und Belastungen ausgesetzt.

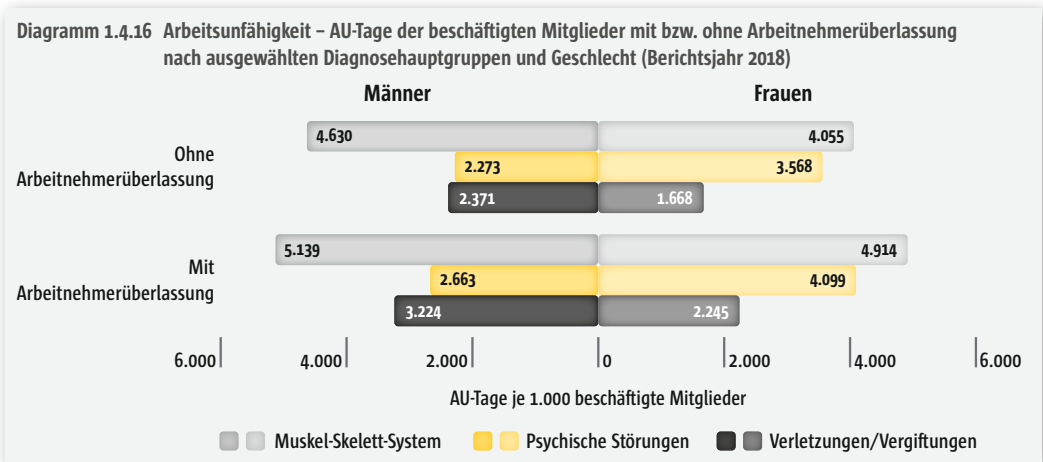
Vertragsform

Auch die Vertragsform hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf das AU-Geschehen der Beschäftigten, wie in **»»»** Diagramm 1.4.15 zu sehen ist. Insgesamt haben die unbefristet angestellten Beschäftigten mehr Fehlzeiten als diejenigen mit einem befristeten Arbeitsverhältnis (19,1 vs. 15,0 AU-Tage je Beschäftigten). Insbesondere bei der Gruppe der befristeten Vollzeitbeschäftigten ist als Grund für die niedrigen Kennwerte zu vermuten, dass die Berufstätigen krankheitsbedingte Ausfallzeiten vermeiden, weil sie (z.B. in der Probezeit oder noch in Ausbildung) sich somit höhere Übernahmechancen im Sinne einer Entfristung erhoffen. Als ein weiterer Grund ist deren wesentlich niedrigeres Durchschnittsalter (30,7 Jahre) im Vergleich zu den anderen hier dargestellten Gruppen (40,3 bis 46,2 Jahre) anzuführen, was mit einer niedrigeren Morbidität einhergeht.

Nach wie vor die überwiegende Mehrheit der befristet bzw. unbefristet Teilzeitbeschäftigten bilden die Frauen (83,8%). Die – befristet sowie unbefristet – in Teilzeit beschäftigten Frauen weisen im Vergleich zu den Männern trotzdem höhere Fehlzeiten auf. Dies hängt wahrscheinlich mit der nach wie vor vorherrschenden Rollenaufteilung zusammen, da sich meist die Frauen um die Erziehung der Kinder oder die Betreuung von (erkrankten) Angehörigen kümmern und entsprechend verkürzt arbeiten gehen.

Arbeitnehmerüberlassung

- Im Durchschnitt sind es bei den Männern 2,6 AU-Tage und bei den Frauen 3,3 AU-Tage je Beschäftigten, die Leih- bzw. Zeitarbeiter länger krank sind als regulär Angestellte.
- Zwischen den Berufen differieren diese Unterschiede in den Fehlzeiten nach Anstellungsverhältnis stark, teils in gegenläufige Richtungen. Dies hängt auch maßgeblich mit der aktuellen Nachfrage für bestimmte Fachkräfte am Arbeitsmarkt zusammen.



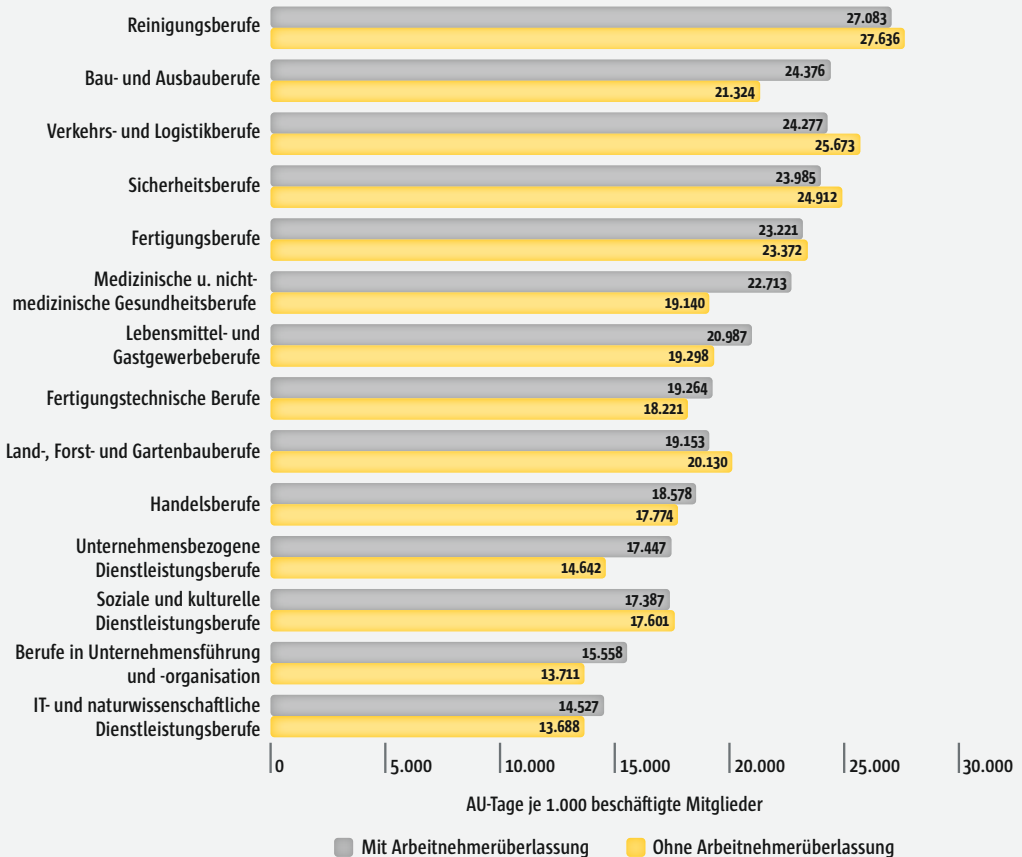
Zum Abschluss dieses Kapitels widmen wir uns der Frage, inwieweit die Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) im Zusammenhang mit dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der Beschäftigten steht. Zunächst sei angemerkt, dass lediglich 1,9% aller beschäftigten Mitglieder bei den Betriebskrankenkassen über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, über alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland hinweg beträgt der Anteil 2,9% (» Tabelle o. z. 1). Über eine Arbeitnehmerüberlassung Beschäftigte sind zudem in der Mehrzahl Männer und diese sind im Durchschnitt etwa drei Jahre jünger als Beschäftigte mit einer regulären Anstellung.

Wie in » Diagramm 1.4.16 zu erkennen ist, weisen sowohl die Männer als auch die Frauen, die über eine Arbeitnehmerüberlassung beschäftigt sind, mehr Fehlzeiten auf als solche mit einer regulären Anstellung. Im Durchschnitt sind es bei den Männern +2,6 AU-Tage und bei den Frauen +3,3 AU-Tage je Beschäftigten. Ein ähnliches Verhältnis findet sich auch bei der Anzahl der AU-Fälle, während sich die Falldauer zwischen beiden Anstellungsformen nicht bedeutsam unterscheidet. Leiharbeiter sind aber häufiger von Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen und von Verletzungen und Vergiftungen betroffen. Insbesondere bei in Leih-

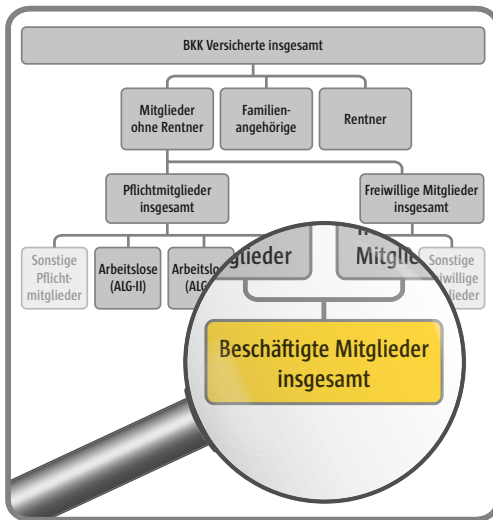
arbeit beschäftigten Frauen treten mehr Fehltagen aufgrund psychischer Störungen auf als in regulären Beschäftigungsverhältnissen. Es ist zu vermuten, dass Leiharbeiter trotz gleicher Tätigkeit einer höheren Arbeitsbelastung, insbesondere durch häufig wechselnde Arbeitsstätten, ausgesetzt sind. Zudem wirkt sich vermutlich die Arbeitsplatzunsicherheit ebenfalls negativ auf den Gesundheitszustand dieser Beschäftigtengruppe aus.

Dass der Zusammenhang zwischen Arbeitnehmerüberlassung und AU-Geschehen nicht für alle Berufe in gleichem Maße gilt, ist in » Diagramm 1.4.17 zu sehen. Während bei einigen Berufsgruppen die regulär Angestellten mehr krankheitsbedingte Fehlzeiten als solche mit einer Arbeitnehmerüberlassung aufweisen (z.B. Verkehrs- und Logistikberufe) ist es bei anderen Berufen genau umgekehrt (z.B. Bau- und Ausbauberufe sowie den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen). Neben den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und Belastungen in den einzelnen Berufsgruppen, spielt sicherlich auch der Arbeitskräftebedarf eine wesentliche Rolle. So gibt es im Gesundheitswesen (z.B. Alten- und Krankenpflege) oder auch im Bausektor aktuell eine weitaus höhere Nachfrage im Vergleich zur Zahl der Fachkräfte, die aktuell auf dem Arbeitsmarkt vorhanden sind.

Diagramm 1.4.17 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)



1.5 Schwerpunktthema Psychische Gesundheit und Arbeit



1.5.1 Einleitung

- Insgesamt gehen bei den Beschäftigten mehr als neun von zehn AU-Fälle (92,7%) bzw. AU-Tage (92,1%) aufgrund psychischer Störungen auf affektive bzw. neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen zurück.
- Beschäftigte Frauen weisen jeweils deutlich mehr AU-Fälle und AU-Tage aufgrund dieser beiden Diagnoseuntergruppen als Männer auf.
- Ein umgekehrtes Muster zeigt sich hingegen bei den psychischen und Verhaltensstörungen aufgrund psychotroper Substanzen. Hier sind es die beschäftigten Männer, die mehr als doppelt so viele AU-Fälle und -Tage im Vergleich zu den Frauen aufweisen.

Im Berichtsjahr 2018 werden 5,5% aller AU-Fälle sowie 15,7% aller AU-Tage durch psychische Erkrankungen verursacht. Aufgrund der Tatsache, dass hier relativ

wenige AU-Fälle mit relativ vielen AU-Tagen verbunden sind, resultiert daraus die längste Falldauer (37 Tage je Fall) im Vergleich zu allen anderen Diagnosehauptgruppen. Entsprechend hoch ist somit auch der Anteil der Langzeiterkrankten mit Krankengeldbezug - mehr als jeder vierte KG-Tag (27,4%) wird durch diese Krankheitsart verursacht. Gleichzeitig sind aber nur 5,6% der Beschäftigten im Jahr 2018 mindestens einmal wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig gewesen. In den letzten 10 Jahren haben sich die Fehltag aufgrund von psychischen Erkrankungen mehr als verdoppelt (+129,4%), wobei hier empirischen Studien zufolge nicht eine stärkere Verbreitung der zugrundeliegenden Erkrankungen (Jacobi et al. im **»** Gesundheitsatlas 2015), sondern eher eine erhöhte Sensitivität von Betroffenen und Behandlern sowie eine verbesserte Diagnosestellung ausschlaggebend sein dürften.

Zusätzlich zu den AU-Kennzahlen, die bereits in den vorhergehenden Abschnitten bezogen auf psychische Erkrankungen dargestellt wurden, soll an dieser Stelle einleitend noch einmal der Blick auf die wichtigsten Diagnoseuntergruppen gelenkt werden. In **»** Tabelle 1.5.1 sind die wichtigsten Kennzahlen für diese Untergruppen nach Geschlecht dargestellt.

Wie in der Tabelle gut zu erkennen ist, dominieren zwei Gruppen das Fehlzeitengeschehen innerhalb dieser Krankheitsart und zwar die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (z.B. Phobien und Zwänge), sowie die affektiven Störungen (z.B. Depressionen). Diese sind mit Abstand für die meisten Fehlzeiten bei den psychischen Störungen verantwortlich, wobei die Kennwerte der Frauen deutlich über denen der Männer liegen. Ein umgekehrtes Muster zeigt sich bei einer dritten Gruppe, den psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Hier sind es die Männer, die deutlich mehr AU-Tage und -Fälle (insbesondere aufgrund von Alkoholmissbrauch) aufweisen. Bei den beschäftigten Männern sind dabei die Kennwerte im Vergleich zu den Frauen jeweils viermal so hoch. Er-

Tabelle 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

ICD-10-Code	Diagnoseuntergruppen	Männer			Frauen			Gesamt		
		AU-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder	AU-Tage	Tage je Fall	AU-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder	AU-Tage	Tage je Fall	AU-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder	AU-Tage	Tage je Fall
F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,19	9,9	52,0	0,21	7,9	36,9	0,20	9,0	44,9
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3,87	151,3	39,1	1,53	56,7	37,1	2,83	109,3	38,6
F20–F29	Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen	0,79	46,1	58,7	0,64	41,7	65,6	0,72	44,1	61,4
F30–F39	Affektive Störungen	18,47	1.029,8	55,8	28,54	1.587,4	55,6	22,94	1.277,5	55,7
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	37,36	1.037,2	27,8	66,22	1.865,6	28,2	50,18	1.405,1	28,0
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,74	17,1	23,2	1,10	36,5	33,2	0,90	25,7	28,6
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0,48	22,4	46,3	0,70	39,4	56,5	0,58	29,9	51,8
F70–F79	Intelligenzminderung	0,01	0,5	49,8	0,01	0,3	45,3	0,01	0,4	48,2
F80–F89	Entwicklungsstörungen	0,04	0,9	24,5	0,03	0,6	25,0	0,03	0,8	24,7
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,21	5,2	24,6	0,18	4,1	23,2	0,20	4,7	24,0
F99–F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0,21	5,1	24,0	0,35	9,8	27,8	0,27	7,2	26,1
F00–F99	Gesamt	62,4	2.325,4	37,3	99,5	3.650,0	36,7	78,9	2.913,8	37,0

kennbar wird auch, dass die durchschnittliche Falldauer zwischen den einzelnen Gruppen stark variiert. Während die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend bei einer durchschnittlichen Falldauer von 24 Tagen je Fall liegen, ist es bei Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen weit mehr als das Doppelte

(61,4 Tage je Fall). Es zeigt sich zudem, dass sowohl bei den AU-Fällen (66,5% vs. 59,9%) als auch bei den AU-Tagen (51,1% vs. 44,6%) bezogen auf die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen bei den Frauen nicht nur höhere Werte (»»» Tabelle 1.5.1) sondern auch deutlich größere Anteile als bei den Männern zu verzeichnen sind. Dagegen ist das An-

Diagramm 1.5.1 Arbeitsunfähigkeit – AU-Fälle der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

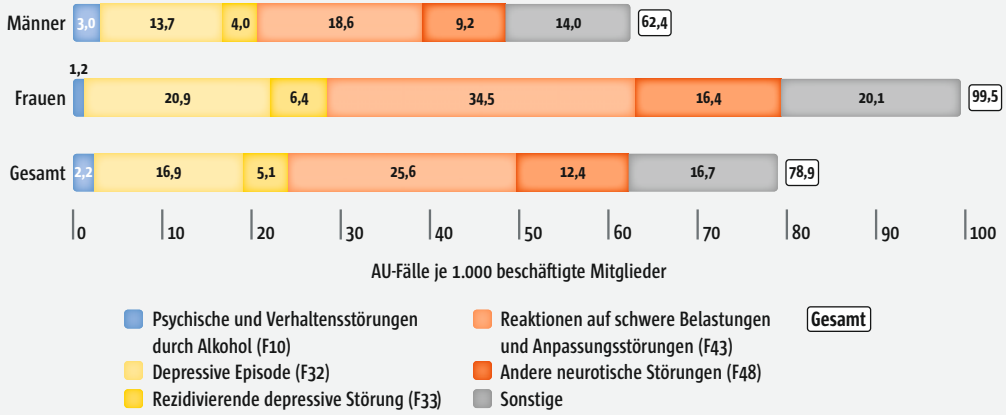
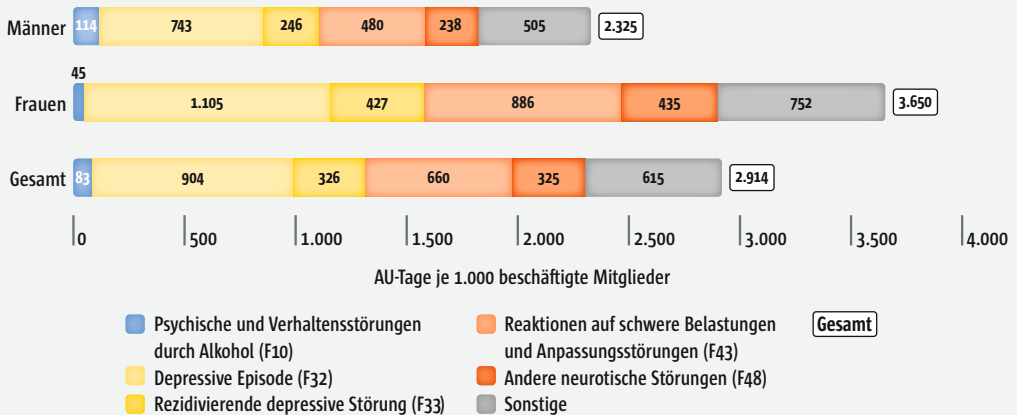


Diagramm 1.5.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



teilsverhältnis bei den affektiven Störungen zwischen beiden Geschlechtern recht ausgeglichen, wenngleich auch hier die Frauen bei den Fall- und Tageswerten deutlich vor den Männern liegen. Zusammengefasst sind diese beiden Diagnoseuntergruppen für den bei weitem überwiegenden Anteil aller AU-Fälle (Männer: 89,5%; Frauen: 95,2%) bzw. AU-Tage (Männer: 88,9%; Frauen: 94,6%) innerhalb der psychischen Störungen verantwortlich.

Der einleitende Teil zeigt deutlich, wo Schwerpunkte der Fehlzeiten innerhalb der psychischen Störungen bei den Beschäftigten zu finden sind. Aus den

drei benannten Diagnoseuntergruppen werden im Folgenden auch ausgewählte Einzeldiagnosen betrachtet, die bereits in **III** Tabelle 1.2.3 im Überblick zu sehen waren. Im **III** Diagramm 1.5.1 sind zur Übersicht die AU-Fälle sowie in **III** Diagramm 1.5.2 die AU-Tage für die wichtigsten fünf Diagnosen aus den entsprechenden Diagnoseuntergruppen dargestellt.

Wie sich in beiden Diagrammen zeigt, sind v.a. die Diagnosen aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen – F43 sowie andere neurotische Störungen – F48) sowie

die aus der Gruppe der affektiven Störungen (depressive Episode – F32 und rezidivierende depressive Störung – F33) zusammen für den Großteil aller AU-Fälle (Männer: 72,8%; Frauen: 78,5%) als auch AU-Tage (Männer: 73,4%; Frauen 78,2%) der Beschäftigten bei den psychischen Störungen verantwortlich. Anhand der Einzeldiagnosen wird der bereits in **III** Tabelle 1.5.1 sichtbare Geschlechtsunterschied noch einmal verdeutlicht. Eine Ausnahme bilden wiederum die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10). Unabhängig davon gilt für alle ausgewählten Diagnosen, dass sich die jeweiligen Falldauern zwischen beschäftigten Männern und Frauen nur geringfügig unterscheiden. Die in der Auflistung längste durchschnittliche Falldauer ist bei der rezidivierenden depressiven Störung (Männer: 62,2 Tage je Fall; Frauen: 66,4 Tage je Fall) zu finden, am kürzesten dauert eine Arbeitsunfähigkeit hingegen bei den häufig vorkommenden Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (Männer: 25,9 Tage je Fall; Frauen: 25,7 Tage je Fall). Zusätzlich zu den Diagnoseuntergruppen, werden an ausgewählten Stellen die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), die depressive Episode (F32) sowie die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) betrachtet.

1.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Arbeit anhand der Wirtschaftsgruppen näher beleuchtet. Die allgemeinen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Arbeit nach Branchen wurden bereits in **III** Kapitel 1.4.1 dargestellt. Exemplarisch werden auf den nächsten Seiten Ergebnisse der Auswertungen v. a. auf Ebene der Wirtschaftsabschnitte (**III** Tabelle B.3) dargestellt.

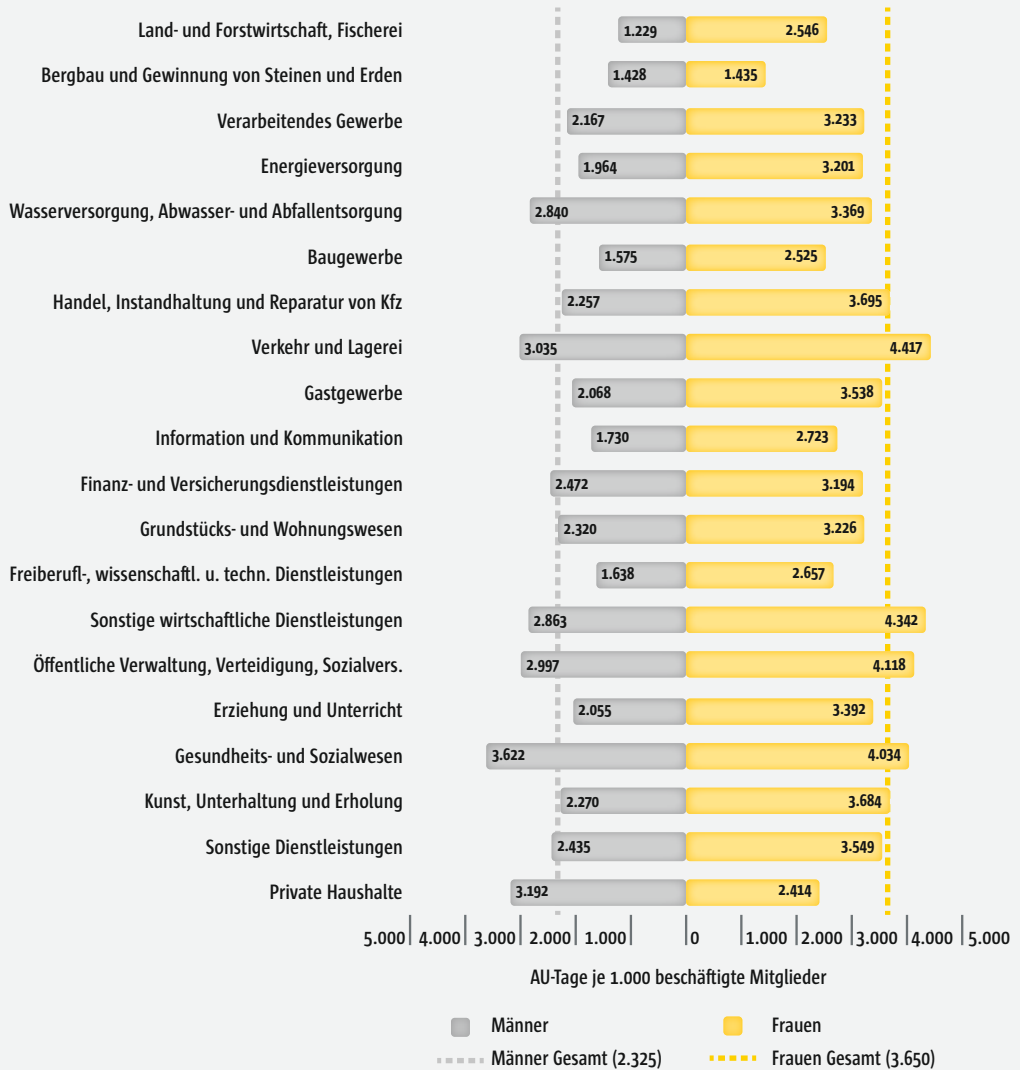
- Die Wirtschaftsgruppen mit den meisten AU-Tagen verursacht durch psychische Störungen sind das Gesundheits- und Sozialwesen, die öffentliche Verwaltung sowie der Bereich Verkehr und Lagerei.
- Dagegen finden sich bei den Beschäftigten im produzierenden bzw. verarbeitenden Gewerbe (z.B. Baugewerbe oder Land- und Forstwirtschaft) die geringsten Fehlzeiten.
- Die Branchen, die besonders viele AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen aufweisen, sind zumeist durch einen hohen Anteil zwischenmenschlicher Interaktion (z.B. Alten- oder Krankenpflege, Sachbearbeiter im Bürgeramt, Busfahrer etc.) geprägt.

Zwei Dinge sind auf den ersten Blick in **III** Diagramm 1.5.3 gut erkennbar: Zum einen liegen die AU-Tage aufgrund psychischer Störungen bei den beschäftigten Frauen für die Mehrzahl der Wirtschaftsabschnitte über denen der Männer und zum anderen variieren die Fehltagel zwischen den dargestellten Branchen zum Teil erheblich. Bei den weiblichen Berufstätigen beträgt diese Differenz circa 3 AU-Tage je Beschäftigte und zwar zwischen den Berufstätigen in Verkehr und Lagerei (4,4 AU-Tage je Beschäftigte) und denen im Bergbau (1,4 AU-Tage je Beschäftigte). Bei den Männern ist die Differenz mit 2,4 AU-Tagen je Beschäftigten etwas geringer (3,6 AU-Tage im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen vs. 1,2 AU-Tage im Bereich Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei).

Es soll an dieser Stelle zusätzlich ein Blick auf die Wirtschaftsabteilungen geworfen werden, die als Untergliederungen der Wirtschaftsabschnitte ein noch differenziertes Muster zeigen (**III** Diagramm 1.5.4). Die zehn hier aufgeführten Wirtschaftsabteilungen mit den meisten AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen weisen fast ausnahmslos als Gemeinsamkeit auf, dass die Arbeit mit bzw. am Menschen den Tätigkeitsschwerpunkt der jeweiligen Branche ausmacht. Wiederum sind es Vertreter der bereits in **III** Diagramm 1.5.3 auffälligen Wirtschaftsabschnitte (z.B. Heime und Sozialwesen aus dem Abschnitt Gesundheits- und Sozialwesen), die hier die Top-10-Liste anführen, während am unteren Ende v. a. Branchen aus dem Bereich des produzierenden und verarbeitenden Gewerbes zu finden sind. Wenngleich hier ebenfalls die Werte der Frauen meisten über denen der Männer liegen, so zeigt sich doch ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Höhe der Fehlzeiten und dem Wirtschaftsabschnitt: Nicht allein das Geschlecht, sondern v. a. die mit der Branche verbundenen Arbeitsbedingungen und -belastungen nehmen maßgeblichen Einfluss auf die entsprechenden Fehlzeiten.

Die im **III** Diagramm 1.5.5 dargestellten AU-Tage nach Wirtschaftsabschnitten sind den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen – der nach Fehltagen wichtigsten Diagnoseuntergruppe unter den psychischen Störungen – zuzuordnen (**III** Tabelle 1.5.1). Insgesamt ist diese Untergruppe für 63,6% aller AU-Fälle sowie 48,2% aller AU-Tage innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen verantwortlich. Die Branchen Gesundheits- und Sozialwesen, öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung sowie Verkehr und Lagerei sind hierbei nach Gesamtwerten diejenigen Wirtschaftsgruppen mit den meisten AU-Tagen.

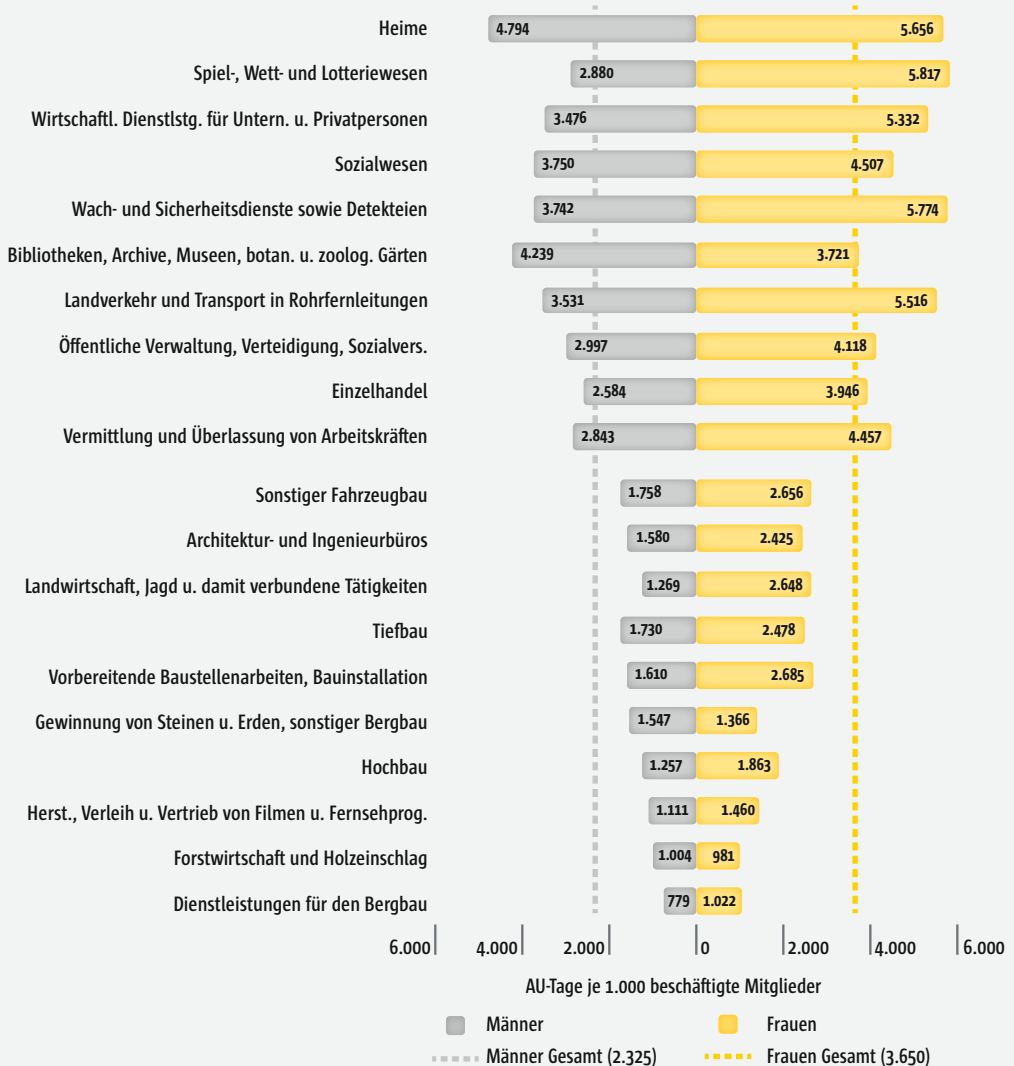
Diagramm 1.5.3 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



■ Sowohl bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen als auch bei den affektiven Störungen weisen das Gesundheits- und Sozialwesen sowie die öffentliche Verwaltung die meisten AU-Tage im Branchenvergleich auf.

■ Der Bereich Verkehr und Lagerei ist nur bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen nach Fehltagen ebenfalls an der Spitze zu finden, vermutlich spielen hier Akutereignisse (z.B. Unfälle mit/ohne Personenschaden) eine bedeutende Rolle.

Diagramm 1.5.4 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen für die zehn Wirtschaftsabteilungen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

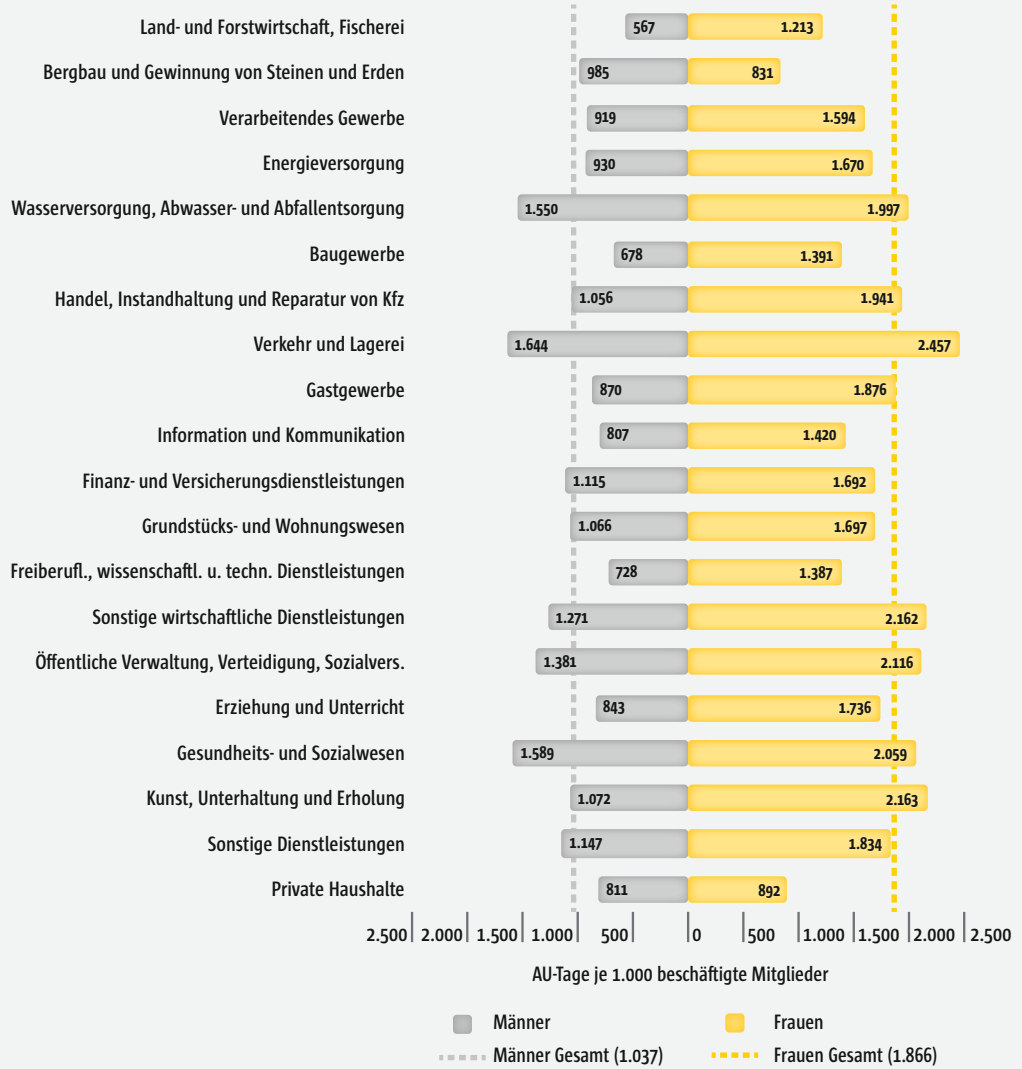


Betrachtet man ausschließlich die Männer, so wird die Gruppe der öffentlichen Verwaltung durch die Beschäftigten in Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung verdrängt, während bei den Frauen neben Verkehr und Lagerei auf dem ersten Platz noch Kunst, Unterhaltung und Erholung sowie sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (u. a. Wach- und Sicherheitsdienste) folgen. Sowohl insgesamt als auch geschlechtsspezifisch dominieren in dieser Reihung nach den höchsten Fehlzeiten ebenfalls die Wirt-

schaftsgruppen, deren Betätigungsfeld hauptsächlich in der Interaktion mit Menschen liegt und die somit einer erhöhten psychosozialen Belastung im Berufsleben ausgesetzt sind.

Exemplarisch werden in **»»»** Diagramm 1.5.6 die Fehlzeiten für die aus der vorhergehenden Diagnoseuntergruppe nach AU-Tagen wichtigste Einzeldiagnose – die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) – differenziert nach Wirtschaftsgruppen dargestellt. Mehr als jeder

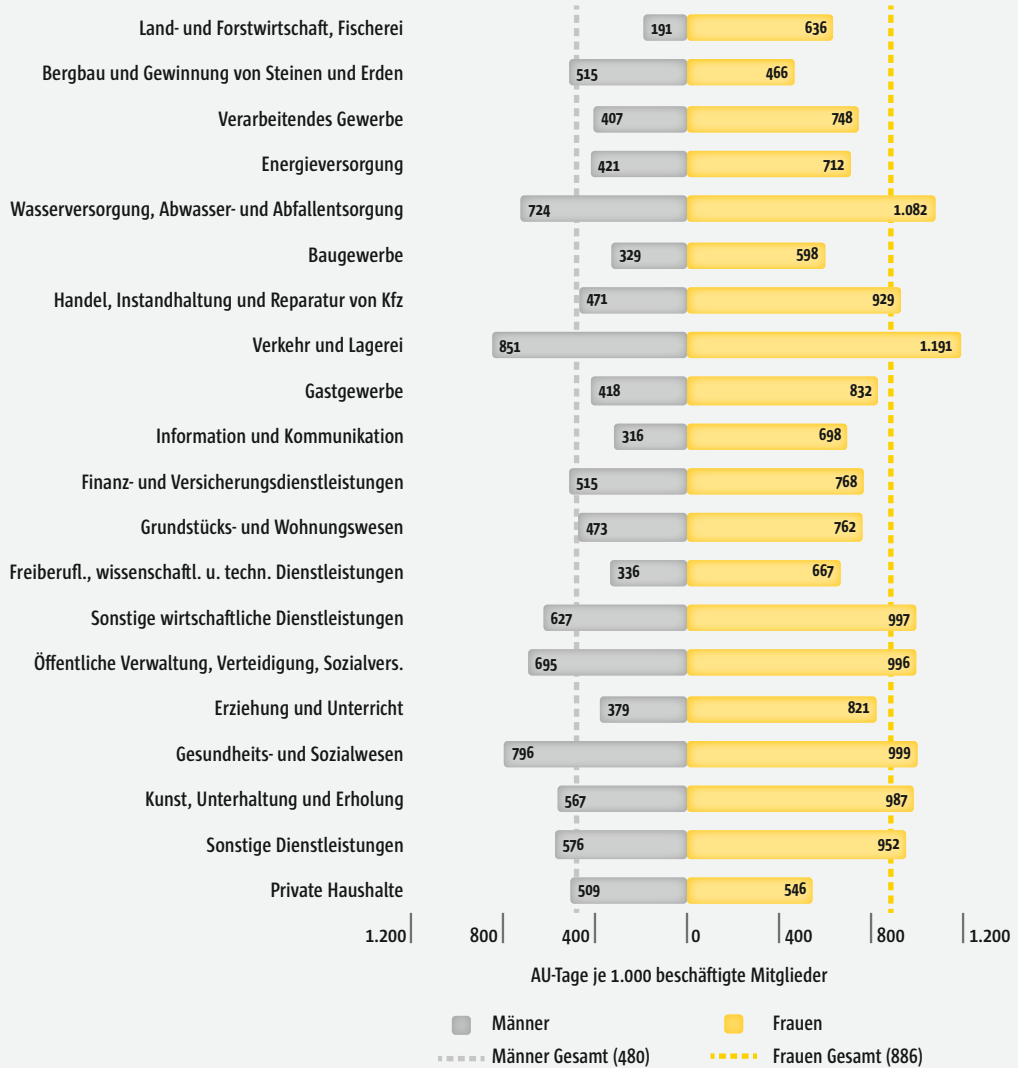
Diagramm 1.5.5 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



fünfte AU-Tag (22,7%) geht innerhalb der Gesamtgruppe der psychischen Störungen bei den Beschäftigten auf diese Diagnose zurück. Wie schon bei der in **III** Diagramm 1.5.5 dargestellten Diagnoseuntergruppe, sind es auch hier die gleichen drei Wirtschaftsgruppen, welche die Rangliste nach AU-Tagen anführen. Sowohl bei der Einzelbetrachtung der beschäftigten Männer als auch der Frauen rückt hingegen ebenfalls die Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung auf eine der ersten drei Plätze

nach Fehltagen. Bemerkenswert ist zudem die Tatsache, dass die AU-Tage zwischen den Branchen bei den männlichen Beschäftigten um mehr als das Vierfache schwanken, während die Werte bei den Frauen nur um das 2,5-Fache variieren: Ein möglicher Hinweis darauf, dass die branchenspezifischen Auswirkungen auf die Gesundheit bei den Männern im Fall dieser Diagnose stärker als bei den Frauen ausgeprägt sind.

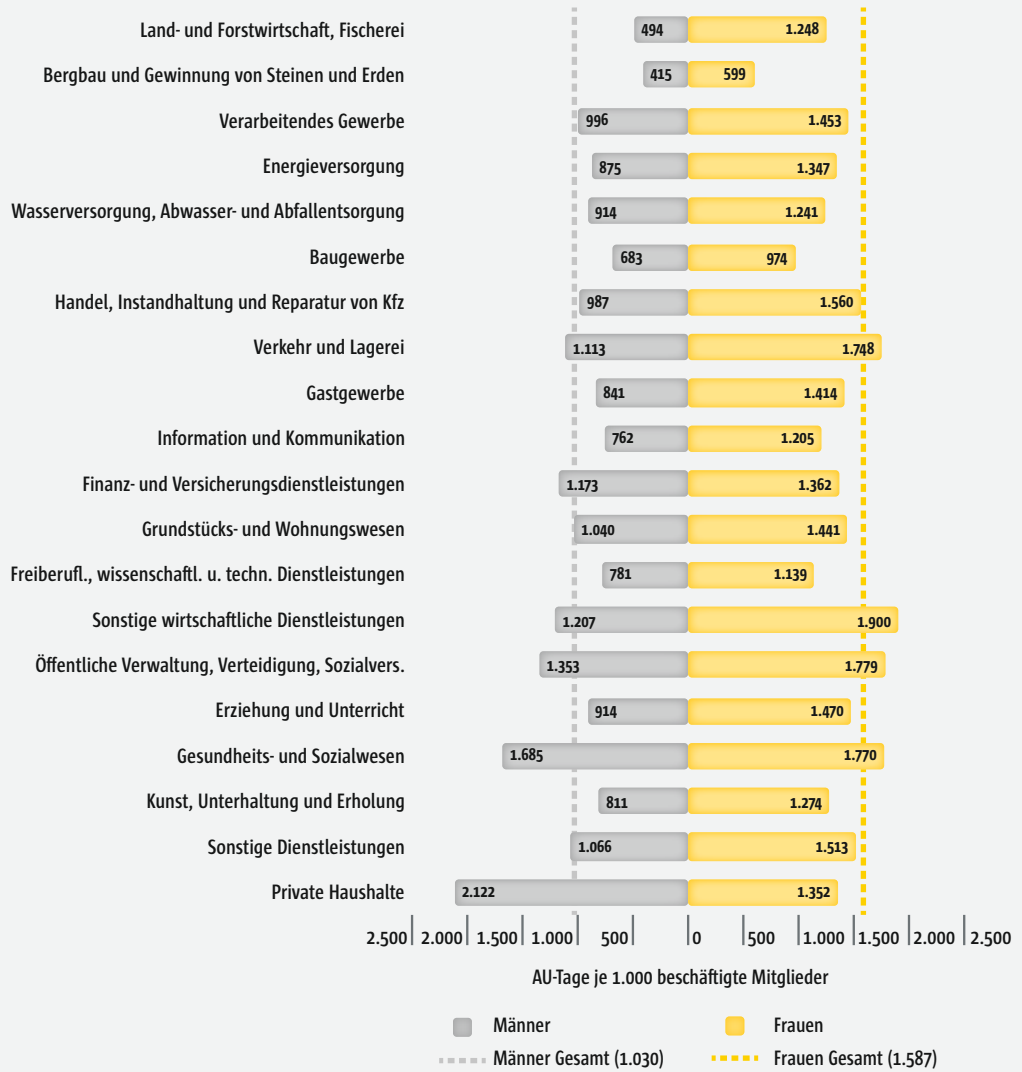
Diagramm 1.5.6 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Die nach Fehltagen zweitwichtigste Diagnoseuntergruppe innerhalb der psychischen Störungen sind die affektiven Störungen. Diese sind für 29,1% aller AU-Fälle und 43,8% aller AU-Tage innerhalb der genannten Krankheitsgruppe verantwortlich (III Diagramm 1.5.7). Während hier ebenfalls insgesamt das Gesundheits- und Sozialwesen sowie die öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung an der Spitze nach Fehltagen vertreten sind, spielt die Gruppe Verkehr und Lagerei hier keine so bedeutende

de Rolle. Vermutlich sind bei letztgenannter Gruppe akute Ereignisse, wie z.B. Unfälle mit Personenschaden in Relation mit posttraumatischen Belastungsstörungen (F43.1) von größerer Bedeutung (III Diagramm 1.5.6). Auch sind es wenig überraschend v.a. die produzierenden und verarbeitenden Branchen, bei denen wiederum durchweg die niedrigsten Kennwerte zu finden sind. Anzumerken ist noch der auffallend hohe Wert bei den beschäftigten Männern in privaten Haushalten (z.B. Privatpersonen mit

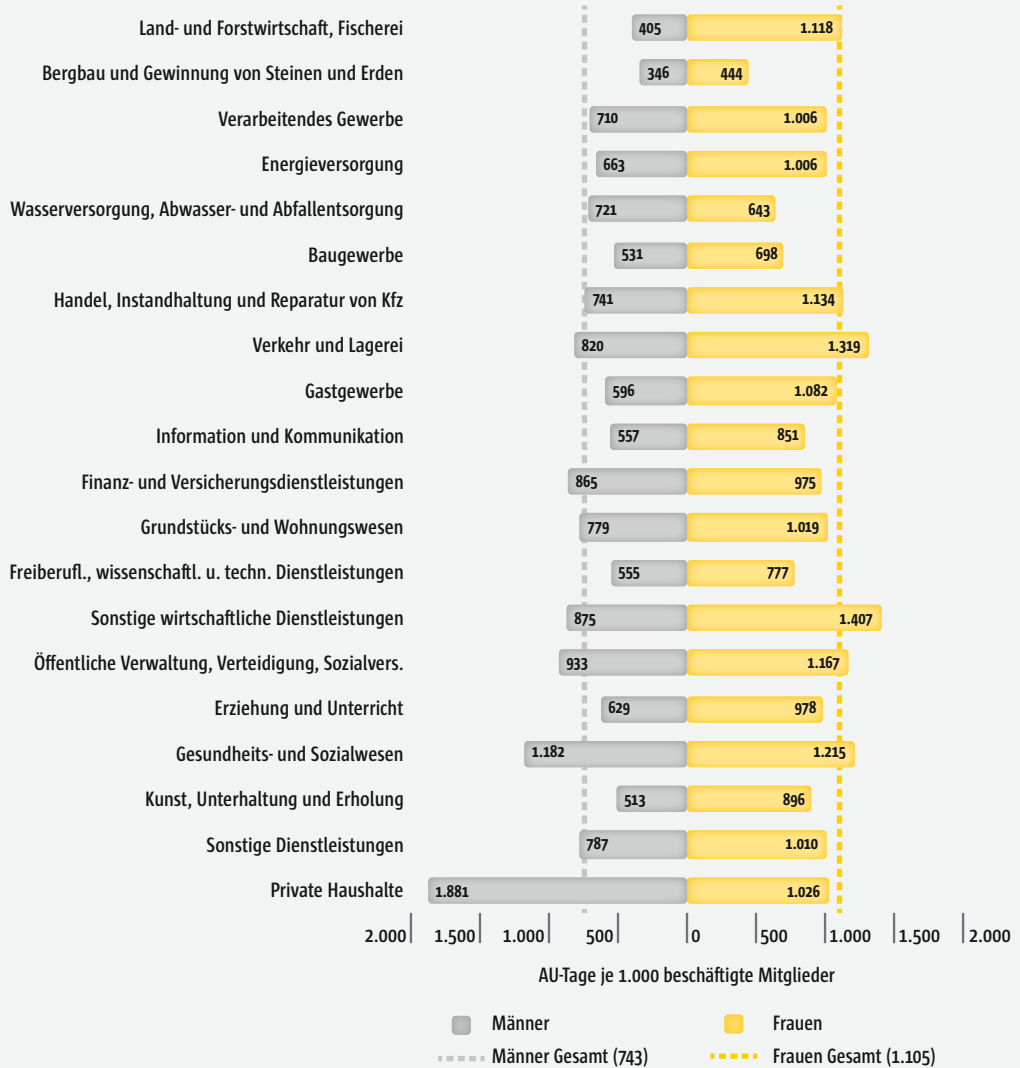
Diagramm 1.5.7 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Affektive Störungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



angestellten Gärtnern, Dienern, Fahrern usw.). Dieser wird durch eine relativ geringe Zahl von AU-Fällen verbunden mit einer überdurchschnittlich hohen Zahl an AU-Tagen verursacht, die in eine Falldauer von 188,4 Tagen je Fall münden – mehr als das Dreifache im Vergleich zum Durchschnitt (55,8 Tage je Fall). Da es allerdings in dieser Gruppe nur eine geringe Anzahl beschäftigter Männer gibt, wirken sich diese wenigen Fälle überproportional auf die durchschnittliche Anzahl der AU-Tagen aus.

Die aus der Gruppe der affektiven Störungen wichtigste Einzeldiagnose im Kontext der Fehlzeiten ist die depressive Episode (F32). Gut ein Drittel (31,0%) aller Fehltagen innerhalb der Gesamtgruppe der psychischen Störungen geht auf diese Diagnose zurück. Sie ist damit die wichtigste Einzeldiagnose nach AU-Tagen in dieser Betrachtung. In der Reihung der Wirtschaftsgruppen sind wiederum diejenigen mit den meisten Fehltagen das Gesundheits- und Sozialwesen, die öffentliche Verwaltung, Verteidigung

Diagramm 1.5.8 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für die Depressive Episode (F32) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

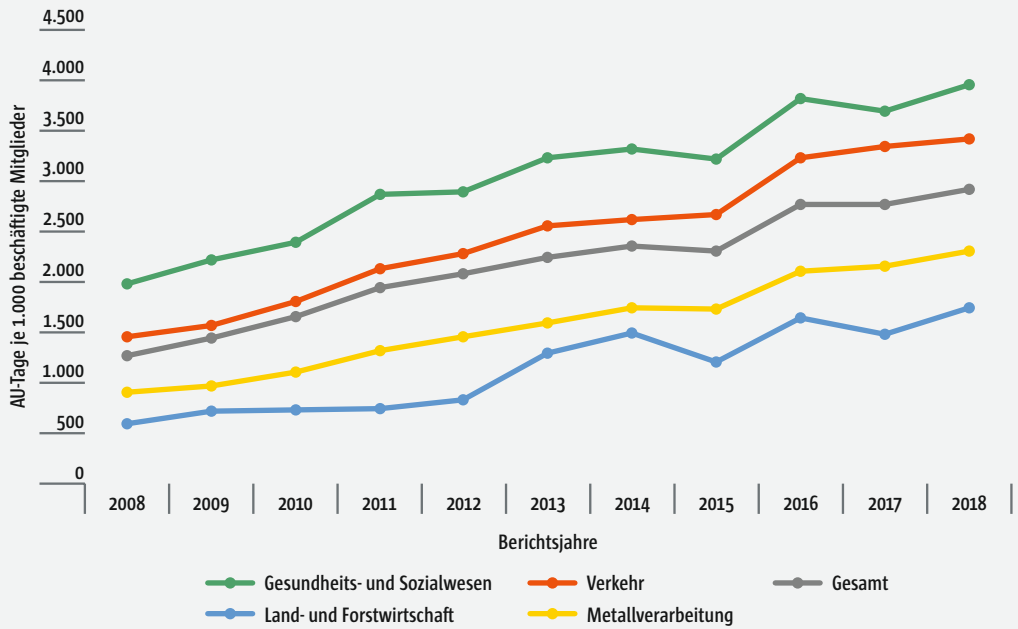


und Sozialversicherung, sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen sowie Verkehr und Lagerei (»»» Diagramm 1.5.8). Dagegen liegen z.B. die Fehltage der Beschäftigten im Baugewerbe oder in Information und Kommunikation deutlich unter dem Durchschnitt. Auch hier gelten für die in privaten Haushalten beschäftigten Männer die bereits zum »»» Diagramm 1.5.7 getroffenen Aussagen. Zusammenfassend lässt sich auch am Beispiel der depressiven Episode (F32) zeigen, dass Wirtschaftsgruppen deren

Hauptbeschäftigungsfeld ein hohes Maß an zwischenmenschlicher Interaktion beinhaltet, die meisten Fehltage aufgrund dieser Einzeldiagnose aufweisen.

- Trotz unterschiedlicher Reihung ist ein gleichmäßiger Anstieg der Fehlzeiten für psychische Störungen in den letzten Jahren in allen Branchen beobachtbar.

Diagramm 1.5.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten BKK Wirtschaftsgruppen im Zeitverlauf (2008–2018)



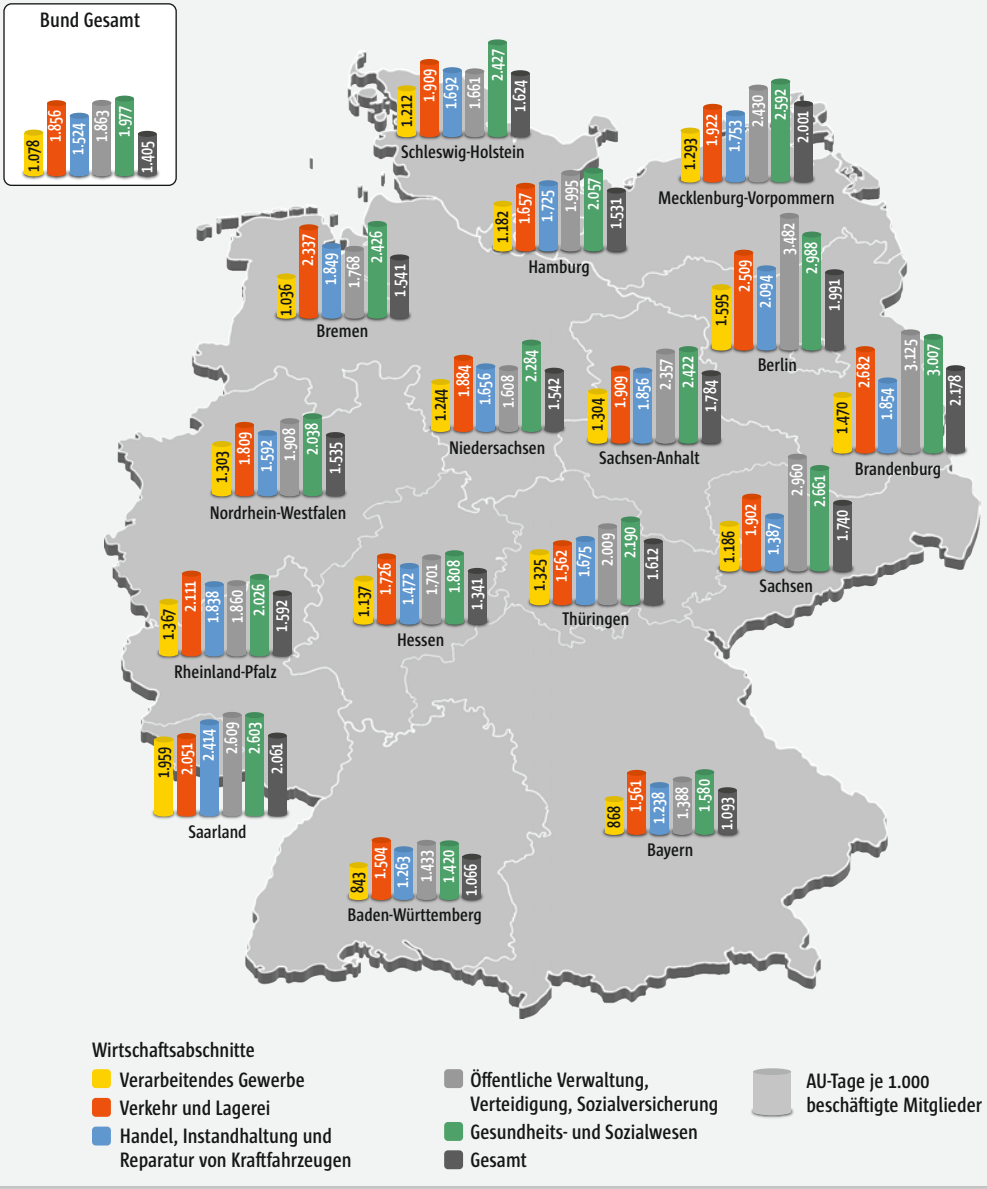
- Die Fehlzeiten für ausgewählte psychische Störungen schwanken innerhalb einer Branche zwischen den Bundesländern z.T. stärker als zwischen den einzelnen Branchen selbst.
- Für die affektiven Störungen lässt sich kein eindeutiges Ost-West-Muster erkennen, vielmehr sind v.a. in den Großstädten Hamburg und Berlin besonders hohe Werte bei den AU-Tagen zu finden.

Im **»»»** Diagramm 1.5.9 ist die Entwicklung der AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen in den vergangenen zehn Jahren dargestellt. Zum einen ist hier klar erkennbar, dass die Wirtschaftsgruppen mit auffällig hohen Werten, wie Verkehr sowie Gesundheits- und Sozialwesen, diese führende Rolle durchgehend über die vergangenen zehn Jahre aufweisen. Zum anderen wird aber auch deutlich, dass sowohl insgesamt aber auch für die einzelnen Wirtschaftsgruppen die AU-Tage für psychische Störungen um das Zwei- bis Dreifache zugenommen haben. Interessanterweise hat gleichzeitig der Abstand der Fehlzeiten zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen, von mehr als dem Dreifachen im Jahr 2008 bis zu etwas mehr als dem Doppelten in 2018, tendenziell abgenommen.

Zum Abschluss des Kapitels sollen noch die regionalen Variationen anhand eines Vergleichs der AU-Tage zwischen den Bundesländern und ausgewählten Wirtschaftsgruppen dargestellt werden. In **»»»** Diagramm 1.5.10 sind zunächst die AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen im Bundesländervergleich dargestellt.

Bei den im **»»»** Diagramm 1.5.10 dargestellten AU-Tagen aufgrund neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen tritt die regionale Spreizung zwischen den Bundesländern innerhalb der Wirtschaftsgruppen deutlich zu Tage. Beträgt dieser Unterschied beim verarbeitenden Gewerbe ca. 1,1 AU-Tage je Beschäftigten zwischen den Bundesländern, so ist sie in der Gruppe öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung mit 2,1 AU-Tagen zwischen dem Bundesland mit dem höchsten (Berlin) und dem niedrigsten (Bayern) Wert am größten. Berlin ist zudem bei allen fünf Wirtschaftsgruppen unter den Top 3 mit den höchsten Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart zu finden. Ebenfalls mehrfach in dieser Gruppe mit hohen Werten sind das Saarland, Brandenburg sowie Sachsen vertreten. Für alle betrachteten Wirtschaftsgruppen gilt indes durchgehend, dass Beschäftigte in Bayern und Ba-

Diagramm 1.5.10 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)

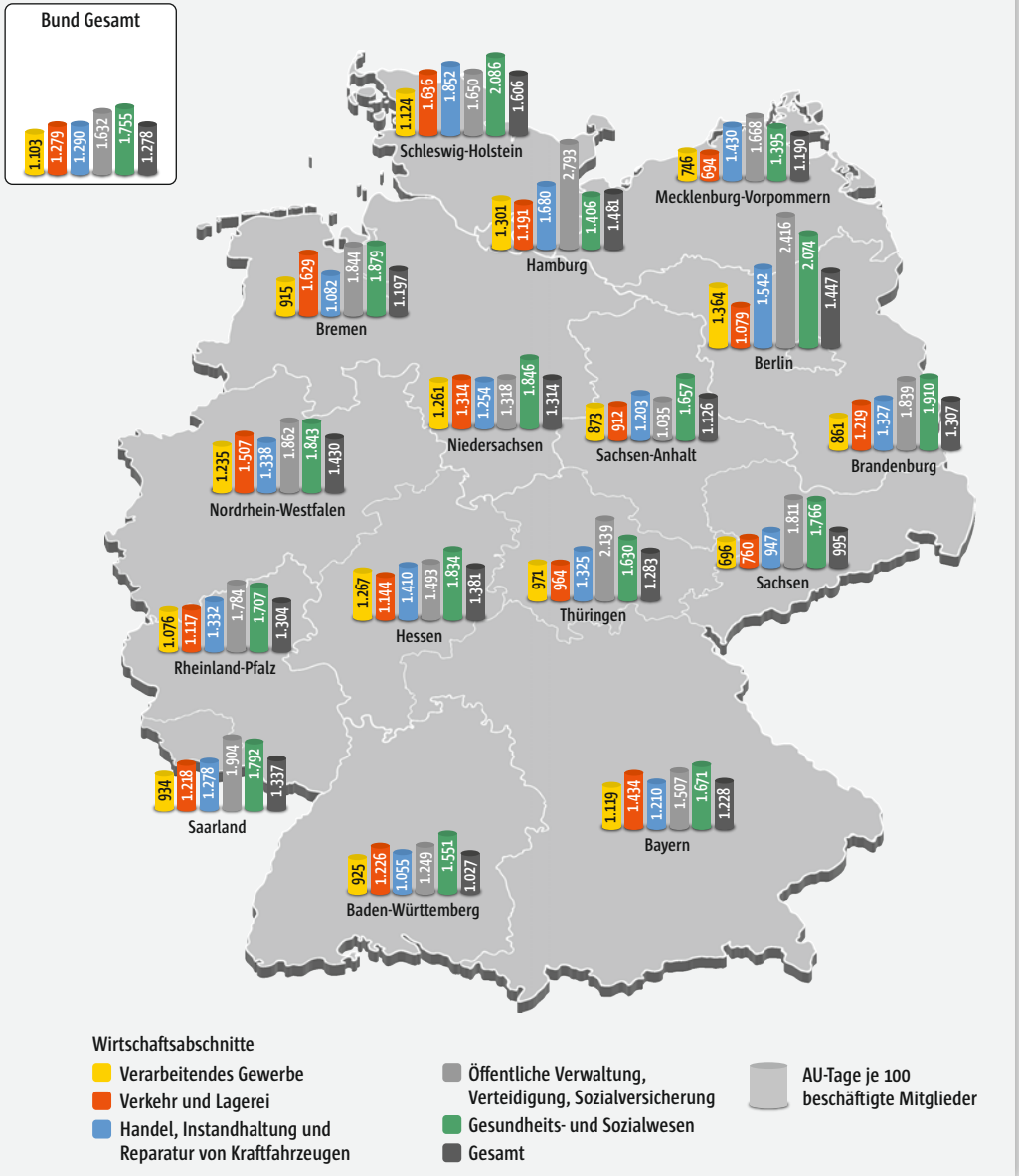


den-Württemberg jeweils die niedrigsten Werte aufweisen. Hier zeichnet sich also ein deutliches Ost-West-Gefälle ab.

Eine ebenfalls beachtliche regionale Variation zwischen 0,7 AU-Tagen für das verarbeitende Gewerbe bis zu 1,8 AU-Tagen im Bereich öffentliche Verwal-

tung, Verteidigung und Sozialversicherung ist für die affektiven Störungen bei den Wirtschaftsgruppen zu finden (»» Diagramm 1.5.11). Neben den Großstädten Berlin und Hamburg, ist es hier das Bundesland Schleswig-Holstein, welches bei drei der Wirtschaftsgruppen unter den Top-3-Bundesländern

Diagramm 1.5.11 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Affektive Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)



mit den höchsten Werten zu finden ist. Die wenigsten Fehltage aufgrund affektiver Störungen treten hingegen mehrheitlich in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Baden-Württemberg auf. Das zum »»» Diagramm 1.5.10 beschriebene deutliche Ost-West-Muster gilt also für diese Krankheitsgrup-

pe nicht, vielmehr deutet sich hier ein Stadt-Land-Gefälle an, welches in Ansätzen auch schon im »»» Diagramm 1.3.4 zu erkennen ist. Mehr zum Thema Stadt-Land-Gefälle im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit ist bei »»» Adli im »»» Schwerpunkt Wissenschaft zu finden.

1.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen

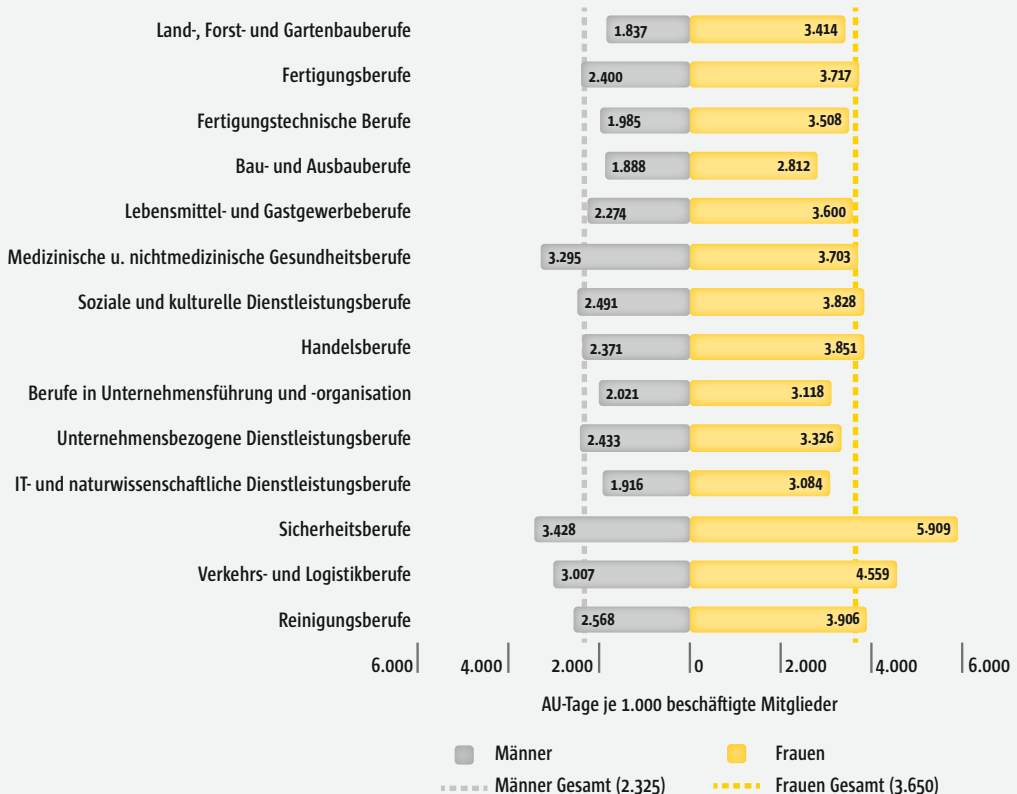
- Auch bei der Betrachtung der Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen nach Berufen zeigen sich v.a. bei solchen besonders hohe Werte, deren Haupttätigkeit in der Interaktion mit Menschen liegt.
- Hierzu zählen z.B. die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe, die Sicherheitsberufe und die Verkehr- und Logistikberufe, während Tätigkeiten im produzierenden bzw. verarbeitenden Berufen unterdurchschnittlich viele AU-Tage aufweisen.

Neben der Wirtschaftsgruppe, in der die Beschäftigten tätig sind, übt deren aktuelle Tätigkeit ebenfalls einen erheblichen Einfluss in Form der damit verbundenen Arbeitsbelastung auf deren Gesundheit aus. Deshalb werden im Folgenden die auf Basis des Tätigkeitsschlüssels zugeordneten Berufe der beschäftig-

ten Mitglieder in Zusammenhang mit den AU-Kennzahlen betrachtet, die durch psychische Störungen allgemein bzw. durch spezifische Erkrankungen aus dieser Diagnosegruppe verursacht werden.

In **»»»** Diagramm 1.5.12 sind zunächst die geschlechtsspezifischen AU-Tage für psychische Störungen nach Berufssegmenten aufgeführt. Neben den Sicherheitsberufen sind es die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe sowie die Reinigungsberufe, die hier die Rangliste mit den meisten AU-Tagen insgesamt anführen. Für Männer und Frauen getrennt sind es zusätzlich auch noch die Verkehrs- und Logistikberufe, die deutlich überdurchschnittliche Werte aufweisen. Die niedrigsten Werte finden sich hingegen in den Bau- und Ausbauberufen, den fertigungstechnischen Berufen, sowie den IT- und naturwissenschaftlichen Berufen. Insofern sind hier deutliche Parallelen zu den Wirtschaftsgruppen erkennbar (**»»»** Diagramm 1.5.3),

Diagramm 1.5.12 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



finden sich auch dort Branchen des produzierenden und verarbeitenden Gewerbes mit unterdurchschnittlichen und solche mit häufiger zwischenmenschlicher Interaktion (z.B. Gesundheits- und Sozialwesen) mit überdurchschnittlichen Fehlzeiten wieder. Zu erwähnen ist noch, dass die Spannweite der Fehltag zwischen den Berufssegmenten bei den Frauen fast doppelt so groß wie bei den Männern ist (3,1 vs. 1,6 AU-Tage je Beschäftigten).

Neben den Berufssegmenten stehen die Tätigkeitsangaben auch in differenzierterer Form als Berufshauptgruppen zur Verfügung. Wie sich für diese das AU-Geschehen für psychische Störungen darstellt, zeigt **»»»** Diagramm 1.5.13. Auch auf dieser differenzierten Ebene der Betrachtung wiederholt sich in gewisser Weise das Muster aus **»»»** Diagramm 1.5.12, sind doch hier aus den zugehörigen Berufssegmenten die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe, die Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe, sowie die Reinigungsberufe nach AU-Tagen an der Spitze der Auflistung zu finden. Am unteren Ende sind es wiederum die handwerklich ausgerichteten Berufe (z.B. Innenausbauerufe, Hoch- und Tiefbauberufe), welche die niedrigsten Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart aufweisen. Die gleiche Reihenfolge zeigt sich im Wesentlichen auch, wenn man Männer und Frauen getrennt betrachtet. Allerdings ist hier die Bandbreite der Fehltag mit einer Differenz von 2,5 AU-Tagen bei den Männern und 4,1 AU-Tagen bei den Frauen zwischen dem Beruf mit den meisten bzw. wenigsten Arbeitsunfähigkeitstagen noch ausgeprägter.

In Anlehnung an die vorhergehende Auswertung nach Wirtschaftsgruppen, wird nun der Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und den Fehlzeiten aufgrund der beiden wichtigsten Diagnoseuntergruppen (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen bzw. affektive Störungen) sowie ausgewählter zugehöriger Einzeldiagnosen betrachtet.

In **»»»** Diagramm 1.5.14 wird der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Arbeit am Beispiel der Berufshauptgruppen sowie der AU-Tage aufgrund neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen verdeutlicht. Sowohl bezogen auf die Gesamtwerte, als auch für Männer und Frauen sind die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (z.B. Altenpflege), die Schutz-, Sicherheits-, und Überwachungsberufe (z.B. Polizei, Feuerwehr, private Sicherheitsdienste) sowie die Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten (z.B. Busfahrer oder Lokführer) diejenigen Berufsgruppen, die unter den Top 5 mit den meisten Fehltagen zu finden sind. Be-

wegen sich die konkreten Fehlzeiten in den genannten Berufsgruppen aufgrund dieser Krankheitsart im Mittel zwischen 1,7 bis 3,6 AU-Tagen je Beschäftigten, so treten bei den Hoch- und Tiefbauberufen mit durchschnittlich 0,6 AU-Tagen (Männer) bzw. 1,0 AU-Tage (Frauen) je Beschäftigten wesentlich niedrigere Fehlzeiten auf.

Die innerhalb dieser Diagnoseuntergruppe nach Fehlzeiten bedeutsamste Einzeldiagnose sind die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Die dadurch bei den Beschäftigten verursachten AU-Tage im Zusammenhang mit beruflicher Tätigkeit und Geschlecht sind in **»»»** Diagramm 1.5.15 dargestellt.

Wenig überraschend sind es hier ebenfalls die Beschäftigten der Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe, die Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten sowie die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe, welche die Rangfolge nach Fehltagen anführen. Am wenigsten betroffen von solchen krankheitsbedingten Fehlzeiten sind hingegen wiederum Beschäftigte in vorwiegend handwerklich-technisch ausgerichteten Berufen, wie z.B. Hoch- und Tiefbauberufe, Ausbauberufe aber auch IT-Berufe. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen differieren die AU-Tage zwischen dem Beruf mit den meisten und dem mit den wenigsten Fehlzeiten dabei um mehr als das Dreifache.

Die zweitwichtigste Gruppe für die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind die affektiven Störungen, die in **»»»** Diagramm 1.5.16 im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit der Beschäftigten dargestellt sind. Auf den ersten Blick zeigt sich hier, im Vergleich zu den neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen ein anderes Verteilungsmuster. Zwar sind auch hier die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe an der Spitze mit den meisten AU-Tagen zu finden, dagegen liegen hier die Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten unterhalb des Durchschnittswertes für alle Beschäftigten. Vermutlich sind Berufsgruppen, die durch eine besonders ausgeprägte zwischenmenschliche Interaktion (wie u. a. auch Erziehung, soziale und Hauswirtschaftliche Berufe) gekennzeichnet sind, stärker von Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart betroffen. Dagegen sind vermutlich bei Busfahrern oder Lokführern eher akute Ereignisse (z.B. Unfälle) Ursache für Ausfallzeiten, die i. S. einer posttraumatischen Belastungsstörung (im ICD-10 mit F43.1 als Differenzialdiagnose der Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen kodiert) im **»»»** Diagramm 1.5.15 sichtbar werden.

Diagramm 1.5.13 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

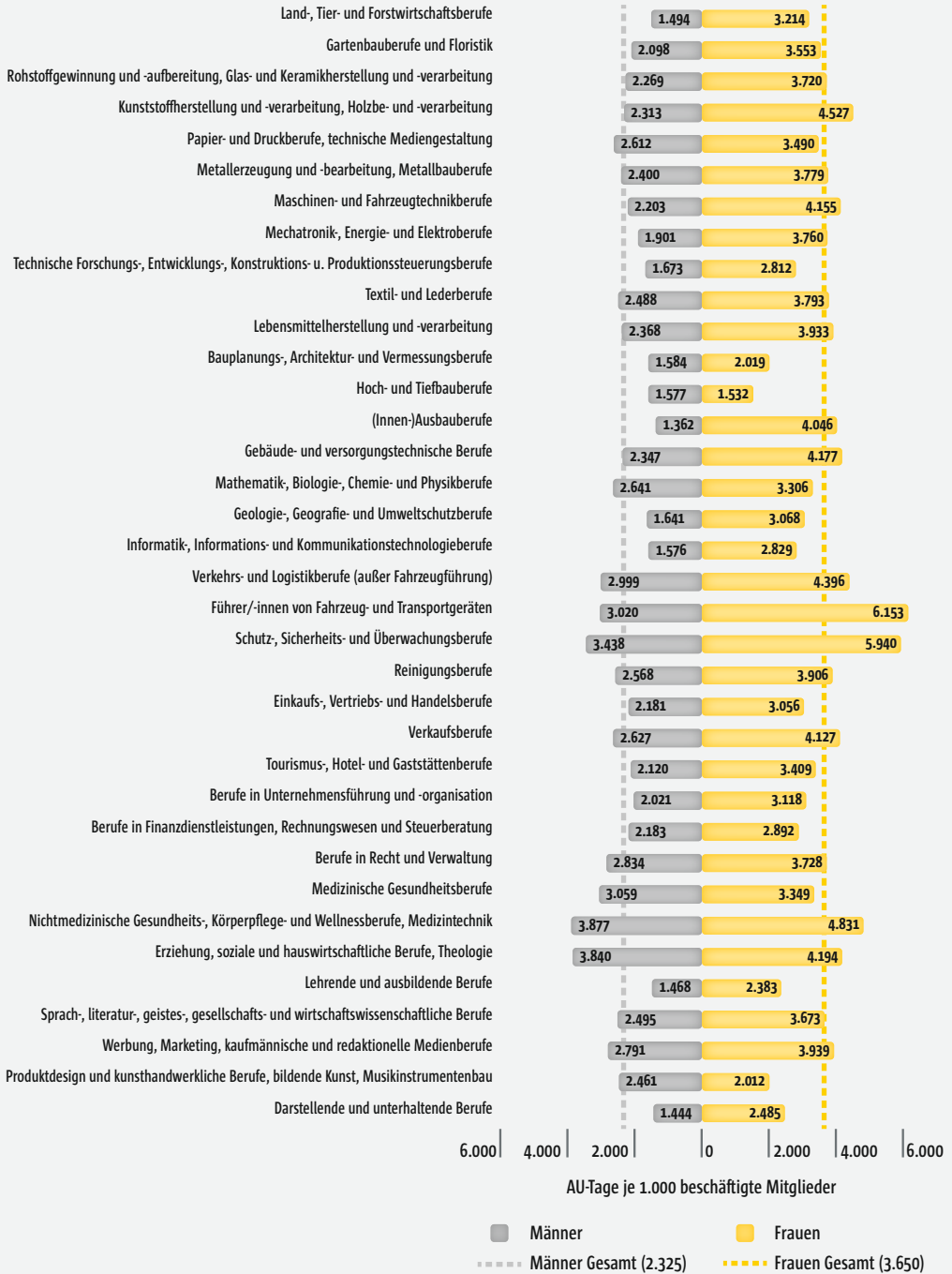


Diagramm 1.5.14 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

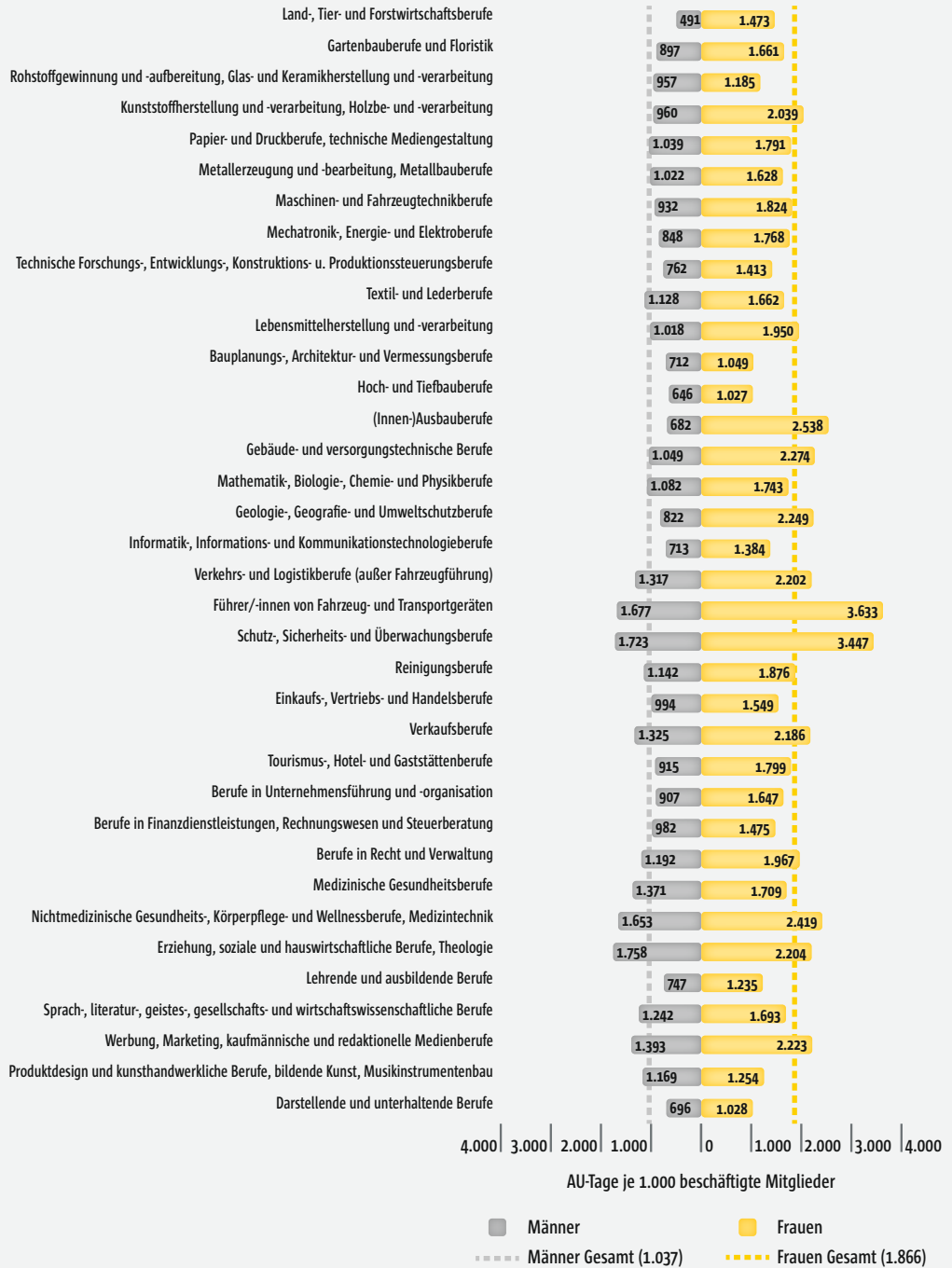


Diagramm 1.5.15 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

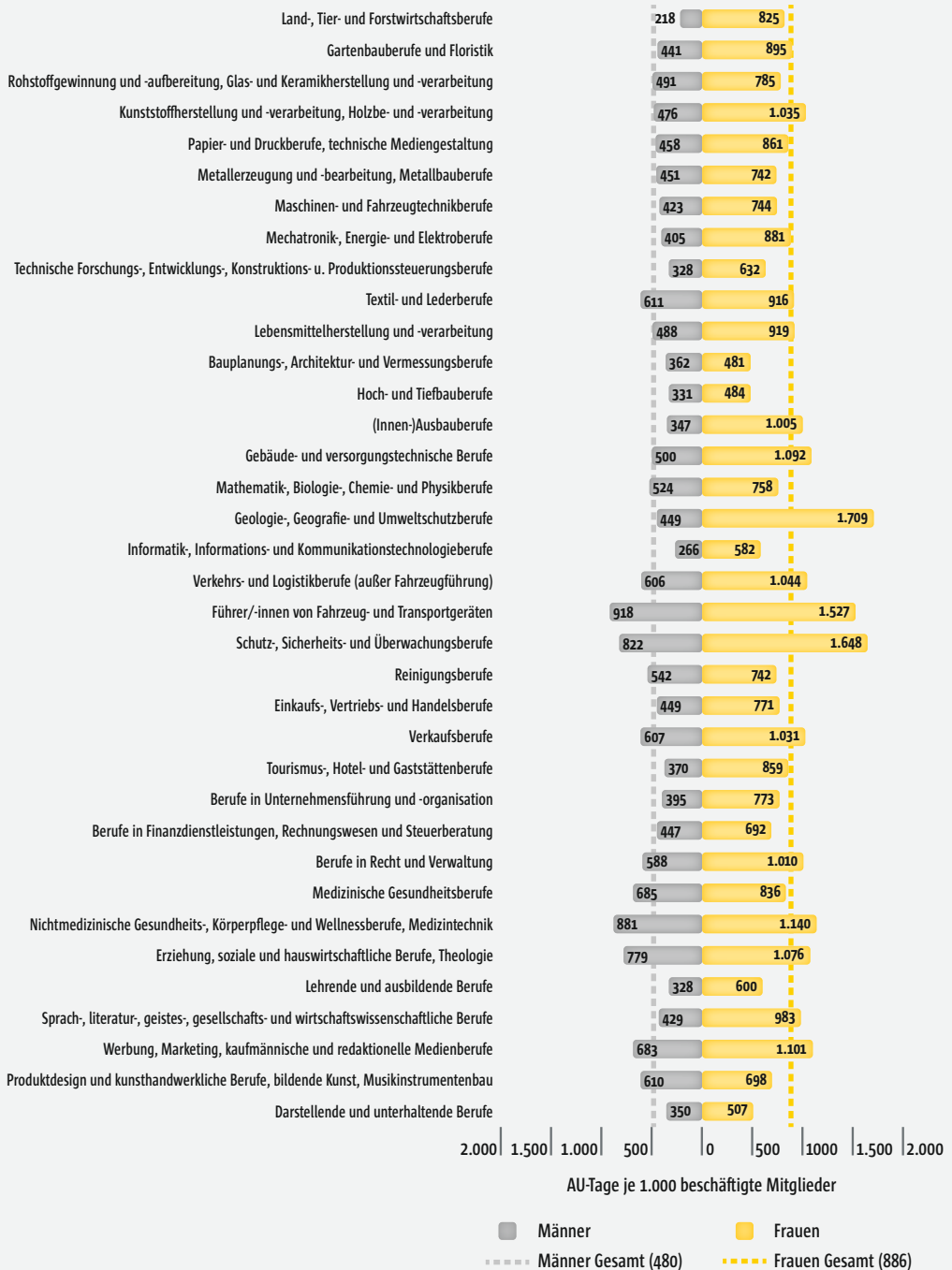


Diagramm 1.5.16 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Affektive Störungen nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

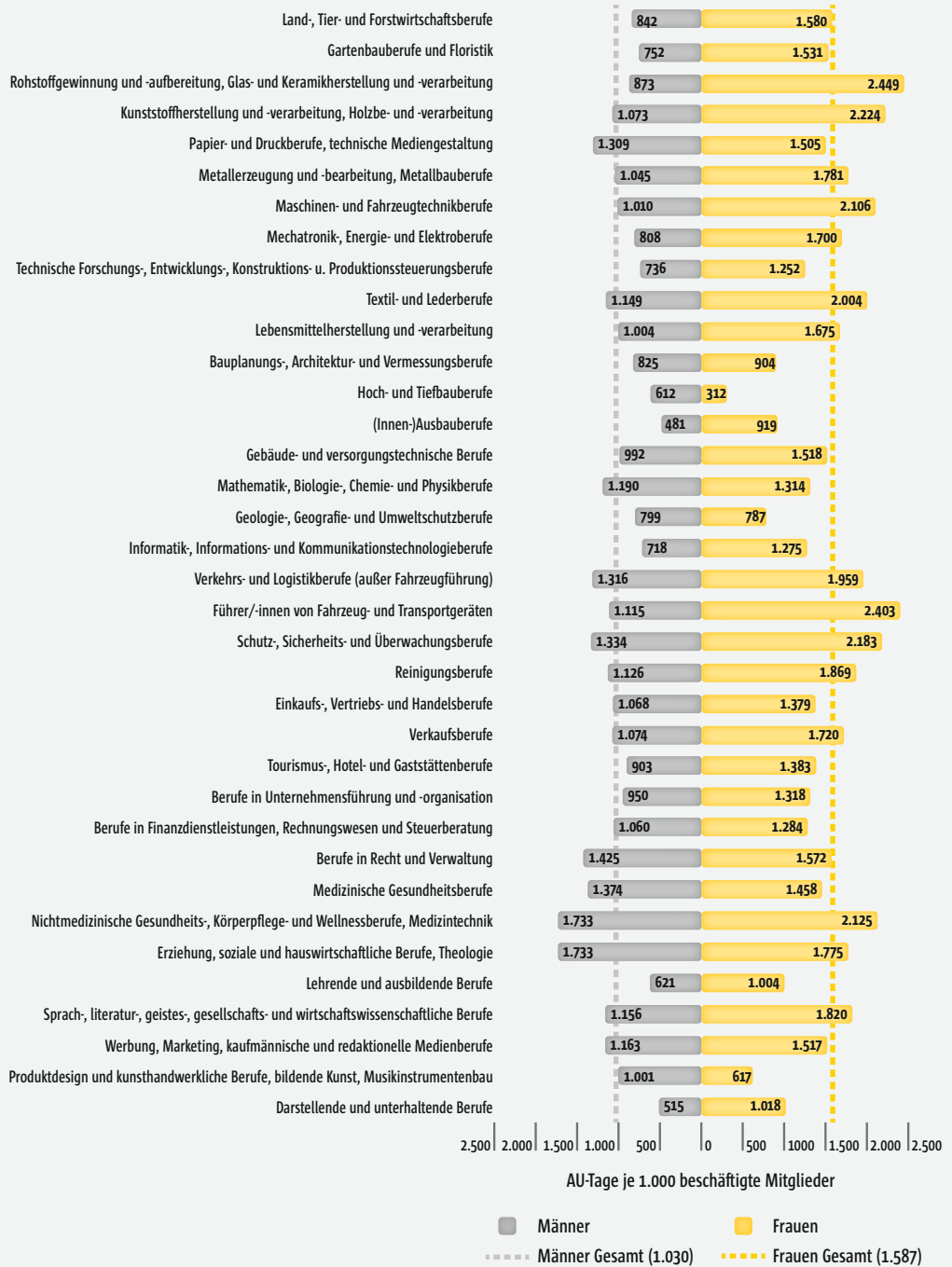
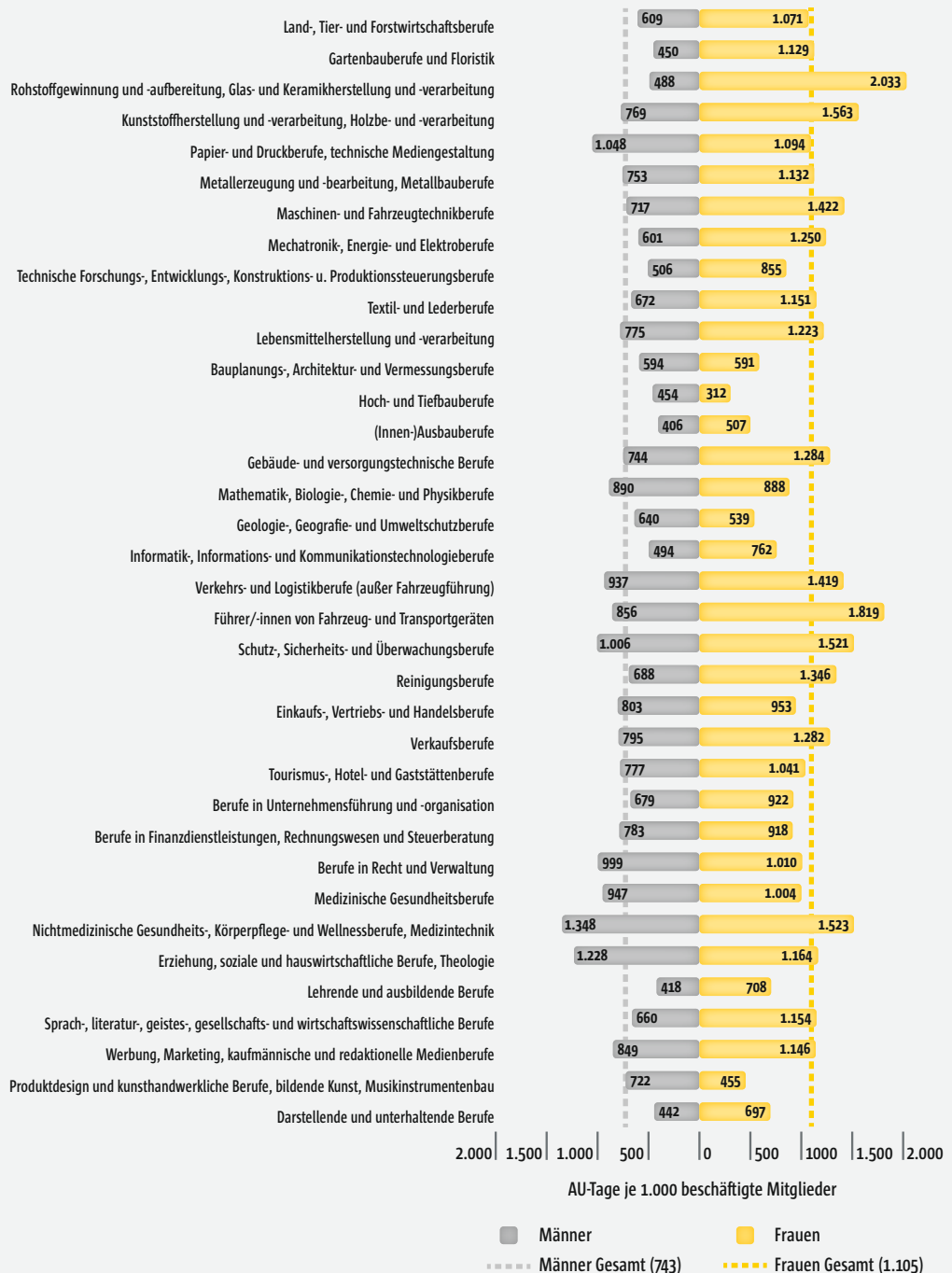


Diagramm 1.5.17 Arbeitsfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für die Depressive Episode (F32) nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Die für das AU-Geschehen wichtigste Einzeldiagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen stellt die depressive Episode (F32) dar, die wiederum zur Gruppe der affektiven Störungen gehört. In **»»»** Diagramm 1.5.17 sind die Fehltagel aufgrund dieser Einzeldiagnose in Zusammenhang mit den Berufshauptgruppen und dem Geschlecht dargestellt. Dabei zeichnet sich ein im Vergleich zu vorhergehenden Diagramm sehr ähnliches Muster ab. Auch hier sind es die nichtmedizinischen Berufe, welche die Rangliste mit durchschnittlich 1,5 AU-Tagen je Beschäftigten anführen, gefolgt von Erziehungs- und Reinigungsberufen mit jeweils 1,2 AU-Tagen je Beschäftigten. Dagegen sind bei den (Innen-)Ausbau-berufen gerade einmal 0,4 AU-Tagel je Beschäftigten aufgrund einer depressiven Episode (F32) zu verzeichnen. Der Anteil der AU-Tagel, der durch die depressive Episode bezogen auf die Gruppe der affektiven Störungen verursacht wird, ist hoch und bewegt sich je nach Berufsgruppe zwischen 57,8% bis zu 82,3%. Auf-

grund der großen Bedeutung dieser Diagnose für das Versorgungsgeschehen insgesamt, wird sie noch einmal gesondert in einer sektorenübergreifenden Betrachtung in **»»»** Kapitel 1.5.5 dargestellt.

Exkurs psychische Störungen durch Alkohol

- Sind die AU-Kennzahlen der beschäftigten Frauen bei den meisten psychischen Störungen höher als bei den Männern ausgeprägt, so ist dies bei den psychischen Störungen durch Alkohol hingegen genau anders herum.
- Dabei sind die (bisher unauffälligen) produzierenden und verarbeitenden Berufe (z.B. Bau- und Ausbauberufe) sowie die Fertigungs-(technischen) Berufe mit überdurchschnittlich hohen Werten aufgrund psychischer Störungen durch Alkohol vertreten.

Diagramm 1.5.18 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tagel der beschäftigten Mitglieder für Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

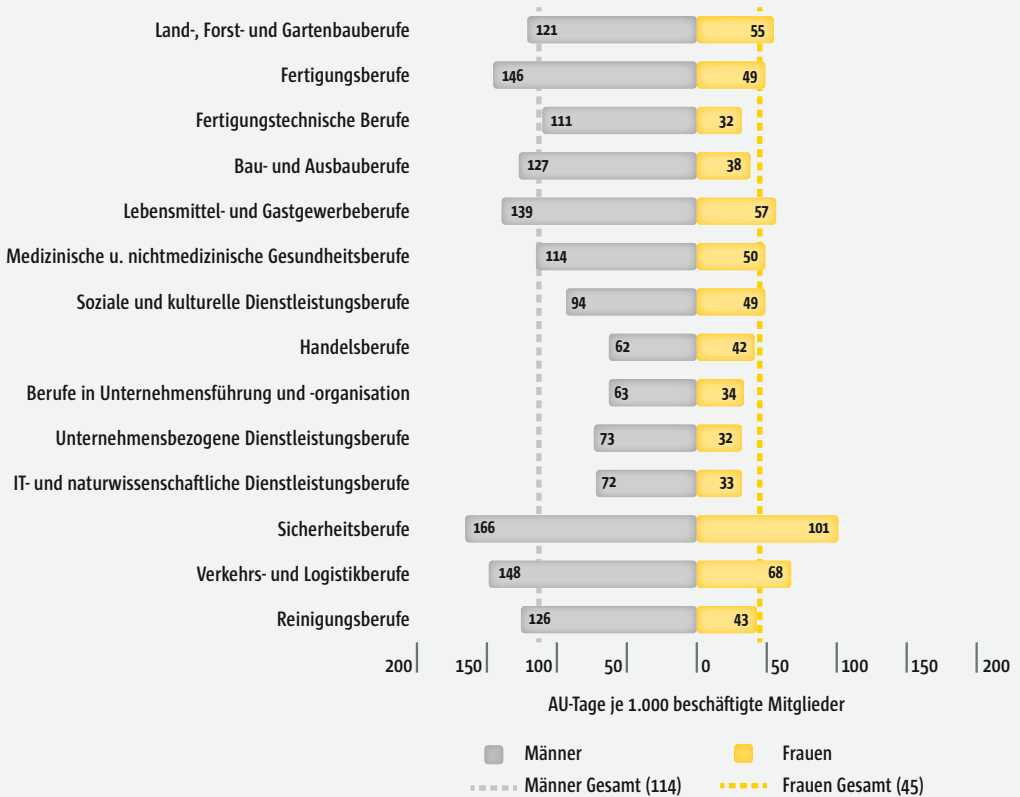
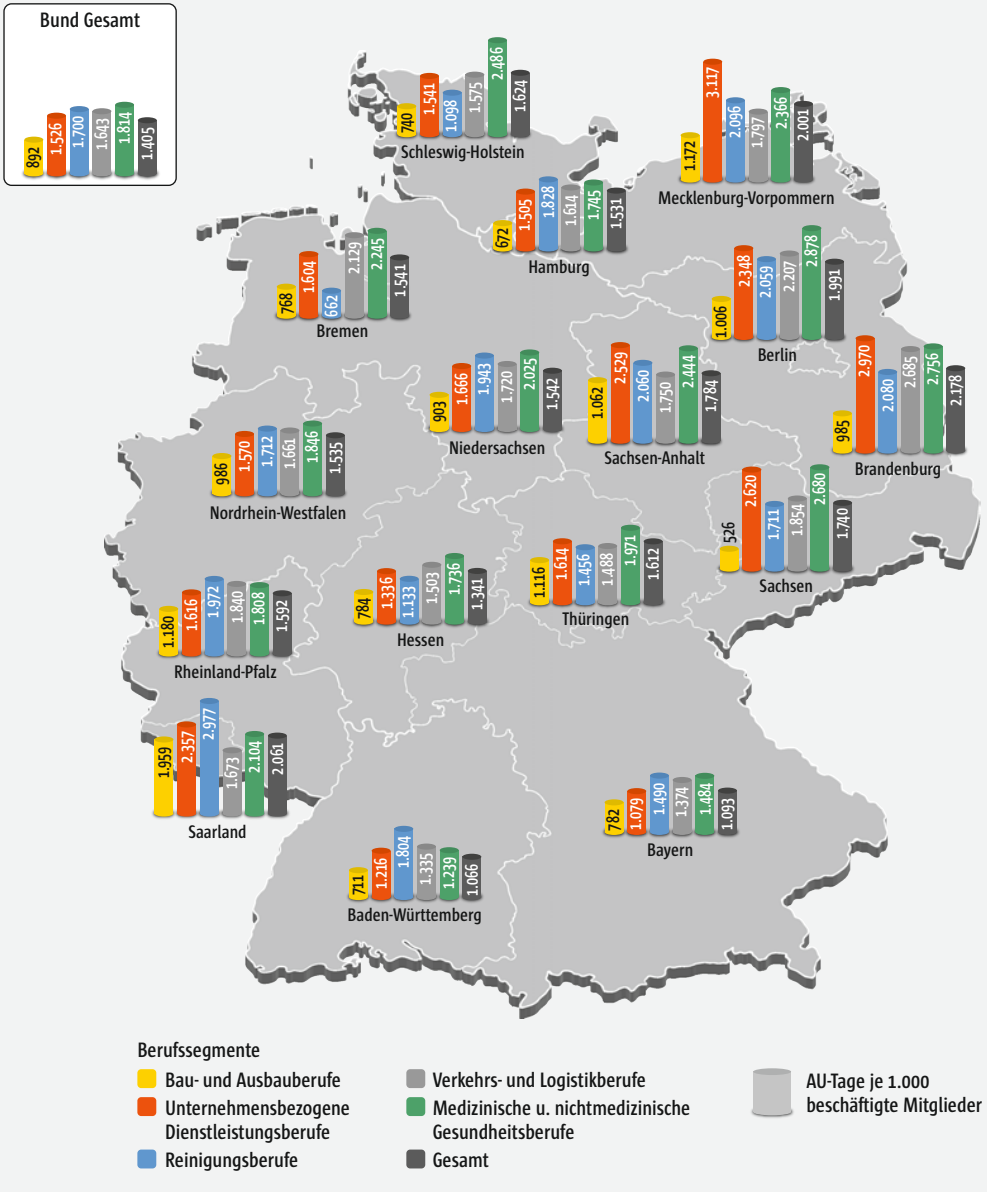


Diagramm 1.5.19 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)

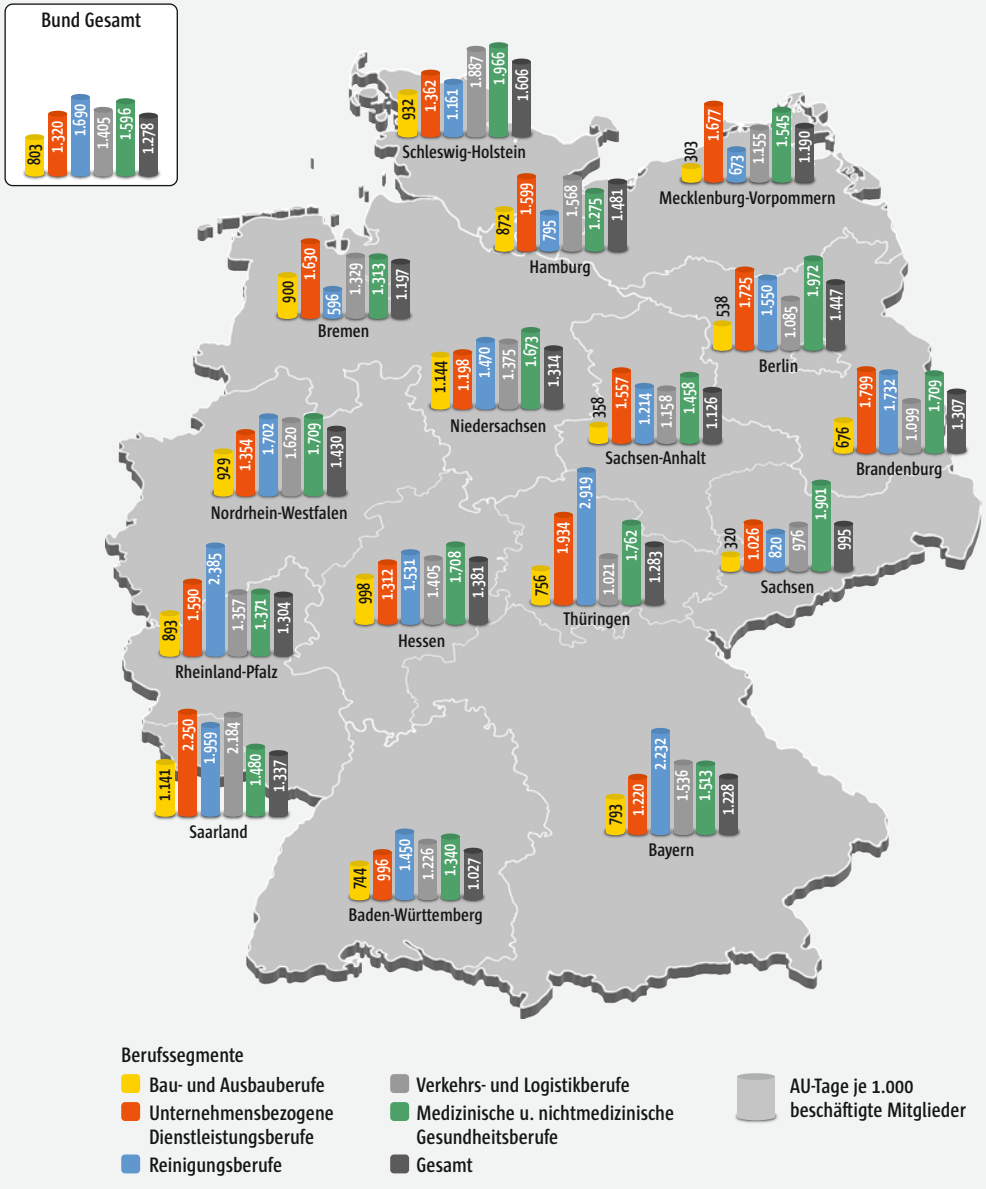


Wie bereits im Einleitungskapitel zum Schwerpunktteil kurz skizziert wurde, stellen auch die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen einen nicht unerheblichen Grund für Arbeitsunfähigkeit dar. Die mit Abstand wichtigste

Einzeldiagnose innerhalb dieser Gruppe sind die psychischen Störungen, die durch Alkohol(-missbrauch) (F10) hervorgerufen werden.

In »» Diagramm 1.5.18 sind die Fehlzeiten aufgrund dieser Diagnose exemplarisch für die Berufs-

Diagramm 1.5.20 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Affektive Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)



segmente dargestellt. In zwei wesentlich Punkten unterscheidet sich das Muster der AU-Zeiten im Vergleich zu den vorhergehenden Darstellungen: Zum einen weisen hier die Männer deutlich höhere Fehlzeiten als die Frauen auf, was sicher nicht zuletzt dadurch begründet ist, dass deutlich mehr

Männer im Vergleich zu den Frauen zu einem gesundheitsgefährdenden Trinkverhalten neigen⁴.

4 Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft (2017). Alkohol Atlas Deutschland 2017. Pabst Science Publishers: Lenigerich.

Zum anderen sieht man in der Rangfolge, dass hier die produzierenden und verarbeitenden Berufsgruppen an der Spitze mit den höchsten Werten zu finden sind. An diesem Beispiel lässt sich zeigen, dass das Muster des Zusammenhangs zwischen psychischer Gesundheit und Arbeit durchaus variieren kann.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle noch die Diagnose der psychischen und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F12): Hier liegen die Männer nach Fehltagen zwar auch deutlich vor den Frauen (9,1 vs. 1,9 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte), allerdings zeigen die Größenverhältnisse zu den alkoholinduzierten Störungen, wo Prävention bei den substanzinduzierten Störungen primär ansetzen sollte. Während mehr als drei Viertel aller AU-Tage (76,4%) bei den substanzinduzierten Störungen durch übermäßigen Alkoholkonsum verursacht werden, entfallen davon gerade einmal 5,4% auf den Verhaltensstörungen durch Cannabinoide.

Abschließend werden bezüglich des Zusammenhangs zwischen psychischer Gesundheit und der beruflichen Tätigkeit die regionalen Variationen der Fehlzeiten ausgewählter Berufssegmente betrachtet. Das **»»** Diagramm 1.5.19 zeigt zunächst die Unterschiede auf Ebene der Bundesländer für die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Wie schon bei den Wirtschaftsgruppen (**»»** Kapitel 1.5.2), zeigt sich auch bei den Berufen eine deutliche regionale Variation, die bei den Verkehrs- und Logistikberufen mit einer Differenz von 1,4 AU-Tagen bis zu den Reinigungsberufen mit einer Differenz von 2,3 AU-Tagen zwischen den einzelnen Bundesländern reicht. In der Rangfolge der Berufe lässt sich ein Ost-West-Muster erkennen. Dabei ist Brandenburg in vier und Mecklenburg-Vorpommern in drei der fünf Berufsgruppen jeweils unter den Top 3 mit den meisten AU-Tagen aufgrund dieser Diagnoseuntergruppe vertreten. In vier (Baden-Württemberg) bzw. jeweils drei (Bayern und Hessen) der fünf betrachteten Berufsgruppen sind es vorrangig die genannten Altbundesländer, welche die geringsten Fehltagelasten aufweisen.

In gleicher Systematik werden die regionalen Variationen der AU-Tage für die affektiven Störungen in **»»** Diagramm 1.5.20 betrachtet. Hier zeigt sich ein heterogeneres Bild als in der vorhergehenden Betrachtung. Ein eindeutiges Ost-West-Muster lässt sich hier nicht feststellen, wie auch schon bei den Wirtschaftsgruppen in **»»** Diagramm 1.5.11 zu sehen ist. So sind hier z.B. das Saarland und Schleswig-Holstein sowie Thüringen bei zwei der fünf Berufsgruppen unter den Top 3 nach AU-Tagen

zu finden. Am anderen Ende der Skala finden sich Sachsen bei drei sowie Baden-Württemberg und Hamburg bei jeweils zwei der fünf Berufsgruppen mit den geringsten Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart. Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass bei den AU-Tagen der affektiven Störungen mit maximal 2,3 AU-Tagen die größte regionale Variation ebenfalls bei den Reinigungsberufen zu finden ist.

1.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Die AU-Tage aufgrund einer depressiven Episode (F32) bzw. aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) zeigen bei hohem Anforderungsniveau der Tätigkeit, Führungsverantwortung sowie in regulärer Anstellung die jeweils niedrigsten Werte.
- Beschäftigte Frauen weisen dabei durchgehend höhere Fehlzeiten als die Männer auf.
- Anders verhält es sich bei den psychischen Störungen durch Alkohol (F10): Insbesondere in Kombination mit geringem Anforderungsniveau oder Leiharbeit, weisen Männer hier oftmals ein Vielfaches der Werte der Frauen in gleicher Position auf.

Ergänzend zu den Betrachtungen nach Wirtschafts- und Berufsgruppen, sollen an dieser Stelle weitere Beschäftigungsmerkmale im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit näher beleuchtet werden. Exemplarisch werden hierfür das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung sowie die Beschäftigung mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung betrachtet. Dabei werden in dem Zusammenhang die AU-Tage der drei Einzeldiagnosen ausgewählt, die bereits in den vorhergehenden Abschnitten dargestellt wurden. Namentlich handelt es sich dabei um die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), die depressive Episode (F32) sowie die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43).

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

In **»»** Diagramm 1.5.21 sind die AU-Tage der drei wichtigsten Einzeldiagnosen im Zusammenhang mit dem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit dargestellt. Das Grundmuster, dass mit zuneh-

memdem Anforderungsniveau die durchschnittliche Anzahl der AU-Tage abnimmt, ist bereits in gleicher Weise in **»»** Diagramm 1.4.13 auch für andere Krankheitsarten erkennbar. Einige Besonderheiten lassen sich für die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) berichten. Zum einen zeigt sich hier ebenfalls, dass Männer über alle Gruppen hinweg mehr AU-Tage aufgrund der Krankheitsart als Frauen aufweisen. Zum anderen ist der Zusammenhang mit dem beruflichen Anforderungsniveau hier besonders ausgeprägt, liegen doch die AU-Tage zwischen beschäftigten Männern in Helfer-/Anlern-tätigkeiten und hoch komplexen Tätigkeiten um mehr als das 6-Fache auseinander, bei den Frauen ist es immerhin noch das 2,4-Fache. Für die anderen beiden Diagnosen sind diese Differenzen deutlich geringer ausgeprägt. Andererseits nivelliert sich der Geschlechtsunterschied bei dieser Diagnose mit steigendem Anforderungsniveau deutlich, beträgt dieser bei den Helfer- und Anlern-tätigkeiten nahezu das 4-Fache, so ist es bei den hoch komplexen Tätigkeiten nur noch das 1,6-Fache.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

Bei Beschäftigten mit Aufsichts- und Führungsverantwortung zeigt sich ebenfalls, dass in dieser Gruppe die AU-Tage aufgrund der betrachteten Diagnosen geringer sind, als in der Vergleichsgruppe ohne Aufsichts- bzw. Leitungsfunktion (**»»** Diagramm 1.5.22). Gleichzeitig gelten auch hier für die alkoholinduzierten psychischen Störungen die Aussagen, dass Männer deutlich mehr AU-Tage aufgrund dieser Erkrankung aufweisen, wobei hier die Differenz zwischen beiden betrachteten Gruppen nur das 2,6-Fache beträgt. Konträr zur empirischen Evidenz aus bevölkerungsweiten Studien (**»»** Kapitel 3.5.4), die zeigen konnten, dass riskantes Trinkverhalten v.a. mit höherem Sozialstatus zunimmt, bilden sich diese Muster nicht in den Fehlzeiten ab. Vermutlich spielen hier alternative Kompensationsmechanismen zur Arbeitsunfähigkeit (soziale Netzwerke, Maskierung durch gleiches Verhalten im sozialen Umfeld, erweiterte Handlungsoptionen zur Therapie usw.) im Zusammenhang mit dem Status eine wichtige Rolle.

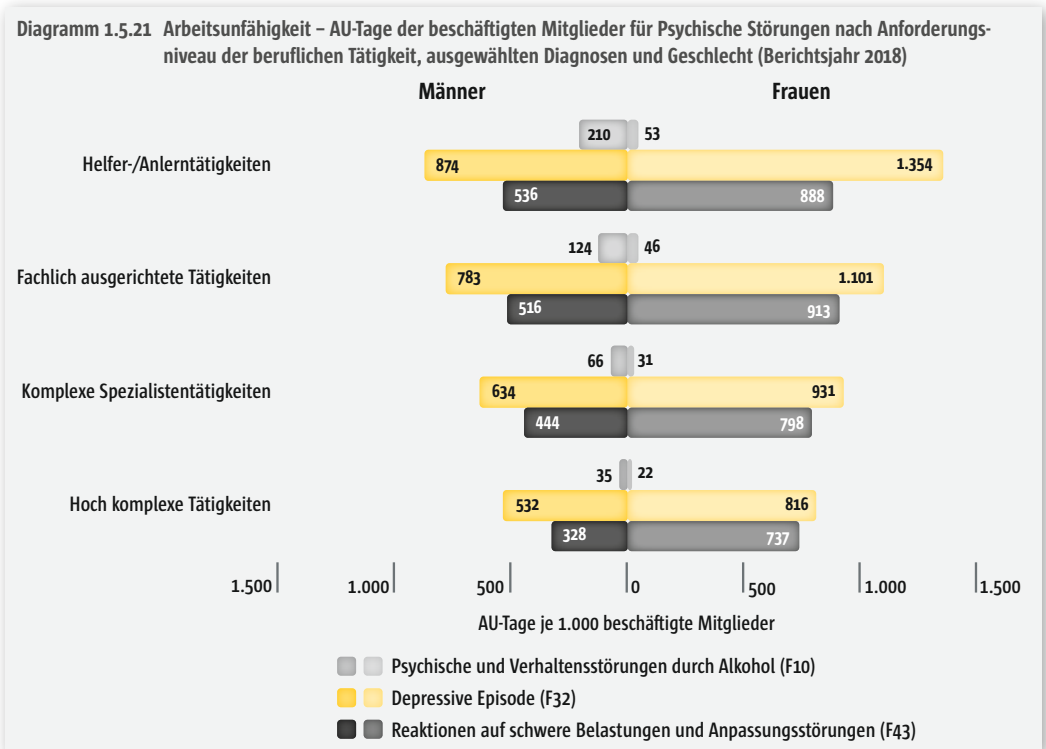
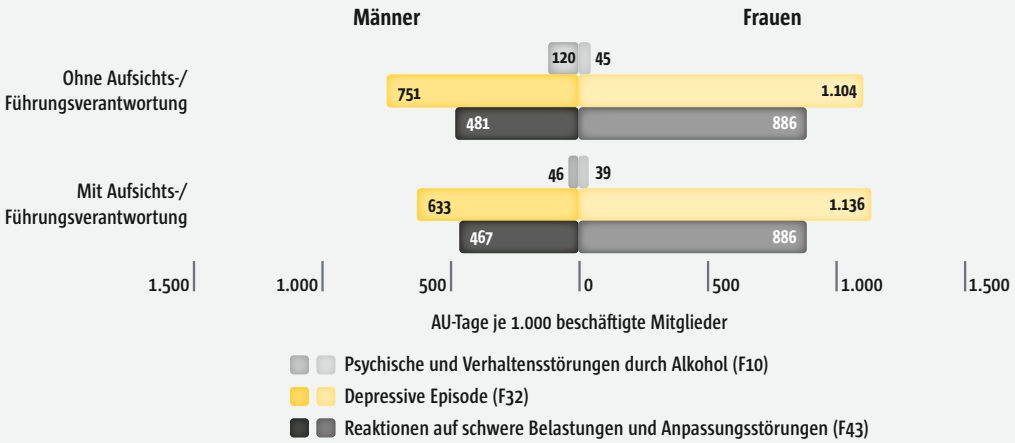


Diagramm 1.5.22 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

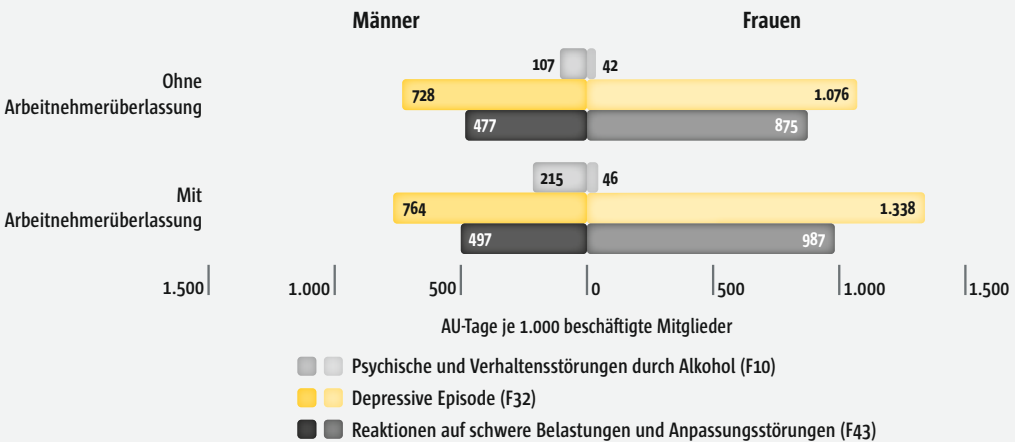


Arbeitnehmerüberlassung

Für den Zusammenhang zwischen der Beschäftigung über eine Arbeitnehmerüberlassung und den AU-Tagen aufgrund ausgewählter psychischer Störungen lässt sich zeigen, dass eine Tätigkeit über Leih- bzw. Zeitarbeit insbesondere bei den Frauen zu höheren Fehltagen aufgrund depressiven Episoden (F32) bzw. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpas-

sungsstörungen (F43) führt (»» Diagramm 1.5.23). Dagegen sind es wiederum für Männer die psychischen Störungen durch Alkohol (F10), die in Kombination mit einer Arbeitnehmerüberlassung deutlich höhere Fehlzeiten hervorrufen. In beiden Fällen lässt sich feststellen, dass prekäre Beschäftigung mit einem schlechteren Gesundheitszustand im Sinne erhöhter Fehltag einhergeht, wobei hier geschlechtsspezifisch unterschiedliche Muster nachweisbar sind.

Diagramm 1.5.23 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Exkurs Arbeitslosigkeit

- Mit Arbeitslosigkeit gehen, im Vergleich zur Berufstätigkeit allgemein, deutlich höhere krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen einher.
- Arbeitslose im ALG-I-Bezug weisen im Mittel circa das 8-Fache der Fehltag für psychische Störungen der Beschäftigten auf. Zu vermuten ist, dass die (nicht erfassten) Arbeitsunfähigkeitszeiten der Arbeitslosen im ALG-II-Bezug noch höher liegen.

Bereits im **»»»** Kapitel 1.2.2 konnte der Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe und der gesundheitlichen Lage am Beispiel der krankheitsbedingten Fehlzeiten verdeutlicht werden. Insbesondere sind es die Arbeitslosen (ALG-I), die mit auffällig hohen Werten in diesem Gruppenvergleich herausstechen.

Äquivalent zum Längsschnitt der AU-Tage in **»»»** Diagramm 1.2.11 zeigt das **»»»** Diagramm 1.5.24 diesen Zeitverlauf der Fehltag für die psychischen Störungen. Unschwer zu erkennen ist die Dominanz der Fehltag aufgrund psychischer Störungen bei den Arbeitslosen (ALG-I) im Vergleich zu den beiden Gruppen der Beschäftigten. Vergleicht man den über die

Berichtsjahre gemittelten Unterschied zwischen den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern mit den Arbeitslosen (ALG-I), so weist letztgenannte Gruppe durchschnittlich mehr als das 8-Fache der AU-Tage der erstgenannten Versichertengruppe auf. Dagegen beträgt der mittlere Unterschied zwischen den beiden Beschäftigtengruppen gerade einmal das 2-Fache. Auch wenn in den vorhergehenden Abschnitten die Unterschiede der durch psychische Störungen bedingten Fehlzeiten richtigerweise im Zusammenhang mit verschiedenen arbeitsweltlichen Merkmalen thematisiert wurden, so lässt sich hier feststellen, dass eine berufliche Tätigkeit per se als präventiver Faktor zu Verminderung von solchen krankheitsbedingten Fehlzeiten wirksam werden kann. Anzumerken ist noch der auffällige Anstieg zwischen 2015 und 2016, welcher hauptsächlich auf die in den **»»»** Methodischen Hinweisen erläuterte Änderung der Auswertungssystematik zurückzuführen ist. Dabei sind es bei den Arbeitslosen v.a. die mit Reha-Fällen aufgrund psychischer Störungen verbundenen Fehlzeiten, die zu diesem deutlichen Anstieg geführt haben.

Die in **»»»** Diagramm 1.5.25 dargestellten Anteile an den Arbeitsunfähigkeits- und Krankengeldkennzahlen unterstreichen die Relevanz der Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen im Zusammenhang mit dem Erwerbsstatus. Gehen bei beiden Be-

Diagramm 1.5.24 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage für Psychische Störungen nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2010–2018)

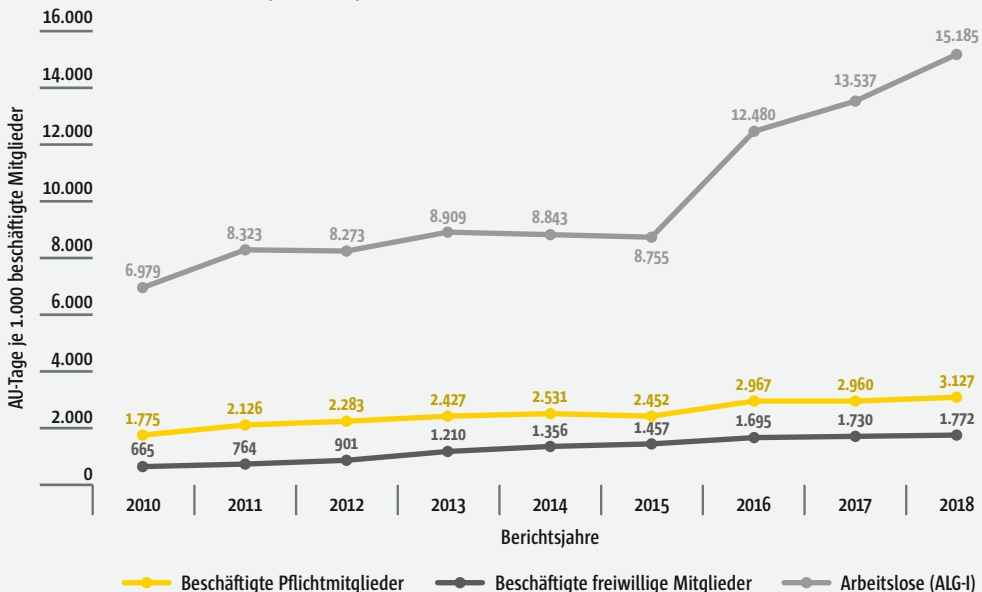
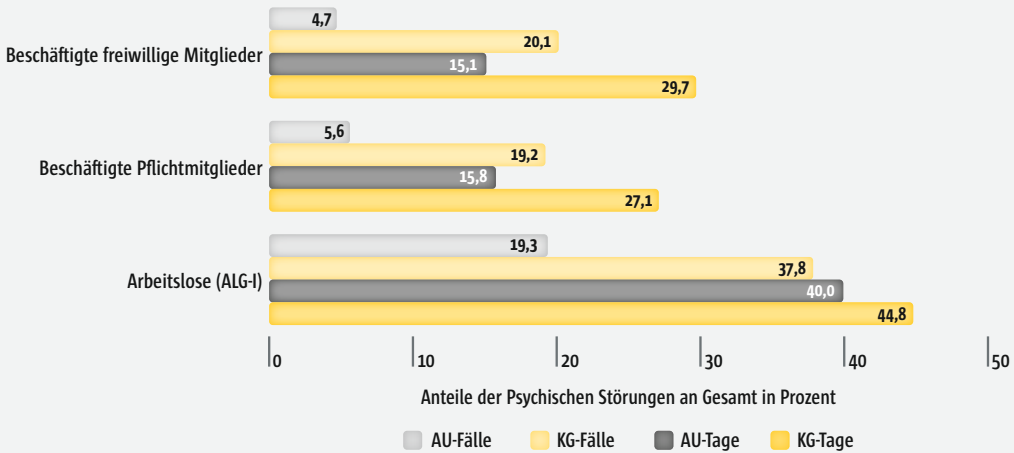


Diagramm 1.5.25 Arbeitsunfähigkeit – AU- und KG-Kennzahlen für Psychische Störungen nach ausgewählten Versicherten-
gruppen (Berichtsjahr 2018)



schäftigtengruppen etwa 5% der AU-Fälle bzw. ca. 20% der KG-Fälle auf eine psychische Störung zurück, so sind diese Werte bei den Arbeitslosen (ALG-I) mit 19,3% bzw. 37,8% deutlich größer. Gleiches gilt auch für die AU- und KG-Tage – keine andere Krankheitsart verursacht bei den Arbeitslosen (ALG-I) mehr Fehlzeiten als die psychischen Störungen. Diese Unterschiede zwischen den Beschäftigten und Arbeitslosen lassen sich auch in den anderen Versorgungsbereichen (III Kapitel 2 bis 4) aufzeigen, wobei die hier nicht betrachteten Arbeitslosen mit ALG-II-Bezug meist noch deutlich höhere Werte aufweisen.

Für das diesjährige Schwerpunktthema psychische Gesundheit und Arbeit sollen neben arbeitsweltlichen Betrachtungen erstmals auch sektorenübergreifende Auswertungen der gesundheitliche Lage Beschäftigter am Beispiel der depressiven Episode (F32) durchgeführt werden. Dabei handelt es sich insgesamt nach AU-Tagen um die dritthäufigste Diagnose als Ursache einer Arbeitsunfähigkeit bei den beschäftigten Mitgliedern. Rund 1% aller AU-Fälle sowie 5% aller AU-Tage der Beschäftigten werden allein durch eine depressive Episode verursacht.

1.5.5 Sektorenübergreifende Auswertungen am Beispiel der Depressiven Episode (F32)

- Nur jeder achte Beschäftigte (12,1%), der im Jahr 2018 ambulant eine depressive Episode (F32) diagnostiziert bekommen hat, war deshalb auch krankheitsbedingt arbeitsunfähig.
- In mehr als jedem dritten AU-Fall (36,0%) sind keine weiteren therapeutischen Maßnahmen dokumentiert. Dieser Anteil ist bei den leichten Formen (F32.0) mit 51,1% am größten und bei den schweren (F32.2) mit 16,8% am geringsten.
- Mit Abstand am häufigsten kommen Antidepressiva zum Einsatz – insgesamt in mehr als der Hälfte aller AU-Fälle (52,7%) wobei der Wert zwischen den Einzeldiagnosen deutlich schwankt (38,6–72,7%).

Depressive Episode in Zahlen – wenige AU-Fälle aber lange Ausfalldauer

Je 100 beschäftigte Mitglieder werden durchschnittlich 1,7 AU-Fälle bzw. 90,4 AU-Tage durch die depressive Episode (F32) pro Jahr verursacht. Frauen weisen dabei etwa 65% mehr AU-Fälle bzw. 67% mehr AU-Tage als Männer auf. Im Mittel sind betroffene Männer und Frauen dennoch nahezu gleichlang krankheitsbedingt arbeitsunfähig und zwar im Schnitt mehr als sieben Kalenderwochen pro Fall. Im Verhältnis zur durchschnittlichen Falldauer (12,9 Tage je Fall) über alle Krankheitsursachen hinweg ist dieser Wert mehr als viermal so groß und wird nur noch von einzelnen Diagnosen aus dem Bereich der (böartigen) Neubildungen bzw. der Herz-Kreislauf-Erkrankungen übertroffen.

Ambulante Diagnose = Arbeitsunfähigkeit?

Von den Beschäftigten, die im Berichtsjahr mindestens einmal ambulant die Diagnose depressive Episode (F32) erhalten haben, ist nur etwa jede achte (12,1%) Diagnose mit mindestens einem AU-Fall verbunden. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass die überwiegende Mehrheit (87,9%) trotz bzw. mit dieser Diagnose weiterhin regulär am Arbeitsleben teilnimmt. Unterteilt man die depressive Episode (F32) noch weiter nach den jeweiligen Schweregraden, so ist der höchste prozentuale Anteil der entsprechenden ambulanten Diagnosen, die zu einem AU-Fall führen mit 20,0% bei der schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) zu finden. Das bedeutet, dass mindestens jeder Fünfte mit einer solchen Diagnose auch arbeitsunfähig krankgeschrieben ist. Der niedrigste Anteil findet sich hingegen bei der leichten depressiven Episode (F32.0) mit 8,6%. Gerade bei den Diagnosen mit höherem Schweregrad (F32.1.–F32.3), die vermutlich einen erheblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten ausüben, scheint es allerdings wenig nachvollziehbar, warum diese nicht in wesentlich höheren Anteilen zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. Eine Ursache hierfür ist sicherlich in der Kodierlogik im ambulanten Bereich zu finden, wird doch die gleiche Diagnose beim gleichen Betroffenen in mehreren Quartalen bzw. über verschiedene Ärzte v.a. aus Abrechnungsgründen teils mehrfach gestellt. Der hohe Anteil von (v.a. unspezifisch) diagnostizierten depressiven Episoden ohne AU-Fall bzw. ohne weitere medikamentöse bzw. therapeutische Maßnahmen legt die Vermutung nahe, dass es sich hier in einer nicht unerheblichen Zahl um Fälle bzw. Diagnosen handelt, die sich im Nachgang als unzutreffend herausstellen bzw. später zu einer anderen Diagnosestellung führen. Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich, wie sie bereits im Jahr 2011 eingeführt werden sollten, sowie insbesondere auch die Festlegung einer AU-begründenden Hauptdiagnose, stellen dabei sicher eine sinnvolle Maßnahme zur Verbesserung der Diagnosequalität und Transparenz dar.

Behandlungskombinationen bei einer Arbeitsunfähigkeit

Im Folgenden werden ausschließlich die 12,1% der Fälle betrachtet, bei denen neben einer entsprechenden ambulanten Diagnose auch gleichzeitig eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Insbesondere bei der

leichten depressiven Episode (F32.0) als auch bei den unspezifischen Formen (F32.8/.9) ist mit 43,8% bis 51,1% der Anteil derjenigen am größten, bei denen ausschließlich eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt aber sonst keine weiteren (dokumentierten) therapeutischen Maßnahmen ergriffen werden. Anders bei den mittelgradigen und schweren Formen (F32.1 bzw. F32.3), dort sind diese Anteile mit 16,8% bis 29,4% deutlich geringer. Allerdings wäre bei letztgenannten Fällen nach den Vorgaben der entsprechenden Nationalen Versorgungsleitlinie⁵ zumindest eine der empfohlenen Therapieformen angezeigt (Pharmakotherapie und/oder Psychotherapie).

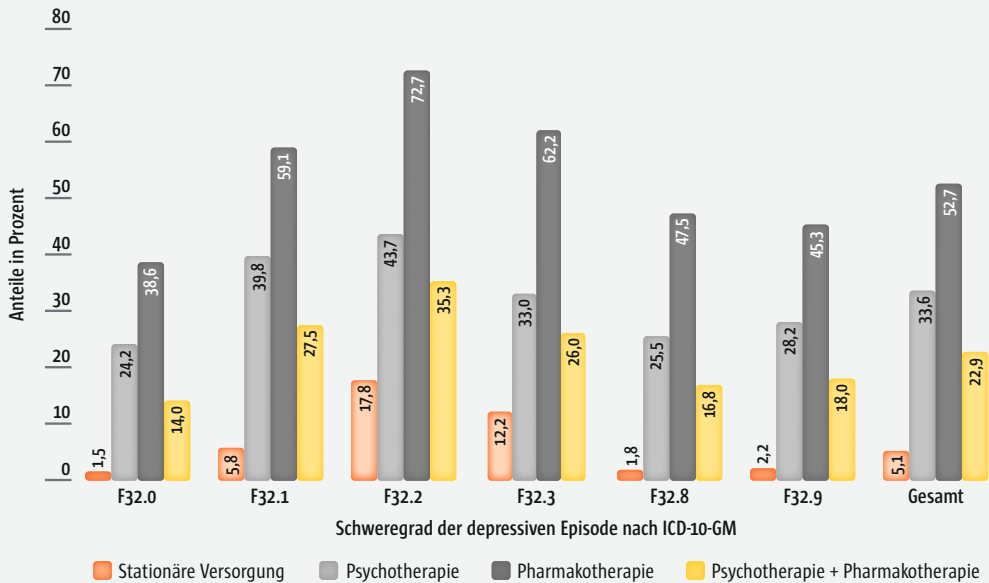
Auf den ersten Blick ist zu erkennen, dass über alle Schweregrade der depressiven Episode (F32) hinweg Beschäftigte mit einer attestierten Arbeitsunfähigkeit überproportional häufig eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva erhalten (38,6% bis 72,7%), während psychotherapeutische Leistungen wesentlich seltener (24,2% bis 43,7%) zum Einsatz kommen. Für die Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie finden sich entsprechend die geringsten Anteile (14,0% bis 35,3%). Gleichzeitig zeigen sich insbesondere mit zunehmendem Schweregrad auch bedeutsame Anteile von Betroffenen, die stationär behandelt werden. Etwa jeder sechste Betroffene (12,2% bis 17,8%) mit einer schweren depressiven Episode (F32.2/.3) wird im Krankenhaus behandelt. Vermutlich liegt gerade in dieser Gruppe der Anteil mit medikamentöser Therapie noch deutlich über den hier genannten Zahlen, da Arzneimittelverordnungen in der stationären Versorgung nicht separat erfasst werden. Einen Gesamtüberblick über die Verteilung der Therapiekombinationen gibt **»» Diagramm 1.5.26.**

Fazit

Nur bei einem kleinen Teil der diagnostizierten depressiven Episoden bei den Beschäftigten wird gleichzeitig auch eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Dies kann verschiedene Ursachen haben, z.B. dass im Zuge einer Antidepressivaverordnung eine solche Diagnose erneut dokumentiert, oder dass im AU-Fall eine andere als die genannte als AU-Grund aufgeführt wird. Zudem kann gerade bei den leichten Formen

5 DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015 www.depression-versorgungsleitlinien.de.

Diagramm 1.5.26 Arbeitsfähigkeit – Anteile verschiedener Therapieformen* für beschäftigte Mitglieder bei einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode (F32) in Kombination mit einem AU-Fall nach Schweregrad der Diagnose (Berichtsjahr 2018)



* Mehrfachzählungen möglich

die Rückkehr an den Arbeitsplatz im Sinne eines geordneten Tagesablaufes durchaus hilfreich sein. Andererseits liegt aber auch die Vermutung nahe, dass ein bedeutender Teil der Diagnosen nicht oder nur unzureichend valide ist. Dies zeigt sich insbesondere daran, wenn man die hohen Anteile der unspezifischen (F32.8/.9) Diagnosen insgesamt betrachtet bzw. an dem Umstand, dass nur jede fünfte mittelgradige bis schwere depressive Episode (F32.1/.2/.3) zu einem AU-Fall führt oder überhaupt keine weiteren therapeutischen Maßnahmen damit verbunden sind. Im Gegenzug lässt sich feststellen, dass bei Vorliegen eines AU-Falls die Pharmakotherapie mit Anti-

depressiva die dominierende Therapieform darstellt. In Relation dazu sind die Anteile derjenigen, die z.B. eine Psychotherapie erhalten, wesentlich geringer. Positiv lässt sich festhalten, dass mit zunehmendem Schweregrad die Wahrscheinlichkeit steigt, dass man als Betroffener zumindest irgendeine Therapie erhält. Ob diese dann den Leitlinien bzw. den persönlichen Bedürfnissen entspricht, kann diese Betrachtung schlussendlich nicht beantworten. Insgesamt zeigt sich aber, dass noch Optimierungspotenzial im Bereich der Diagnostik und bei der gesundheitlich-therapeutischen Versorgung von Beschäftigten mit einer depressiven Episode besteht.

1.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die AU-Kennzahlen sind im Jahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr insgesamt deutlich angestiegen. Eine der Hauptursachen ist die besonders stark ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle im I. Quartal 2018, was sich an zweistelligen Steigerungsraten bei den Fehlzeiten aufgrund Atemwegserkrankungen und Infektionen nachweisen lässt. Nach wie vor dominieren aber die Muskel-Skelett-Erkrankungen, die Atemwegserkrankungen und die psychischen Störungen das AU-Geschehen – über die Hälfte aller AU-Fälle und AU-Tage gehen auf diese drei Krankheitsarten zurück. Die stärkste Zunahme ist in den vergangenen zehn Jahren bei den Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen zu beobachten. So haben sich die AU-Tage, die aufgrund dieser Erkrankungsart anfallen zwischen 2008 und 2018 mehr als verdoppelt.

Grund genug, die psychischen Erkrankungen insbesondere im Zusammenhang mit der Arbeitswelt in diesem Jahr als Schwerpunktthema näher zu beleuchten. Es lassen sich deutliche Unterschiede bei den Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen im Zusammenhang mit der Branche und dem Beruf der beschäftigten Mitglieder aufzeigen. Am stärksten von überdurchschnittlichen Fehlzeiten sind v. a. solche Tätigkeitsfelder betroffen, die aufgrund eines hohen Anteils zwischenmenschlicher Interaktionen auch besonders hohen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Beispielhaft stehen hierfür die Bereiche Gesundheit, Pflege und Soziales, öffentliche Verwaltung, Verkehr oder auch der Bereich der Sicherheits- und Wachdienste. Weniger stark betroffen sind hingegen produzierende bzw. verarbeitende Branchen bzw. Berufe (z.B. im Baubereich, in der Metallverarbeitung oder der Land- und Forstwirtschaft). Mehrheitlich weisen die weiblichen Beschäftigten deutlich höhere Ausfallzeiten bei psychischen Störungen auf als ihre männlichen Kollegen,

während sich dieses Bild bei den psychischen Störungen durch Alkohol genau anders herum darstellt.

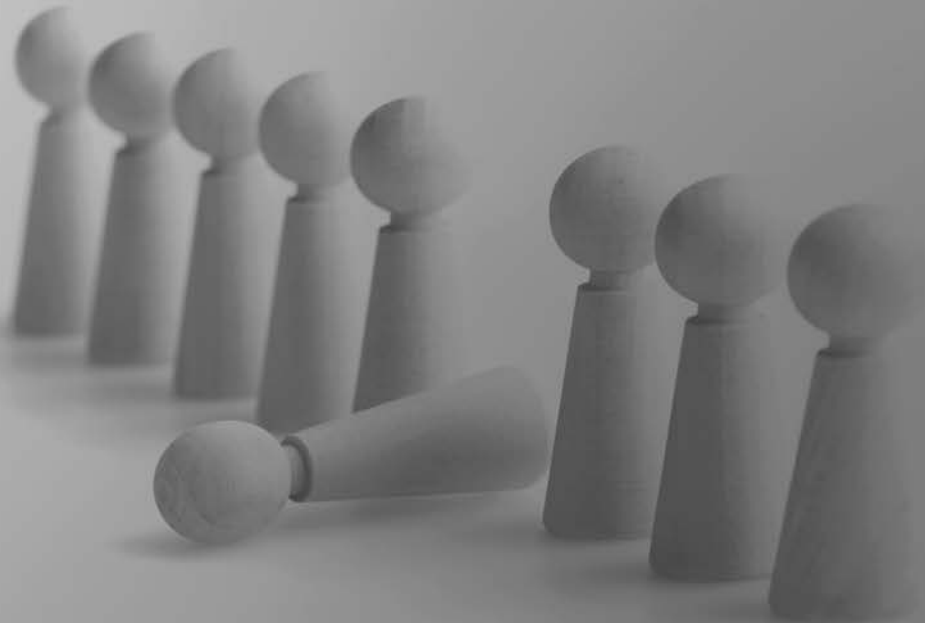
Die differenzierten arbeitsweltlichen Betrachtungen können Unternehmen als wertvolle Hinweisgeber dienen, um verstärkt für die psychische Gesundheit der Beschäftigten aktiv zu werden. Das Beispiel der Versorgung von Beschäftigten mit einem AU-Fall aufgrund einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode (F32) zeigt zudem, dass sowohl bei der Diagnosestellung als auch bei der Anwendung möglicher Therapieoptionen noch Optimierungspotenzial besteht. Auch in den folgenden Kapiteln wird diese sektorenübergreifende Betrachtung das Bild der Versorgung psychischer Erkrankungen am Beispiel der depressiven Episode (F32) erweitern.

Eine weitere Zunahme der krankheitsbedingten Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen ist zumindest aus zwei Gründen sehr wahrscheinlich: Zum einen werden die andauernde öffentliche Sensibilität für das Thema sowie eine verbesserte Diagnosestellung voraussichtlich dazu führen, dass immer mehr Betroffene auch als solche erkannt und versorgt werden. Zum anderen wird die zunehmende Verlagerung von Beschäftigung in den Dienstleistungsbereich wahrscheinlich bewirken, dass Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen durch arbeitsweltliche Belastungen zuehmen. Ein strukturiertes und vorausschauendes Betriebliches Gesundheitsmanagement kann solchen Belastungen wirksam entgegenwirken, wie die Beispiele aus unserem **»** Schwerpunkt Praxis zeigen. Abseits elaborierter BGM-Programme würde es zudem schon für viele Beschäftigte einen enormen Fortschritt bedeuten, wenn sich Unternehmen dem Thema nähern, indem sie als ersten Schritt eine Gefährdungsbeurteilung der psychischen Belastungen durchführen.

2

Ambulante Versorgung

Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert



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

Diagnosen werden dabei nicht nur im Sinne von Erkrankungen, sondern z.B. auch für Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen vergeben. Letztgenannte sind für einen erheblichen Teil der Konsultationen im ambulanten Bereich ursächlich. Die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung geht also in den hier dargestellten Kennzahlen allein von der Diagnosestellung aus. Eventuelle Folgekonsultationen aufgrund der gleichen Diagnose sind darin nicht ausgewertet und es gibt somit keine Auskunft über Häufigkeiten von Arzt-Patient- oder Therapeut-Patient-Kontakten. Die so erfassten administrativen Prävalenzen geben den Prozentsatz der BKK Versicherten mit mindestens einer Diagnose wieder und sind somit nur eingeschränkt mit epidemiologischen Prävalenzen vergleichbar.

2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

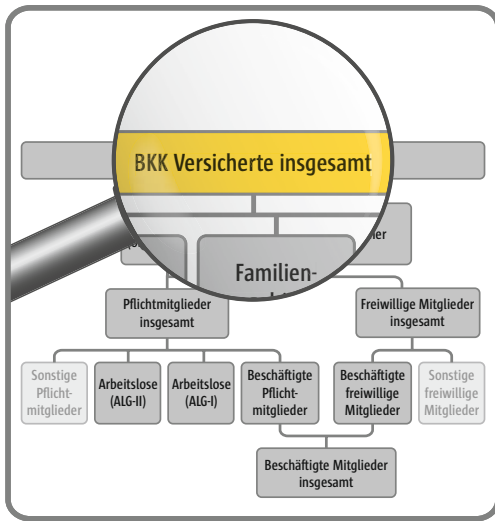


Tabelle 2.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2018)

Versichertengruppen	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
BKK Versicherte insgesamt	91,0
<i>davon:</i>	
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	88,7
Arbeitslose (ALG-I)	63,8
Arbeitslose (ALG-II)	80,1
Familienangehörige	88,8
Rentner	94,6

2.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2018

- 91,0% der BKK Versicherten waren im Jahr 2018 mindestens einmal ambulant in Behandlung. Damit ist die Inanspruchnahmequote geringfügig höher als im Vorjahr.
- Der Anteil der Frauen, die mindestens einmal in ambulanter Behandlung waren (94,0%), ist dabei größer als der Anteil der Männer (88,1%).

Im aktuellen Berichtsjahr haben 91,0% der BKK Versicherten insgesamt mindestens einmal eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen, bei der eine Diagnose dokumentiert wurde. Bei Frauen lag dabei der Anteil der Personen in Behandlung mit 94,0% etwas höher als bei den Männern mit 88,1%. Die Altersgruppe mit dem höchsten Anteil an Personen in ambulanter Behandlung stellen die Versi-

cherten ab 65 Jahren (95,8%). Von den Kindern und Jugendlichen (unter 20-Jährige) waren 91,0% ambulant in Behandlung, bei den 20- bis 65-Jährigen waren es 89,8%.

Differenziert nach Versichertengruppen sind es wie zu erwarten die Rentner, bei denen mit 94,6% der größte Anteil mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung erhalten hat (» Tabelle 2.1.1). Deutlich seltener als der Durchschnitt hingegen sind Arbeitslose in der ambulanten Versorgung in Erscheinung getreten, insbesondere hat bei den ALG-I-Empfängern mit 63,8% nur ein relativ geringer Anteil Versicherter ambulant eine Diagnose erhalten.

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

2.1.2 Langzeitrends

- Die Inanspruchnahmequote in der ambulanten Versorgung unterlag in den letzten Jahren kaum Schwankungen: Seit 2012 liegt der Anteil von Versicherten mit mindestens einem Arzt-/Therapeuten-Kontakt im Jahr bei etwa 90 bis 91%.

Für den ambulanten Versorgungsektor liegen im Rahmen des Gesundheitsreports Versichertenstatistiken ab 2012 vor (»»» Tabelle 2.1.2), dabei sind für diesen Zeitraum die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose recht stabil zwischen 90 und 91% schwankend. Im aktuellen Berichtsjahr ist der Anteilswert nur geringfügig gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Im Vergleich aller zurückliegenden Berichtsjahre war die Inanspruchnahmequote im Jahr 2012 noch am geringsten (89,8%), die relativ größte Steigerung von 2012 zu 2013 (+1,3%) ist zumindest in Teilen auch auf die damalige starke Grippewelle zurückzuführen. Zusätzlich zur allgemeinen Kennzahl der Inanspruchnahme liegt für die Berichtsjahre auch die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle vor, in 2018 betragen diese 8,2 Behandlungsfälle je Versicherten.

»»» Behandlungsfälle

Wie viele Arzt-Patient-Kontakte genau erfolgt sind, kann anhand der GKV-Abrechnungsdaten nicht genau nachvollzogen werden. Vielmehr werden hierbei Behandlungsfälle verwendet, welche die Behandlungen derselben ambulanten Praxis, an demselben Versicherten, innerhalb desselben Quartals, die bei derselben Krankenkasse abgerechnet wurden, abbilden. Dabei ist aber anzunehmen, dass bei nicht wenigen Behandlungsfällen mehrere Kontakte

pro Quartal erfolgt sind. Zu Zeiten der Praxisgebühr (erhoben von 2004 bis 2012) war davon auszugehen, dass den Patienten daran gelegen war, möglichst die Behandlungen innerhalb eines Quartals zu bündeln, um eine erneute Gebührenzahlung am Anfang eines neuen Quartals zu vermeiden. Dies spiegelt sich bei den hier aufgeführten Kennzahlen darin wider, dass in 2012 im Durchschnitt nur 7,0 Behandlungsfälle je Versicherten erfolgt sind, nach der Abschaffung der Praxisgebühr schnellte diese Zahl hingegen um fast 19% auf 8,3 Behandlungsfälle in 2013 hoch.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Anzahl der Behandlungsfälle seit Wegfall der Praxisgebühr zwischen 2013 und 2018 bei minimalen Abweichungen mit ca. 8 Fällen pro BKK Versicherten sehr stabil ist.

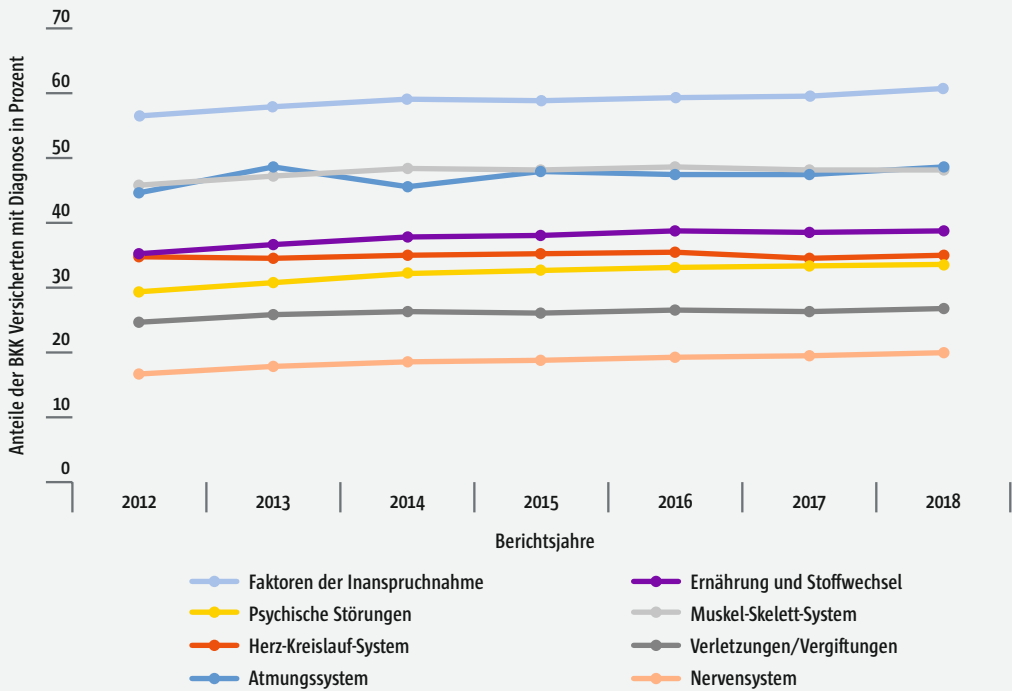
2.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

- Üblicherweise werden die meisten Diagnosen in der ambulanten Versorgung vergeben, um Informationen über Faktoren, die zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen, zu dokumentieren zu denen u.a. auch Vorsorgemaßnahmen wie die Untersuchung auf Neubildungen (Z12) zählen.
- Ebenfalls häufig Konsultationsgrund sind Atmungssystem- und Muskel-Skelett-Erkrankungen: Fast jeder zweite Versicherte war deshalb 2018 mindestens einmal beim Arzt.
- Gegenüber dem Vorjahr zugenommen haben in 2018 aufgrund der starken Grippe- und Erkältungswelle besonders die Atemwegsinfektionen (J06) sowie die Impfungen gegen Viruskrankheiten (Z25), worunter auch Grippeimpfungen fallen.

Tabelle 2.1.2 Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Inanspruchnahmequoten der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2018)

Berichts-jahre	Behandlungsfälle je BKK Versicherten	Differenz zum Vorjahr in Prozent	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent	Differenz zum Vorjahr in Prozent
2012	7,0	-	89,8	-
2013	8,3	18,8	90,9	1,3
2014	8,4	1,0	91,2	0,2
2015	8,4	-0,1	90,5	-0,7
2016	8,2	-2,4	90,7	0,2
2017	8,1	0,0	90,7	0,0
2018	8,2	1,1	91,0	0,4

Diagramm 2.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2018)



Die im vorherigen Abschnitt berichtete, nur relativ geringe Schwankungsbereite des Anteilswert von Versicherten mit mindestens einer ambulant gestellten Diagnose setzt sich auch bei Differenzierung nach den zugrundeliegenden Krankheitsarten fort (III Diagramm 2.1.1). So sind wie schon in den Vorjahren auch im aktuellen Berichtsjahr 2018 am häufigsten Diagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme (Z00–Z99) vergeben worden: Bei 60,9% der BKK Versicherten wurde mindestens eine Diagnose aus dieser Hauptgruppe dokumentiert – mit einem Plus von 1,2 Prozentpunkten ist hierbei auch die größte Steigerung gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Bei dieser Codierung handelt es sich um Zusatzinformationen (z.B. von Lebensumständen) bzw. um nicht von einer Erkrankung verursachte Leistungen (z.B. Vorsorgeleistungen, Empfangnisverhütung). Weiterhin hat sich mit 48,8% annähernd die Hälfte der BKK Versicherten im aktuellen Berichtsjahr aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems in ambulante Behandlung begeben. Nur wenig geringer war der Anteil derjenigen Versicherten, für die eine Muskel-Skelett-Erkrankung

(48,3%) Grund für die Arztkonsultation war, gefolgt von Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (38,9%). Stärkere Veränderungen werden hingegen erst über größere Zeitspannen sichtbar, wobei die typischen saisonalen Schwankungen für die Krankheiten des Atmungssystems zu verzeichnen sind, wie sie auch im Fehlzeitengeschehen sichtbar werden (III Kapitel 1.1.3). Die größte Steigerung seit 2012 ist ebenfalls für die Faktoren der Inanspruchnahme mit +4,4 Prozentpunkten zu verzeichnen. Insgesamt eine kleinere Rolle spielen in der ambulanten Versorgung die Krankheiten des Nervensystems mit aktuell 20,0% der Versicherten, die deshalb in Behandlung waren. In Relation zum Anteilswert im Jahr 2012 (16,8%) ist hier aber ebenfalls ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen.

Die Betrachtung der 10 häufigsten Einzeldiagnosen in der ambulanten Versorgung (III Tabelle 2.1.3) lässt erkennen, dass viele von diesen keine der in der Regel AU-begründenden Diagnosen sind. Ein Grund dafür liegt zum einen sicher darin, dass jeweils verschiedene Versichertenpopulationen betrachtet werden, zum anderen sind die deutlichen Unterschiede

Tabelle 2.1.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für die zehn häufigsten Diagnosen im Zeitverlauf (2012–2018)

ICD-10-Code	Diagnosen	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent						
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	22,9	24,0	24,6	24,7	25,0	24,2	24,7
M54	Rückenschmerzen	23,1	23,8	24,5	24,2	24,5	24,0	23,9
J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	16,1	19,9	17,1	20,3	20,0	20,6	22,3
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	22,6	20,8	21,4	21,2	21,5	21,8	22,2
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	18,6	19,1	19,6	19,3	19,2	19,0	19,0
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung	15,9	16,2	16,7	16,7	17,0	17,1	17,5
E78	Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels	16,2	16,9	17,3	17,3	17,6	17,1	17,2
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	15,7	15,8	15,8	15,5	15,3	15,5	15,3
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	12,2	12,5	12,6	12,5	12,5	12,8	12,7
Z25	Notwendigkeit der Impfung gegen Viruskrankheiten	9,3	10,5	10,5	10,4	10,2	10,1	11,6
Gesamt		89,8	90,9	91,2	90,5	90,7	90,7	91,0

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

Wie im vergangenen Jahr wird diese Liste im aktuellen Berichtsjahr von der essenziellen (primären) Hypertonie (I10) – auch als Bluthochdruck bezeichnet – angeführt; 24,7% aller Versicherten erhielten eine entsprechende Diagnose. Bei einem nur unwesentlich geringeren Anteil wurden Rückenschmerzen (M54) diagnostiziert. Die hohe Prävalenz dieser Diagnose ist wahrscheinlich auch dadurch begründet, dass Rückenschmerzen als Hauptsymptom bei verschiedenen Erkrankungen (z. B. der Wirbelsäule, der Muskulatur oder des Knochenstoffwechsels) dokumentiert werden. Dritthäufigste ambulante Diagnose sind in diesem Jahr die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06), die aufgrund der ausgeprägten Grippewelle in 2018 ein deutliches Plus zu ver-

zeichnen haben. Wie in **III** Kapitel 1.1 dargelegt, sind die Atemwegsinfektionen bei Beschäftigten auch häufig Grund für eine Arbeitsunfähigkeit (im Schnitt 1,5 AU-Tage je Beschäftigten). Im Gegensatz dazu hat die häufig dokumentierte ambulante Einzeldiagnose Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52) – hier an fünfter Stelle der Rangliste – keinerlei nennenswerte Arbeitsunfähigkeitsrelevanz. Auch die häufig aufgelisteten Z-Diagnosen, bei denen es sich im Wesentlichen um Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen handelt, spielen im AU-Geschehen keine Rolle, da diese explizit durch die AU-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Arbeitsunfähigkeitsgrund ausgeschlossen werden (§ 3 Abs. 2 Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie). Mit 22,2% aller Versicherten wurden innerhalb der Z-Diagnosen am häufigsten die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12) durchgeführt. Hierbei dürfte es sich vielfach um Teilnahmen am Hautkrebscreening handeln, dazu gehören aber auch beispielsweise die Vorsorgekoloskopie (Darmkrebsvorsorge) und die Untersuchungen auf Prostatakrebs.

Ein hoher Grad der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen geht zudem aus weiteren entsprechenden ICD-Codes hervor:

- 17,5% der BKK Versicherten nahmen eine Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnosen (Z00) in Anspruch. Hierbei handelt es sich um eine Vielzahl von Untersuchungen für verschiedene Altersgruppen, unter anderem die U- und J-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie der Gesundheits-Check-up ab dem 35. Lebensjahr.
- In diesem Jahr nahmen mit 11,6% deutlich mehr Versicherte eine Impfung (Immunisierung) gegen andere einzelne Viruskrankheiten (Z25) in Anspruch, was vor allem auf eine Steigerung bei den Gripeschutzimpfungen zurückzuführen ist.
- Unter der Diagnose sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z01), die bei 10,3% der BKK Versicherten dokumentiert wurde, werden unter anderem Vorsorgeuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs, aber auch Untersuchungen der Zähne, der Ohren und der Augen gefasst (damit im aktuellen Berichtsjahr an 12. Stelle der häufigsten Einzeldiagnosen und nicht in der Tabelle enthalten).

2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

2.2.1 Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht

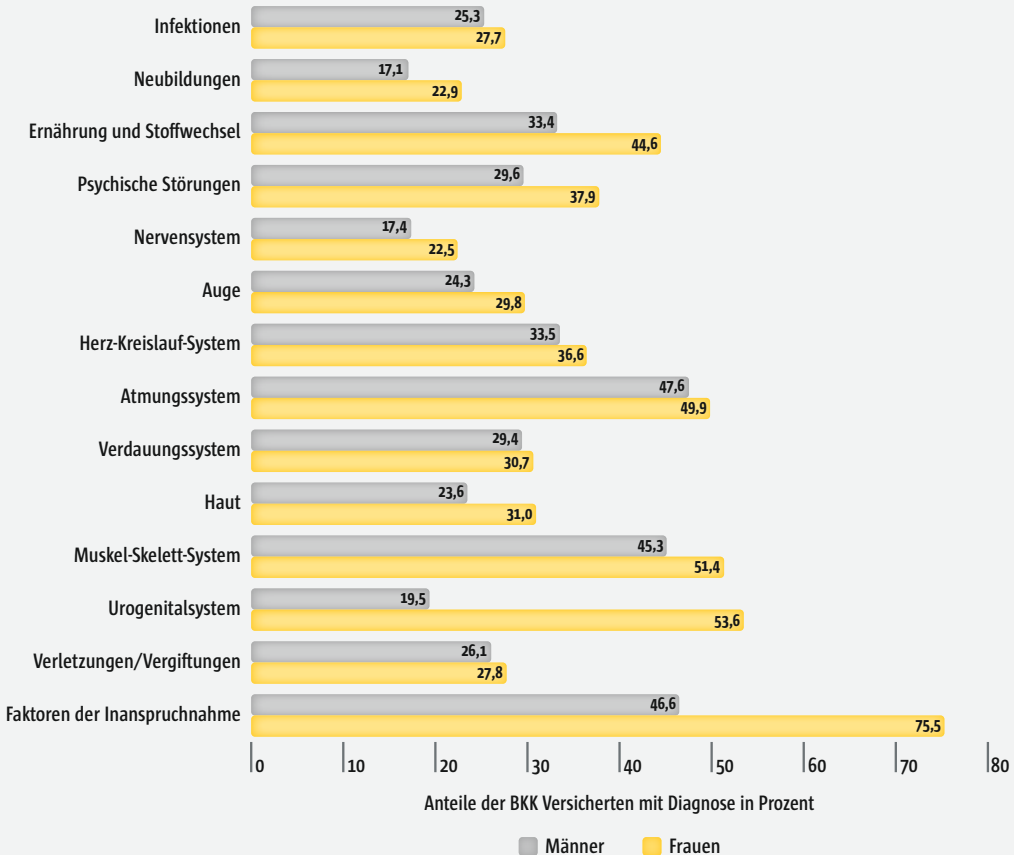
- Nicht nur allgemein, sondern auch bezogen auf einzelne Erkrankungsarten sind mehr Frauen als Männer in ambulanter Behandlung. Zudem werden die meisten Erkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger diagnostiziert.
- Gegenteilige Altersverteilung findet sich hingegen bei Erkrankungen des Atmungssystems und Infektionen: Die meisten Diagnosen aus dem Spektrum dieser Erkrankungsarten werden bei Kinder- und Jugendlichen gestellt.
- Krebsvorsorgeuntersuchungen (Z12) sind vor allem bei Frauen zwischen 20 und 64 Jahren verbreitet: Von diesen nimmt fast jede Zweite solche in Anspruch. Männer lassen sich hingegen deutlich seltener prophylaktisch auf Neubildungen untersuchen, zwischen 35 und 64 Jahren nur jeder Fünfte.
- 7 von 10 Versicherten über 65 Jahren waren wegen Bluthochdrucks in ambulanter Behandlung.

Wie schon eingangs erwähnt sind mehr Frauen als Männer im aktuellen Berichtsjahr 2018 in ambulanter Behandlung gewesen, die Differenz beträgt knapp 6 Prozentpunkte. Dabei sind die einem Arzt- oder Therapeutenbesuch zugrundeliegenden Erkrankungen teils sehr verschieden zwischen den Geschlechtern. Zwar sind allgemein bei allen Diagnosehauptgruppen die Anteile derer, die eine Diagnose aus dem jeweiligen Spektrum erhalten haben, bei den Frauen größer als bei den Männern (»» Diagramm 2.2.1), es sind aber beispielsweise deutlich mehr Frauen von Erkrankungen des Urogenitalsystems betroffen und entsprechend in Behandlung gewesen: Bei mehr als jeder zweiten Frau (53,6%) war dies Grund für eine ambulante Behandlung, hingegen wurde bei nur etwa jedem fünften Mann (19,5%) eine Diagnose aus diesem Krankheits-

spektrum gestellt. Ebenfalls ein großer Unterschied besteht bei den Zusatzdiagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme, hier haben rund drei Viertel der Frauen, aber weniger als die Hälfte der Männer im Jahr 2018 mindestens einmal eine solche Diagnose erhalten. Auch bei den Neubildungen sowie den Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen ist der Diagnoseanteil bei den Frauen rund ein Drittel größer als bei den Männern.

Zwischen den Geschlechtern bestehen auch teils deutliche altersabhängige Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung, wie das »» Diagramm 2.2.2 zeigt. Zwar sind die Anteile beider Geschlechter mit mindestens einer ambulanten Diagnose bei Kindern bis zur Altersklasse der 10- bis 14-Jährigen nahezu identisch, wobei der relativ hohe Anteil der Kinder und Kleinkinder mit mindestens einer ambulanten ärztlichen Konsultation (jeweils 93,0% bei den unter 5-Jährigen sowie den 5- bis 9-Jährigen) vor allem durch die in regelmäßigen Abständen erfolgenden Kindervorsorgeuntersuchungen und Impfungen begründet ist. In den nachfolgend höheren Altersklassen (älter als 14 Jahre) sind es aber hingegen nur die Frauen, die durchgehend einen hohen Anteil an ambulanten Konsultationen aufweisen: Zwischen 15 und 69 Jahren ist ihr Anteil stetig über 92%. Dies ist auch zum großen Teil durch geschlechtsspezifische Vorsorgemaßnahmen und – in den jüngeren Alterskohorten – der regelmäßigen Verordnung von Kontrazeptiva begründet, dadurch befinden sich Frauen kontinuierlicher in ärztlicher Betreuung. Bei den männlichen Versicherten sinkt hingegen der Anteil derer mit einer ambulanten Diagnose ab dem Jugendalter. Wie auch schon in den Vorjahren weist die Altersklasse der 25- bis 29-Jährigen mit 80,0% den geringsten Anteilswert auf. Mit höheren Altersgruppen steigen die Anteile auch bei den Männern wieder deutlich an, aber erst jenseits des Renteneintrittsalters sind beide Geschlechter wieder auf gleich hohem Niveau.

Diagramm 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



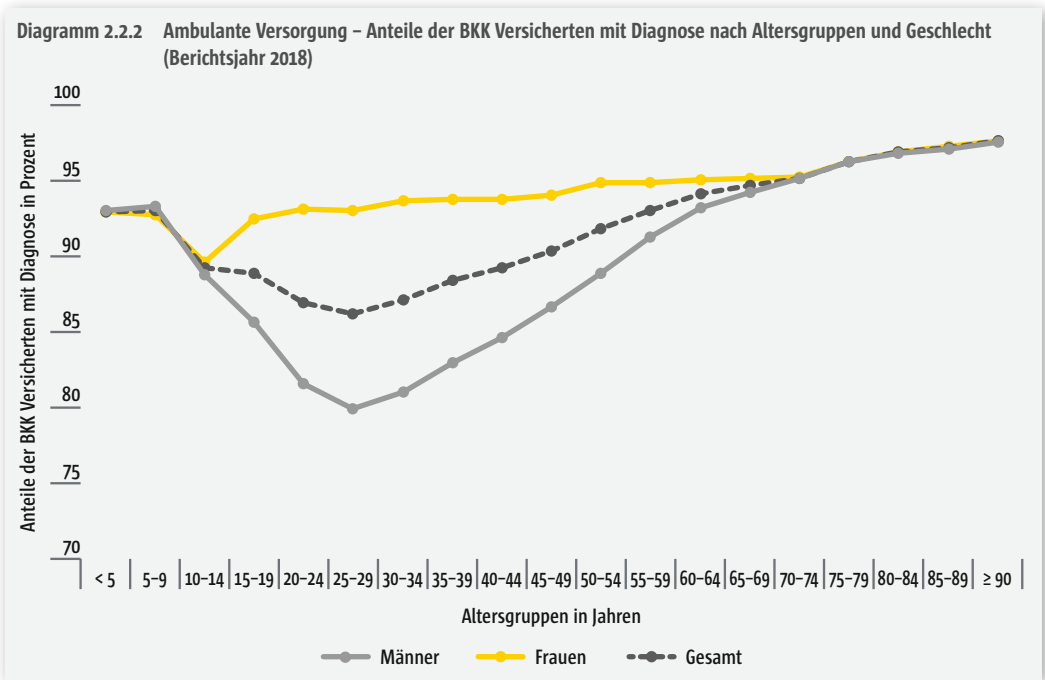
Das **»»»** Diagramm 2.2.3 stellt die Anteile von Versicherten für die ambulante Versorgung differenziert nach Alter, Geschlecht und Diagnosehauptgruppen dar. Daran ablesbar sind wie schon in den Vorjahren folgende zwei wesentliche Trends:

- Die Anteile von Betroffenen mit Diagnose sind auch in den meisten Altersgruppen bei den Frauen größer als bei den Männern,
- außerdem steigen die Anteile bei den meisten Erkrankungen mit zunehmenden Alter an.

Dies ist insbesondere bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie den Herz-Kreislauf-Erkrankungen ablesbar: Hierbei ist jeweils ein sehr großer altersbedingter Anstieg zu verzeichnen, es sind jeweils mindestens zwei Drittel der über 64-jäh-

rigen Männer und Frauen betroffen, während der Anteil bei den unter 20-jährigen nur ein Bruchteil davon beträgt. Die sehr hohen Werte in der ältesten Versichertengruppe sind insbesondere durch „Alterskrankheiten“ wie Bluthochdruck, erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte mit Krankheitswert und Typ-2-Diabetes zu erklären – Diagnosen, deren Häufigkeiten auch in der Altersklasse der 20- bis 65-jährigen nur gering sind (vgl. auch nachfolgende Analysen der Einzeldiagnosen).

Abweichend vom beschriebenen Muster sind die Neubildungen: Hier sind es die Männer ab 65 Jahren, die den größten Anteilswert solcher Diagnosen unter den Versicherten aufweisen (42,0% vs. 34,9% bei den Frauen ab 65 Jahren). Wesentlicher Grund dafür sind unterschiedliche Prävalenzen bei geschlechtsspezifischen Neubildungserkrankungen (Prostatakarzinom



bei Männern, Brust- und Gebärmutterkrebs bei Frauen), aber auch manche Neubildungsdiagnosen (Melanozytennävus/„gutartiges Muttermal“; D22) werden bei Männern später und häufiger erst im Rentenalter diagnostiziert.

Weiterhin auffällig ist das häufige Auftreten von Urogenital-Erkrankungen bei Frauen zwischen 20 und 65 Jahren (63,3% haben im Jahr 2018 eine solche Diagnose gestellt bekommen). Auch dies ist vornehmlich durch geschlechtsspezifisch unterschiedliche anatomische Gegebenheiten (unterschiedliche Länge der Harnröhre, etc.) bzw. jeweils spezifische Organe bedingt. Während wiederum bei den Frauen die Prävalenz hin zur Altersgruppe der über 64-Jährigen wieder etwas abnimmt, steigt bei den Männern der Anteil hingegen um ein Vielfaches: Männer und Frauen dieser Altersgruppe weisen (wie auch schon im Vorjahr) beide einen Anteil von rund 55% auf.

Geringere Diagnoseraten mit zunehmendem Alter sind hingegen bei den Krankheiten des Atmungssystems und den Infektionen zu verzeichnen: Bei den unter 20-Jährigen wird insgesamt bei 58,9% eine Atemwegserkrankung sowie bei 39,3% eine Infektion diagnostiziert. Demgegenüber sind in der höchsten Altersgruppe die Anteile um ein Drittel

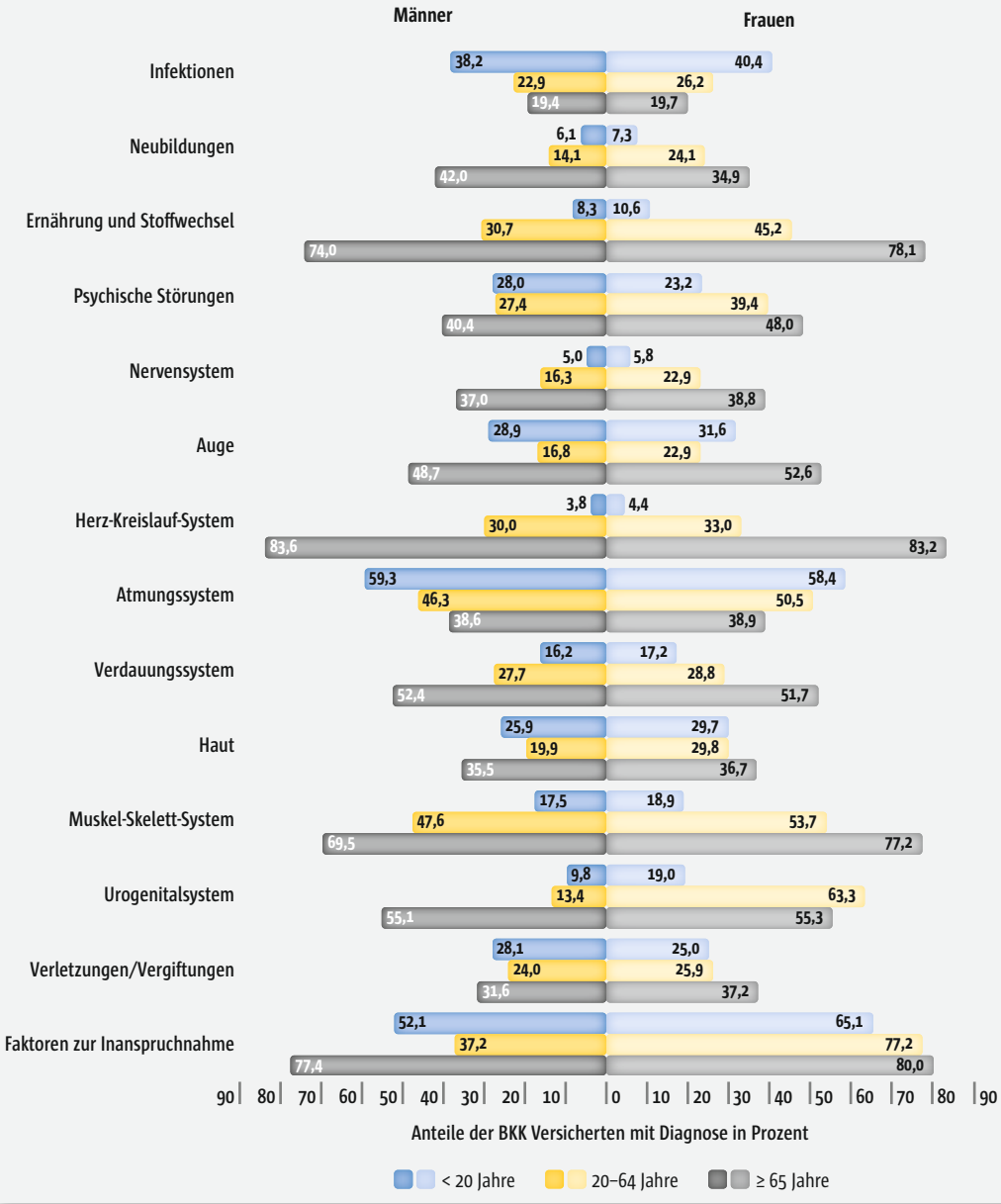
bzw. die Hälfte geringer. Allerdings sind für diese Erkrankungsarten die Fallzahlen und damit verbundene Behandlungstage in der stationären Versorgung für die über 64-Jährigen deutlich höher als bei den jüngeren: Bei den Älteren sind schwerwiegendere Erkrankungen vorzufinden (z.B. COPD), aber auch „einfachere“ Erkrankungen (z.B. Darminfektionen) nehmen im höheren Lebensalter einen schwereren Verlauf und verursachen daher öfter eine stationäre Behandlung.

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

Altersgruppe jünger als 20 Jahre

Bei den unter 20-Jährigen ist sowohl bei den weiblichen (mit einem Anteil von 34,3%) als auch bei den männlichen Versicherten (mit einem Anteil von 34,0%) die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) die häufigste Diagnose (III) Diagramm 2.2.4). Danach und ebenfalls für beide Geschlechter mit etwa 30% fast gleich häufig vergeben wird die Diagnose für eine Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angege-

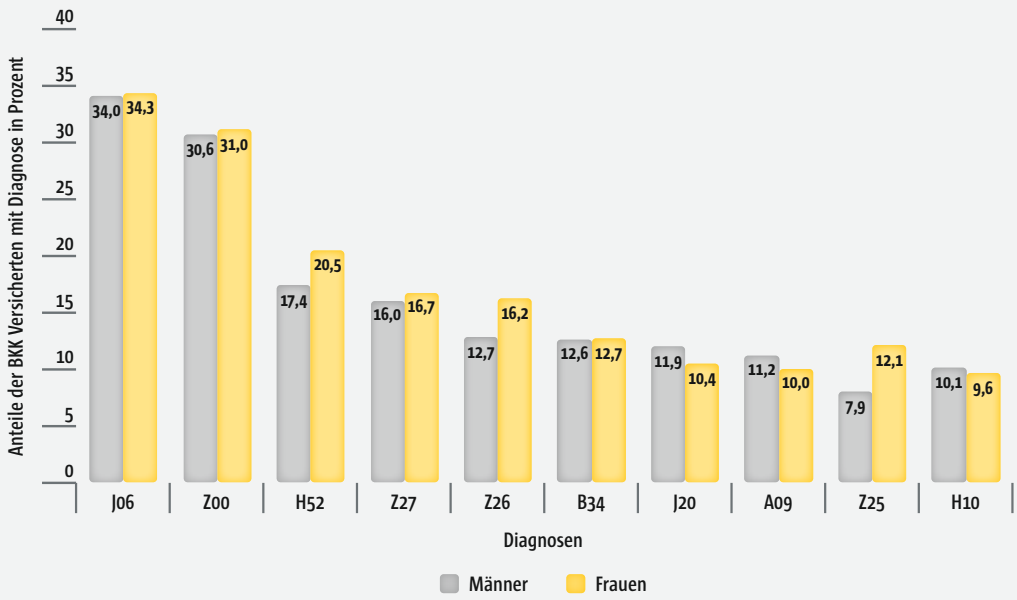
Diagramm 2.2.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen, Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



bene Diagnose (Z00). Recht große Geschlechtsunterschiede finden sich hingegen bei den Impfungen gegen andere einzelne Infektionskrankheiten (Z26)

bzw. Viruskrankheiten (Z25), die bei den weiblichen Versicherten um rund ein Viertel bzw. die Hälfte häufiger erfolgt sind.

Diagramm 2.2.4 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten unter 20 Jahre mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Altersgruppe 20–64 Jahre

In der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen fallen besonders einige geschlechtsspezifische Einzeldiagnosen (»» Diagramm 2.2.5) auf: Vor allem die Diagnoseschlüssel für spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12), kontrazeptive Maßnahmen (Z30), sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89) sowie die speziellen Untersuchungen (Z01) werden (fast) ausschließlich oder zumindest um ein vielfaches häufiger bei Frauen diagnostiziert. Nur vierthäufigste Diagnose bei den Frauen, aber häufigste bei den Männern sind Rückenschmerzen (M54) – bei beiden Geschlechtern war deshalb mehr als jeder vierte Versicherte dieser Altersgruppe mindestens einmal in ambulanter Behandlung. Hingegen häufiger bei Männern als bei Frauen wurden aus dieser Liste der 10 wichtigsten Einzeldiagnosen die essenzielle (primäre) Hypertonie (I10) sowie Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78) diagnostiziert.

Altersgruppe ab 65 Jahre

Sind die männlichen Versicherten zwischen 20 und 64 Jahren um mehrere Prozentpunkte häufiger wegen Hypertonie (I10) und Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels (E78) in ambulanter Behandlung, so sind bei den über 64-Jährigen beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen (»» Diagramm 2.2.6). In dieser Altersgruppe haben diese beiden Diagnosen die größte Verbreitung, was auch seine Entsprechung in den Arzneimittelverordnungen (»» Kapitel 4.2) findet, da besonders bei den Älteren Blutdrucksenker sowie Lipidstoffwechsel-Medikamente sehr häufig verschrieben werden. Die dritt- und vierthäufigste Einzeldiagnose in der Altersgruppe ab 65 Jahren sind Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52) sowie Rückenschmerzen (M54): Etwas mehr als ein Drittel der Versicherten waren davon betroffen. Ein besonders starker Geschlechtsunterschied ist wiederum bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) zu verzeichnen: Mehr als jeder vierte Mann, aber weniger als jede sechste Frau ab 65 Jahren hat eine solche Diagnose gestellt bekommen. Diese Diagnose kann auch als typische „Seniorenkrankheit“ bezeichnet werden, sind doch jüngere Versicherte nur sehr selten davon betroffen:

Diagramm 2.2.5 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten von 20 bis 64 Jahre mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

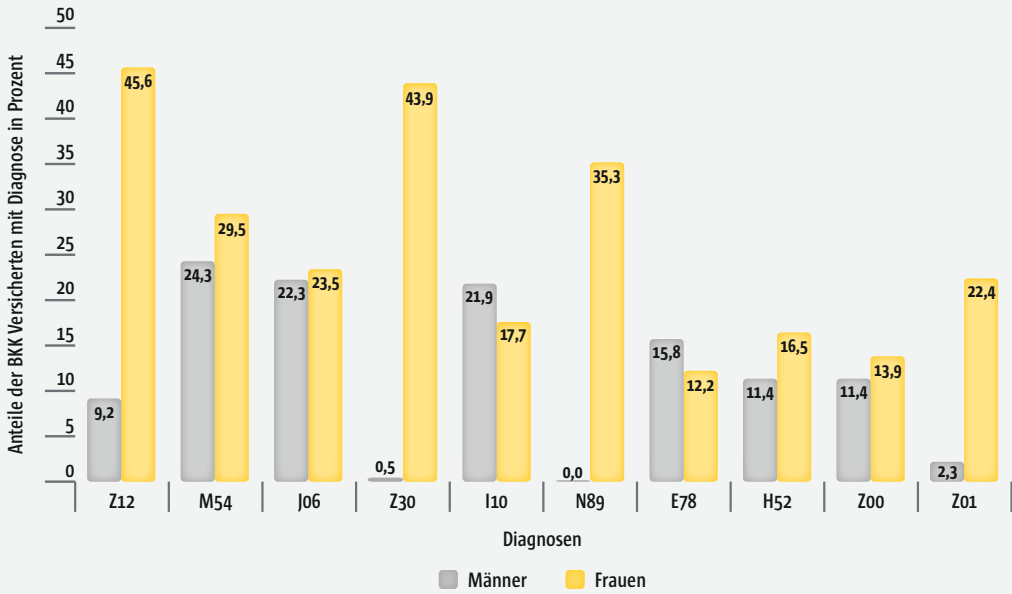


Diagramm 2.2.6 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten ab 65 Jahren mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

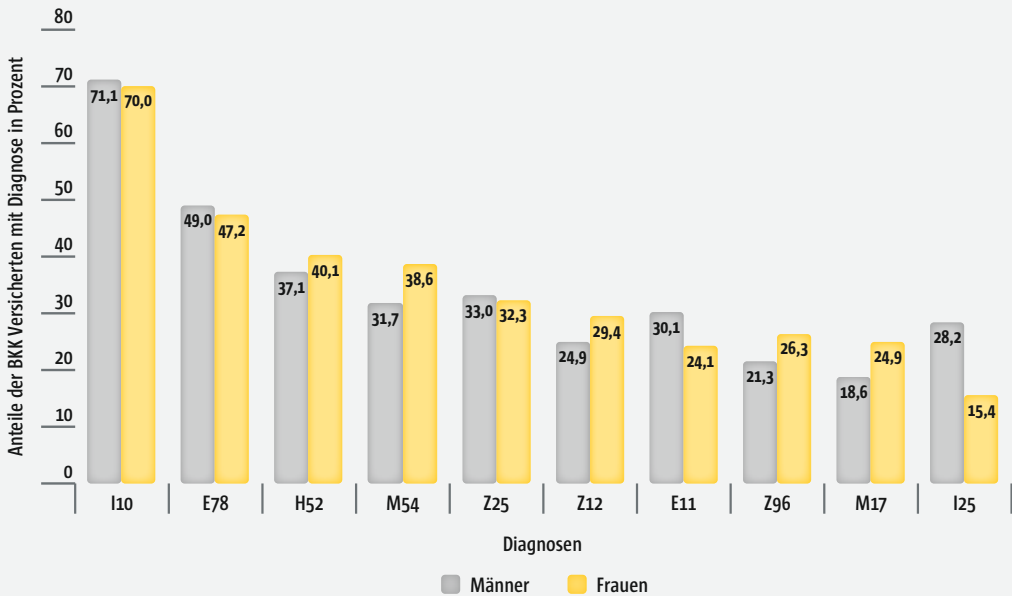
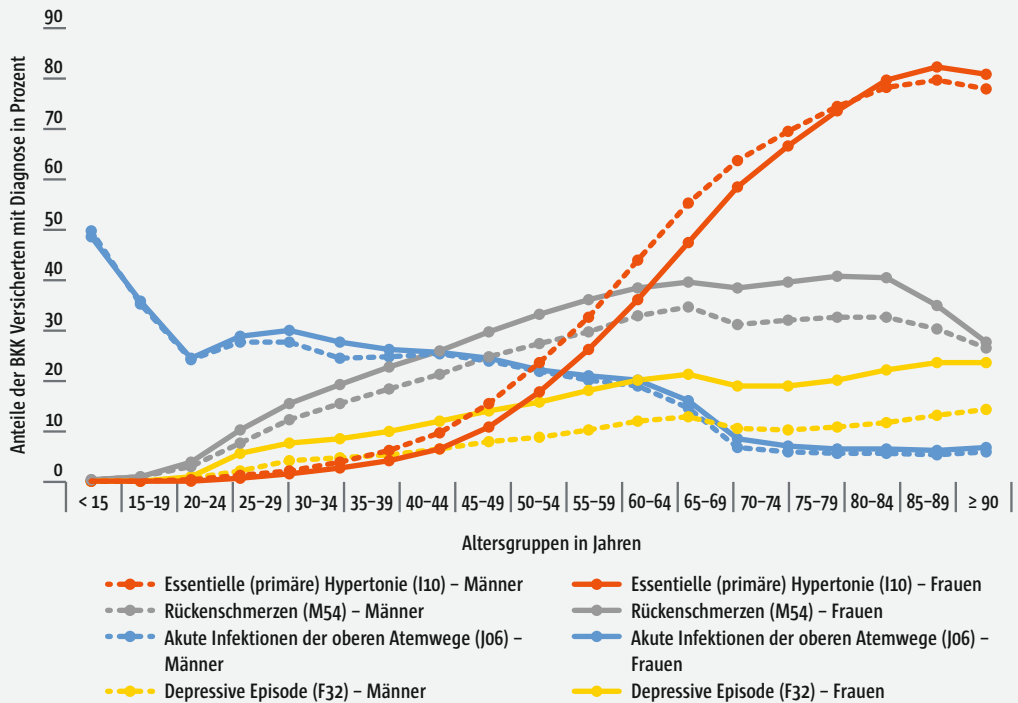


Diagramm 2.2.7 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Diagnosen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Gegenüber den 20- bis 64-Jährigen beträgt der Anteil der Versicherten ab 65 Jahren mit einer solchen Diagnose fast das Zehnfache. Ebenfalls eine deutliche Steigerung bei den vergebenen Diagnosen ist für den Typ-2-Diabetes (E11) zu verzeichnen: Der Anteil der Versicherten ab 65 Jahren ist gegenüber den 20- bis 64-Jährigen rund sechsmal so groß.

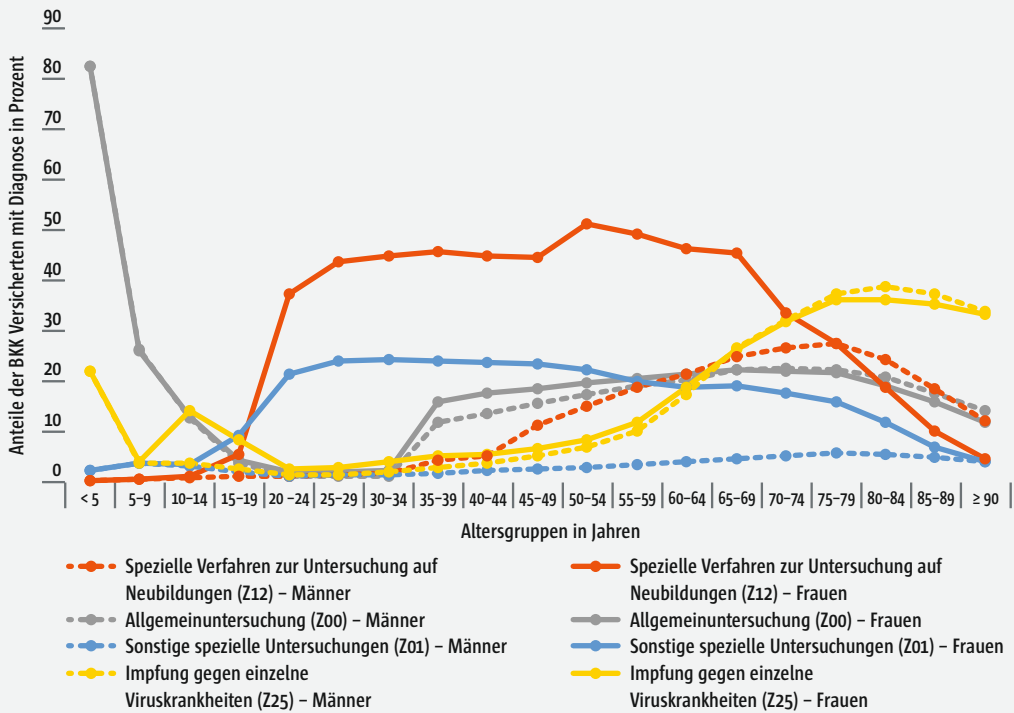
Wenig überraschend ist Bluthochdruck (I10) auch insgesamt über alle Altersgruppen hinweg genommen die häufigste Diagnose im ambulanten Bereich – 24,7% aller BKK Versicherten haben in 2018 eine solche Diagnose in ambulanter Behandlung bekommen. Der zweitgrößte Anteil von Versicherten mit Diagnose entfällt auf Rückenschmerzen (M54; 23,9%) gefolgt von akuten Atemwegsinfektionen (J06; 22,3%).

Für diese drei Einzeldiagnosen, sowie exemplarisch für die depressive Episode (F32) aus dem Spektrum der psychischen Störungen, wird im **III** Diagramm 2.2.7 im Detail die Altersverteilung betrachtet. Dabei wird insbesondere deutlich, dass die Atemwegsinfektionen (J06) gerade bei den ganz jungen Versicherten zu einer ambulanten Arztkonsulta-

tion führt. Etwa jede(r) Zweite im Alter unter 5 Jahren ist deshalb 2018 in Behandlung gewesen. Bei den 5- bis 9-Jährigen ist es immerhin noch knapp mehr als jeder Dritte, während danach in den Altersgruppen die Anteile mit einer solchen Diagnose zwischen 20 und 30 % liegen. Bei den Altersgruppen über 60 Jahren gehen die Anteilswerte zudem noch weiter zurück. Entgegengesetzt ist die Verteilung der Anteilswerte beim Bluthochdruck (I10): Hier steigen die Anteile derer, die deshalb ambulant behandelt werden, erst ab dem 40. Lebensjahr – insbesondere bei den Männern – merklich an. Bei den 50- bis 54-Jährigen ist dann schon etwa jeder dritte Mann und jede vierte Frau wegen Bluthochdruck in Behandlung. Hierbei sei darauf verwiesen, dass Bluthochdruck wichtigster Risikofaktor für schwerwiegende Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall ist¹ – diese treten dann allerdings

1 Falaschetti E, Mindell J, Knott C, Poulter N (2014). Hypertension management in England: a serial cross-sectional study from 1994 to 2011. *Lancet*, 383, 1899–1911.

Diagramm 2.2.8 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für ausgewählte Faktoren der Inanspruchnahme nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



in höherem Alter auf und müssen vorrangig stationär behandelt werden (» Kapitel 3.2.1). Ebenfalls interessant ist der Abgleich der Kennwerte aus der ambulanten und stationären Versorgung, was die depressive Episode (F32) betrifft: Die hohen stationären Fallzahlen bei den 15- bis 19-Jährigen (» Diagramm 3.2.6) sind so nicht in den ambulanten Behandlungsdaten wiederzufinden. Vielmehr sind die höchsten Kennwerte hier jenseits des 80. Lebensjahrs zu verzeichnen. Für die Diagnose Rückenschmerzen (M54) ist wiederum gut erkennbar, wie diese etwa ab dem Erwachsenenalter deutlich häufiger Grund für eine ambulante Behandlung sind. So wurde schon bei den 20- bis 24-Jährigen diese Diagnose bei etwa jeder/jedem Siebten (13,9%) gestellt. Ab dem 50. Lebensjahr ist es sogar etwa jede(r) Dritte deshalb in ambulanter Behandlung. Interessant ist weiterhin bei den hier exemplarisch dargestellten Diagnosen, dass ein „Rentenknicke“ bei drei der vier Krankheiten zu erkennen ist, bei den die Anteilswerte zumindest leicht zurückgehen: Die Anteile derer, die wegen Rückenschmerzen, depressive Episoden und Atemwegsinfektionen einen Arzt oder Therapeuten

aufsuchen, gehen bei der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen zurück.

Abschließend sei außerdem ein Blick auf häufige ambulante Diagnosen geworfen, die wesentlich Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen beinhalten (» Diagramm 2.2.8). So sind mit 22,2% beim größten Anteil BKK Versicherter spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12) durchgeführt worden. Wie die Altersverteilung zu dieser Diagnose verdeutlicht sind es insbesondere Frauen, die diese Untersuchung in Anspruch nehmen, was insofern nicht verwunderlich ist, da für Frauen schon ab dem 20. Lebensjahr eine regelmäßige Untersuchung auf Gebärmutterhalskrebs vorgesehen ist. Entsprechend ist für das Jahr 2018 die Z12-Diagnose bei 37,4% der Frauen, aber nur bei 1,2% der Männer dokumentiert. Weiterhin deutet der leichte Anstieg bei der Altersgruppe der 50- bis 54-jährigen Frauen auf die Inanspruchnahme des empfohlenen Mammografie-screening zwischen 50 und 69 Jahren hin. Die Prostatakrebsvorsorge ist hingegen ab dem 45. Lebensjahr empfohlen, ab diesem Alter steigen auch bei den Männern die Anteile derjenigen, die

auf Neubildungen untersucht wurden, an – allerdings in deutlich geringerem Maße: Bei den 45- bis 49-Jährigen haben nur 11,2% eine solche Diagnose bekommen, auch bei nachfolgenden Altersgruppen steigt der Anteil nicht über 30%. Unter die Z01-Diagnose (sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose) werden neben Untersuchungen für Augen, Ohren, Zähne, Allergietests usw. ebenfalls Kontrolluntersuchungen gefasst, die auch zur Krebsprävention zählen. Auch hier sind es die Frauen, die in deutlich höheren Anteilen solche Untersuchungen in Anspruch nehmen: 15 bis 20% der Frauen zwischen dem 20. und 80. Lebensjahr sind mindestens einmal im Jahr deshalb in der ambulanten Versorgung vorstellig geworden, während bei den Männern der Anteil nicht mehr als 6% beträgt. Die zweithäufigste Diagnose aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme ist die Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z00). Darunter fallen auch die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, was sich in den sehr hohen Anteilen (82,3%) mit einer solchen Diagnose bei den unter 5-Jährigen widerspiegelt. Auch die „Check Up 35“-Untersuchung wird mit dieser Diagnose dokumentiert, der sich ebenfalls in einem entsprechenden Anstieg der Anteilswerte ab dem 35. Lebensjahr zeigt. Zu den Z-Diagnosen werden des Weiteren auch Impfungen gezählt: Am Häufigsten wird dabei einzeln gegen Grippe geimpft (Z25; darunter wird auch Mumps gefasst, andere Viruskrankheiten wie Masern, Röteln bzw. Kombinationsimpfungen sind unter Z24 bzw. Z27 kodiert). Die Grippeimpfung wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) vor allem für gefährdete Personen empfohlen, was sich in höheren Inanspruchnahmequoten bei den unter 5-Jährigen (21,8%) sowie ab dem 60. Lebensjahr (zwischen 17,4% und 38,7%) widerspiegelt.

2.2.2 Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus

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

Wie **»»** Tabelle 2.2.1 zeigt, ist der schon beschriebene generelle Trend, dass mehr Frauen als Männer im Rahmen von ambulanter Behandlung eine Diagnose erhalten, auch in den einzelnen Versicherten- gruppen wiederzufinden, allerdings in unterschiedlicher Ausprägung. Bei der Gruppe der ALG-II-Empfänger ist die Wertedifferenz zwischen den Geschlechtern am größten, sodass nur 74,5% der männlichen, aber 85,6% der weiblichen Versicherten dieser Gruppe im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung waren. Ebenfalls einen Geschlechtsunterschied von mehr als 10 Prozentpunkten weisen die Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug auf. Bei diesen zeigt sich auch insgesamt der geringste Anteil an Versicherten mit ambulanter Diagnose: Im aktuellen Berichtsjahr wurde bei nur 63,8% eine

Tabelle 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versicherten- gruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Versicherten- gruppen	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
BKK Versicherte insgesamt	Männer	88,1
	Frauen	94,0
	Gesamt	91,0
<i>davon:</i>		
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	84,9
	Frauen	93,4
	Gesamt	88,7
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	58,7
	Frauen	69,6
	Gesamt	63,8
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	74,5
	Frauen	85,6
	Gesamt	80,1
Familien- angehörige	Männer	87,0
	Frauen	90,0
	Gesamt	88,8
Rentner	Männer	94,2
	Frauen	95,0
	Gesamt	94,6

Tabelle 2.2.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)

Diagnosehauptgruppen	BKK Versicherte insgesamt	davon				
		Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent						
Infektionen	26,5	24,9	11,9	21,7	32,3	19,4
Neubildungen	19,9	17,8	10,2	9,5	10,3	36,5
Ernährung und Stoffwechsel	38,9	35,1	27,4	32,2	18,5	73,4
Psychische Störungen	33,7	30,1	30,6	43,5	26,8	46,4
Nervensystem	20,0	17,6	15,5	20,3	8,9	38,1
Auge	27,0	18,4	10,3	14,0	27,5	47,5
Herz-Kreislauf-System	35,0	29,3	23,1	25,7	11,9	79,3
Atmungssystem	48,8	49,7	24,8	38,9	51,0	38,6
Verdauungssystem	30,1	26,8	19,0	26,5	18,9	50,4
Haut	27,2	23,3	13,9	20,2	26,7	35,0
Muskel-Skelett-System	48,3	49,1	33,8	42,0	25,2	71,5
Urogenitalsystem	36,3	35,0	20,9	27,6	23,6	53,0
Verletzungen/ Vergiftungen	26,9	23,9	14,4	21,4	24,7	33,7
Faktoren zur Inanspruchnahme	60,9	53,7	32,5	42,4	59,4	76,4
Gesamt	91,0	88,7	63,8	80,1	88,8	94,6

Diagnose dokumentiert, immerhin rund 25 Prozentpunkte weniger als bei den Beschäftigten. Wie entsprechend der Altersanalysen zu erwarten, ist wiederum sowohl der höchste Anteil als auch der geringste geschlechtsspezifische Unterschied bei den Rentnern vorzufinden.

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

Auch in der detaillierten Betrachtung differenziert nach Diagnosehauptgruppen (III Tabelle 2.2.2) weisen die ALG-I-Empfänger durchweg geringere An-

teilswerte im Vergleich zu allen Versicherten auf: So waren nur 24,8% aufgrund von Atemwegserkrankungen in ambulanter Behandlung – ein halb so hoher Anteilswert wie bei den Versicherten insgesamt. Es ist allerdings zu vermuten, dass Arbeitslose mit ALG-I-Bezug gerade bei Kurzeiterkrankungen eher darauf verzichten, zum Arzt zu gehen. Während bei den beschäftigten Mitgliedern oftmals die Attestierung von Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend für den Arztbesuch ist, besteht bei ALG-I-Empfängern zwar ebenso eine AU-Attestpflicht, der „Nachweisdruck“ (nur bei anberaumten Terminen wird eine verhin-dernde Erkrankung dokumentiert) ist aber geringer als bei den Beschäftigten. Es sind aber auch die Inanspruchnahme-Faktoren, zu denen auch Vorsorge-maßnahmen gehören, bei ALG-I-Bezieher mit 32,5% erheblich seltener vermerkt worden.

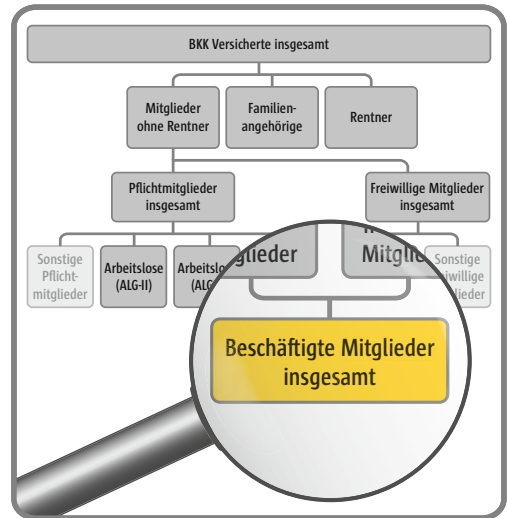
Auch bei den ALG-II-Empfängern sind die Anteile mit Diagnose fast durchweg geringer als bei allen Versicherten – mit Ausnahme der psychischen Störungen: Bei den ALG-II-Empfängern sind sie mit 43,5% die am häufigsten diagnostizierte Erkrankungsart, deren Anteil liegt somit 10 Prozentpunkte über dem Durchschnitt aller Versicherten (33,7%).

Bei den Familienangehörigen fallen hingegen – wie aufgrund des hohen Kinder- und Jugendlichenteils zu erwarten – vor allem die Anteile der Infektionsdiagnosen (32,3%), sowie die der Krankheiten des Atmungssystems (51,0%) überdurchschnittlich aus. Allerdings lässt die vermehrte Diagnostik dieser Erkrankungen gerade in dieser Versichertengruppe nicht zwangsläufig auf eine höhere Erkrankungsrate schließen: Kinder und Jugendliche werden mit den genannten Beschwerden vermutlich häufiger als Erwachsene bei einem Arzt vorstellig, wobei neben der Sorge durch die Eltern auch Formalia wie die Erstattungsfähigkeit von Erkältungsmitteln (» Kapitel 4) sowie die Beantragung von Kinderkrankengeld eine Rolle spielt.

Die beschäftigten Mitglieder, als die mit Abstand größte Versichertengruppe in diesem Vergleich, sind naturgemäß aufgrund ihres hohen Anteils an den Versicherten insgesamt in der Regel relativ nah am Gesamtdurchschnitt. Leicht über dem Durchschnitt und (abgesehen von den Zusatzcodierungen der Faktoren der Inanspruchnahme) für diese Gruppe am häufigsten Grund einer ambulanten Behandlung sind die Atemwegserkrankungen (49,7%) sowie die Muskel-Skelett-Krankheiten (49,1%).

In der Gruppe der Rentner wiederum sind muskuloskelettale Erkrankungen mit einem Anteil von 71,5% noch deutlich verbreiteter, allerdings sind noch größere Anteile der berenteten Versicherten von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (73,4%) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (79,3%) betroffen. Wie schon die altersspezifische Darstellung der häufigsten Einzeldiagnosen (» Kapitel 2.2.1) zeigt, verbergen sich hinter diesen Erkrankungsarten in weiten Teilen nicht akut lebensbedrohliche, oftmals chronische Krankheiten wie krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte und Bluthochdruck. Gerade diese Diagnosen sind aber wiederum als Risikofaktoren für schwere Vorfälle wie Herzinfarkt und Schlaganfall bekannt.

2.2.3 Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



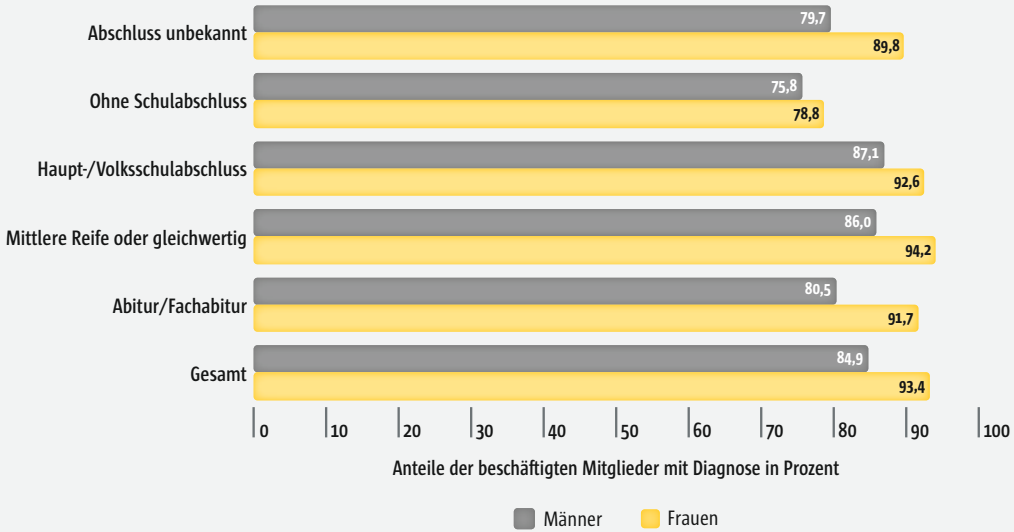
Nachfolgend wird für die weitere Analyse der ambulanten Versorgungsdaten hinsichtlich Unterschieden nach höchstem Schul- und Berufsabschluss die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt betrachtet, da nur bei dieser Versichertengruppe die entsprechende Zuordnung nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) vorliegt.

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

Höchster Schulabschluss

Bei der Analyse der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose je nach höchstem Schulabschluss (» Diagramm 2.2.9) ist auffällig, dass im Gegensatz zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Kapitel 1.2.3) oder in der stationären Versorgung (» Kapitel 3.2.3) bei denjenigen ohne einen Schulabschluss nicht die höchsten, sondern die niedrigsten Kennwerte zu finden sind. Dies deutet darauf hin, dass zwar bei diesen durchaus eine (vermutlich auch arbeitsbedingt) hohe gesundheitliche Belastung vorliegt – relativ

Diagramm 2.2.9 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



stark im Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen – aber diese Beschäftigtengruppe zumindest teilweise eine größere Ferne zum Gesundheitssystem aufweist: So sind in dieser Gruppe u. a. auch deutlich weniger Z-Diagnosen (wozu u. a. Vorsorgemaßnahmen zählen) dokumentiert, noch geringer sind zudem die Anteile mit ambulant diagnostizierten Neubildungen und Urogenitalerkrankungen. Auch in dieser Versichertengruppe sind es die Männer, die im Vergleich zu den Frauen weniger häufig in ambulanter Versorgung waren, allerdings ist der Geschlechtsunterschied hier im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen noch am geringsten (75,8% vs. 78,8%). Den größten Geschlechtsunterschied weisen hingegen die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur auf (91,7% vs. 80,5%).

In **III** Diagramm 2.2.10 sind drei ausgewählte Schulabschlussgruppen hinsichtlich ihrer Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose für ausgewählte Diagnosehauptgruppen geschlechtsspezifisch gegenübergestellt. Zwischen den Schulabschlussformen bestehen dabei teils enorme Unterschiede, am größten bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen: Die weiblichen Haupt- bzw. Volksschulabsolventinnen weisen gegenüber Frauen mit einem (Fach-)Abiturabschluss um 17,4 Prozentpunkte höhere Anteile auf, bei den Männern beträgt die Differenz sogar 19,3 Prozentpunkte. Ein ähnlich deutlicher Unterschied zwischen den besagten Schulabschlussgruppen ist hin-

sichtlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verzeichnen mit 15,7 (Frauen) bzw. 14,2 Prozentpunkten (Männer) Differenz bei den Anteilen mit Diagnose zwischen Beschäftigten mit Haupt-/Volksschulabschluss und (Fach-)Abitur. Vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen den Schulabschlussgruppen zeigen sich dagegen bei den Krankheiten des Atmungssystems.

Höchster Berufsabschluss

Wie in den anderen dargestellten Versorgungssektoren sind es auch in der ambulanten Versorgung diejenigen beschäftigten Mitglieder mit einem Bachelor-Abschluss, welche insgesamt die geringsten Inanspruchnahmequoten aufweisen (**III** Diagramm 2.2.11). Besonders die Männer dieser Berufsabschlussgruppe weisen einen geringen Anteilswert auf. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass diese Personengruppe deutlich jünger als der Durchschnitt der Beschäftigten ist (33,4 Jahre vs. 42,3 Jahre). Wie demnach zu erwarten ist, besteht bei den Bachelor-Absolventen mit mehr als 14 Prozentpunkten Differenz auch der größte Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Inanspruchnahmequote. Im Durchschnitt fast ein Jahr älter sind diejenigen ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss – zu diesen zählen aber u. a. auch

Diagramm 2.2.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

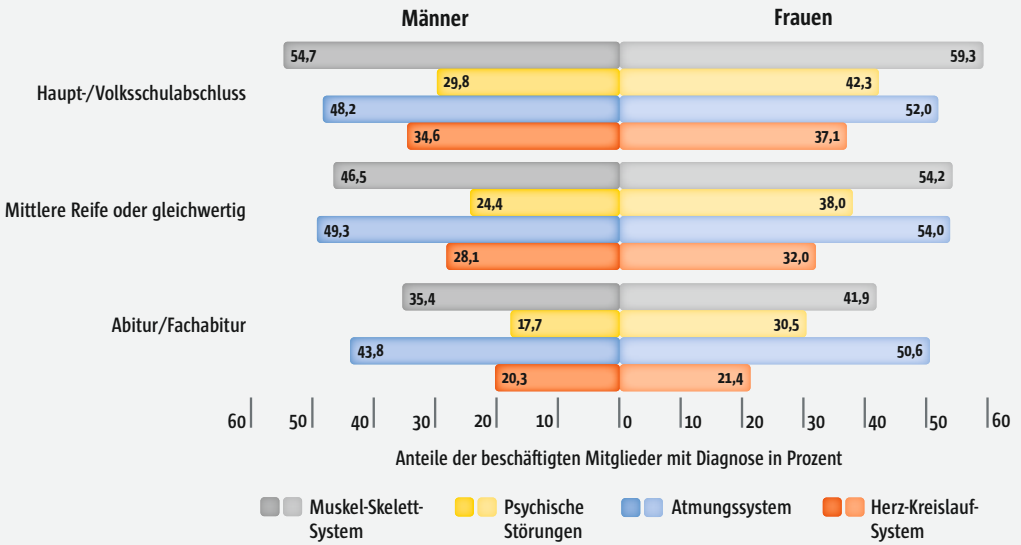


Diagramm 2.2.11 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

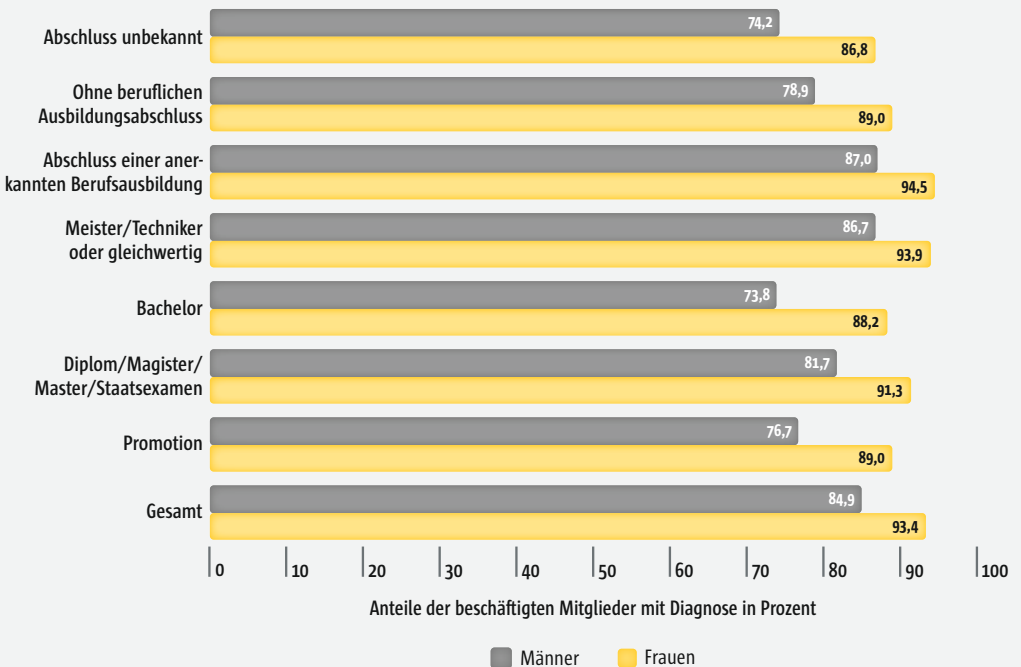
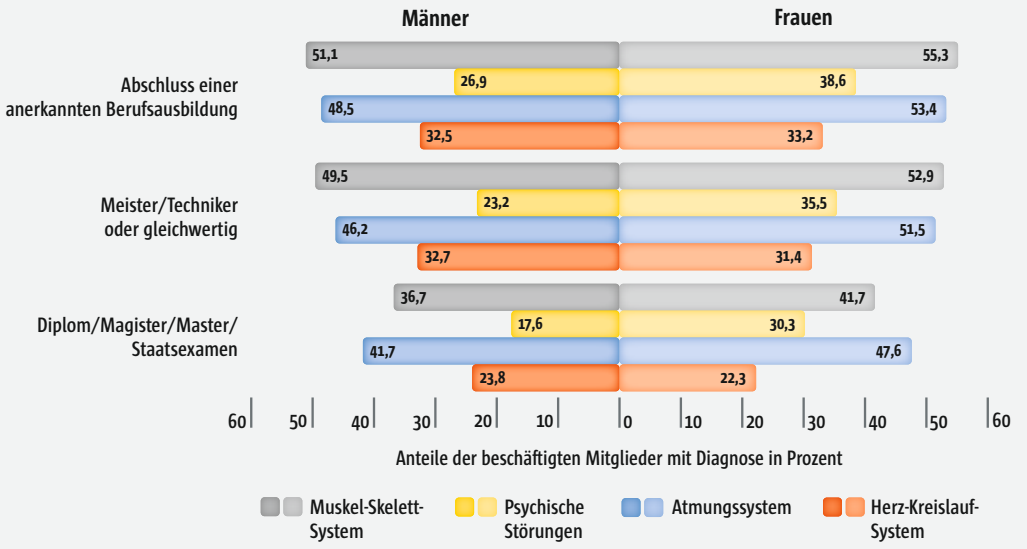


Diagramm 2.2.12 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

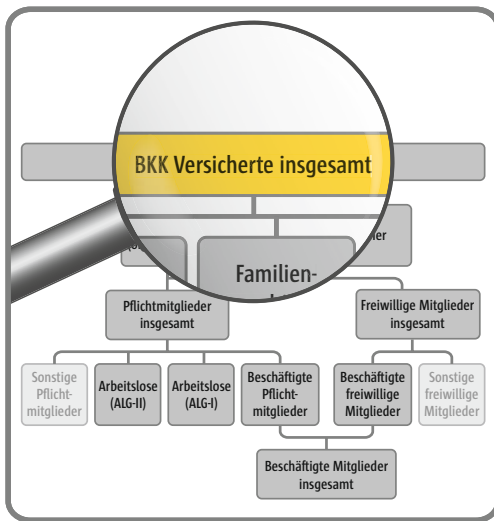


Auszubildende. Auch von diesen war ein geringerer Teil in ambulanter Behandlung gewesen als etwa bei Meistern bzw. Technikern oder Hochschulabsolventen mit Diplom, Master, Magister oder Staatsexamen. Diejenigen ohne Abschluss weisen dagegen beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Kapitel 1.2.3) sowie in der stationären Versorgung (» Kapitel 3.2.3) überdurchschnittliche Kennwerte auf.

Äquivalent zur Analyse der gestellten Diagnosen differenziert nach Schulabschluss stellt das » Diagramm 2.2.12 die Anteilswerte für die Beschäftigten mit einer anerkannten Berufsausbildung, mit einem Abschluss als Meister oder Techniker oder mit Diplom, Master, Magister bzw. Staatsexamen dar. Wie bei den Schulabschlussgruppen ergeben sich hierbei hinsichtlich der Atmungssystem-Erkrankungen die relativ geringsten Unterschiede zwischen den Berufsabschlussgruppen. Ebenso sind es die Muskel-Skelett-Erkrankungen, bei denen hingegen

die größte Differenz besteht: Von denjenigen mit einer abgeschlossenen anerkannten Berufsausbildung war der Anteil mit einer solchen ambulant gestellten Diagnose gegenüber Hochschulabsolventen bei beiden Geschlechtern etwa 14 Prozentpunkte größer. Dabei fällt auch auf, dass sich zwischen Absolventen einer Berufsausbildung und Meistern bzw. Technikern nur ein relativ geringer Unterschied bei den Diagnoseanteilen besteht. Bei den Hochschulabsolventen – im Arbeitsalltag deutlich häufiger mit „Kopfarbeit“ befasst – fallen indes die Anteile insbesondere derer, die wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung waren, gegenüber den beiden anderen Abschlussgruppen um etwa ein Viertel geringer aus. Aber auch die Anteile mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind bei den Hochschulabsolventen in ähnlicher Relation geringer gegenüber den Absolventen einer Berufsausbildung und den Meistern bzw. Technikern ausgeprägt.

2.3 Ambulante Versorgung in Regionen



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

Der jeweilige Wohnort der Versicherten selbst hat einen Einfluss auf deren Gesundheit, vermittelt durch die regionalen Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und

Arbeitslosenquote sowie die soziokulturellen Bedingungen), aber auch durch die medizinische Versorgung vor Ort (z.B. Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte). Nachfolgend werden deshalb die Kennwerte der ambulanten Versorgung regional differenziert betrachtet.

2.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

Bei den Versicherten insgesamt zeigen sich hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung nur recht geringe Unterschiede zwischen den Bundesländern, dabei ist im aktuellen Berichtsjahr das Saarland dasjenige Bundesland mit dem höchsten Anteil mit einer Diagnose: 92,0% der dort wohnhaften Versicherten haben mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung gestellt bekommen (»» Tabelle 2.3.1). Wie im Vorjahr ist in Berlin die niedrigste Diagnosehäufigkeit festzustellen, hier wurde insgesamt nur für 88,7% der Versicherten eine Diagnose dokumentiert. Nur knapp dahinter liegt Hamburg mit 88,9%. Darin zeigen sich auch Parallelen zu den Arzneimittelverordnungen (»» Kapitel 4.3), wo Berlin und Hamburg die wenigsten, das Saarland aber die zweitmeisten Verordnungsanteile bei den Versicherten im aktuellen Berichtsjahr aufweist.

Betrachtet man außerdem den Versichertenstatus, so zeigt sich auch auf Bundeslandebene fast durchgehend die im »» Kapitel 2.2.2 beschriebene Rangfolge der Versichertengruppen auf Bundesebene: Rentner erhalten am häufigsten eine ambulante Diagnose, gefolgt von den Familienangehörigen und den beschäftigten Mitgliedern, mit deutlichem Abstand liegen wiederum ALG-II- sowie die ALG-I-Empfänger dahinter. Bei den Beziehern von ALG-II-Leistungen ist zudem zu erkennen, dass für diese in den ostdeutschen Bundesländern durchweg eine geringere Inanspruchnahmequote zu verzeichnen ist. Hingegen die größte regionale Differenz besteht bei den Arbeitslo-

Tabelle 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2018)

Bundesländer	BKK Versicherte insgesamt	davon				
		Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familien- angehörige	Rentner
Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent						
Baden-Württemberg	89,9	87,1	61,3	78,5	87,9	94,2
Bayern	91,0	88,7	61,5	80,0	89,2	94,8
Berlin	88,7	85,1	61,5	80,4	86,8	94,8
Brandenburg	90,5	88,2	62,5	75,7	87,9	95,5
Bremen	90,5	87,7	63,4	79,9	87,4	94,7
Hamburg	88,9	85,9	60,2	79,6	86,8	94,7
Hessen	91,1	89,1	64,9	80,9	88,7	95,4
Mecklenburg-Vorpommern	91,4	88,9	61,4	75,5	89,4	95,5
Niedersachsen	91,7	89,3	64,3	79,2	88,9	95,7
Nordrhein-Westfalen	91,7	89,2	65,6	80,5	89,4	95,4
Rheinland-Pfalz	91,4	88,9	64,8	79,0	88,8	95,7
Saarland	92,0	89,3	66,4	77,7	90,6	95,5
Sachsen	90,3	87,0	61,1	75,3	86,9	96,0
Sachsen-Anhalt	91,4	88,5	64,3	76,3	88,3	96,2
Schleswig-Holstein	90,6	88,1	61,7	78,4	88,3	95,2
Thüringen	91,1	88,8	63,2	75,7	88,1	95,5
Gesamt	91,0	88,7	63,8	80,1	88,8	94,6

sen in ALG-I-Bezug: Spitzenreiter ist auch hier das Saarland (66,4%) während die wenigsten Diagnosen hingegen in Hamburg gestellt worden sind (60,2%).

Auch bei Differenzierung auf Kreisebene zeigen sich nur moderate Unterschiede zwischen den Anteilen der Versicherten mit einer ambulanten gestellten Diagnose: Die höchsten Anteilswerte sind dabei wie im letzten Jahr im hessischen Schwalm-Eder-Kreis (93,6%) zu verzeichnen, gefolgt vom thüringischen Wartburgkreis (93,4%) und der Grafschaft Bentheim in Niedersachsen (93,2%). Die geringste Inanspruchnahmequote weist hingegen die rheinland-pfälzische Stadt Trier auf, wo nur 83,5% der Versicherten in 2018 ambulant eine Diagnose gestellt bekommen haben, gefolgt von Heidelberg (84,1%) in Baden-Württemberg und dem bayrischen Bayreuth (84,4%). In Rheinland-Pfalz zeigt sich auch der größ-

te Unterschied innerhalb eines Bundeslandes, so liegt der Kreis Kusel mit einem Diagnoseanteil von 92,7% bei den Versicherten auch nur knapp unter dem Spitzenwert. Ebenfalls eine große Differenz ist in Hessen zu finden, wo die Stadt Frankfurt am Main (85,5%) einen um rund 8 Prozentpunkte niedrigeren Anteilswert für Versicherte mit einer Diagnose aufweist als der Spitzenreiter Schwalm-Eder-Kreis.

2.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

Bei der detaillierteren Analyse des regionalen Krankheitsgeschehens bezüglich der im ambulanten Bereich häufigsten Diagnosehauptgruppen (») Tabelle 2.3.2) zeigen sich bei bestimmten Erkrankungs-

Tabelle 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2018)

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

arten wiederkehrend Unterschiede besonders zwischen den ost- und westdeutschen Bundesländern. Mitbestimmt werden diese Unterschiede auch durch das höhere Durchschnittsalter (III Kapitel o.1) sowie die höhere Arbeitslosenquote in den ostdeutschen Bundesländern.

So hat in der Regel in den östlichen Bundesländern ein deutlich geringerer Versichertenanteil die Diagnose einer Infektion oder einer Atemwegserkrankung erhalten – also solche Erkrankungsarten, die im Rahmen der ambulanten Versorgung bei den höheren Altersgruppen seltener diagnostiziert wer-

den. Bei diesen Erkrankungsarten ist aber sicher auch ein weiterer Einflussfaktor, dass in den Ostbundesländern die Impfbereitschaft (vermutlich sozialisiert durch die staatlich organisierte Impfprävention in der ehemaligen DDR) höher ist als im Westen². So sind wie im Vorjahr auch in 2018 die wenigsten Infektionsdiagnosen in Sachsen (23,5%), Brandenburg

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

und Sachsen-Anhalt gestellt worden. Die meisten Infektionsdiagnosen sind hingegen in Niedersachsen (27,5%) zu verzeichnen. Bei den Erkrankungen des Atmungssystems variieren die Anteile Versicherter mit Diagnose zwischen dem Spitzenwert im Saarland (52,9%) und dem niedrigsten Wert in Sachsen (44,7%). Bei den „Seniorenkrankheiten“ Herz-Kreislauf-Erkrankungen verhält es sich genau andersherum: Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind mit Abstand am häufigsten in Sachsen-Anhalt bei 48,3% der dort wohnhaften BKK Versicherten festgestellt worden – die nachfolgend höchsten Anteilswerte sind ebenfalls allesamt bei den Ostbundesländern zu finden. Die geringsten Anteile von Versicherten mit einer kardio-vaskulären Diagnose weisen Hamburg (29,4%) und Baden-Württemberg (29,8%) und auf. Weiterhin liegen auch bei den Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten (44,7%), den Muskel-Skelett-Erkrankungen (53,8%) sowie den Krankheiten des Urogenitalsystems (39,0%) die höchsten Anteilswerte in Sachsen-Anhalt. Aufschlussreich sind zudem die Diagnoseraten für Neubildungen: In der stationären Versorgung sind für diese Erkrankungsart sehr viele Behandlungsfälle und -tage in Bremen zu verzeichnen (III Kapitel 3.3) – in der ambulanten Versorgung ist hier hingegen der Anteil Versicherter mit einer Neubildungsdiagnose unterdurchschnittlich (17,7% vs. 19,9%). Am häufigsten wurden diese wiederum in Bayern festgestellt (20,9%).

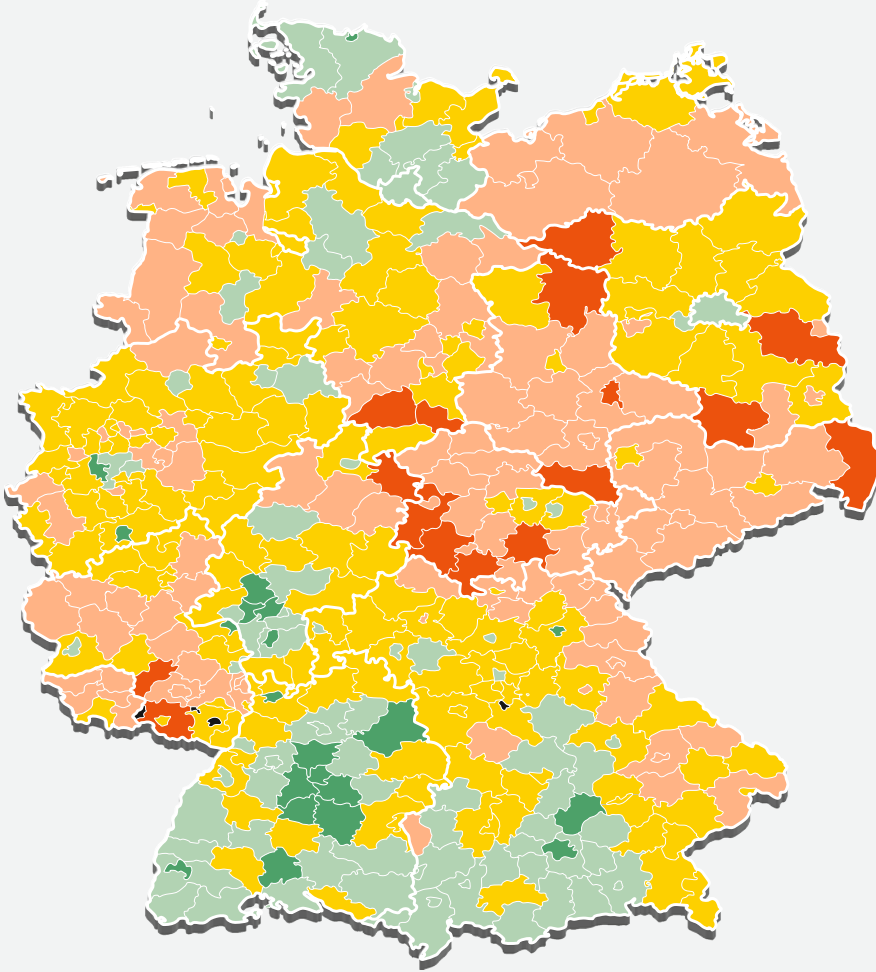
Wie schon bei den Gesamtinanspruchnahmequoten erhöht sich auch bei Betrachtung einzelner Erkrankungsarten die Varianz, wenn man die Anteile auf Kreisebene statt für Bundesländer betrachtet. Exemplarisch werden dazu nachfolgend die landkreisbezogenen Kennwerte für Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische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

Waren im Bundesländervergleich die Versicherten insbesondere in Sachsen-Anhalt und Thüringen den Diagnoseanteilen zufolge häufiger von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen, so zeigt sich in diesen mitteldeutschen Bundesländern auch auf Kreisebene eine deutliche Häufung überdurchschnittlicher Anteilswerte (III Diagramm 2.3.1). Der höchste Anteil Versicherter mit einer solchen Diag-

nose ist hingegen mit 61,1% im brandenburgischen Kreis Prignitz zu finden, gefolgt vom Kreis Elbe-Elster im gleichen Bundesland (58,9%). Aber auch in den rheinland-pfälzischen Landkreisen in der Nähe zur französischen Grenze sind deutlich überdurchschnittliche Inanspruchnahmequoten aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verzeichnen: 56,5% der Versicherten im Kreis Südwestpfalz und 55,6% im Kreis Kusel hatten eine Muskel-Skelett-Erkrankung diagnostiziert bekommen. Im gleichen Bundesland ist in der Stadt Mainz der Anteil Versicherter mit einer solchen Diagnose nur etwa zwei Drittel so groß (38,9%). Ähnlich groß ist die Differenz zwischen höchster und niedrigster Inanspruchnahmequote nur noch in Hessen (Werra-Meißner-Kreis: 55,6%; Frankfurt am Main: 37,6%). Die wenigsten Versicherten mit einer solchen Diagnose sind hingegen in Baden-Württemberg in Heidelberg (34,4%) und Reutlingen (35,8%) zu finden.

In der landkreisbezogenen Auswertung der Anteile Versicherter mit einer psychischen Störung, die in der ambulanten Versorgung diagnostiziert wurden (III Diagramm 2.3.2), sind die höchsten Werte in den Küstenregionen Deutschlands zu finden: Demnach sind mit einem Anteil von 41,5% die meisten Versicherten mit einer solchen Diagnose wie schon im Vorjahr im niedersächsischen Wilhelmshaven gefolgt von Rostock (40,6%) zu finden. Wie die Landkartendarstellung außerdem erkennen lässt, sind diejenigen Regionen mit besonders hohen Anteilswerten (>15% über dem Bundesdurchschnitt) meist kleine Kreise bzw. Kreisstädte. Deutlich unterdurchschnittliche Anteile sind hingegen eher in (süddeutschen) Kreisen mit relativ großer Fläche vorzufinden, wie etwa im baden-württembergischen Landkreis Schwäbisch Hall, wo mit 24,7% die wenigsten psychischen Diagnosen gestellt worden sind, oder den bayrischen Landkreisen Unterallgäu (26,1%) und Landsberg am Lech (27,3%). In diesem Umstand spiegelt sich die Erkenntnis aus dem III Gesundheitsatlas 2015 wider, dass die Diagnosehäufigkeiten bei psychischen Störungen auch mit regionalen Indikatoren wie Einwohnerdichte und Ärzte- bzw. Therapeutendichte zusammenhängen.

Diagramm 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für das Muskel-Skelett-System nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2018)

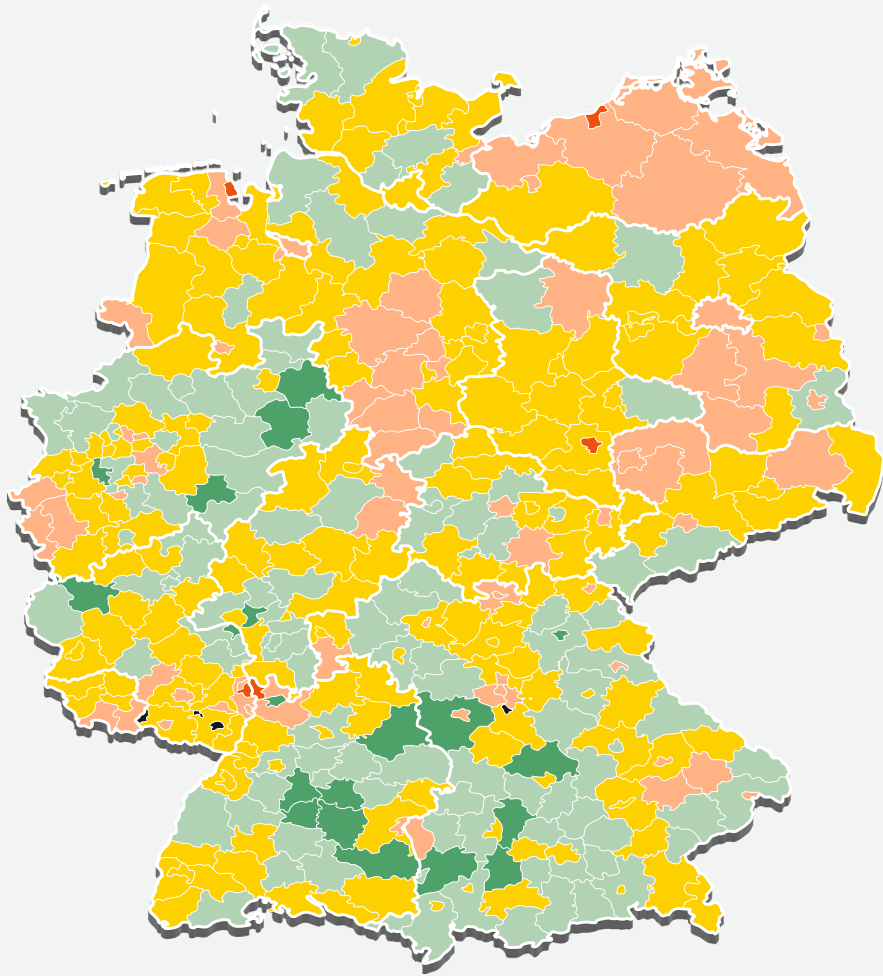


Prozentuale Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt (48,3%)

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

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

Diagramm 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose für Psychische Störungen nach Landkreisen (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2018)

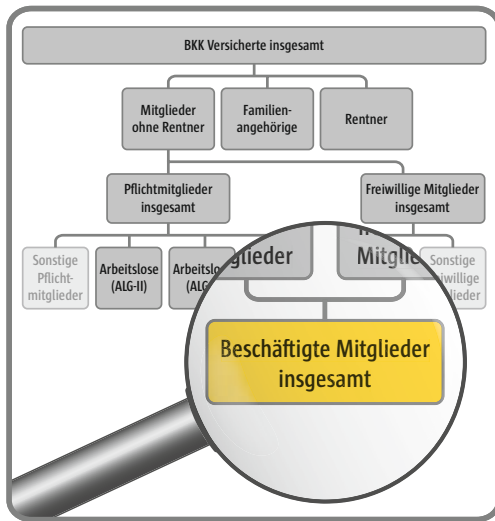


Prozentuale Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt (33,7%)

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

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

2.4 Ambulante Versorgung in der Arbeitswelt



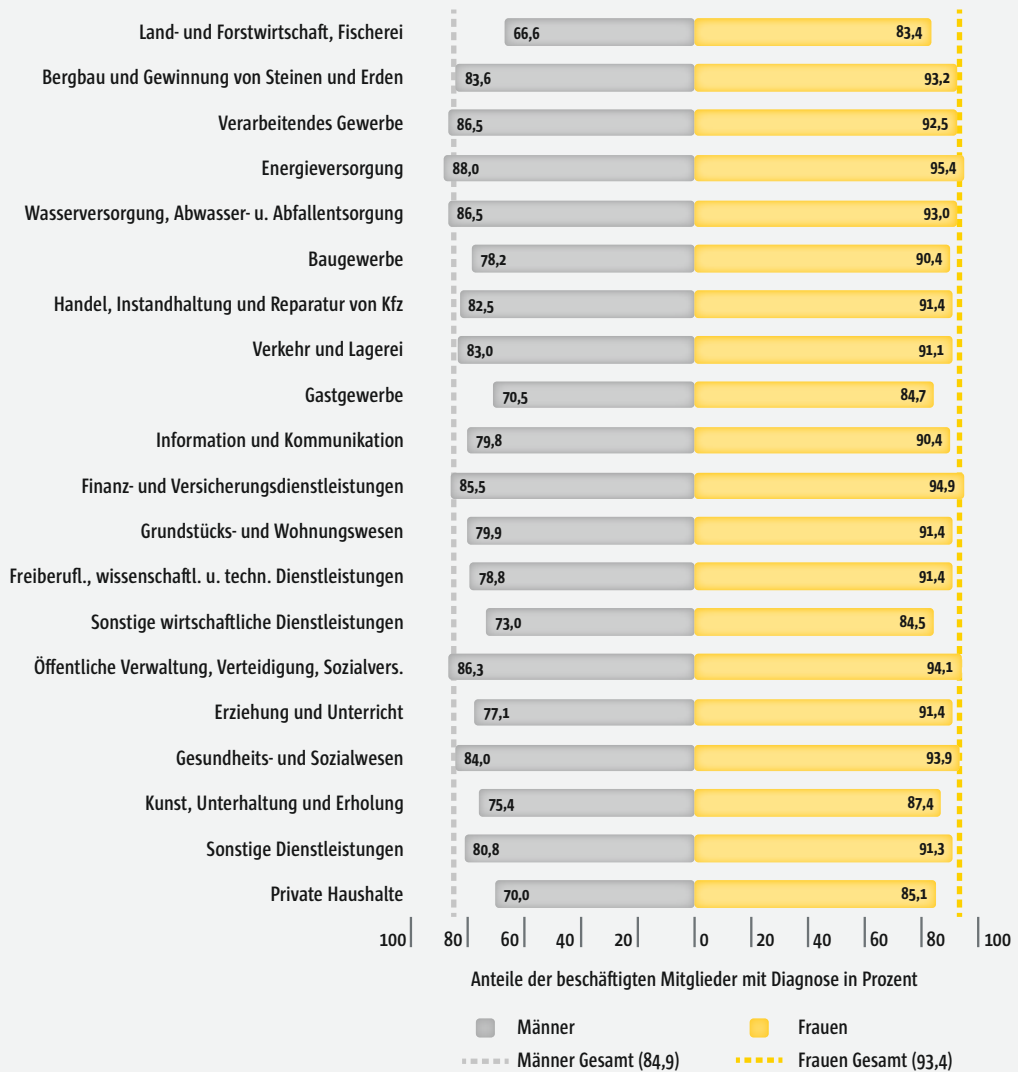
Die gesundheitliche Lage der beschäftigten BKK-Mitglieder drückt sich nicht allein im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aus, denn nicht immer führen ambulante Diagnosen zwangsläufig auch zu krankheitsbedingten Fehlzeiten. Die nachfolgenden Analysen beziehen daher zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren ein, so u. a. die Zugehörigkeit des beschäftigten Unternehmens zu einer Wirtschaftsgruppe, der Beschäftigten selbst zu einer Berufsgruppe, die Vertragsform der Beschäftigung (Befristung, Voll-/Teilzeit) und das Anforderungsniveau der Tätigkeit. Dementsprechend beziehen sich die folgenden Analysen auf die Versichertengruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt (eine Beschreibung dieser Versichertengruppe hinsichtlich Wirtschafts- und Berufsgruppenzugehörigkeit ist im [III](#) Kapitel 0.2 aufgeführt).

2.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Die höchsten Anteile Beschäftigter in ambulanter Behandlung sind für beide Geschlechter in der Energieversorgung zu finden. Die diesbezüglich geringsten Anteile weist hingegen die Land- und Forstwirtschaft auf.
- Ost-West-Gefälle im Gesundheitswesen: Die Anteile der dort Beschäftigten, die wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. psychischen Störungen in ambulanter Behandlung waren, sind in den ost-deutschen Bundesländern durchweg höher als im Westen.

Wie das [III](#) Diagramm 2.4.1 deutlich zeigt, bestehen zwischen den Wirtschaftsgruppen teils erhebliche Differenzen hinsichtlich der Anteile der Beschäftigten, die in ambulanter Behandlung waren. Außerdem sind auch innerhalb einzelner Wirtschaftsgruppen große Geschlechtsunterschiede festzustellen. Wie schon in den Vorjahren sind die niedrigsten Anteile Beschäftigter mit Diagnose in der Land- und Forstwirtschaft zu finden: Nur 83,4% der dort tätigen Frauen und 66,6% der dort tätigen Männer sind in 2018 in ambulanter Behandlung gewesen. Dabei ist aber auch zu berücksichtigen, dass deren Durchschnittsalter ([III](#) Kapitel 0.2) niedriger ist als das der meisten anderen Wirtschaftsgruppen. Gleiches gilt auch für die Beschäftigten im Gastgewerbe – durchschnittlich die jüngsten im Vergleich der Wirtschaftsabschnitte –, die ebenfalls eine niedrige Inanspruchnahmequote aufweisen. Außerdem deutlich unterdurchschnittlich sind die Anteile der Beschäftigten mit ambulant gestellter Diagnose bei den Beschäftigten in privaten Haushalten. Diese sind hingegen im Schnitt deutlich älter als die Beschäftigten in anderen Wirtschaftsgruppen – und weisen in der stationären Versorgung überdurchschnittlich viele Behandlungstage auf ([III](#) Kapitel 3.4.1). Wiederum die höchsten Anteilswerte sind

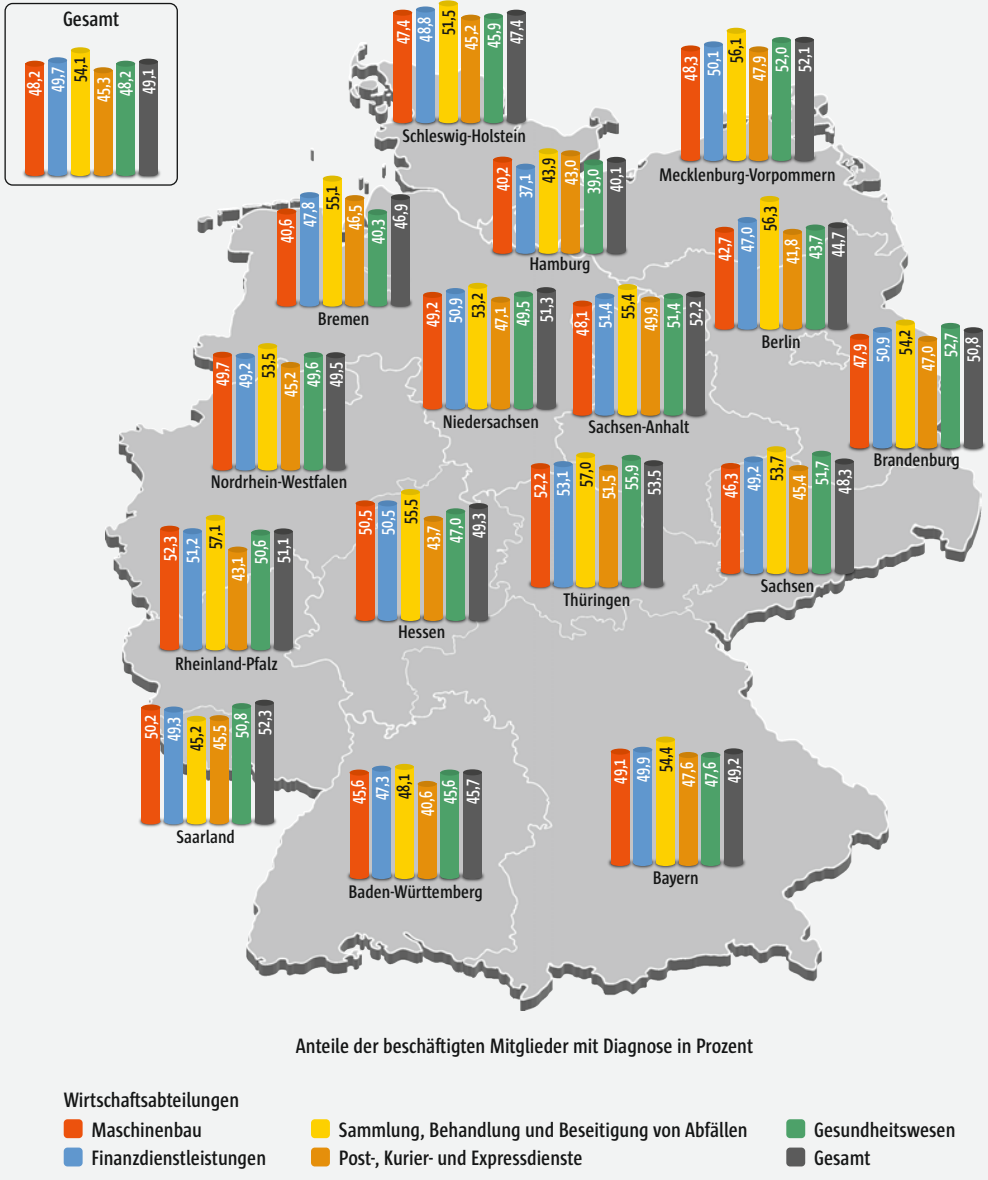
Diagramm 2.4.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



für beide Geschlechter bei den Beschäftigten in der Energieversorgung zu verzeichnen (Männer: 88,0%; Frauen: 95,4%), wobei zu berücksichtigen ist, dass die dort beschäftigten Männer im Mittel rund drei Jahre älter sind als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Den zweithöchsten Wert bei den Männern in diesem Vergleich weisen die Beschäftigten im Bereich Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung auf, gleichauf mit denen im verarbeitenden Gewerbe. Bei den Frauen ist die zweithöchste Inan-

spruchnahmequote hingegen bei denjenigen, die Finanz- und Versicherungsdienstleistungen erbringen, zu finden. Letztere sind allerdings weniger Tage arbeitsunfähig (III Kapitel 1.4.1) und in stationärer Behandlung als der Durchschnitt und bekommen ebenso unterdurchschnittliche Medikamentenmengen verordnet (III Kapitel 4.4.1). Anders hingegen bei den Beschäftigten der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung, die auch in den genannten drei anderen Leistungs-

Diagramm 2.4.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2018)

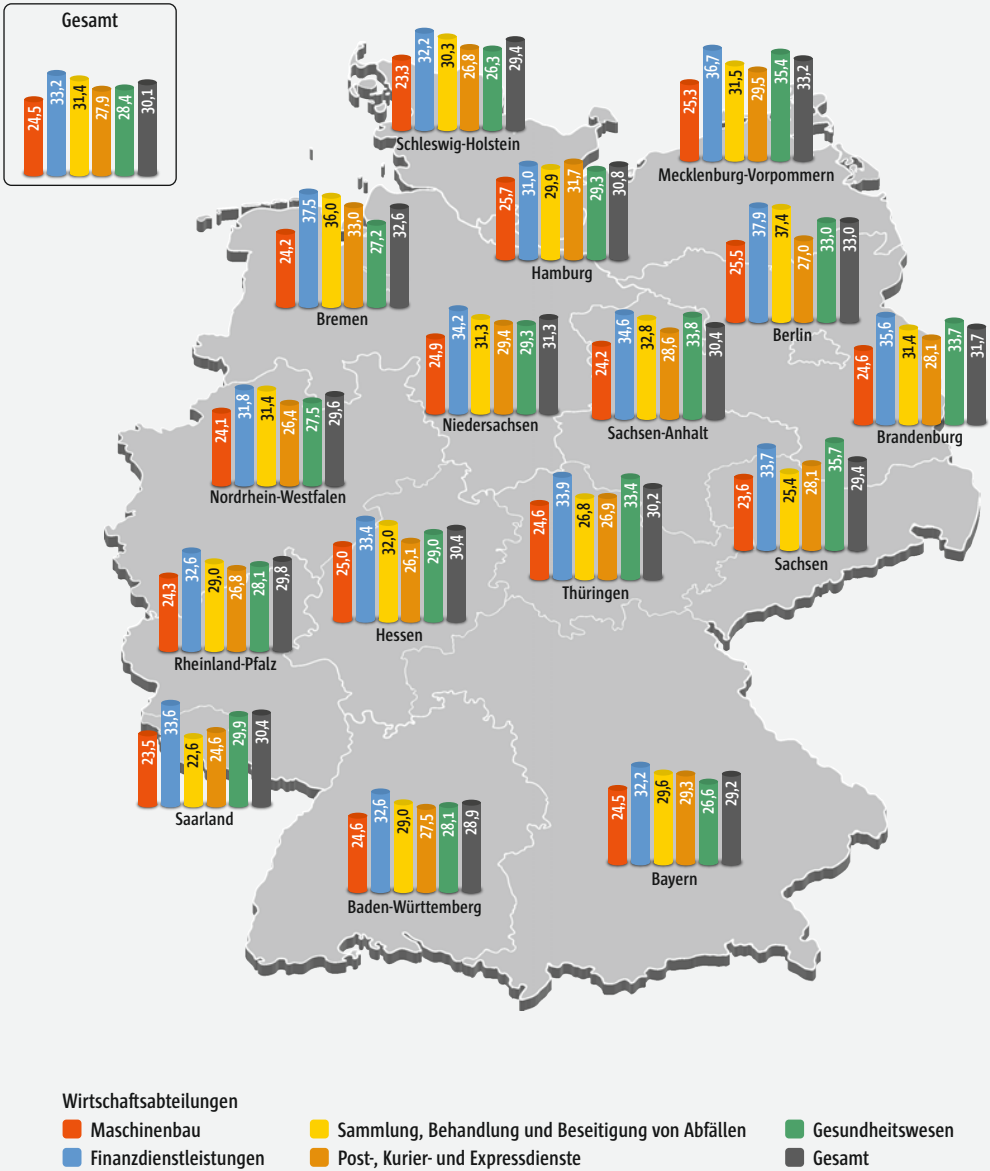


bereichen jeweils überdurchschnittliche Kennzahlen aufweisen.

Wie diese Abgleiche zwischen den Leistungsbe-
reichen zeigen, reicht die alleinige Berücksichtigung
der Alters- und Geschlechtsstruktur innerhalb der

Wirtschaftsgruppen nicht aus, um die Inanspruch-
nahme medizinischer Leistungen in den jeweiligen
Sektoren zu erklären. Wie die arbeitsweltlichen Ana-
lysen (hier und in den anderen Kapiteln) zeigen, ist
dabei aber ebenso die Belastung durch die Arbeit an

Diagramm 2.4.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2018)



sich ein Einflussfaktor, zudem spielen wahrscheinlich „Hemmschwellen“ (z.B. Konsequenzen am Arbeitsplatz, aber auch Motivationsmangel etwa bei Vorsorgemaßnahmen) eine Rolle.

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

Hinsichtlich der Muskel-Skelett-Erkrankungen weist die Abfallwirtschaft im Bundesdurchschnitt wie auch in fast allen Bundesländern den höchsten Anteil an Versicherten mit einer solchen Diagnose auf (III Diagramm 2.4.2). Fast alle Bundesländer weisen für diese Wirtschaftsgruppe eine Inanspruchnahmequote wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen von mindestens 50% auf – einzig in Hamburg liegt diese mit 43,9% deutlich unter dieser Marke, gefolgt vom Saarland mit 45,2%. Auf der anderen Seite sind die Beschäftigten in der Abfallwirtschaft in Rheinland-Pfalz mit 57,1% häufiger als in den anderen Bundesländern in Behandlung gewesen. Größer ist die Spreizung der Anteilswerte sogar noch im Bereich der Finanzdienstleistungen: Auch hier markiert Hamburg den niedrigsten Wert (37,1%), während die Inanspruchnahmequote in Thüringen um 16 Prozentpunkte höher liegt (53,1%). Eine ähnlich große Differenz zwischen den Anteilswerten ist auch im Gesundheitswesen zu finden, wobei zudem auffällig ist, dass hier durchweg die ostdeutschen Bundesländer die vorderen Rangplätze einnehmen: Auch hier ist Thüringen Spitzenreiter mit 55,9% Anteil Beschäftigter mit einer Muskel-Skelett-Diagnose. Ebenso sind die thüringischen Beschäftigten der Post-, Kurier- und Expressdienste in größeren Anteilen als in anderen Bundesländern aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen (51,5%). Im Bereich Maschinenbau weisen hingegen die Beschäftigten in Rheinland-Pfalz den höchsten Anteilswert auf (52,3%).

Bei den psychischen Erkrankungen ist die Verteilung der Anteilswerte im Bundesländervergleich (III Diagramm 2.4.3) heterogener als bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen, die höchsten bzw. niedrigsten Werte der Wirtschaftsgruppen konzentrieren sich nicht in einzelnen Bundesländern. Allerdings zeigt sich auch bei den psychischen Störungen ein Ost-West-Gefälle in den Anteilswerten bei den im Gesundheitswesen Tätigen: Für diese ist in Sachsen der größte Anteil (35,7%) in Behandlung gewesen, während es in Schleswig-Holstein (26,3%) die Wenigsten waren. Die größte Kennwertdifferenz zwischen den Bundesländern besteht hingegen bei den Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung: Von diesen haben in Berlin 37,4% eine psychische Störung diagnostiziert bekommen, im Saarland waren es hingegen fast 15 Prozentpunkt weniger (22,6%). Auch bei den Finanzdienstleistungen weisen die Beschäftigten in Berlin den höchsten Anteilswert auf (37,9%), bei den Post-, Kurier- und Expressdiensten ist dagegen der Spitzenwert in Bremen (33,0%) zu finden. Allesamt unter dem Bundesdurchschnitt sind die

Anteile Beschäftigter mit einer ambulant diagnostizierten psychischen Störung im Maschinenbau. Hier ist noch der höchste Anteilswert bei den Beschäftigten in Hamburg zu finden (25,7%).

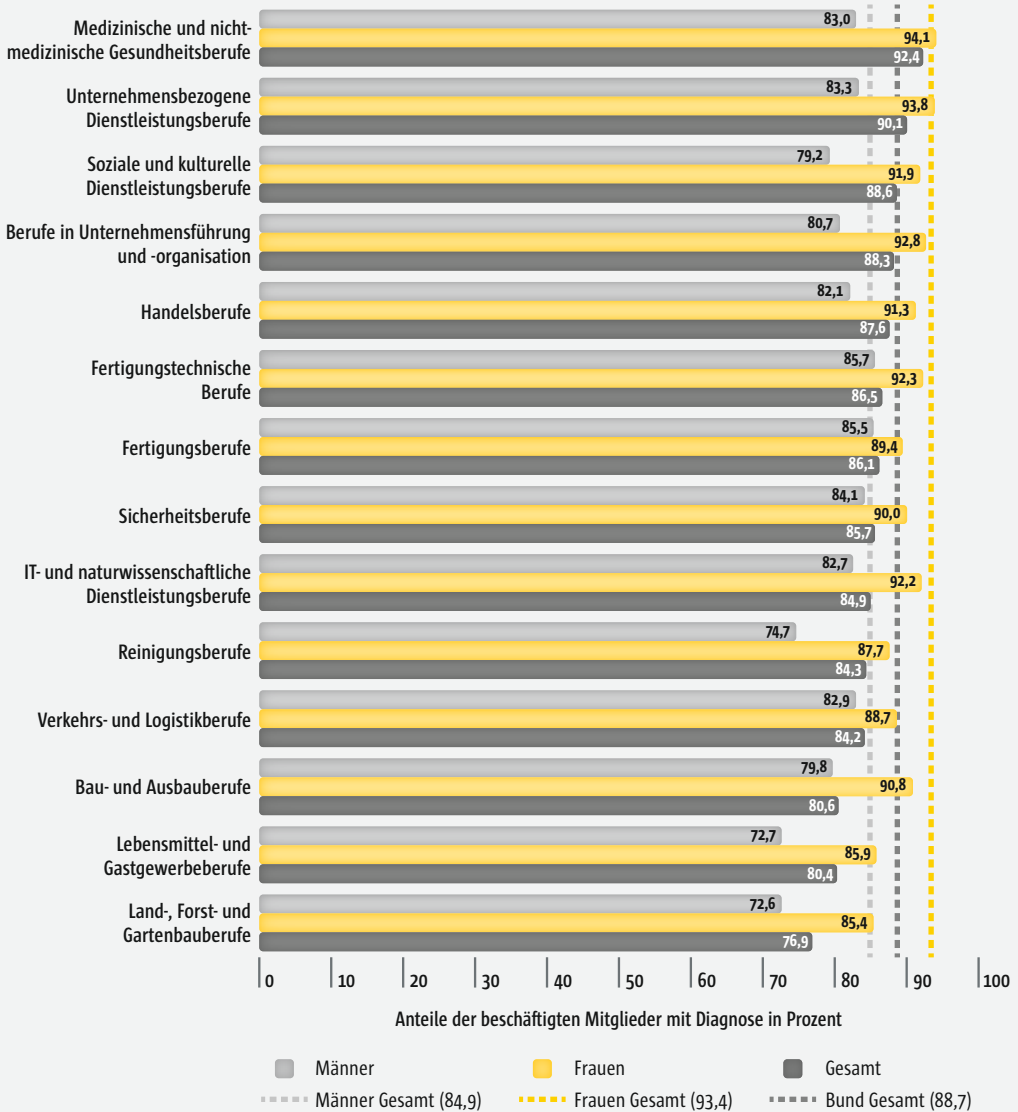
2.4.2 Auswertungen nach Berufen

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

Die Beschäftigten in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen weisen selbst den größten Anteil derer auf, die ambulante Leistungen in Anspruch nehmen: Bei 92,4% der Beschäftigten in Gesundheitsberufen wurde in 2018 mindestens eine Diagnose dokumentiert (III Diagramm 2.4.4). Dabei ist insbesondere bei den Frauen der Anteil sehr hoch, während der Kennwert bei den Männern hingegen sogar leicht unter dem Gesamtdurchschnitt liegt. Von allen männlichen Beschäftigten in diesem Vergleich sind es dagegen diejenigen in den fertigungstechnischen Berufen (85,7%), gefolgt von den Fertigungsberufen (85,5%), welche die höchsten Anteilswerte mit Diagnose aufweisen. Vergleichsweise wenig Versicherte mit einer gestellten Diagnose sind bei den in Land-, Forst- und Gartenbauberufen Tätigen zu finden. Bei den Männern wie bei den Frauen sind in dieser Berufsgruppe die geringsten geschlechtsspezifischen Anteilswerte zu finden, jeweils gefolgt von den Beschäftigten in Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen. Interessant ist weiterhin, dass bei den Reinigungsberufen nur unterdurchschnittliche Anteile der Beschäftigten in ambulanter Behandlung waren – weist diese Berufsgruppe im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen doch die meisten Fehlzeiten (III Kapitel 1.4.2) sowie die zweitmeisten verordneten Tagesdosen bei den Arzneimittelverordnungen (III Kapitel 4.4.2) auf.

Im III Diagramm 2.4.5 sind die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose für psychische Störungen, Muskel-Skelett-, Herz-Kreislauf- sowie Atmungs-

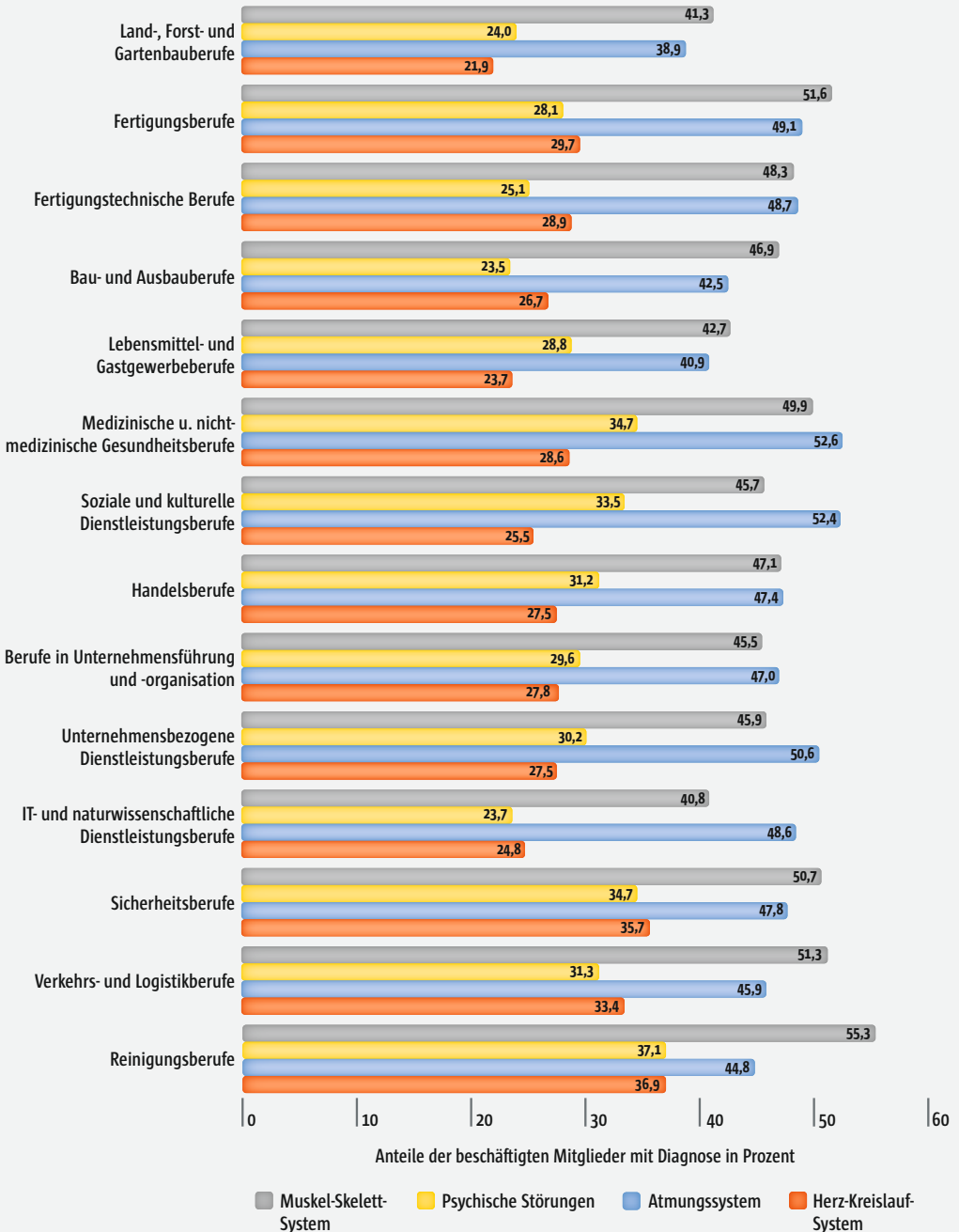
Diagramm 2.4.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



system-Erkrankungen je nach Berufssegment im Vergleich dargestellt. Ersichtlich wird, dass sehr viele Beschäftigte in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen von Atemsystemerkrankungen betroffen sind und diese behandeln lassen: Mehr als die Hälfte (52,6%) der in einem solchen Beruf Tätigen war im aktuellen Berichtsjahr deshalb in ambulanter Behandlung – das sind fast 14 Prozentpunkte mehr als bei den

Land-, Forst- und Gartenbauberufen (38,9%). Hierbei ist sicher auch relevant, dass zum einen für die Gesundheitsberufe aufgrund der Ansteckungsgefahr gegenüber Kranken und Pflegebedürftigen strengere Auflagen bezüglich ihrer eigenen Gesundheit als in anderen Berufen gelten. Zum anderen besteht aber auch eben ein direkter Kontakt mit Infizierten und entsprechend eine größere Wahrscheinlichkeit, sich

Diagramm 2.4.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)



selbst anzustecken. Ebenfalls sehr groß ist der Anteil derjenigen in Gesundheitsberufen Tätigen, die eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben: Bei diesen (genauso wie bei den Beschäftigten in Reinigungsberufen) sind 34,7% deshalb in ambulanter Behandlung gewesen, nur die in Sicherheitsberufen Beschäftigten weisen einen höheren Anteil (37,1%) auf. Die Reinigungskräfte sind zudem auch aufgrund von Muskel-Skelett- sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen in größeren Anteilen als bei allen anderen Berufsgruppen in ambulanter Behandlung gewesen – dabei sind es vor allem die Frauen, von denen überdurchschnittlich viele ambulant behandelt wurden. Ferner sind bei den in Gesundheitsberufen Tätigen besonders viele Zusatzdiagnosen – insbesondere für Vorsorgemaßnahmen – gestellt worden (im Diagramm nicht enthalten), was vermutlich ebenfalls mit den bereits beschriebenen Besonderheiten dieser Berufsgruppe zusammenhängt.

Die **III** Tabelle 2.4.1 stellt als weitere Differenzierung diejenigen Berufsgruppen dar, welche die größten bzw. niedrigsten Anteile beschäftigter Mitglieder mit einer ambulant dokumentierten Diagnose aufweisen. Dabei zeigt sich, dass – wie schon in den Vorjahren – mit Abstand die höchste Inanspruchnahmequote bei den Arzt- und Praxishilfen vorzufinden ist. Des Weiteren fällt auf, dass auf den folgenden Rangplätzen viele weitere Gesundheitsberufe vertreten sind.

Allerdings weisen diese bei einzelnen Erkrankungsarten nicht zwingend eine hohe Inanspruchnahmequote auf. So sind bei nachfolgend aufgelisteten Diagnosehauptgruppen die Beschäftigten in folgenden Berufsgruppen am häufigsten in ambulanter Behandlung gewesen:

- **Psychischen Störungen** sind am häufigsten bei Beschäftigten in der Altenpflege (42,8%), bei Beschäftigten in Hauswirtschaft und Verbraucherberatung (39,3%) sowie bei Servicekräften im Personenverkehr (38,8%) diagnostiziert worden. Auch auf nachfolgenden Rangplätzen sind viele Berufe, die einen besonders intensiven Umgang mit Menschen beinhalten und oft mit hoher psychischer Belastung einhergehen, zu finden.
- Aufgrund von **Muskel-Skelett-Erkrankungen** sind am häufigsten Beschäftigte in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (64,4%), in der industriellen Keramikherstellung und -verarbeitung (58,6%) und der Metallherzeugung (57,8%) in Behandlung. Hier erkennt man auch eine Tendenz zu höheren Diagnoseanteilen gerade in den Fertigungsberufen, die vielfach eine höhere körperliche und oftmals einseitige

Tabelle 2.4.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen (Berichtsjahr 2018)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
811	Arzt- und Praxishilfe	95,7
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	93,5
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	92,7
812	Medizinisches Laboratorium	92,5
624	Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf	92,2
817	Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	92,0
732	Verwaltung	91,9
514	Servicekräfte im Personenverkehr	91,5
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	91,5
721	Versicherungs- und Finanzdienstleistungen	91,4
Gesamt		88,7
945	Veranstaltungs-, Kamera- und Tontechnik	75,8
944	Theater-, Film- und Fernsehproduktion	75,1
333	Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	74,8
113	Pferdewirtschaft	74,8
321	Hochbau	68,5
943	Moderation und Unterhaltung	68,2
111	Landwirtschaft	63,8
112	Tierwirtschaft	55,6
634	Veranstaltungsservice und -management	55,2
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	53,3

Arbeitsbelastung als andere Berufe mit sich bringen.

- Die höchsten Anteile Beschäftigter mit **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** sind ebenfalls bei den Berufen der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (46,6%) zu finden, gefolgt von den Angehörigen gesetzgebender Körperschaften und leitenden Bediensteten von Interessenorganisationen (45,4%), sowie den in Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs Tätigen (44,4%).
- Die Beschäftigten in Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege (58,7%) waren am häufigsten wegen **Krankheiten des Atmungssystems** in Behandlung, danach folgen in Rangreihe die Servicekräfte im Personenverkehr (57,8%) sowie Arzt- und Praxishilfen (56,9%).
- Wie schon zuvor beschrieben, sind bei einem sehr großen Teil der in den Gesundheitsberufen Tätigen auch Zusatzkodierungen für **Faktoren der Inanspruchnahme** dokumentiert. Dem dort höheren Frauenanteil entsprechend ist dies auch auf eine hohe Zahl kontrapreventiver Maßnahmen (Z30) zurückzuführen, aber auch Vorsorgemaßnahmen sind bei diesen Berufsgruppen sehr verbreitet: So waren etwa 44,7% der Arzt- und Praxishilfen bei Untersuchungen zur Krebsvorsorge (Z12), die Inanspruchnahme ist bei Beschäftigten in Medizinischen Laboratorien nur unwesentlich geringer (43,8%).

Am unteren Ende der Rangreihe sind hingegen, wie schon in den Vorjahren, die Schauspieler, Tänzer und Bewegungskünstler zu finden, von denen im aktuellen Berichtsjahr nur 53,5% in ambulanter Behandlung waren. Damit ist diese Berufsgruppe sogar noch ein deutliches Stück seltener in der ambulanten Versorgung in Erscheinung getreten als die Berufe im Veranstaltungsservice und -management (55,5%) sowie in der Tierwirtschaft (55,6%), die nachfolgend die geringsten Anteile Beschäftigter mit Diagnose aufweisen.

Auch bei einzelnen Erkrankungsarten sind meist die Schauspieler, Tänzer und Bewegungskünstler diejenigen mit der geringsten Inanspruchnahmequote, gefolgt von den Land- bzw. Tier- und Forstwirten, sowie den in Veranstaltungsservice und -management Tätigen. Auch Vorsorgemaßnahmen werden von diesen seltener in Anspruch genommen, hierbei sind es aber auch besonders Beschäftigte aus den „männerlastigen“ Berufen des Baugewerbes (z. B. niedrigster Wert für Krebsvorsorge bei Berufen in der Bodenverlegung, 5,0%), welche noch geringe Anteile aufweisen.

2.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Beschäftigte, die Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten ausführen, sind verglichen mit anderen Beschäftigten weniger häufig in ambulanter Behandlung gewesen.
- Männer mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sind häufiger wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Behandlung, was aber auch mit deren höherem Durchschnittsalter zusammenhängt. Generell sind Aufsicht-/Führungskräfte wegen Atmungssystem-Erkrankung und wegen psychischen Störungen seltener in Behandlung.
- Befristet Beschäftigte sind seltener bei Ärzten oder Therapeuten als unbefristet Tätige. Außerdem begeben sich die unbefristet in Teilzeit tätigen Männer ebenfalls nur selten in ambulante Behandlung – wobei diese gleichzeitig in der stationären Versorgung die meisten Krankenhaustage aufweisen.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

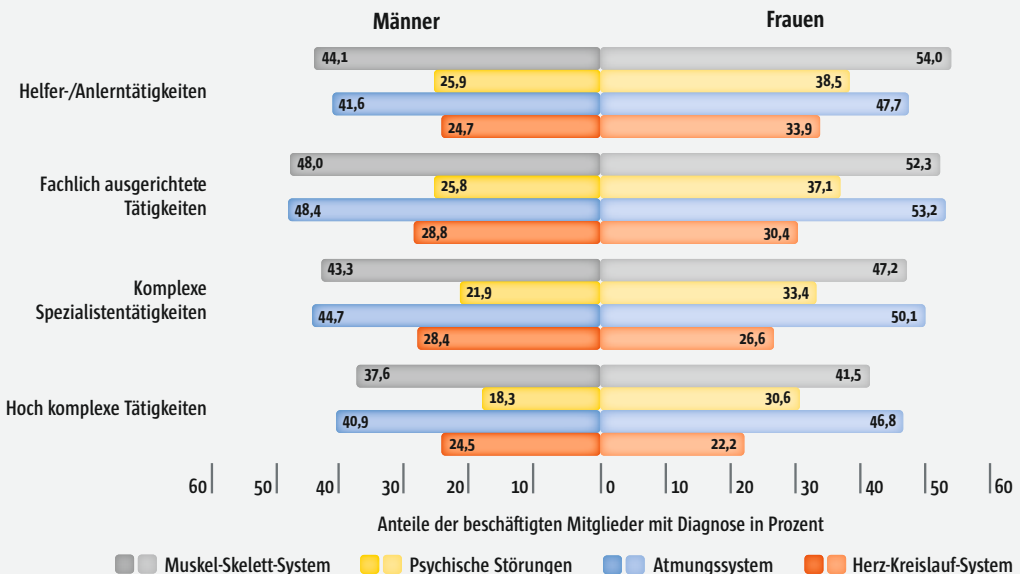
In den weiteren, im Report dargestellten Leistungsbereichen lässt sich recht klar folgender Zusammenhang mit dem Anforderungsniveau feststellen: In der Regel geht mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit, die Beschäftigte ausüben, einher, dass diese seltener (und entsprechend in der Summe weniger Tage) arbeitsunfähig (III Kapitel 1.4.3) genauso wie stationär in Behandlung sind (III Kapitel 3.4.3) und weniger Medikamente einnehmen (III Kapitel 4.4.3). Diese Zusammenhangsaussage muss aber in der Betrachtung der allgemeinen Inanspruchnahme ambulanten Versorgung in der Form eingeschränkt werden (III Tabelle 2.4.2), dass zwar von den fachlich ausgerichteten Tätigkeiten, über komplexe Spezialisten-Tätigkeiten bis zu hoch komplexen Tätigkeiten der Anteil der Beschäftigten mit einer ambulant gestellten Diagnose abnimmt. Der niedrigste Anteilswert ist hingegen bei den Helfer- bzw. Anlerntätigkeiten zu finden, von denen nur 81,1% im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung waren. Diese Reihenfolge der Anteilswerte ist so auch getrennt nach Geschlecht vorzufinden. Entsprechend ist der größte Anteilswert bei den fachlich ausgerichtet tätigen Frauen zu finden, für die bei 93,7% eine ambulante Diagnose dokumentiert ist, der geringste Anteil Beschäftigter in ambulanter Behandlung ist wiederum bei den Männern mit Helfer- und Anlerntätigkeit vorzufinden (75,5%).

Tabelle 2.4.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Anforderungsniveau	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Helfer-/Anlernertätigkeiten	Männer	75,5
	Frauen	86,8
	Gesamt	81,1
Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Männer	85,2
	Frauen	93,7
	Gesamt	89,2
Komplexe Spezialistentätigkeiten	Männer	83,4
	Frauen	92,4
	Gesamt	86,8
Hoch komplexe Tätigkeiten	Männer	80,7
	Frauen	90,3
	Gesamt	84,3

Differenziert nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (»» Diagramm 2.4.6) zeigt sich dieses Muster wesentlich bei den Männern, bei den Frauen sind die Anteilswerte hingegen anders verteilt: So sind die höchsten Anteile weiblicher Beschäftigter mit Diagnosen für Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Störungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei denjenigen in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten zu finden. Für diese drei Erkrankungsarten nehmen die Anteile der weiblichen Beschäftigten mit einer solchen Diagnose jeweils weiter ab, je höher das Tätigkeitsniveau ist. Dass die Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten, wie zuvor festgestellt, insgesamt eine geringe Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung aufweisen, ist zum Teil auf eine geringere Inanspruchnahme von allgemeinen Untersuchungen, Vorsorgemaßnahmen sowie bei den Frauen weniger Kontrazeptiva-Verschreibungen zurückzuführen. Außerdem sind diese seltener wegen Atmungssystem-Erkrankungen beim Arzt gewesen. Bei letztgenannter Erkrankungsart sind es sowohl jeweils die Frauen als auch die Männer in fachlich ausgerichteten Tätigkeiten, bei denen die größten Anteile in ambulanter Behandlung waren (53,2% bzw. 48,4%). Bei den Männern ist der größte Anteil der wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen ambulant Behandelten mit 48,0% bei den fachlich ausgerichteten Tätigkeiten zu finden. Auch bei den

Diagramm 2.4.6 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



psychischen Störungen weisen die männlichen Beschäftigten in fachlich ausgerichteten Tätigkeiten den höchsten Anteilswert auf (25,9%) – hier allerdings nur knapp vor denjenigen in Helfer- bzw. Anlern-tätigkeiten. Um mehr als ein Viertel geringer (18,3%) ist hierbei der Anteil bei Männern, die hoch komplexe Tätigkeiten verrichten.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

Wie **»** Tabelle 2.4.3 erkennen lässt, besteht zwischen Beschäftigten mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung nur ein relativ geringer Unterschied hinsichtlich der allgemeinen Inanspruchnahme. Dabei ist die Differenz bei den Gesamtwerten mit fast 3 Prozentpunkten noch am größten, was allerdings von dem großen Männeranteil in der Gruppe derjenigen mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung herrührt. Bei den Männern an sich unterscheiden sich hingegen die beiden tätigkeitsbezogenen Gruppen weniger als bei den Frauen. Wie zu erwarten haben auch hier die Frauen in größeren Anteilen ambulante Versorgung in Anspruch genommen, diejenigen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen mit 93,3% den insgesamt höchsten Anteilswert auf.

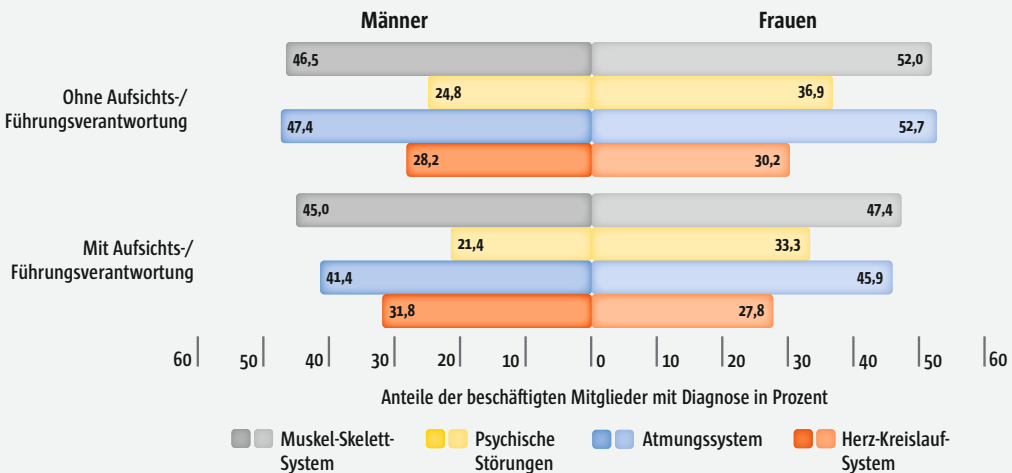
Betrachtet man auch hier wieder einzelne Erkrankungsarten (**»** Diagramm 2.4.7), ergeben sich jedoch deutlichere Unterschiede, hierbei sind aber als mögliche Ursache auch Altersunterschiede zwi-

Tabelle 2.4.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Aufsichts-/Führungsverantwortung	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	84,6
	Frauen	93,3
	Gesamt	88,6
Mit Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	83,8
	Frauen	91,2
	Gesamt	85,7

schen den Gruppen zu berücksichtigen: So ist insbesondere der Anteil der Versicherten, die wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung in Behandlung waren, bei der durchschnittlich ältesten Gruppe im Vergleich – den männlichen Aufsichts- bzw. Führungspersonen – am höchsten. Dies entspricht auch den größeren Verordnungsmengen von Medikamenten mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System für männliche Aufsichts- bzw. Führungspersonen (**»** Kapitel 4.4.3), diese sind gegenüber denjenigen

Diagramm 2.4.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



ohne eine solche Funktion allerdings nicht häufiger oder mehr Tage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen stationär in Behandlung (III Kapitel 3.4.3). Hinsichtlich der drei weiteren hier dargestellten Krankheitsarten sind bei beiden Geschlechtern die Anteile Versicherter mit einer solchen Diagnose bei den Aufsichts- bzw. Führungsverantwortlichen niedriger als bei denen ohne eine solche Funktion. Der größte Unterschied besteht dabei bei den Atemwegserkrankungen. Außerdem zeigt sich ein bemerkenswerter Unterschied zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei den Muskel-Skelett-Krankheiten: Männliche Beschäftigte ohne eine Aufsichts- bzw. Führungsfunktion fallen im Durchschnitt deutlich mehr Tage aufgrund solcher Erkrankungen arbeitsunfähig aus (in 2018 über 70% mehr AU-Tage), als diejenigen mit einer solchen Funktion.

Vertragsform

Im Vergleich verschiedener Vertragsformen (III Tabelle 2.4.4) sind insbesondere die Unterschiede der Inanspruchnahmekquoten zwischen Beschäftigten mit befristeten und unbefristeten Teilzeitverträgen sehr groß: Von denjenigen, die unbefristet in Teilzeit arbeiten, waren 90,1% in ambulanter Behandlung,

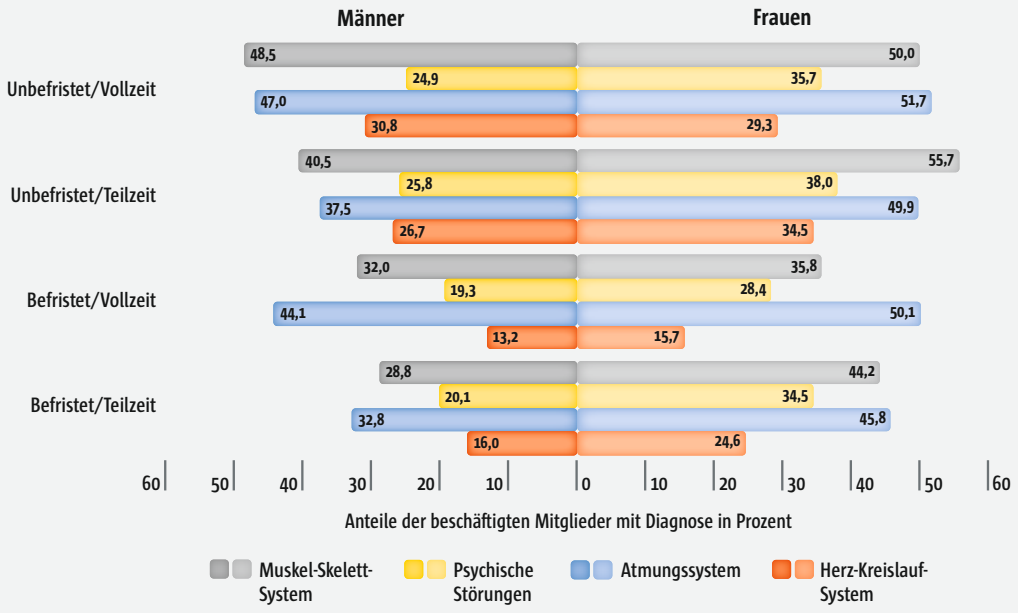
während nur 79,7% der befristet in Teilzeit Beschäftigten im aktuellen Berichtsjahr ambulant eine Diagnose erhalten haben. Hierbei ist aber auch zu bedenken, dass die unbefristet in Teilzeit Tätigen die älteste hier abgebildete Gruppe ist (Durchschnittsalter 46,2 Jahre), während das Durchschnittsalter der befristet in Teilzeit Beschäftigten demgegenüber etwa 6 Jahre niedriger ist (Durchschnittsalter 40,3 Jahre). Die jüngste Subgruppe in diesem Vergleich sind allerdings die befristet in Vollzeit Beschäftigten (darunter fallen auch viele Auszubildende und Berufsanfänger: Durchschnittsalter 30,7 Jahre): Bei diesen ist der Unterschied der Anteile mit Diagnose zwischen den Geschlechtern wiederum mit fast 20 Prozentpunkten Differenz am größten. Gegenüber der stationären Versorgung (III Kapitel 3.4.3) zeigt sich insbesondere bei den Männern, die unbefristet in Teilzeit arbeiten, ein Kontrast: Von denen ist nur ein unterdurchschnittlicher Anteil (74,9%) in ambulanter Behandlung gewesen, hingegen weisen eben diese die höchste Anzahl an stationären Behandlungstagen auf.

In der Differenzierung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (III Diagramm 2.4.8) sind es, wie aufgrund des erwähnten geringeren Altersdurchschnitts zu erwarten ist, die Vollzeitbeschäftigten mit befristetem Vertrag, von denen der geringste

Tabelle 2.4.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Vertragsformen	Geschlecht	Frauenanteil in Prozent	Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Unbefristet/Vollzeit	Männer		44,2	85,7
	Frauen		41,4	93,3
	Gesamt	30,7	43,4	88,0
Unbefristet/Teilzeit	Männer		44,7	75,6
	Frauen		46,5	93,0
	Gesamt	83,2	46,2	90,1
Befristet/Vollzeit	Männer		31,1	74,9
	Frauen		30,2	86,7
	Gesamt	41,8	30,7	79,9
Befristet/Teilzeit	Männer		37,7	65,2
	Frauen		41,1	84,7
	Gesamt	74,7	40,3	79,7

Diagramm 2.4.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Anteil die Diagnose einer Herz-Kreislauf-Erkrankung bekommen hat (Männer: 13,2%; Frauen: 15,7%). Auch sind die Anteile mit einer ambulanzdiagnostizierten psychischen Störung in dieser Subgruppe im Vergleich zu den anderen sowohl bei den Männern (19,3%) als auch den Frauen (28,4%) am geringsten. Die höchsten Anteile mit diagnostizierten psychischen Störungen sind wiederum bei den unbefristet in Teilzeit Tätigen vorzufinden (Männer: 25,8%; Frauen: 38,0%). In dieser Subgruppe sind es auch die Frauen, die mit 55,7% den größten Anteil Beschäftigter aufweisen, die aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in Behandlung waren. Hinsichtlich Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen Störungen ist außerdem auffällig, dass ein großer Geschlechtsunterschied bei den befristet in Teilzeit Tätigen besteht: Hier sind 34,5% der Frauen, aber nur 20,1% der Männer aufgrund einer solchen Diagnose in ambulanter Behandlung gewesen. Dies überrascht auf den ersten Blick insofern, da die befristet in Teilzeit tätigen Männer in der stationären Versorgung überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen aufweisen (» Diagramm 3.4.10).

Arbeitnehmerüberlassung

Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Durchschnitt etwas mehr als 3 Jahre jünger als jene, die in einem regulären Beschäftigungsverhältnis angestellt sind. Außerdem ist bei der Interpretation der in » Tabelle 2.4.5 dargestellten Anteilswerte zu berücksichtigen, dass der Männeranteil bei den Leih- und Zeitarbeitern gegenüber den regulär Beschäftigten insgesamt höher ist. Tatsächlich ist der Unterschied hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung zwischen den beiden Beschäftigtengruppen deutlich, so sind nur 69,7% der Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung aber 88,7% der Beschäftigten in anderen Vertragsverhältnissen in 2018 in ambulanter Behandlung gewesen. Diese Relationen bestehen in ähnlicher Form auch jeweils bei den Geschlechtern.

Auch in der Betrachtung nach einzelnen Diagnosehauptgruppen sind von den Beschäftigten in Leih- bzw. Zeitarbeit durchweg geringere Anteile in ambulanter Behandlung gewesen im Vergleich zu denen, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung arbeiten. Bei den vier in » Diagramm 2.4.9 dargestellten Diagnosehauptgruppen ist die Differenz zwischen diesen beiden Gruppen relativ am größten bei den

Tabelle 2.4.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Arbeitnehmerüberlassung	Geschlecht	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Mit Arbeitnehmerüberlassung	Männer	66,4
	Frauen	77,0
	Gesamt	69,7
Ohne Arbeitnehmerüberlassung	Männer	84,9
	Frauen	93,4
	Gesamt	88,7

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sowohl bei den Frauen (21,2% vs. 30,3%) also auch bei den Männern (17,0% vs. 28,6%). Da die Anteile der Versicherten mit einer solchen Diagnose mit zunehmendem Alter steigen (III Kapitel 2.2.1), ist zumindest die Richtung dieses Unterschieds auch entsprechend aufgrund der erwähnten Altersdifferenz zu erwarten. Entgegenge-

setzt wäre hingegen die Erwartung bei den Atemwegserkrankungen – Versicherte sind mit steigendem Alter seltener aufgrund dessen in ambulanter Behandlung: Trotzdem sind bei beiden Geschlechtern diejenigen Beschäftigten, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung tätig sind, in höheren Anteilen aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems in ambulanter Behandlung gewesen.

Entsprechend der bisherigen Erkenntnisse zeigt sich auch für alle Berufssegmente eine geringere Inanspruchnahmequote bei den Leih- bzw. Zeitarbeitern im Vergleich zu denen, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung arbeiten (III Diagramm 2.4.10). Wie schon im letzten Jahr ist der Anteil derer, die in ambulanter Behandlung waren bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen in Arbeitnehmerüberlassung besonders niedrig: Nur 33,1% waren im Jahr 2018 bei einem niedergelassenen Arzt oder Therapeuten. Wie zu erwarten finden sich hingegen die höchsten Anteile Beschäftigter, die in 2018 in ambulanter Behandlung waren, für beide Gruppen bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen. Dabei beträgt die Differenz etwa 10 Prozentpunkte. Weiterhin lässt sich aber mit Blick auf das Fehlzeitengeschehen konstatieren, dass die Leih- bzw. Zeitarbeiter in den Gesundheitsberufen gegenüber den festangestellten Berufskollegen über 3 Tage mehr arbeitsunfähig gewesen sind (III Diagramm 1.4.19).

Diagramm 2.4.9 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

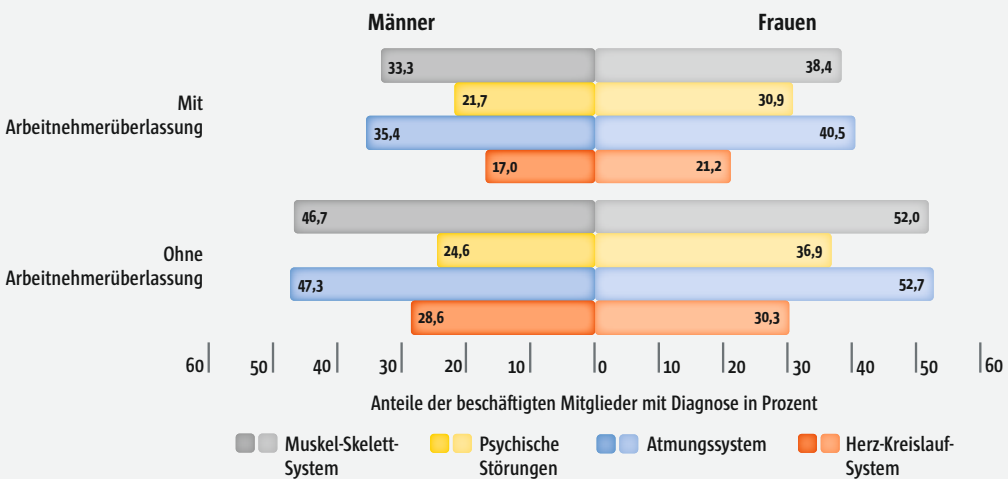
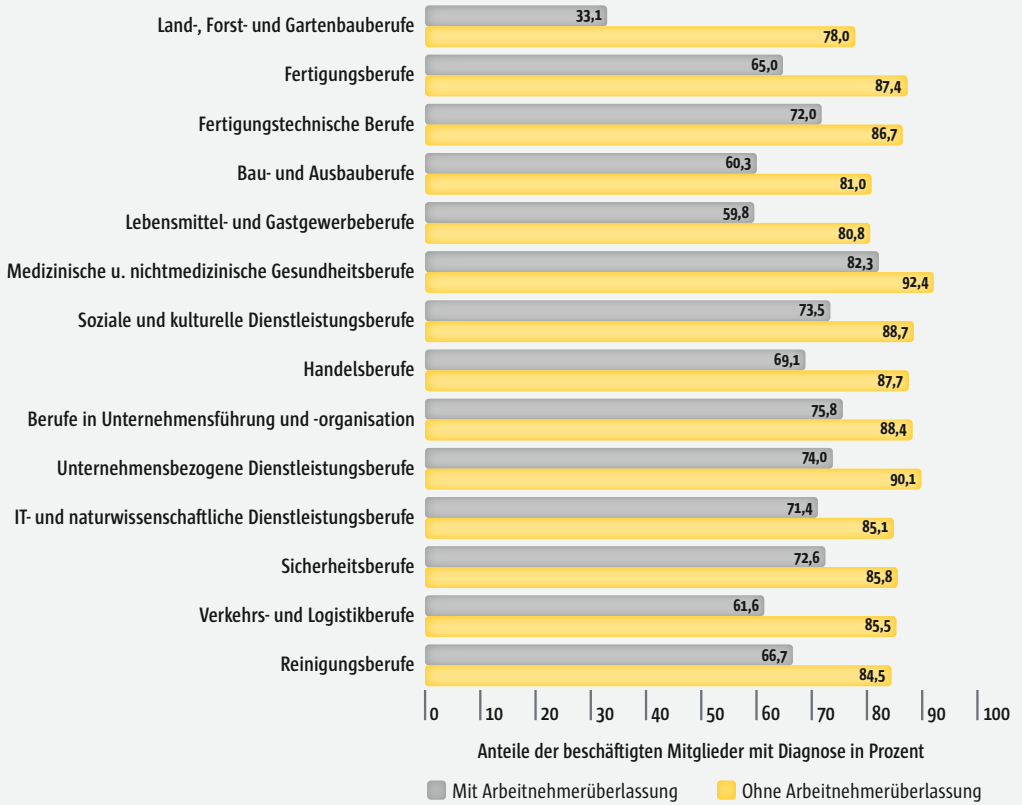
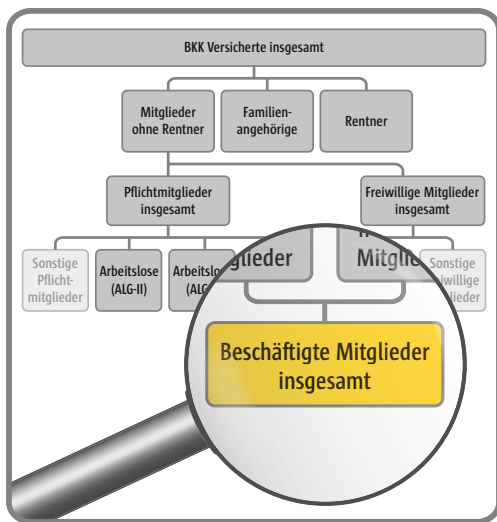


Diagramm 2.4.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)



2.5 Schwerpunktthema psychische Gesundheit und Arbeit



2.5.1 Einleitung

- 30,1% der Beschäftigten sind wegen einer psychischen Erkrankung ambulant in Behandlung gewesen. Dabei zeigt sich für die Beschäftigten ebenfalls ein *healthy worker effect*: Die Anteile mit einer psychischen Erkrankung sind bei über 64-jährigen gegenüber jüngeren Altersgruppen geringer.
- Häufigste Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der psychischen Störungen sind die depressive Episode (F32), die somatoformen Störungen (F45) sowie die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43).
- Alkoholbedingte Störungen (F10), die in der stationären Versorgung immerhin etwa jeden fünften Behandlungsfall ausmachen, sind hingegen nur bei rund 1% der ambulant behandelten Beschäftigten diagnostiziert worden.

Für die Erörterung des diesjährigen Schwerpunktthemas sei zuerst ein näherer allgemeiner Blick auf die Gruppe der Beschäftigten geworfen. In den bisherigen Analysen dieses Kapitels wurde mehrfach der Zusammenhang zwischen dem Alter und der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen dargelegt. Wie das **»»** Diagramm 2.5.1 verdeutlicht, sind bei den Beschäftigten ebenfalls die Männer teils in deutlich geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen. Zwei Aspekte fallen dabei im Vergleich zu allen Versicherten (**»»** Diagramm 2.2.2) zudem auf:

- Unterscheiden sich die Anteilswerte zwischen allen Versicherten und den Beschäftigten bei den Altersgruppen zwischen 30 und 64 Jahren nur um weniger als 1 Prozentpunkt, so weisen insbesondere die Beschäftigten jünger als 20 Jahre eine deutlich niedrigere Inanspruchnahme auf: So ist bei dem männlichen Teil dieser Altersgruppe für weniger als drei Viertel überhaupt irgendeine ambulant vergebene Diagnose dokumentiert.
- Zum anderen zeigt sich für die älteste Gruppe ein deutlicher „Knick“ in der Inanspruchnahme gegenüber den vorhergehenden Altersgruppen. Wie in den Kapiteln zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sowie der stationären Versorgung ist auch hier ein *healthy worker effect* als Ursache zu vermuten, d.h. dass Beschäftigte in dieser Altersgruppe gesünder erscheinen, weil diejenigen mit schlechterer gesundheitlicher Verfassung schon vorzeitig aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind: So sind die Beschäftigten im Alter ab 65 Jahren nicht nur in geringeren Anteilen in ambulanter Behandlung gewesen, sondern diese Gruppe weist auch durchschnittlich weniger Fehltag und weniger stationäre Behandlungstage auf.

Im Verlauf ähnlich, aber mit deutlich größeren Zuwachsraten mit steigendem Alter, sind die Anteilswerte bei den Beschäftigten mit einer ambulant diagnostizierten psychischen Störung (**»»** Diagramm 2.5.2).

Diagramm 2.5.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

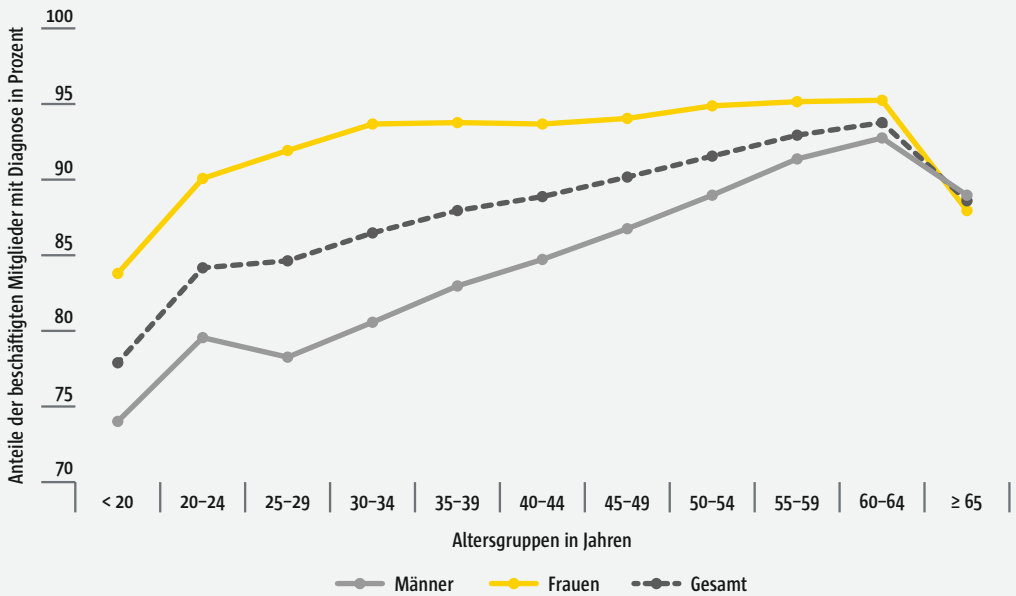


Diagramm 2.5.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

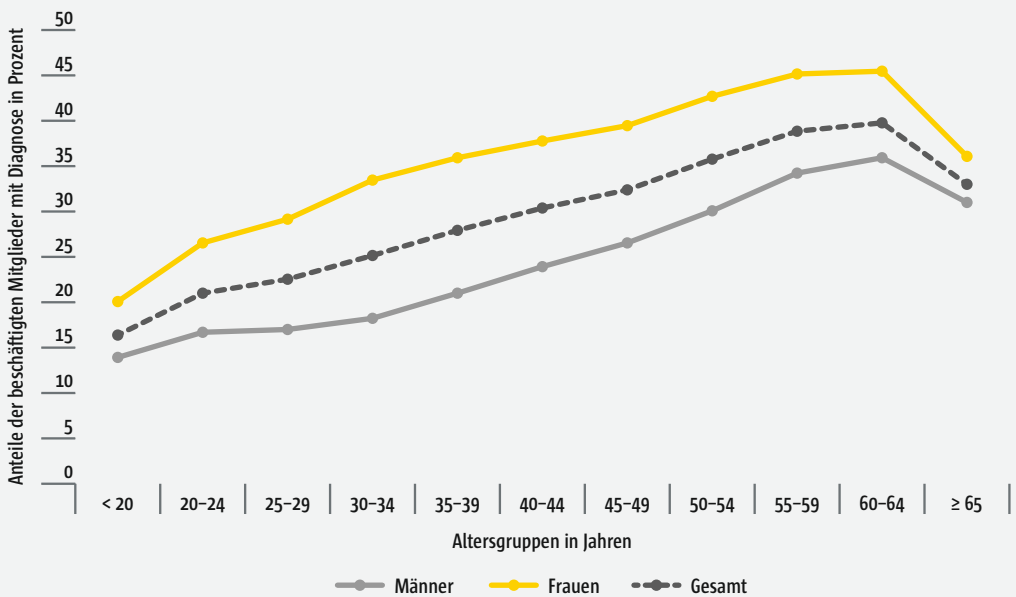
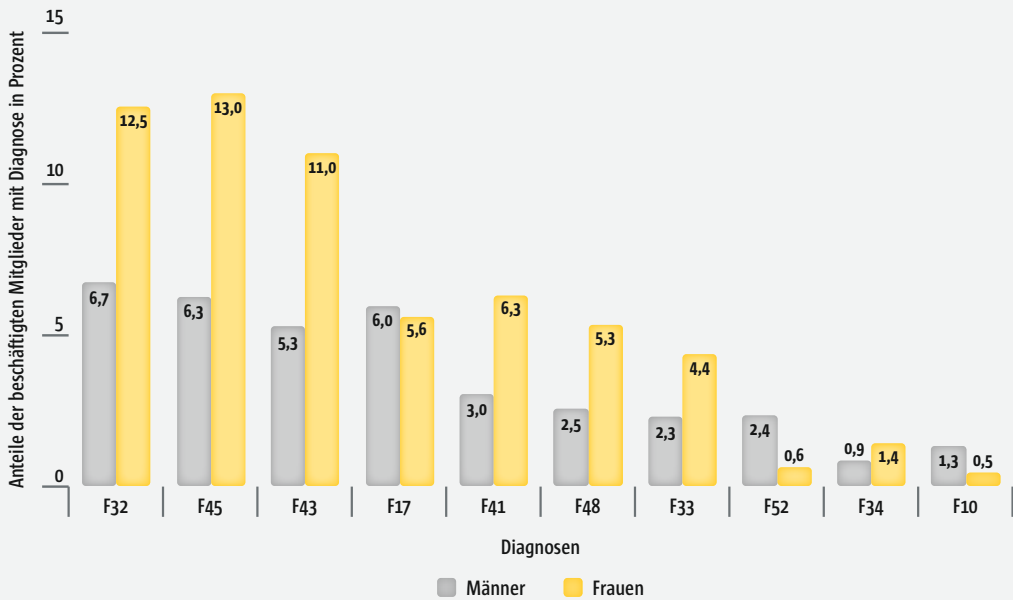


Diagramm 2.5.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen für Psychische Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Auch hier sind die niedrigsten Werte bei den unter 20-Jährigen zu finden, von denen jede fünfte Frau (20,1%) und weniger als jeder siebte Mann (13,9%) mindestens eine solche Diagnose gestellt bekommen hat. Pro Altersgruppe kommen aber stetig etwa 2 bis 3 Prozentpunkte hinzu, sodass in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen die Anteilswerte im Vergleich zu den unter 20-Jährigen mehr als doppelt so groß sind: Im Jahr 2018 sind von diesen 36,0% der Männer und sogar 45,4% der Frauen wegen psychischer Erkrankungen ambulant in Behandlung gewesen. Auch bei den psychischen Störungen ist der sogenannte *healthy worker effect* zu beobachten, insbesondere bei den Frauen ist dieser mit einem um rund 10 Prozentpunkte geringeren Anteilswert bei den Beschäftigten ab 65 Jahren im Vergleich zur vorhergehenden Altersgruppe stark ausgeprägt.

Die Betrachtung der Einzeldiagnosen, welche für Beschäftigte in der ambulanten Versorgung dokumentiert werden, verdeutlicht (»» Diagramm 2.5.3), dass es hier zumindest relativ große Überschneidungsbereiche zum AU-Geschehen (»» Tabelle 1.2.3) gibt: So sind in der ambulanten Versorgung die de-

pressive Episode (F32) sowie die somatoformen Störungen (F45) diejenigen Diagnosen, für welche die größten Anteile von betroffenen Beschäftigten (jeweils 9,3%) zu verzeichnen sind. Danach folgen mit dem drittgrößten Anteil die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Insgesamt sind 8 der 10 Diagnosen mit den höchsten Inanspruchnahmequoten im ambulanten Bereich auch unter den 10 wichtigsten AU-Diagnosen zu finden. Diagnosen, die hingegen im AU-Geschehen – genauso wie in der stationären Versorgung – keinen oder nur eine geringe Rolle spielen, sind die psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17), die für 5,8% dokumentiert wurden, sowie sexuelle Funktionsstörungen (F52; 1,6%). Auch die alkoholinduzierten Störungen (F10), die besonders häufig Grund für eine stationäre Behandlung sind (»» Diagramm 3.5.3), sind nur bei knapp 1% der Beschäftigten Grund für die ambulante Konsultation eines Arztes oder Therapeuten. Gerade für diese drei Diagnosen ist zudem zu konstatieren, dass hier die Männer in größeren Anteilen ambulant in Behandlung sind als Frauen.

2.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Zu den Wirtschaftsgruppen mit den höchsten Anteilen Beschäftigter mit einer diagnostizierten psychischen Störung gehören das Gesundheits- und Sozialwesen, die öffentliche Verwaltung sowie der Bereich Verkehr und Lagerei.
- Ähnlich wie im AU-Geschehen finden sich dagegen geringere Anteilswerte bei den Beschäftigten im produzierenden bzw. verarbeitenden Gewerbe (z.B. Baugewerbe oder Land- und Forstwirtschaft).
- Ost-West-Gefälle bei Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung – bei diesen sind die höchsten Anteile mit psychischen Störungen in den Ostbundesländern zu finden. Gegenteilig andererseits beim verarbeitenden Gewerbe, bei dem in den Ostbundesländern noch die geringsten Beschäftigtenanteile eine solche Diagnose gestellt bekommen haben.

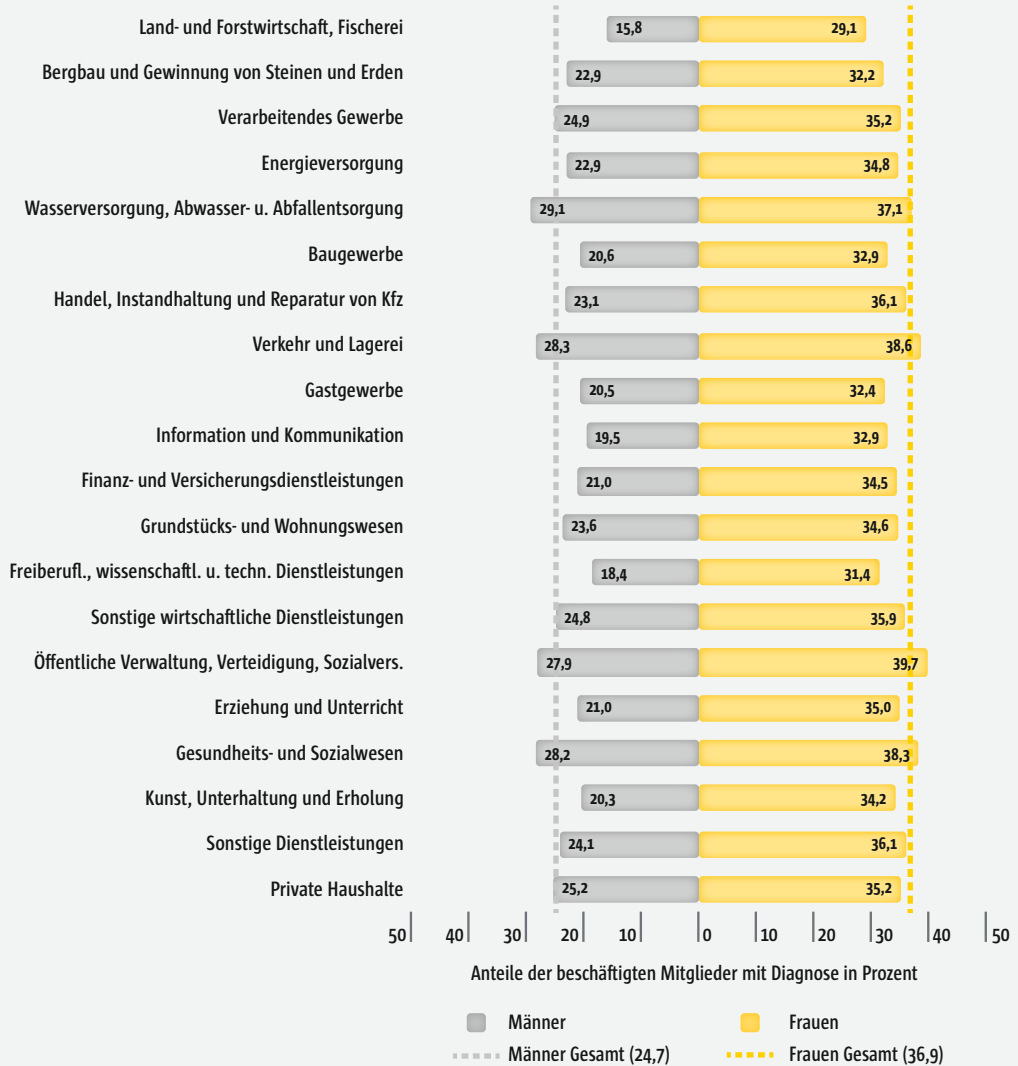
Nachdem in **III** Kapitel 2.4.1 schon Branchenunterschiede bezüglich der Inanspruchnahme ambulanten Versorgung allgemein dargelegt wurden, werden nun im Folgenden weitere Detailergebnisse für die psychischen Störungen dargestellt (**III** Diagramm 2.5.4). Dabei ist bei den Männern die Spanne zwischen den Anteilen Beschäftigter mit einer diagnostizierten psychischen Störung am größten, diese schwanken zwischen 15,8% (Land- und Forstwirtschaft, Fischerei) und 29,1% (Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung). Bei den Frauen ist die Differenz nicht ganz so groß, die Anteile Beschäftigter mit Diagnose liegen dabei zwischen 29,1% (Land- und Forstwirtschaft, Fischerei) und 39,7% (öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung). Frauen weisen auch bei diesem Branchenvergleich durchweg höhere Anteile mit einer diagnostizierten psychischen Störung auf als Männer. Im Vergleich der Leistungsbereiche zeigt sich außerdem, dass im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (**III** Diagramm 1.5.3) genauso wie im stationären Bereich (**III** Diagramm 3.5.6) besonders die männlichen Beschäftigten in privaten Haushalten mit deutlich überdurchschnittlichen Kennwerten herausstechen, diese aber keine auffälligen ambulanten Kennwerte aufweisen. Außerdem fällt auf, dass die männlichen Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung nur unterdurchschnittlich viele stationäre Behandlungstage, aber bei AU-Tagen und ambulanten Diagnosen hingegen hohe Kennwerte aufweisen. Bei der Mehrheit der Wirtschaftsabschnitte spiegeln sich aber deren über-

durchschnittliche Werte in den anderen Leistungsbereichen auch in den ambulanten Diagnoseanteilen wider, wobei es sich oftmals um diejenigen Branchen handelt (z.B. Gesundheits- und Sozialwesen, öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung), in denen soziale Interaktionen ein besonders großer Bestandteil der dort typischen Tätigkeiten sind. Ebenso sind unterdurchschnittliche Kennwerte bei ähnlichen Branchen vorzufinden, wie in den anderen Leistungsbereichen (z.B. bei Land- und Forstwirtschaft, Fischerei, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, Baugewerbe).

Wie schon in den Beschreibungen der regionalen Kennzahlen (**III** Kapitel 2.3) ergeben sich zudem teils deutliche Unterschiede je nach Wohnort der Versicherten. Daher sind im **III** Diagramm 2.5.5 für ausgewählte Wirtschaftsabschnitte die Anteile der Beschäftigten mit einer ambulant diagnostizierten psychischen Störung differenziert nach Bundesland, dargestellt. Dabei zeigt sich die größte Spanne zwischen höchstem und niedrigstem Anteilswert bei den in der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung Tätigen: Sind im Saarland nur 31,4% betroffen, so sind in Berlin bei 42,6% psychische Störungen durch Ärzte oder Therapeuten dokumentiert. In dieser Branche fällt zudem eine Häufung überdurchschnittlicher Anteilswerte in den Ostbundesländern auf, so sind die nachfolgend zweit- (Brandenburg: 39,7%) bis fünftöchsten Werte (Sachsen-Anhalt: 37,9%) dort zu finden. Der Stadtstaat Berlin fällt außerdem auch bei den weiteren, hier dargestellten Wirtschaftsabschnitten mit überdurchschnittlichen Anteilswerten auf: So sind bei 41,2% der dort wohnhaften Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen psychische Störungen diagnostiziert worden – nur in Bremen lag der Anteilswert ebenfalls bei 41,2%. Ebenso haben die in Berlin lebenden Beschäftigten im verarbeitenden Gewerbe den zweithöchsten Anteilswert (28,9%) nach den niedersächsischen Kolleginnen und Kollegen (29,3%) vorzuweisen. In diesem Wirtschaftsabschnitt sind es hingegen auch die Ostbundesländer, in denen für geringere Anteile der Beschäftigten psychische Störungen dokumentiert sind – am geringsten in Sachsen, wo nur 24,7% aufgrund einer solchen Erkrankung ambulant in Behandlung waren.

Nachfolgend wird für die Wirtschaftsabschnitte noch ein genauere Blick in das zugrundeliegende Krankheitsgeschehen geworfen. Hierzu werden exemplarisch Einzeldiagnosen ausgewertet, das **III** Diagramm 2.5.6 stellt dafür die Anteile der Beschäftigten mit einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode (F32) dar. Wie schon bei den zuvor

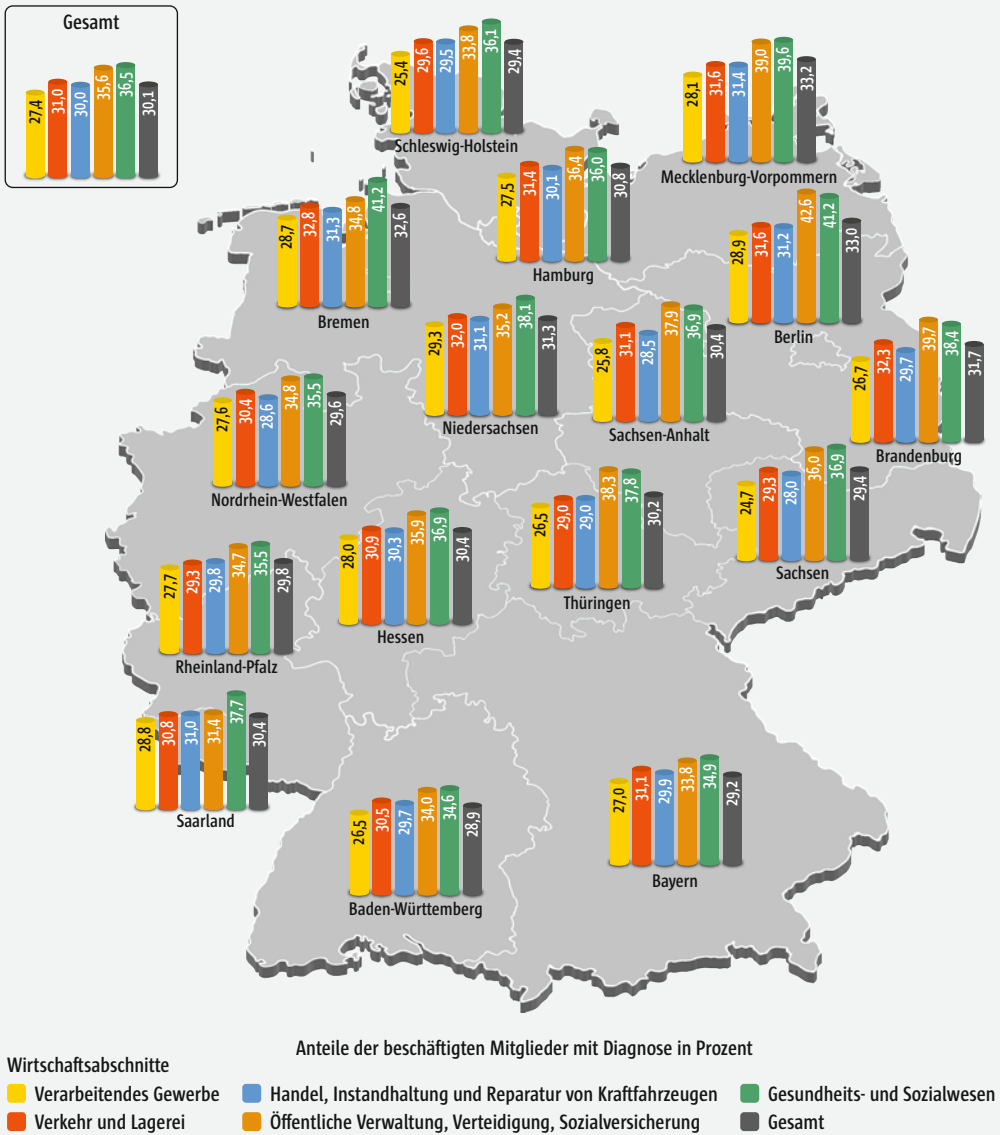
Diagramm 2.5.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



dargestellten psychischen Störungen insgesamt, sind es die Beschäftigten in Land-/Forstwirtschaft und Fischerei, die mit Abstand die geringsten Anteile mit einer solchen Diagnose aufweisen (Männer 3,0%; Frauen 9,6%). Ebenso sind auch im Baugewerbe sowie bei den freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen für beide Geschlechter deutlich unterdurchschnittliche Anteilswerte zu verzeichnen. Bei den Männern sind hingegen die höchsten Anteile Beschäftigter mit

einer depressiven Episode im Gesundheits- und Sozialwesen (9,2%) zu finden, gefolgt von den Wirtschaftsabschnitten öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung sowie den privaten Haushalten. Auch bei den Frauen weisen diese drei Wirtschaftsabschnitte die höchsten Anteilswerte auf, hier hat allerdings die öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung den Spitzenplatz inne (14,6%). Verglichen mit den Fehlzeiten aufgrund dieser Einzeldiagnose in den einzelnen

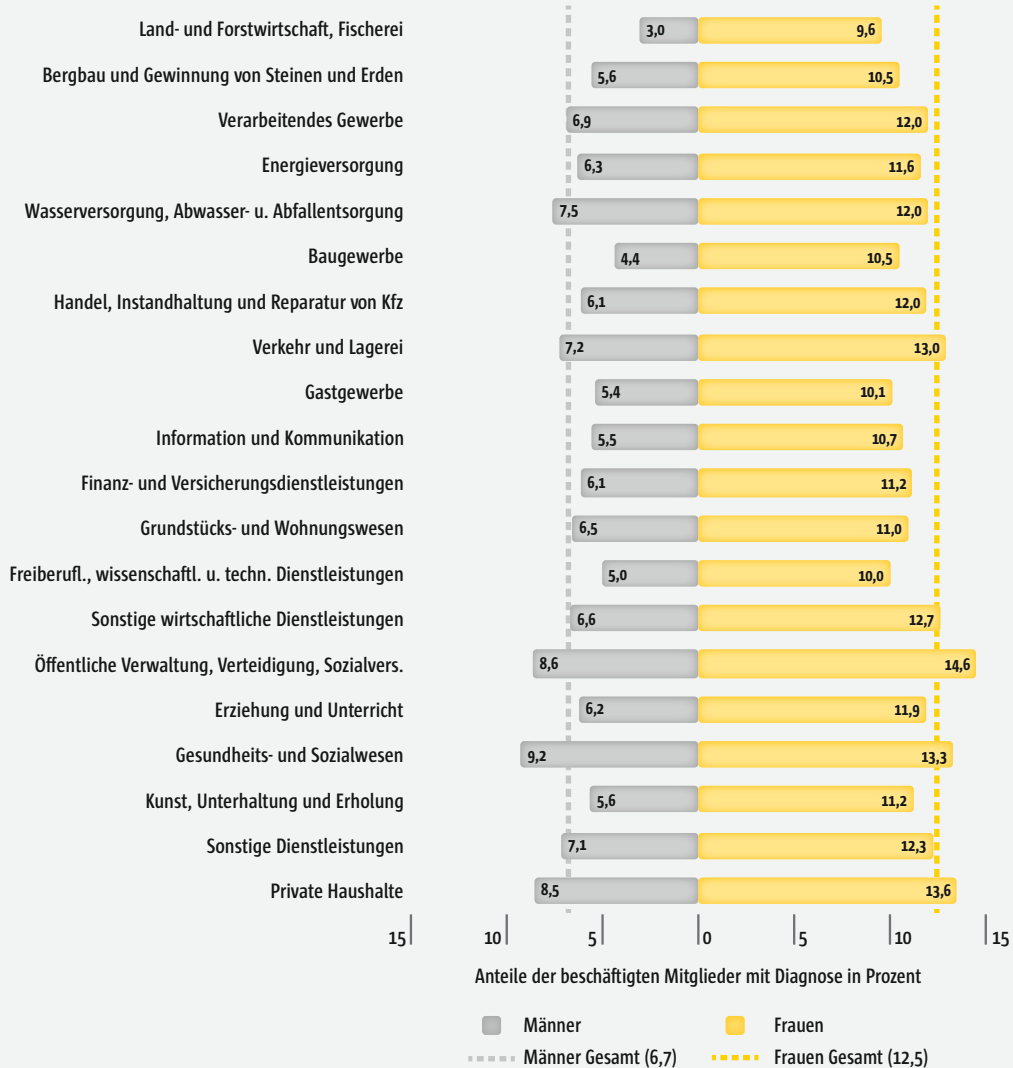
Diagramm 2.5.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)



Wirtschaftsabschnitten (III Diagramm 1.5.8) fällt auf, dass hier ein recht enger Zusammenhang besteht in der Form, dass in Wirtschaftsabschnitten mit hohen Anteilen der Beschäftigten in ambulanter Behandlung auch in der Regel ein hohes Maß an Fehlzeiten aufgrund dieser Diagnose zu verzeichnen ist. Gleiches gilt in Umkehrung auch für geringe

Diagnoseanteile und entsprechend damit einhergehenden niedrigen Fehlzeiten. Einige Abweichungen sind allerdings in der Form zu verzeichnen, dass Fehlzeiten erhöht sind, obwohl nur ein unterdurchschnittlicher Anteil an Beschäftigten deshalb in ambulanter Behandlung war. Dies gilt für Frauen in Land-/Forstwirtschaft und Fischerei sowie im Kfz-

Diagramm 2.5.6 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die Depressive Episode (F32) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

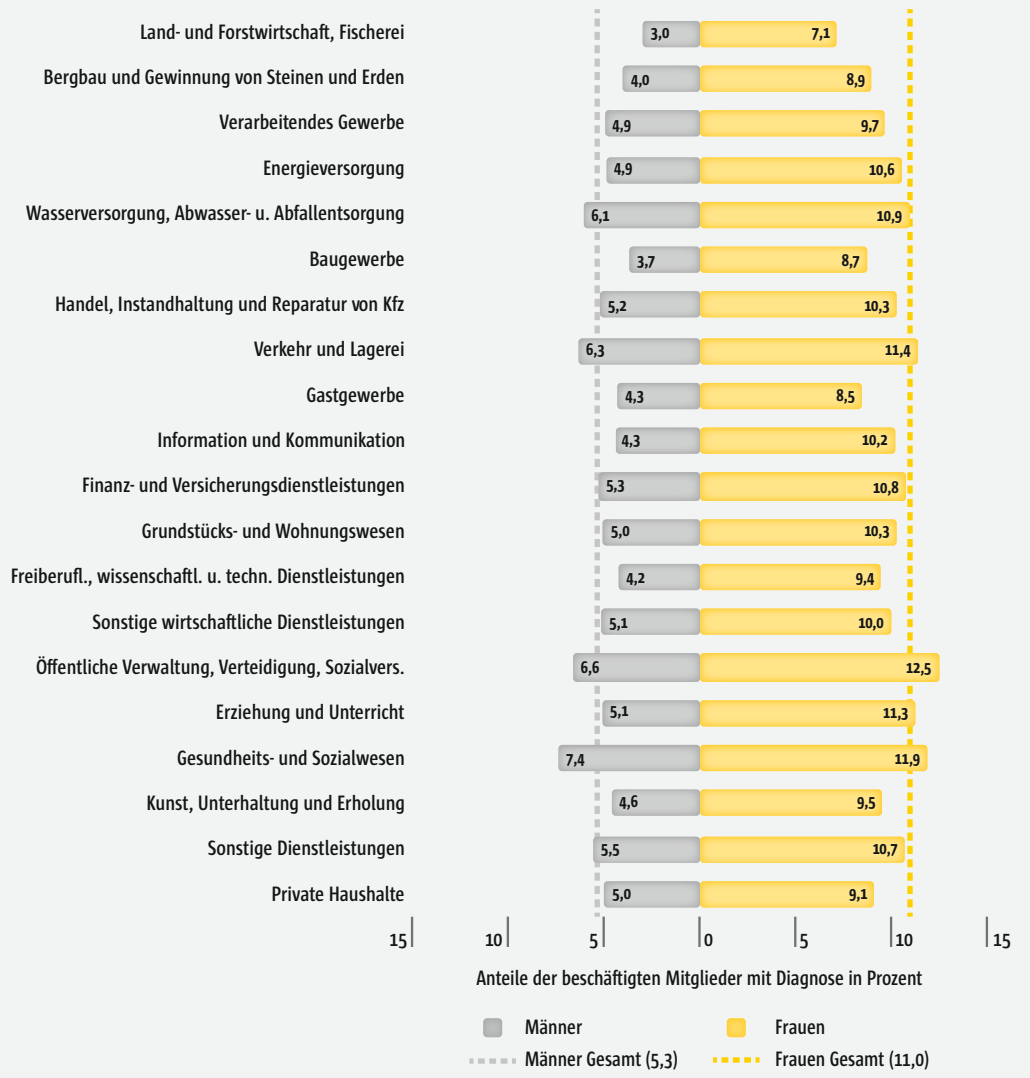


Handel, genauso wie für die Männer in den Branchen Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie bei den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen.

Als zweite Einzeldiagnose werden die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) nachfolgend differenziert nach Wirtschaftsabschnitten dargestellt (»»» Diagramm 2.5.7). Auch hier sind es die Beschäftigten in Land-/Forstwirtschaft und Fischerei, die mit Abstand die geringsten Anteil

le mit einer solchen im ambulanten Sektor dokumentierten Diagnose aufweisen (Männer 3,0%; Frauen 7,1%). Und auch die Spitzenplätze nach Anteilswerten sind identisch zur zuvor dargestellten depressiven Episode: Die höchsten Anteile Beschäftigter mit einer F43-Diagnose sind bei den Männern im Gesundheits- und Sozialwesen (7,4%) zu finden, bei den Frauen weist die öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung den höchsten Anteilswert auf (12,5%). Unterschiede sind hingegen besonders

Diagramm 2.5.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



augenfällig bei den privaten Haushalten, für die Belastungs- und Anpassungsreaktionen nur unterdurchschnittlich hohe Anteile mit einer solchen Diagnose bei beiden Geschlechtern aufweisen. Im Vergleich zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Diagramm 1.5.6) fällt zudem vor allem der Wirtschaftsabschnitt Kunst, Unterhaltung und Erholung auf: Die dort tätigen Beschäftigten sind in geringeren Anteilen als der Durchschnitt in ambulanter Behand-

lung wegen Belastungs-/Anpassungsstörungen (F43) gewesen, sie weisen allerdings überdurchschnittlich viele Fehltag auf. Ähnlich ist das Bild bei den weiblichen Beschäftigten in den Wirtschaftsgruppen Kfz-Handel, sonstige Dienstleistungen sowie Erziehung und Unterricht: Auch hier sind die Anteile mit einer solchen Diagnose in ambulanter Behandlung unterdurchschnittlich, diese weisen aber überdurchschnittlich viele Fehlzeiten auf.

2.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen

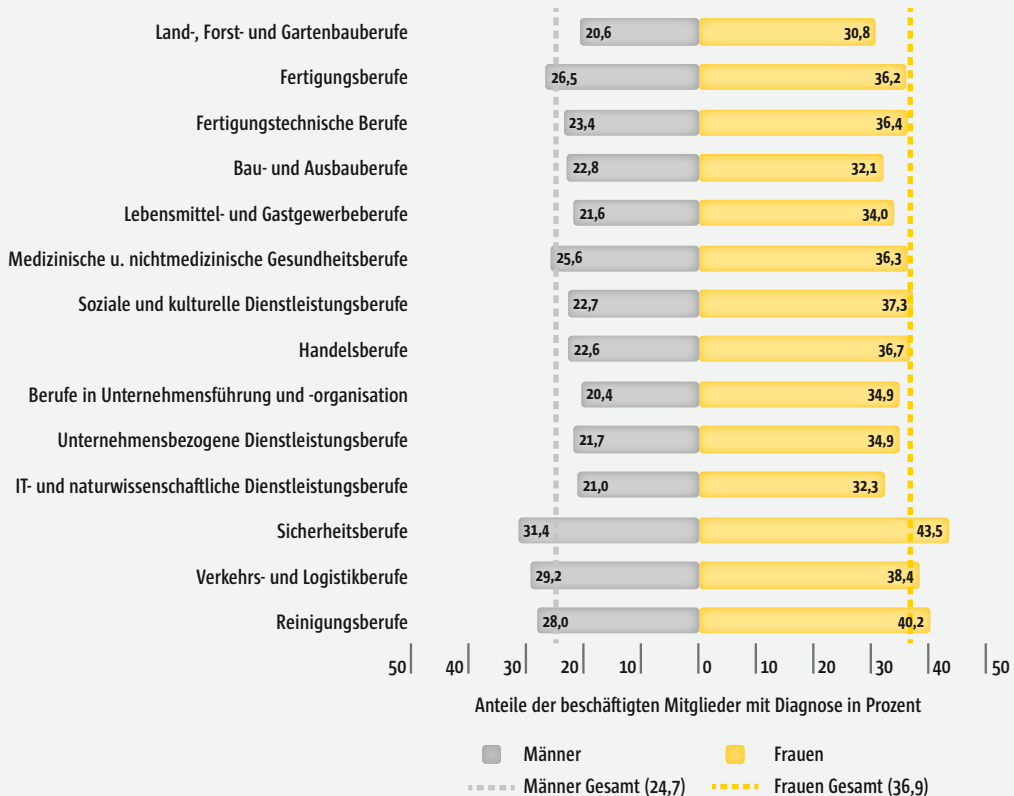
- Auch bei den Berufsgruppen zeichnet sich das Bild ab, dass vor allem bei solchen Berufen, deren Haupttätigkeit in der Interaktion mit Menschen liegt, besonders hohe Anteile eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben.
- Hierzu zählen insbesondere die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe, Sozial- und Erziehungsberufe, die Sicherheitsberufe sowie die Verkehrs- und Logistikberufe. Von den Beschäftigten mit produzierenden bzw. verarbeitenden Berufen weisen hingegen nur geringere Anteile psychische Störungen auf.

Neben den Wirtschaftsgruppen, in denen die Beschäftigten tätig sind, hat die konkrete Tätigkeit einen noch stärkeren Einfluss auf deren Gesundheit. Aus diesem Grund wird nachfolgend auch differenziert nach den Berufen der beschäftigten Mitglieder

betrachtet, in welchen Anteilen diese aufgrund von psychischen Störungen allgemein genauso wie aufgrund von spezifischen Erkrankungen aus diesem Erkrankungsspektrum ambulant in Behandlung waren.

Wie am Diagramm 2.5.8 gut ablesbar ist, stehen besonders drei Berufsgruppen mit für beide Geschlechter deutlich überdurchschnittlichen Anteilswerten heraus. So sind in diesem Vergleich bei den in Sicherheitsberufen Tätigen die höchsten Anteile mit einer ambulant gestellten Diagnose einer psychischen Störung zu verzeichnen, für 43,5% der Frauen und 31,4% der Männer sind solche Diagnosen dokumentiert. Bei den männlichen Beschäftigten sind nachfolgend die höchsten Anteilswerte bei den Verkehrs- und Logistikberufen sowie den Reinigungsberufen zu finden. Diese weisen auch bei den Frauen die dritt- bzw. zweithöchste Inanspruchnahmequote aufgrund psychischer Störungen auf. Die geringsten geschlechtsspezifischen Anteile Beschäftigter sind

Diagramm 2.5.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



hingegen bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen (Frauen: 30,8%) bzw. den Berufen in Unternehmensführung und -organisation (Männer: 20,4%) aufgrund einer psychischen Störung ambulant in Behandlung gewesen.

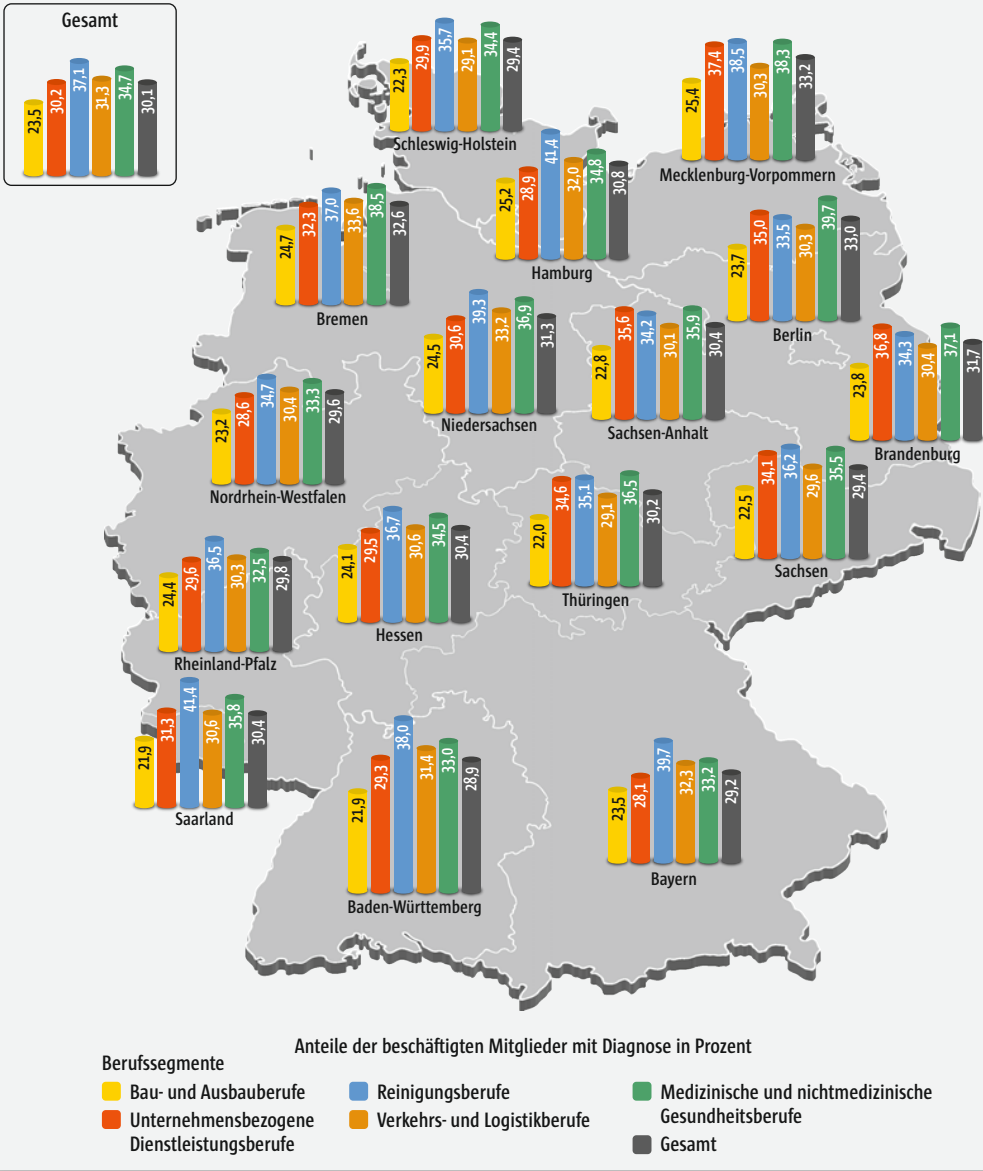
Nachfolgenden werden, äquivalent zu den Analysen nach Wirtschaftsabschnitten, einzelne Berufssegmente nach Bundesländern differenziert hinsichtlich der Anteile der Beschäftigten mit einer diagnostizierten psychischen Störung betrachtet. Dabei zeigen sich auch hier teils deutliche regionale Unterschiede, wie das **III** Diagramm 2.5.9 aufzeigt. Besonders in den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen ist die Varianz der Anteilswerte groß: Für diejenigen in diesem Berufssegment Tätigen, die in Bayern wohnen, sind nur bei 28,1% eine psychische Störung dokumentiert. Demgegenüber sind in Mecklenburg-Vorpommern mit 37,4% über 9 Prozentpunkte mehr aufgrund dieser Erkrankungsart bei einem Arzt oder Therapeuten gewesen. Bei den unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen ist außerdem ein Ost-West-Gefälle zu verzeichnen: Der zweithöchste Anteilswert ist bei den in Brandenburg wohnhaften Beschäftigten zu finden, gefolgt von denen aus Sachsen-Anhalt. Zudem sind auch in Thüringen und Sachsen die Anteilswerte überdurchschnittlich. Gegenläufig ist hingegen das Bild bei den Verkehrs- und Logistikberufen: So ist neben den thüringischen Beschäftigten, die in diesem Berufssegment tätig sind, auch für deren Berufskollegen aus Schleswig-Holstein nur bei 29,1% eine solche ambulante Diagnose dokumentiert. Der höchste Beschäftigtenanteil mit einer ambulanten diagnostizierten psychischen Störung in diesem Vergleich findet sich hingegen bei den im Hamburg wohnhaften Beschäftigten in den Reinigungsberufen: Von diesen haben 41,4% eine solche Diagnose erhalten. Immerhin fast 8 Prozentpunkte weniger sind es hingegen bei den Reinigungskräften in Berlin.

An dieser Stelle sei entsprechend der Auswertungen im **III** Kapitel 1.5.3 ein Blick in die Berufshauptgruppen geworfen. Dabei zeigt sich auch in den Anteilen der Beschäftigten mit einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode (F32) eine weitere Ausdifferenzierung innerhalb der Berufssegmente (**III** Diagramm 2.5.10), ähnlich wie sie auch im AU-Geschehen vorzufinden ist. So sind von den im Bereich Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe und Theologie Tätigen überdurchschnittlich viele aufgrund einer depressiven Episode (F32) in Behandlung gewesen, die Männer in diesen Berufen haben sogar mit 10,0% den Spitzenwert bei diesem Vergleich der Anteilswerte inne. Hingegen weisen

diejenigen in lehrenden und ausbildenden Berufen (hierbei sei darauf verwiesen, dass dies GKV-Versicherte, also i.d.R. keine verbeamteten Beschäftigten sind) deutlich unterdurchschnittliche Anteile mit einer solche Diagnose auf. Mögliche Gründe für solche großen Differenzen zwischen zumindest ähnlichen Berufsbildern sind neben unterschiedlichen Altersstrukturen auch bei weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren wie z.B. dem dabei zugrundeliegenden Anforderungsniveau der Tätigkeiten zu suchen (hierzu sind im nachfolgenden **III** Kapitel 2.5.4 weitere Analysen zu finden). Ein deutlicher Unterschied ist des Weiteren zwischen den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen zu verzeichnen: Weisen bei den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen die Beschäftigten überdurchschnittlich hohe Anteilswerte – bei den Männern sogar den zweithöchsten Wert im Vergleich der Berufsgruppen – auf, so ist der Anteil mit einer depressiven Episode (F32) bei den weiblichen in medizinischen Gesundheitsberufen Tätigen sogar unterdurchschnittlich. Der höchste Anteil bei den Frauen mit einer solchen Diagnose ist hingegen bei den Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufen zu finden (16,2%), gefolgt von den Fahrzeug- und Transportgerätführerinnen und den Reinigungskräften. Die niedrigsten Inanspruchnahmequoten sind hingegen bei den Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufen (Männer: 3,4%, Frauen: 8,3%) gefolgt von den Männern in Hoch- und Tiefbauberufen sowie von den Frauen in darstellenden und unterhaltenden Berufen. Ein besonderer Unterschied besteht außerdem bei den Mechatronik-, Energie- und Elektroberufen: Bei diesen ist die Differenz mit mehr als 8 Prozentpunkten zwischen Männern und Frauen am größten in diesem Vergleich, wobei die Männer den niedrigeren Anteilswert aufweisen.

Auch die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sind vor allem in denjenigen Berufsgruppen bei besonders hohen Anteilen der Beschäftigten diagnostiziert worden, die auch schon bei den zuvor dargestellten Kennwerten für die depressive Episode (F32) überdurchschnittliche Anteile aufweisen (**III** Diagramm 2.5.11). So ist der höchste Anteilswert auch bei den Belastungs-/Anpassungsstörung (F43) für die Männer im Bereich Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe und Theologie zu finden (8,0%), gefolgt von den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen und den Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufen. Letztgenannte haben den höchsten Anteilswert bei den Frauen inne (12,9%) gefolgt von den Fahrzeug- und Transportgerätführerinnen. Für die weiblichen Reinigungskräfte, von

Diagramm 2.5.9 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)



denen überdurchschnittlich viele eine depressive Episode (F32) diagnostiziert bekommen haben, sind hier hingegen nur weniger als der Gesamtdurchschnitt aufgrund einer Belastungs-/Anpassungsstörung (F43) in ambulanter Behandlung. In gleicher Weise gilt dies für die weiblichen Beschäftigten im Berufen der

Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung. Andersherum verhält es sich hingegen bei den weiblichen Beschäftigten in Werbung, Marketing, kaufmännischen und redaktionellen Medienberufen, die mit einem Anteil von 11,3% hier leicht über dem Durchschnitt liegen.

Diagramm 2.5.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für die Depressive Episode (F32) nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

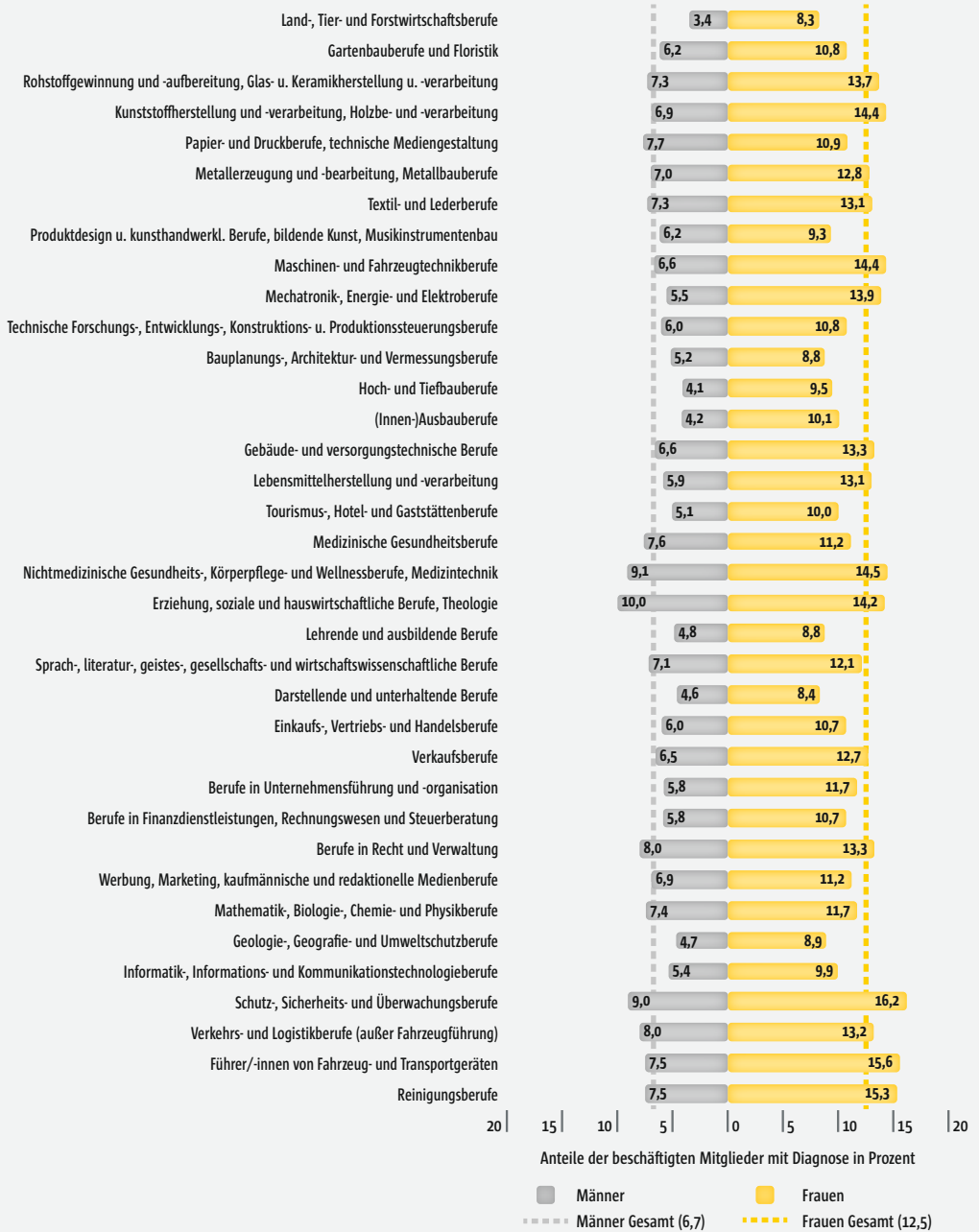
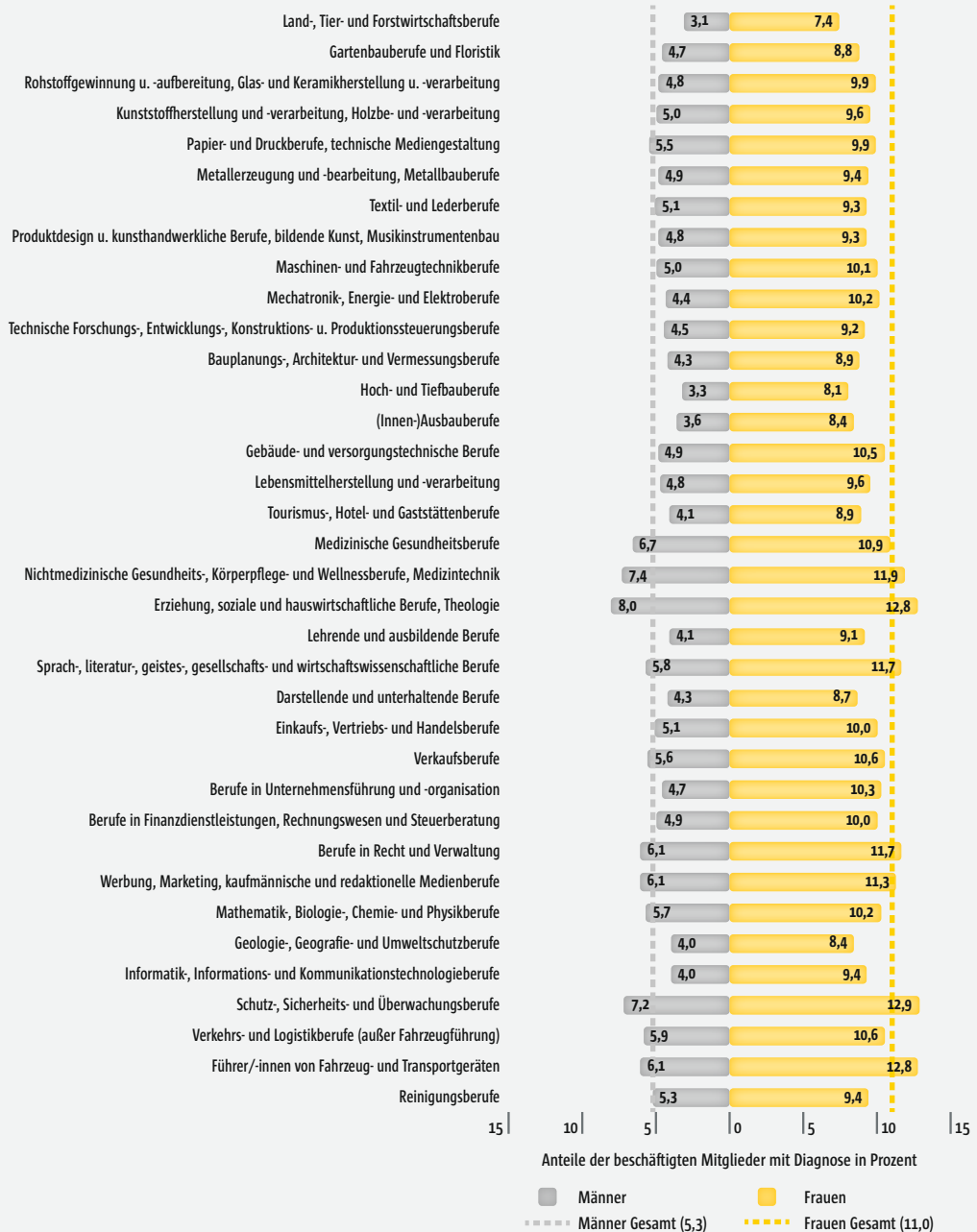


Diagramm 2.5.11 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) nach Berufshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



2.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Die Anteile Beschäftigter mit einer diagnostizierten depressiven Episode bzw. mit Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sind bei hohem Anforderungsniveau der Tätigkeit, Führungsverantwortung sowie in direkter Anstellung jeweils am niedrigsten.

Wie schon in den vorhergehenden Kapiteln werden neben den Wirtschafts- und Berufsgruppen zusätzlich weitere Beschäftigungsmerkmale im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit näher betrachtet. Hierfür werden die Anteile Beschäftigter mit einer depressiven Episode (F32) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) hinsichtlich des Anforderungsniveaus der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung sowie der Beschäftigung mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung ausgewertet.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

Wie das **»»»** Diagramm 2.5.12 aufzeigt, sind die Unterschiede zwischen den Anteilswerten nach Anforderungsniveau besonders groß bei den Frauen, die wegen einer depressiven Episode (F32) einen Arzt oder Therapeuten konsultiert haben: Für etwa jede siebte Beschäftigte, die Helfer- bzw. Anlern Tätigkeiten verrichtet (14,3%), aber nur etwa jede zehnte Beschäftigte (9,5%) mit hoch komplexen Tätigkeiten ist eine solche Diagnose dokumentiert. Auch bei den Männern ist dieser Gradient zu beobachten, allerdings beträgt die Differenz der Anteile mit einer diagnostizierten depressiven Episode (F32) zwischen den Helfern/Anlernenden und den Beschäftigten mit hoch komplexen Tätigkeiten nur zwei Prozentpunkte. Noch geringer sind die Unterschiede bei den Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) ausgeprägt, wobei hier die höchsten Anteile bei den fachlich ausgerichteten Tätigkeiten vorzufinden sind. Aber auch für diese Einzeldiagnose sind für beide Geschlechter die geringsten Anteilswerte bei den hoch komplexen Tätigkeiten zu finden.

Diagramm 2.5.12 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

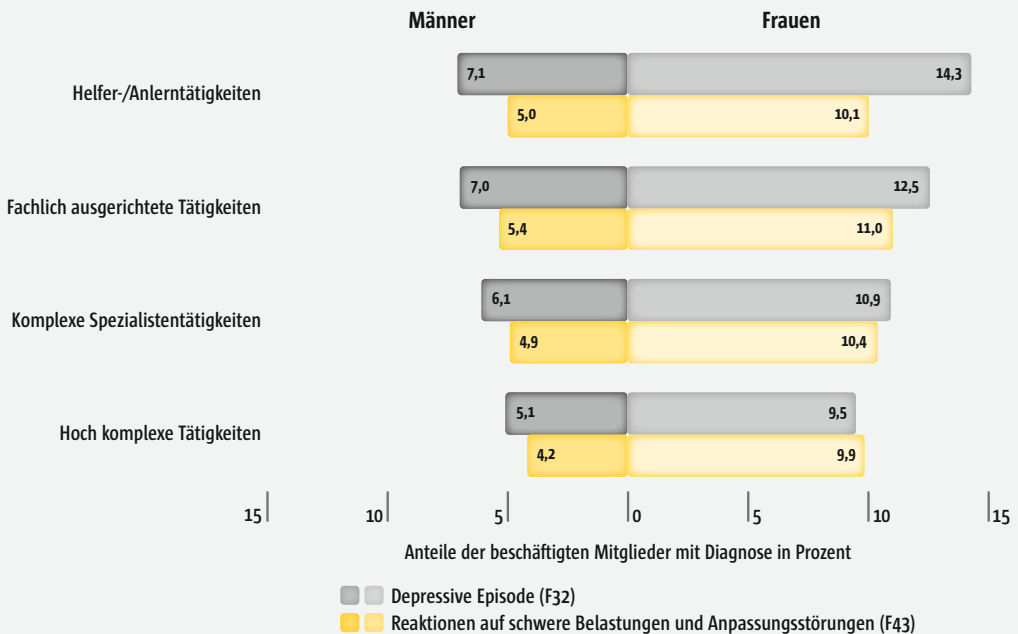
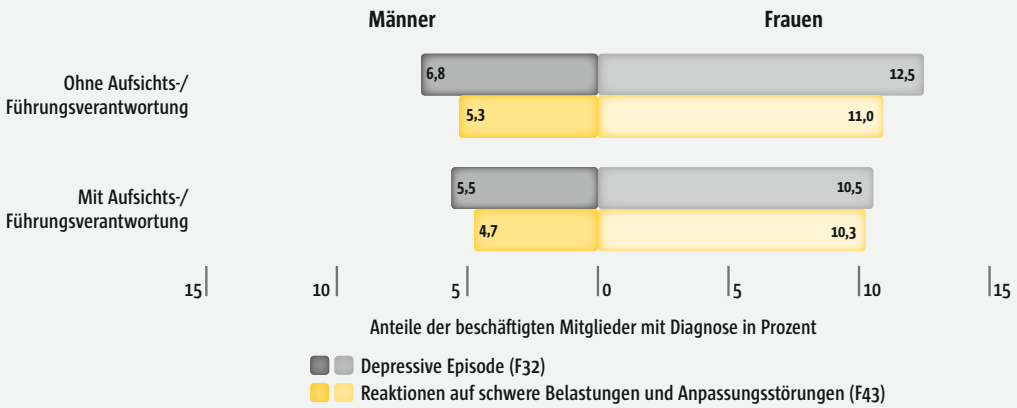


Diagramm 2.5.13 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Aufsichts- und Führungsverantwortung

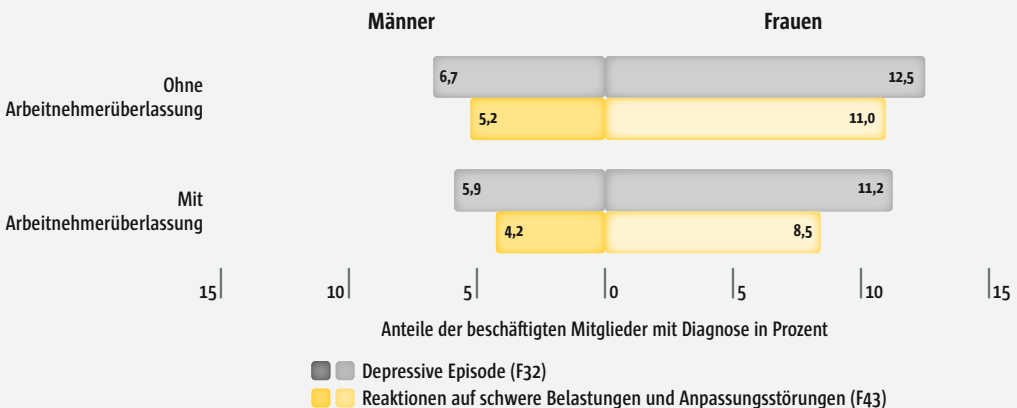
Wie in **III** Diagramm 2.5.13 zu sehen ist, sind Unterschiede zwischen den Beschäftigten mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung moderater ausgeprägt als bei den zuvor dargestellten Anforderungsniveaus. Der größte Unterschied besteht dabei auch wieder bei den Anteilen weiblicher Beschäftigter, die eine depressive Episode (F32) diagnostiziert bekommen haben: Diejenigen ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung weisen einen um 2 Prozentpunkte höheren Anteil mit einer solchen Diagnose auf als diejenigen mit einer solchen Funktion (12,5% vs. 10,5%).

Aber auch bei den Männern, genauso wie bei der Betrachtung der Anteilswerte für Belastungs-/Anpassungsstörungen (F43) nach Geschlecht gilt, dass die Führungs- und Aufsichtspersonen gegenüber denjenigen ohne eine solche Funktion in geringeren Anteilen eine Diagnose gestellt bekommen haben.

Arbeitnehmerüberlassung

Anders als bei den vorherigen Darstellungen sind es bei Unterscheidung nach Beschäftigten mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung die Reaktionen auf

Diagramm 2.5.14 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), für die der größere Unterschied zu konstatieren ist (»» Diagramm 2.5.14): Die Differenz bei den Frauen beträgt immerhin 2,5 Prozentpunkte zwischen denen in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen und denjenigen mit direkter Anstellung beim Unternehmen (8,5% vs. 11,0%). Aber auch bei den Männern, genauso wie bei den Diagnoseanteilen für die depressive Episode (F32) nach Geschlecht gilt, dass die Leih- und Zeitarbeiter gegenüber den Direktangestellten in geringeren Anteilen eine Diagnose gestellt bekommen haben.

Exkurs Arbeitslosigkeit

- Mit 43,5% sind deutlich mehr Arbeitslose mit ALG-II-Bezug aufgrund psychischer Störungen in ambulanter Behandlung gewesen als Beschäftigte (30,1%) und ALG-I-Empfänger (30,6%). Auch in den vergangenen Jahren war in etwa eine solche Differenz zu beobachten.
- 18,4% der ALG-II-Empfänger haben eine depressive Episode diagnostiziert bekommen – fast doppelt so viele wie bei den Beschäftigten (9,3%) und auch deutlich mehr als bei den ALG-I-Empfängern (14,0%).

Beschäftigte und ALG-I-Empfänger sind sich hinsichtlich der jeweiligen Anteile mit einer Diagnose aus dem Spektrum der psychischen Störungen relativ ähnlich (»» Diagramm 2.5.15). Allerdings sind seit 2013 die Anteile mit einer solchen Erkrankung mit einem Plus von fast 6 Prozentpunkten am stärksten bei denjenigen mit ALG-I-Bezug gestiegen, sodass im aktuellen Berichtsjahr 2018 diese Versichertengruppe erstmals einen leicht höheren Anteilswert aufweist als die Beschäftigten. Allerdings muss dabei auch konstatiert werden, dass der sehr starke Zuwachs bei den AU- (»» Diagramm 1.5.24) und KH-Kennzahlen (»» Diagramm 3.5.15) bei den ALG-I-Empfängern in diesem Zeitraum nicht in gleichem Maße eine Entsprechung in der ambulanten Versorgung findet. Deutlich höhere Anteile psychischer Störungen, die ambulant diagnostiziert wurden, sind hingegen bei den ALG-II-Empfängern über alle Berichtsjahre zu verzeichnen. Bei diesen sind in 2018 gegenüber 2013 die Anteilswerte immerhin um mehr als 4 Prozentpunkte höher.

Schaut man darüber hinaus welche Einzeldiagnosen bei den Arbeitslosen vergeben werden, so fallen bei denjenigen in ALG-I-Bezug besonders die beiden Depressionsdiagnosen auf (»» Diagramm 2.5.16): Sind bei den Beschäftigten „nur“ 9,3% wegen einer depressiven Episode (F32) in ambulanter Behandlung gewesen, so sind es bei den ALG-I-Empfängern etwa um die

Diagramm 2.5.15 Ambulante Versorgung – Anteile der Mitglieder mit Diagnose für Psychische Störungen nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2013–2018)

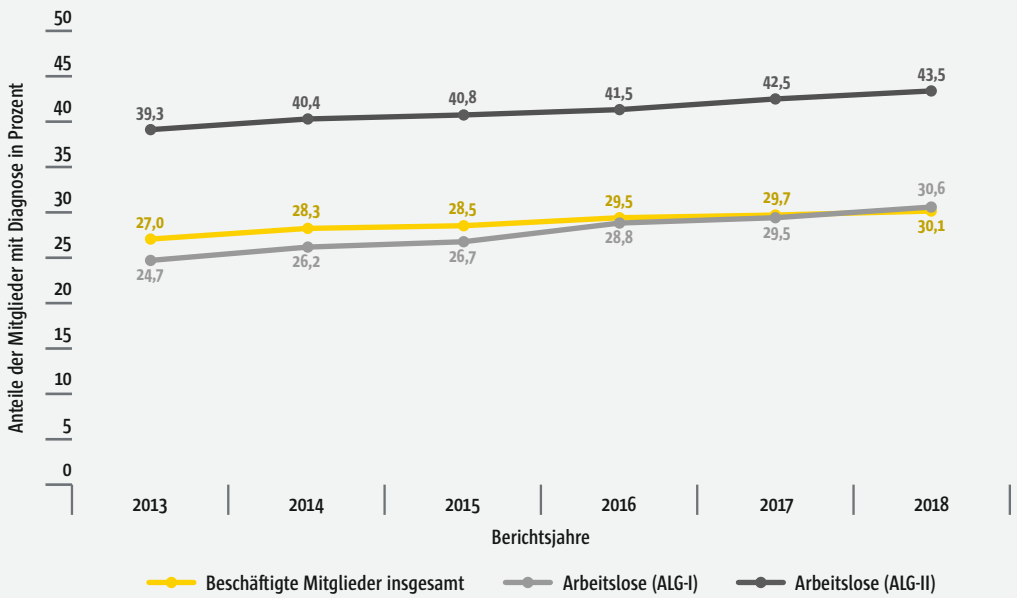


Diagramm 2.5.16 Ambulante Versorgung – Anteile der Arbeitslosen (ALG-I) mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen für Psychische Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

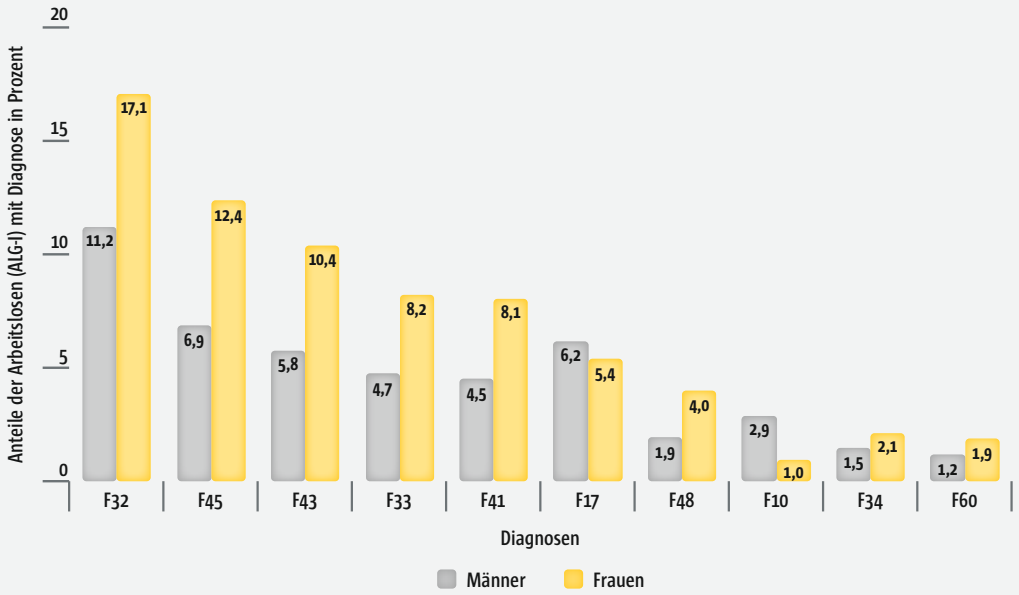
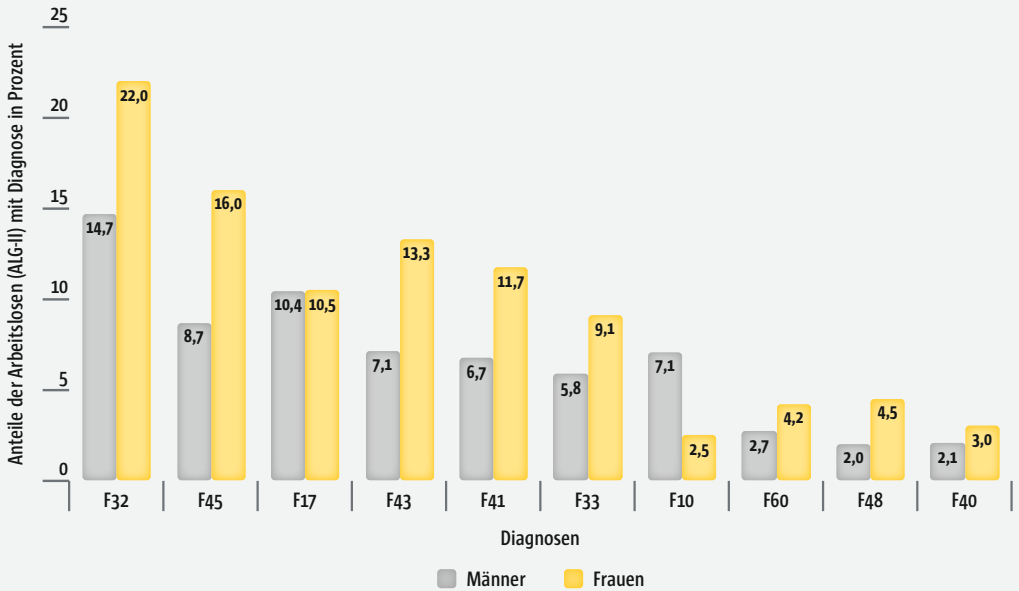


Diagramm 2.5.17 Ambulante Versorgung – Anteile der Arbeitslosen (ALG-II) mit Diagnose für die zehn wichtigsten Diagnosen für Psychische Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Hälfte mehr, nämlich 14,0%. Zudem ist dabei zu konstatieren, dass der Geschlechtsunterschied bei dieser Versichertengruppe weiter vorhanden ist, dieser aber nicht mehr ganz so groß ausfällt, da für die Männer hier ein stärkerer relativer Zuwachs des Anteilswertes im Vergleich zu den Beschäftigten zu verzeichnen ist. Weiterhin ist von den Arbeitslosen in ALG-I-Bezug ein doppelt so hoher Anteil wegen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) bei einem niedergelassenen Arzt oder Therapeuten gewesen (6,4%) als bei den Beschäftigten (3,2%), zudem ist bei den ALG-I-Empfängern der Anteil derer, für die eine alkoholinduzierte Störung (F10) diagnostiziert wurde, doppelt so hoch wie bei den Beschäftigten (2,0% vs. 0,9%).

Eine noch stärkere Verschiebung im Diagnose-spektrum zeigt sich wiederum bei den Arbeitslosen mit ALG-II-Bezug (» Diagramm 2.5.17). Gegenüber den zuvor dargestellten ALG-I-Empfängern ist bei denjenigen in ALG-II-Bezug ein mehr als doppelt so hoher Anteil Beschäftigter zu verzeichnen, die wegen alkoholinduzierten Störungen (F10) in ambulanter Behandlung sind, das gleiche gilt aber auch für spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60). Gegenüber den Beschäftigten weisen die ALG-II-Empfänger sogar mehr als fünffach höhere Anteilswerte für diese beiden Diagnosen auf. Diese beiden Diagnosen finden sich für die ALG-II-Empfänger auch in der stationären Versorgung wieder (» Kapitel 3.5.4), wo diese aufgrund o.g. Erkrankungen gegenüber Beschäftigten wie ALG-I-Empfängern häufiger in stationärer Behandlung sind. Aber auch die ohnehin schon bei diesen Versichertengruppen als häufigste Diagnose geführte depressive Episode (F32) ist bei den ALG-II-Empfängern noch einmal häufiger gestellt worden: Gegenüber den ALG-I-Empfängern ist der Anteil mit einer solchen Diagnose bei den Arbeitslosen in ALG-II-Bezug mit 18,4% mehr als 4 Prozentpunkte höher. Dies gilt außerdem auch für die psychischen Störungen durch Tabakkonsum (F17): Etwa für jeden zehnten ALG-II-Empfänger ist diese Diagnose dokumentiert, bei ALG-I-Empfängern genauso wie bei den Beschäftigten ist dies nur bei jedem Siebzehnten der Fall.

2.5.5 Sektorenübergreifende Auswertungen am Beispiel der Depressiven Episode (F32)

- Im ambulanten Bereich werden am häufigsten mittelgradige und leichte depressive Episoden diagnostiziert. Zusätzlich gibt es einen großen Anteil unspezifischer Depressionsdiagnosen.

- Etwa bei der Hälfte der Beschäftigten mit einer diagnostizierten depressiven Episode erfolgt keine weitere ambulante Behandlung, circa ein Viertel bekommt nur Arzneimittel zur Behandlung verordnet.
- Zwar reduziert sich der Anteil derer, für die keine therapeutischen Maßnahmen dokumentiert sind, bei den mittelgradigen und schweren Depressionen, allerdings beträgt dieser Anteil trotzdem noch zwischen 27% und 40%.

Die folgende Darstellung des ambulanten Versorgungsgeschehens der beschäftigten BKK Mitglieder ergänzt bzw. erweitert die bereits im » Kapitel 1.5 aufgeführten Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen, die im Rahmen des vorliegenden Reports betrachtet werden.

Diagnosehäufigkeit und Diagnosegüte

Bei mehr als jedem elften beschäftigten BKK Mitglied (9,3%) ist im Jahr 2018 mindestens einmal eine depressive Episode (F32) diagnostiziert worden. Dabei wird bei Frauen im Vergleich zu den Männern fast doppelt so häufig eine solche Diagnose vergeben (12,5% vs. 6,7%).

Wie in » Tabelle 2.5.1 zu sehen ist, handelt es sich in über vier von zehn Fällen (Männer und Frauen 43,0%) um eine leichte bis mittelgradige Ausprägung. Männer haben darüber hinaus anteilig mehr schwere depressive Episoden (F32.2/.3) als Diagnose gestellt bekommen als Frauen (10,1% vs. 8,0%). Besonders auffällig ist wiederum der sehr hohe Anteil unspezifischer Diagnosen (F32.8/9: Männer 43,2%; Frauen 44,9%). Diese Vielzahl an unspezifischen Depressionsdiagnosen ist auf Basis der Erkenntnisse großer epidemiologischer Studien (z.B. DEGS1-MH, GEDA) nicht zu erwarten. Geht man davon aus, dass nur ein Teil dieser unspezifischen Diagnosen als valide angesehen werden kann, so würde sich der Anteil Betroffener wahrscheinlich deutlich reduzieren und sich somit den in Studien gefundenen empirischen Prävalenzen³ annähern.

3 Thom J, Kuhnert R, Born S, Hapke U. 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. Journal of Health Monitoring, 2017, 2 (3), 72–80.

Tabelle 2.5.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose für eine depressive Episode (F32.X) nach Schweregrad und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

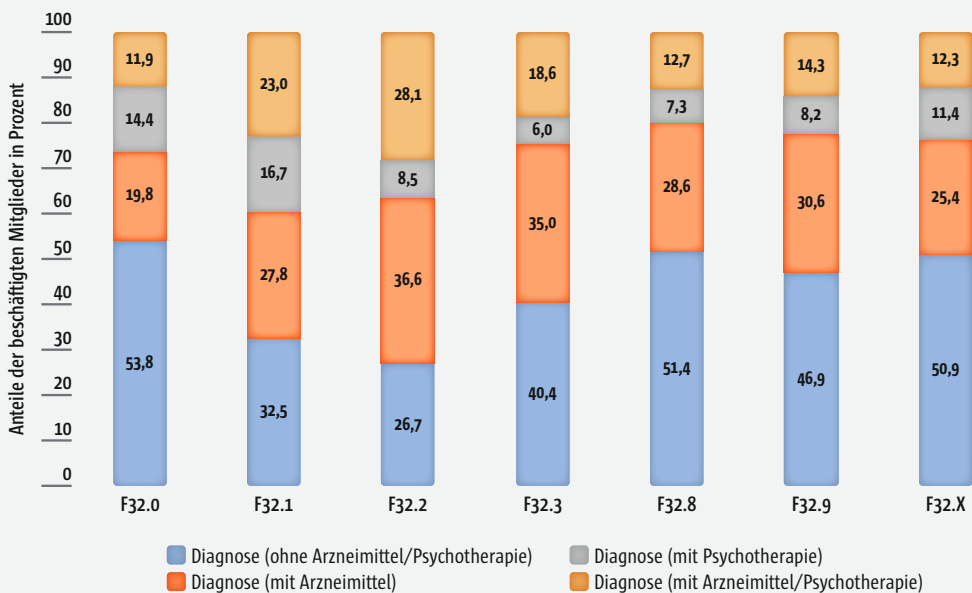
ICD-10-Code	Bezeichnung	Männer	Frauen	Gesamt
F32.0	Leichte depressive Episode	11,7	11,9	11,8
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	31,3	31,1	31,2
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	9,0	7,3	8,0
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	1,1	0,7	0,9
F32.8	Sonstige depressive Episoden	3,8	4,0	3,9
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	43,2	44,9	44,2

Diagnosen in Kombination mit Versorgungsangeboten

Aufschlussreich ist ein zusätzlicher Blick auf die Kombination zwischen einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode (F32) mit weiteren für diese Erkrankung relevanten Versorgungsangeboten wie der Verordnung von Antidepressiva oder der In-

anspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen. Wie das **»»»** Diagramm 2.5.18 zeigt, sind insbesondere bei der leichten (F32.0: 53,8%) bzw. unspezifischen (F32.9: 46,9%) Form der depressiven Episode die Anteile derjenigen am höchsten, die neben der Diagnose keine weiteren ambulanten therapeutischen Maßnahmen erhalten. Entsprechend der Nationalen

Diagramm 2.5.18 Ambulante Versorgung – Anteile der Beschäftigten mit Diagnose für eine depressive Episode (F32.X) nach Schweregrad und Versorgungsangeboten (Berichtsjahr 2018)



Versorgungsleitlinie für unipolare Depressionen⁴, wird bei den leichten/unspezifischen Formen einer depressiven Episode zunächst das beobachtende Abwarten empfohlen. Tritt keine Besserung ein, wird zunächst eine Psychotherapie, nachrangig auch der Einsatz von Antidepressiva empfohlen. In der Versorgungsrealität nimmt allerdings der Einsatz von Antidepressiva im Vergleich zur Psychotherapie einen weitaus höheren Stellenwert ein. Inwieweit hier das Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen und/oder das Ordnungsverhalten der Ärzte Einfluss nehmen, lässt sich anhand der Routinedaten nicht feststellen.

Weiterhin zeigt sich, dass mit zunehmendem Schweregrad der depressiven Episode der Anteil derjenigen Betroffenen steigt, die zumindest eine Therapieoption erhalten. Für alle Schweregrade gilt dabei, dass die alleinige Therapie mit Antidepressiva dabei jeweils den größten Anteil unter den betrachteten Versorgungskombinationen darstellt. Kritisch anzumerken ist, dass bei den mittelgradigen und schweren Formen der depressiven Episode (F32.1/.2/.3) ein unerwartet hoher Anteil von Betroffenen (26,7–40,4%)

gar keine Therapie erhält, obwohl laut der Versorgungsleitlinie hier mindestens eine der zur Verfügung stehenden Therapieoptionen empfohlen wird.

Fazit

Die depressive Episode (F32) ist die am häufigsten ambulant diagnostizierte psychische Störung der beschäftigten Mitglieder. Aufgrund des hohen Anteils der unspezifischen Diagnosen (F32.9), die hierzu vergeben werden, ist es sehr wahrscheinlich – auch im Vergleich zu Ergebnissen epidemiologischer Studien – von einer Überschätzung der Betroffenenquote auf Basis der Routinedaten auszugehen. Des Weiteren weist auch der ungewöhnlich hohe Anteil von mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden ohne jedwede weitere Therapie darauf hin, dass die Versorgungs- und/oder Diagnosequalität weiter verbessert werden muss. Einen ersten Ansatz hierfür bietet die bereits 2011 fertiggestellte und geplante Einführung von Kodierrichtlinien für den ambulanten Versorgungssektor.

⁴ DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015. www.depression-versorgungsleitlinien.de.

2.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die ambulante Versorgung spiegelt in wesentlichen Teilen das alltägliche Krankheitsgeschehen wider, also alle medizinischen Versorgungsleistungen, die nicht aufgrund ihrer Schwere in Krankenhäusern erfolgen müssen. So finden hier Vorsorgemaßnahmen wie z.B. Impfungen, allgemeine Untersuchungen bis hin zur Behandlung von Beschwerden bis mittlerer Schwere sowie Nachsorge nach stationärem Aufenthalt statt. Entsprechend sind die weitaus meisten Versicherten – im Schnitt 9 von 10 – innerhalb eines Jahres mindestens einmal bei einem niedergelassenen Arzt oder Therapeuten gewesen. Bei den dabei am meisten vergebenen Diagnosen handelt es sich um als Zusatzinformationen erfasste Faktoren, die Einfluss auf den Gesundheitszustand haben und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen – worunter u. a. allgemeine Untersuchungen und Vorsorgemaßnahmen gezählt werden. Aber auch wegen Muskel-Skelett- und Atmungssystem-Erkrankungen ist fast jeder zweite Versicherte mindestens einmal im Jahr beim Arzt gewesen.

Ähnlich ist auch das allgemeine Krankheitsgeschehen bei der Gruppe der beschäftigten Mitglieder. Dabei wird aus den Ergebnissen ersichtlich, dass auch aufgrund der Zugehörigkeit der beschäftigten Mitglieder z.B. zu bestimmten Wirtschafts- und Berufsgruppen Unterschiede im Krankheitsgeschehen bestehen, die nicht allein anhand der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der dort Beschäftigten erklärt werden können. Bei Hinzuziehung weiterer arbeitsweltlicher Faktoren zeigen sich aber für die Beschäftigten teils deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme, wobei Unterschiede zu anderen Leistungsbereichen auffallen: Im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und in der stationären Versorgung zeigt sich i. d. R., dass mit steigendem Tätigkeitsniveau (und ebenso mit höherem Schul- bzw. Berufsabschluss) die Fallzahlen und daraus resultierende AU- und KH-Tage geringer sind. In der ambulanten Versorgung sind indes die Beschäftigten in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten (genauso wie Beschäftigte

ohne einen Schul- bzw. Berufsabschluss) teils deutlich weniger als andere Beschäftigte in Behandlung. Auch nehmen Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung fast immer in geringeren Anteilen ambulante Versorgung in Anspruch. Diese Unterschiede sind zwar auch, aber nicht ausschließlich durch Altersunterschiede begründet. Daneben sind aber auch Unterschiede im Gesundheitsverhalten bekannt, die Auswirkungen auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen haben können⁵: So ist die subjektiv wahrgenommene Gesundheit bei Personen mit niedrigerem Sozialstatus im Durchschnitt schlechter, gleichzeitig sind gesundheitsschädliche Verhaltensweisen (Rauchen, Bewegungsmangel etc.) bei diesen verbreiteter, Präventionsmaßnahmen werden aber weniger in Anspruch genommen. Ebenso kann das Arbeiten unter Unsicherheit (Leih- und Zeitarbeit, Befristung, nach Arbeitslosigkeitserfahrung etc.) ein anderes Inanspruchnahmeverhalten bewirken, wie etwa trotz Krankheit zur Arbeit zu erscheinen (Präsentismus), auch Vorsorgeuntersuchungen gar nicht erst wahrzunehmen etc. Insgesamt liegt dabei die Vermutung nahe, dass, wenn die unmittelbaren Beeinträchtigungen und Beanspruchungen durch eine Erkrankung sowie deren Folgen erachtet werden, Behandlungen nicht oder erst spät eingeleitet werden.

5 siehe u.a.

- Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, 2014
- Lampert, Kroll LE, von der Lippe E, Müters S, Stolzenberg H. Sozioökonomischer Status und Gesundheit Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsene in Deutschland (DEGS1), Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 814–821
- Altenhöner T, Philippi M, Böcken J. Gesundheitsverhalten und Änderungen im Gesundheitsverhalten – welche Relevanz haben Bildung und Schicht? Gesundheitswesen 2014; 76: 19–25

Die Ausführungen zum diesjährigen Schwerpunktthema zeigen indes im Detail auf, dass psychische Störungen bei den Beschäftigten eine große Rolle spielen – immerhin ist für 30% eine solche Diagnose dokumentiert. Dabei sind Depressionen (F32, F33) sehr häufig Grund für eine Konsultation, aber auch somatoforme Störungen (F45) als auch Belastungs-/Anpassungsstörungen (F43) sind im ambulanten Sektor bedeutend. Spezifisch für den ambulanten Bereich ist wiederum, dass hier Tabakabhängigkeit (F17) immerhin bei fast 6% der Beschäftigten zu verzeichnen ist – was hingegen als Diagnose in den anderen Leistungssektoren keine Rolle spielt. Die sektorenübergreifenden Analysen haben wiederum offengelegt, dass im ambulanten Bereich Diagnosen oftmals unspezifisch bleiben und zudem oft keinerlei weitere Behandlung erfolgt. Unklar bleibt dabei, ob es sich dabei um „Karteileichen“, Fehlkodierungen oder tatsächlich akute Fälle handelt, von Patientenseite keine Behandlung benötigt bzw. gewünscht wird oder hier eine Möglichkeit ungenutzt bleibt, eine adäquate Behandlung frühestmöglich einzuleiten. Es bleibt allerdings zu konstatieren, dass von den Rentnern und ALG-II-Empfängern mit über 40% ein deutlich größerer Anteil als bei den Beschäftigten eine psychische Störung diagnostiziert bekommen hat. Wie exemplarisch im BAuA-Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (siehe dazu auch [■ Beermann und Windel](#)) umfassend dargelegt, gibt es viele arbeitsbezogenen Faktoren, die psychisch belastend sein und krankheitsauslösend wirken können. Auf der anderen Seite bietet Arbeit auch viele protektive Faktoren, wie von [■ Pfaff und Zeike](#) konstatiert wird: Arbeit macht eher gesund als krank. Außerdem zeigen die Detailanalysen zum diesjährigen Schwerpunktthema auch eine deutliche

Tendenz auf, wie sie sich schon in den arbeitsweltlichen Darstellungen der vergangenen Jahre abgezeichnet hat: Psychische Störungen treten oftmals in denjenigen Branchen und Berufen auf, wo besonders viel Arbeit mit und am Menschen verrichtet wird. Damit verbunden sind nämlich oftmals emotionale Belastungen und Verarbeitungsanforderungen ([■ Buruck und Melzer](#)), genauso wie dabei auch soziale Konflikte eine große Rolle einnehmen können ([■ Holz, Zapf und Scheppa-Lahyani](#)). Allerdings zeigen die Schwerpunktanalysen auch, dass psychische Beeinträchtigungen nicht ausschließlich am Tätigkeitsinhalt festzumachen sind. So sind etwa auch in Berufen mit hohem Anteil an Interaktionsarbeit niedrige Inanspruchnahmequoten genauso wie Fehlzeiten zu finden. So sind daneben nämlich auch weitere Einflussfaktoren bekannt, wobei sich in allen Leistungsbereichen insbesondere das (Aus-)Bildungsniveau sowie das Anforderungsniveau der Tätigkeit als Determinante herausgestellt hat: Grob vereinfacht bietet ein höherer Schulabschluss auch die Möglichkeit, einen höheren Berufsabschluss zu erlangen, was wiederum mit höherem Tätigkeitsniveau einhergeht. Damit verbunden sind wiederum oftmals höhere Ansprüche an den Beschäftigten, eine hohe Arbeitsintensität und mehr Verantwortung, aber auch i. d. R. mehr Handlungsspielraum. Dies wiederum spielt in mehreren Risikobereichen für psychische Belastungen eine zentrale Rolle, wie sie im [iga.Report 31⁶](#) zusammengefasst wurden. Dementsprechend wird die Notwendigkeit offensichtlich, nicht allein nach den Tätigkeitsinhalten Belastungspotenziale abzuleiten, sondern auch organisationale und soziale Bedingungen zu prüfen, wie dies z. B. in einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen vorgesehen ist.

6 <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport31/>

Schwerpunkt Wissenschaft



Psychische Gesundheit in urbanen Räumen

Mazda Adli

Charité Universitätsmedizin Berlin, Fliedner Klinik Berlin

Zahlreiche Studien zeigen, dass das Risiko für stressabhängige psychische Erkrankungen bei Stadtbewohnern größer ist als bei Landbewohnern [1–3]. Dies gilt vor allem für Schizophrenie, welche bei Stadtbewohnern doppelt so häufig vorkommt wie bei Landbewohnern, bei in der Stadt aufgewachsenen Menschen sogar nahezu dreimal so häufig [4]. Nach einer Studie, welche vor einigen Jahren in der Fachzeitschrift *Nature* veröffentlicht wurde, beeinflusst das Stadtleben bei Menschen mit einem genetischen Risiko für Schizophrenie den Ausbruch der Erkrankung in ähnlichem Maße wie chronischer Cannabiskonsum [5]. Das Schizophrenierisiko steigt zudem, wenn ein Mensch während der ersten 15 Lebensjahre vom Land in die Stadt zieht, und sinkt dagegen, wenn jemand während dieses Zeitfensters von der Stadt aufs Land zieht. In einer doppelten Dosis-Wirkung-Beziehung spielt die Größe der Stadt und die Dauer des Aufwachsens in der Stadt eine Rolle [2].

Die Effekte des Stadtlebens betreffen nicht nur Schizophrenie. Peen und Kollegen [2] berichten in ihrer Metaanalyse auch ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für affektive Erkrankungen: Für Depression ist das Risiko um 39%, für Angststörungen um 21% erhöht. Dabei bleibt der Risikounterschied auch dann stabil, nachdem für weitere statistische Confounder korrigiert wurde, d.h., dass der Unterschied tatsächlich auch auf den Einflussfaktor Stadtleben zurückzuführen ist und nicht auf andere klassische Risikofaktoren für diese Erkrankungen. Eine Studie an 4,4 Millionen schwedischen Männern und Frauen zeigt, dass diejenigen, welche in dichter besiedelten Bereichen leben, ein 68–77% höheres Risiko hatten, Psychosen zu entwickeln, und ein 12–20% höheres Risiko, eine Depression zu entwickeln, als die Menschen in den am dünnsten besiedelten Gebieten [6].

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang eine kürzlich publizierte Studie, die auf der Basis von WHO-Daten den Risikounterschied für psychotische Symptome zwischen Stadt- und Landbewohnern in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen untersucht hat [7]. Zahlreiche der boomenden Megacities der Erde befinden sich in diesen Ländern. Überraschenderweise finden die Autoren in diesen

globalen Regionen keinen Stadt-Land-Unterschied. Daraus lässt sich folgern, dass das erhöhte Erkrankungsrisiko – zumindest für psychotische Symptome – im globalen Norden ein spezifisches Problem der einkommensstarken Länder mit ihren für sie typischen Sozialstrukturen ist.

Macht die Stadt eher krank oder ziehen Kranke eher in die Stadt?

Zumindest also in unserer Lebensumwelt gilt: Stadtbewohner tragen ein höheres psychisches Erkrankungsrisiko für einige bedeutende psychische Krankheitsgruppen. Welche Ursachen könnte dies haben? Insbesondere die Daten der Metaanalyse von Peen und Kollegen [2], weisen in Richtung der Kausalhypothese, welche besagt, dass Stadtleben ursächlich für die Entstehung psychischer Erkrankungen ist. Demgegenüber steht die Selektionshypothese, welche besagt, dass Menschen mit psychischer Labilität vorzugsweise in die Stadt ziehen, zum Beispiel in der Hoffnung auf eine bessere Gesundheitsversorgung. Letzteres trifft sicherlich auch zu, aber den epidemiologischen Unterschied scheint sie nicht hinreichend zu erklären. Eine jüngst publizierte Meta-Analyse aus einer großen Stichprobe von über 500.000 Teilnehmern aus Großbritannien, Australien und den Niederlanden zeigte, dass mit einem höheren genetischen Risikoscore für Schizophrenie die soziale Dichte am Wohnort steigt [8]. Dieser soziale Drift-Effekt muss als Hinweis auf den selektierten Zuzug von Menschen mit erhöhtem Krankheitsrisiko in dichter bevölkerte Gebiete diskutiert werden. Diese Studie deutet auf die erheblichen sozialen Gradienten innerhalb von Städten hin, und, dass es Menschen mit einem Risiko für Schizophrenie eher in die dichter besiedelten und weniger wohlhabenden Gebiete der Stadt als in wohlhabende und weniger dichte Stadtgebiete zieht.

Mehr Suizide auf dem Land

Etwas anders ist das Bild, wenn es um das Thema Suizid geht. Die Verteilung von Suiziden zwischen Stadt und Land wird seit vielen Jahren intensiv untersucht. Suizide sind überwiegend Folge psychischer Erkrankungen, in erster Linie von Depressionen. Man könnte deshalb vermuten, dass Suizide in der Stadt häufiger vorkommen – dem ist aber nicht so. Die meisten Studien weisen weltweit eine höhere Suizidrate bei der ländlichen Bevölkerung nach, selbst wenn diese insgesamt ein geringeres Depressionsrisiko hat. Eine jüngere Auswertung von Suizidraten in verschiedenen Regionen der USA zwischen 1999 und 2015 zeigt, dass je ländlicher die Regionen, desto größer die Suizidraten; dieser Unterschied zwischen ländlichen und urbanen Regionen nimmt seit 2007 sogar zu. Vermutet wird ein Effekt der Finanzkrise, welche die ländlichen Regionen der USA besonders getroffen hat [9]. Die höhere Rate an Suiziden in ländlichen Regionen im Vergleich zur Stadt zieht sich durch alle Altersstufen. So ist in den USA die Suizidrate unter Jugendlichen auf dem Land doppelt so hoch wie in der Stadt. Unter männlichen 14- bis 24-Jährigen gibt es auf dem Land nahezu 20 Suizide pro 100.000 Jugendliche, jedoch nur etwa 10 in der Stadt. Bei weiblichen Jugendlichen sind die Zahlen insgesamt deutlich geringer, doch das Stadt-Land-Verhältnis ist ähnlich: 4,4 Suizide (pro 100.000) auf dem Land stehen 2,4 in der Stadt gegenüber [10].

Der Unterschied hat vor allem drei Ursachen: Erstens die zum Teil miserable psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung auf dem Land – und zwar überall auf dem Globus. Zweitens die weiterhin höhere Schambarriere in ländlichen Gebieten, sich mit psychischen Erkrankungen jemandem zu öffnen und Hilfe zu organisieren. Und drittens der leichtere Zugang zu potenziell tödlichen Werkzeugen auf dem Land. Dazu gehören vor allem Schusswaffen in den ländlichen Regionen der USA. Durch Erschießen kamen Jugendliche auf dem Land zwei- bis dreimal so häufig um wie in der Stadt. Dieselbe Studie berichtet auch, dass der Stadt-Land-Unterschied beim Erschießen besonders deutlich steigt. Je unkomplizierter der Zugang zu Schusswaffen in einem US-Bundesstaat ist, desto größer ist dort auch die Suizidrate durch Erschießen. Weltweit gesehen ist laut Weltgesundheitsorganisation bei ländlichen Suiziden jedoch die Vergiftung durch Pestizide die häufigste Todesursache, zu denen auf dem Land ebenfalls leichter Zugriff besteht.

Urbanisierung und Urbanisierungsprozesse

Das höhere psychische Erkrankungsrisiko bei Stadtbewohnern ist hochrelevant, da die Bevölkerung in den Städten wächst. Urbanisierung gehört zu den wesentlichen globalen Veränderungen, der die Menschheit in den kommenden Jahrzehnten ausgesetzt sein wird, mit weitreichenden Folgen für Lebensqualität und psychische Gesundheit: 1950 lebte noch 1/3 der Weltbevölkerung in der Stadt, heute sind es etwas mehr als 50%; 2050, so die Projektion der Vereinten Nationen, werden 2/3 der Menschen in Städten wohnen. Obwohl sich die Länder des globalen Südens und jene des globalen Nordens, wie Deutschland, im Maß der Verstädterung erheblich unterscheiden, stellt diese Entwicklung alle Regionen der Erde vor enorme soziale, administrative und nicht zuletzt auch gesundheitspolitische Herausforderungen. In Deutschland haben wir es vor allem mit einem qualitativen Urbanisierungsprozess zu tun, der sich unter anderem in der stärkeren Besiedlung der Speckgürtel von Großstädten, der Entvölkerung schwächerer Regionen und der Suburbanisierung von Ballungsräumen niederschlägt. In Regionen des globalen Südens beobachten wir in erster Linie ein quantitatives Wachstum von Städten.

Sozialer Stress

Dass das Stadtleben mit erhöhter Stressexposition einhergeht, leuchtet ohne größere Erklärungen ein. Die bisher nicht ausreichend geklärte Frage ist jedoch, welche Form von urbanem Stress gesundheitsrelevant ist und welche Form von Stadtstress vielleicht sogar stimulierend und entwicklungsförderlich sein kann. Die bisherigen Befunde deuten dabei auf die besondere Bedeutung von sozialem Stress als den am ehesten pathogenen Stress hin. Nach der Auffassung unserer Forschungsgruppe an der Charité in Berlin ergibt sich dieser soziale Stress vor allem aus der Gleichzeitigkeit von sozialer Dichte (im Sinne von Enge) und sozialer Isolation (zum Beispiel als Folge von sozialer Ausschlusserfahrung) (►► Abbildung 1). Soziale Isolation kann mit dem subjektiven Gefühl von Einsamkeit verbunden sein. Wirken beide Subformen von sozialem Stress gleichzeitig auf ein Individuum, zusammen mit dem Gefühl, dem Stress ausgeliefert zu sein und wenig entgegenzusetzen zu können (low environmental mastery), wird diese Mischung pathogen. Häufig geht dies einher mit der Angst vor Statusverlust und existenzieller Bedrohung. Sozialer Stress ist aus Experimenten mit

Abbildung 1 Sozialer Stress in der Stadt entsteht vor allem durch das Zusammenwirken von sozialer Dichte und sozialer Isolation (Abb.: Florian Dengler)



Menschen und Tieren als besonders starker pathogener Einflussfaktor bekannt: Extreme soziale Dichte führt bei vielen Spezies zu Verhaltensänderungen, Reizbarkeit, höherer Krankheitsrate und vorzeitiger Mortalität [11–12]. Soziale Isolation ist einer der am besten beschriebenen negativen Prädiktoren für Gesundheit und erklärt mehr vorzeitige Mortalität als Übergewicht, Alkoholmissbrauch oder mäßiges Rauchen [13–14].

Lederbogen und Kollegen [15] zeigten, dass gesunde Versuchspersonen, gemessen durch funktionelle Kernspintomografie, auf sozialen Stress unterschiedlich reagieren, je nachdem, ob die jeweilige Versuchsperson in einer Großstadt, einer Kleinstadt oder auf dem Lande wohnt bzw. aufgewachsen ist. Sie zeigten, dass die stressabhängige Aktivierung und Konnektivität von Hirnarealen wie der Amygdala und dem zingulären Kortex, welche für die Verarbeitung von Bedrohungsreizen bzw. die Regulation von Emotionen eine Rolle spielen, vom Leben und Aufwachsen in der Stadt beeinflusst werden. Dieselbe Arbeitsgruppe fand auch ein kleineres Volumen im emotionsverarbeitenden dorsolateralen präfrontalen Kortex mit zunehmendem städtischem Aufwachsen [16]. Diese Befunde weisen darauf hin, dass Stadtbewohner im Durchschnitt einem höheren Maß an Stress ausgesetzt sind.

Diese Befunde bedeuten jedoch nicht, dass Stadtleben das Gehirn schädigt, sondern, dass erhöhte Stressexposition in der Stadt mit anderen Risikofaktoren für psychische Erkrankungen – wie zum Beispiel genetischen, sozialen oder persönlichkeits-

bedingten Faktoren – interagiert und erst in der Summe ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen kann. Gut illustrieren lässt sich dies an der Studie von Rapp und Kollegen [17], die zeigte, dass Armut in der Nachbarschaft (jedoch nicht die eigene wirtschaftliche Situation) mit erhöhter psychischer Gesundheitsbelastung bei türkeistämmigen, aber nicht bei deutschstämmigen Menschen in innerstädtischen Bezirken von Berlin (Wedding, Moabit) korrelierte. Die erlebte Armut in der Nachbarschaft führt zu Abstiegsangst als sozialen Stressor und wird dann gesundheitsrelevant, wenn sie auf zusätzliche soziale Stressoren, wie Erfahrungen von Ausschluss, mangelnde Zugehörigkeit oder Akkulturationsstress, trifft.

Gesundheitsfördernde Gestaltung urbaner Räume

Folgen wir der Sozialstresshypothese, so ergeben sich daraus Konsequenzen für Stadtplanung, Gesundheitsforschung sowie für eine Public Mental Health Strategie.

Wir brauchen dringend eine auf die psychische Gesundheit von Stadtbewohnern ausgerichtete Forschung. Insbesondere ist festzustellen, welche Stadtbewohner in besonderem Maße von sozialem Stress betroffen sind und gleichzeitig wenig Kompensationsressourcen haben. Es ist anzunehmen, dass hierzu Menschen mit erhöhtem Risiko für soziale Isolation zählen. Es ist davon auszugehen, dass hierzu Menschen mit Migrationshintergrund und

ihrem erhöhten Risiko für soziale Ausschlusserfahrung gegenüber Mehrheitsgruppen zählen; aber auch ältere Menschen, die ihren Aktionsradius einbüßen, oder allein lebende Menschen, die besonders in Großstädten zu Hause sind. Die Zahl der Einzelhaushalte hat sich im Laufe der Zeit verdoppelt und nimmt mittlerweile den größten Anteil ein, zudem sind 30% der Alleinstehenden von Armut bedroht [18]. Ebenso fehlt ausreichendes Wissen über weitere Stadt-typische Stressoren und deren Relevanz für die Gesundheit. So gehen wir derzeit davon aus, dass physikalische Stressoren besonders dann die psychische Gesundheit beeinträchtigen, wenn sie zu sozialen Stressoren werden. Beispielsweise kann Lärm, wenn er ungehindert in die eigene Wohnung eintritt, Territorialstress erzeugen, der eine Subform von sozialem Stress ist. Auch die Kontrollierbarkeit einer Lärmquelle ist für die psychische Belastung, die von ihr ausgeht, relevant.

Wegweisend für dieses Verständnis war das Experiment der Psychologen Glass und Singer Anfang der 1970er-Jahre. Sie setzten Versuchspersonen lautem Großstadtlärm aus und beobachteten, dass sich ihre Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung deutlich verschlechterte. Sobald die Versuchsleiter ihnen jedoch das Gefühl vermittelten, den Lärm jederzeit abstellen zu können, verbesserte sich ihre Leistung deutlich, auch wenn sie den Lärm gar nicht wirklich abstellten [19].

Für die Stadtplanung folgen aus den bisherigen Überlegungen, dass die Erfahrung von unkontrollierbarer Dichte für den Einzelnen begrenzt werden sollte. Dies ist gerade angesichts von Verdichtungsmaßnahmen in nahezu allen Großstädten wesentlich. Dichte per se ist dabei nicht notwendigerweise problematisch, die Kompaktheit der Stadt gehört zu ihren Qualitäten. Es ist vielmehr die Unkontrollierbarkeit einer Dichteerfahrung zu vermeiden. Gleichzeitig ist es wichtig, das Risiko für soziale Isolation zu minimieren, ganz besonders für Menschen, die einem erhöhten Risiko für Isolationserfahrung ausgesetzt sind. Hierzu gehört ganz besonders die Verfügbarkeit von öffentlichem Raum (Plätze, Parks, Wege), der für soziale Interaktion und die Entwicklung von sozialer Kohäsion im städtischen Umfeld sorgt. Entscheidend scheint dabei, dass Menschen stimuliert werden, den öffentlichen Raum zu nutzen. Das bedeutet, dass Wohngebieten eine möglichst alters- und kultursensible Stimulation bieten, die die Bewohner veranlassen, den öffentlichen Raum zu betreten. Eine besondere Rolle spielen da-

bei urbane Grünflächen. Die Zugänglichkeit zu Grünflächen in Städten wirkt sich positiv auf die psychische Gesundheit von Stadtbewohnern aus [20]. Grünflächen werden auch mit einer niedrigeren Depressionsrate assoziiert [21]. Jüngst wurde gezeigt, dass ein 20- bis 30-minütiger Aufenthalt in einer städtischen Grünfläche die Ausschüttung von Stresshormonen reduziert [22]. Kinder, die mit Zugang zu einer Grünfläche aufwachsen haben ein geringeres Risiko für psychische Erkrankungen später im Erwachsenenalter [23]. In der Metropolregion Baltimore schätzten Bewohner in Umfragen den sozialen Zusammenhalt ihrer Nachbarschaft stärker ein, wenn die Straßen in ihrer Umgebung einen dichteren Baumbestand hatten; U.a. motivieren Grünflächen deren Anwohner, selbst vor die Tür zu gehen und sich zu bewegen [24].

Es darf nicht zum langsamen Zerfall der urbanen Gesellschaft kommen, wie etwa in manchen gentrifizierten Gebieten, in denen einzelne Bewohnergruppen gar nicht mehr miteinander in Kontakt kommen. Eine Stadt benötigt Möglichkeiten für den sozialen Austausch. Dazu gehören genug öffentliche Plätze. Das sind Orte, an denen sozialer Zusammenhalt entsteht und die sozialer Isolation entgegenwirken. Auch Grünflächen gehören dazu. Sie wirken im Gehirn Stress entgegen und schützen unsere psychische Gesundheit. Auch Kultureinrichtungen sind gut für die psychische Gesundheit. Sie befördern soziale Kohäsion. Jedes Theater hat damit einen Public Health Auftrag. Eine gesunde Stadt braucht bezahlbare Kulturangebote, ausreichend öffentliche Plätze und Grünflächen und ein Straßenbild, das dazu stimuliert, vor die eigene Haustür zu treten. Dazu gehört ein breites Angebot an Läden, Restaurants und Cafés mit eigenem Charakter in Fußlaufweite – und nicht nur die immer gleichen großen Ketten, die in jeder Stadt zu finden sind. Es bedarf dazu einer Stadtplanung, die architektonische Vielfalt fördert und zusammen mit der Raumplanung ein schlüssiges Mobilitätskonzept entwirft und integriert.

Zusammenfassend: Angesichts des höheren psychischen Erkrankungsrisikos für Stadtbewohner und angesichts der voranschreitenden Urbanisierung benötigen wir dringend eine Public Mental Health Strategie für unsere Städte. Hierzu haben wir in Berlin eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe gegründet, die aus Neuropsychiatern, Psychiatern, Psychologen, Architekten, Stadtplanern, Soziologen und Philosophen besteht und sich gemeinsam einer neuen Disziplin – der „Neourbanistik“ – widmet. In unserer diesjährig verfassten „Charta der Neourbanistik“ (www.neourbanistik.de) stehen unsere gemein-

sam verfassten Empfehlungen zur Gestaltung gesunder und resilienzfördernder Städte.

„Städte sind unsere kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Zentren. Großstädte sind zudem Motoren der Innovation und Integration. Die beschleunigte Veränderung unseres urbanen Zusammenlebens lässt neue Herausforderungen für die Lebensqualität und psychische Gesundheit der Menschen entstehen. Mit der Neurourbanistik beschreiten wir als Zusammenschluss von Neurowissenschaftlern, Stadtforschern und Architekten einen neuen interdisziplinären Weg, um die Voraussetzungen für psychische Gesundheit in der Stadt zu erforschen.“

Auszug aus der Charta der Neurourbanistik (www.neurourbanistik.de)

Literatur

1. ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators, Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, ... & Gasquet I. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project. *Acta Neurol Scand* 2004; 109, 21–27.
2. Peen J, Schoevers RA, Beekman AT, & Dekker J. The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Neurol Scand* 2010; 121(2), 84–93.
3. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 2014; 85 (1), 77–87
4. Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Gen Psychiatr* 2001; 58(11), 1039–1046.
5. Van Os JIM. Does the urban environment cause psychosis?. *BJPsych Int* 2004; 184(4), 287–288.
6. Sundquist K, Frank G, & Sundquist JAN. Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *BJPsych Int* 2004; 184(4), 293–298.
7. DeVlyder JE, Kelleher I, Lalane M, Oh H, Link BG, & Koyanagi A. Association of urbanicity with psychosis in low-and middle-income countries. *JAMA psychiatry* 2018; 75(7), 678–686.
8. Colodro-Conde L, Couvy-Duchesne B, Whitfield JB, Streit F, Gordon S, Kemper KE, ... & Nivard MG. Association between population density and genetic risk for schizophrenia. *JAMA psychiatry* 2018; 75(9), 901–910.
9. Kegler SR, Stone, DM, & Holland KM. Trends in suicide by level of urbanization—United States, 1999–2015. *MMWR. MMWR* 2017; 66(10), 270.
10. Fontanella CA, Hiance-Steelesmith DL, Phillips GS, Bridge JA, Lester N, Sweeney, HA, & Campo JV. Widening rural-urban disparities in youth suicides, United States, 1996-2010. *JAMA pediatrics* 2015; 169(5), 466–473.
11. Alvarado SG, Lenkov K, Williams B, & Fernald RD. Social crowding during development causes changes in GnRH1 DNA methylation. *PLoS one* 2015; 10(10), e0142043.
12. Lin, E.J., et al., Social overcrowding as a chronic stress model that increases adiposity in mice. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 51, 318–330.
13. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 2015; 10, 227–37.
14. Holt-Lunstad J, Smith TB, & Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine* 2010; 7(7), e1000316.
15. Lederbogen, F., Kirsch, P., Haddad, L., Streit, F., Tost, H., Schuch, P., ... & Meyer-Lindenberg A. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature* 2011; 474(7352), 498.
16. Haddad L, Schäfer A, Streit F, Lederbogen F, Grimm O, Wüst S, ... & Meyer-Lindenberg A. Brain structure correlates of urban upbringing, an environmental risk factor for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2014; 41(1), 115–122.
17. Rapp MA, Kluge U, Penka S, Vardar A, Aichberger MC, Mundt AP, ... & Heinz A. When local poverty is more important than your income: mental health in minorities in inner cities. *World Psychiatry* 2015; 14(2), 249–250.
18. Statistisches Bundesamt. Alleinlebende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2011.
19. Glass DC, Singer JE. Behavioral aftereffects of unpredictable and uncontrollable aversive events. *Am Sci* 1972; 60, 457–65
20. Pope D, Tisdall R, Middleton J, Verma A, Van Ameijden E, Birt C, ... & Bruce NG. Quality of and access to green space in relation to psychological distress: results from a population-based cross-sectional study as part of the EURO-URHIS 2 project. *Eur J Public Health* 2015; 28(1), 35–38.
21. Cohen-Cline H, Turkheimer E, & Duncan GE. Access to green space, physical activity and mental health: a twin study. *J Epidemiol Community Health* 2015; 69(6), 523–529.
22. Hunter MR. Urban nature experiences reduce stress in the context of daily life based on salivary biomarkers. *Front Psychol* 2019; 10, 722.
23. Engemann K, Pedersen CB, Arge L, Tsirogiannis C, Mortensen PB, & Svenning JC. Residential green space in childhood is associated with lower risk of psychiatric disorders from adolescence into adulthood. *Proc Nat Acad Sci* 2019; 116(11), 5188–5193.
24. Holtan MT, Dieterlen SL, & Sullivan WC. Social life under cover: tree canopy and social capital in Baltimore, Maryland. *Environ Behav* 2015; 47(5), 502–525.



PD Dr. Mazda Adli

Mazda Adli ist Leiter des Forschungsbereichs Affektive Störungen an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, und Chefarzt der Fliedner Klinik Berlin. Er widmet seine Forschung und sein persönliches Engagement den Strategien zur Behandlung therapieresistenter Depression und bipolarer Störung. Des Weiteren untersucht Mazda Adli die Modulatoren individueller Stressvulnerabilität mit dem Ziel, effektive Präventionsstrategien für stressbezogene Krankheiten zu entwickeln. Im Jahr 2015 initiierte er das Interdisziplinäre Forum Neurourbanistik, das den Einfluss von Stadtleben auf die psychische Gesundheit ihrer Bewohner erforscht. 2018 wurde das Projekt als „Ausgezeichneter Ort“ im Innovationswettbewerb „Deutschland – Land der Ideen“ geehrt.

Emotionale Arbeitsanforderungen und psychische Gesundheit

Gabriele Buruck¹ und Marlen Melzer²

¹ Westsächsische Hochschule Zwickau

² Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dresden

Der allgemeine Strukturwandel hin zur Dienstleistungsgesellschaft bewirkt, dass inzwischen über 74% aller Arbeitsplätze in Deutschland im tertiären Sektor zu finden sind [1]. In diesen Berufen ergeben sich aus dem Kernmerkmal der Arbeitsaufgaben – der sozialen Interaktion mit anderen Menschen – vielfältige emotionale Arbeitsanforderungen an die Beschäftigten. Der nachfolgende Beitrag fokussiert die Emotionsarbeit als einen Bestandteil der Interaktionsarbeit. Davon ausgehend werden zunächst Kompetenzen der Emotionsregulation thematisiert. Anschließend wird ein aktuelles wissenschaftliches Modell vorgestellt, welches Emotionsarbeit und Emotionsregulation zusammenführt. Wirksame Interventionen zum Umgang mit emotionalen Arbeitsanforderungen werden im letzten Teil des Kapitels skizziert und hinsichtlich ihrer Potenziale und Grenzen diskutiert.

Emotionsarbeit – Integration von Emotionen in Arbeitshandeln

Von Menschen in Dienstleistungsberufen wird viel erwartet. Sie sollen mit Kundinnen und Kunden zuvorkommend, mit Patientinnen und Patienten einfühlsam oder mit Bürgerinnen und Bürgern höflich umgehen. Unabhängig von ihrem tatsächlichen Gefühlszustand sollen sie nach außen hin zuversichtlich wirken und Ruhe ausstrahlen. All diese Arbeitsanforderungen haben die Gemeinsamkeit, dass sie direkt oder indirekt eine Interaktion mit dem Gegenüber erfordern. Der Soziologe Fritz Böhle hat mit seinen Forschungsarbeiten zum integrierten Konzept der Interaktionsarbeit [2, 3] einen wesentlichen Beitrag geleistet. Gehört eine Regulation der eigenen Emotionen zu den beruflichen Anforderungen, spricht man von *Emotionsarbeit* [4, 5]. Die Soziologin Arlie Hochschild setzte sich als erste systematisch mit dem Konzept der Emotionsarbeit auseinander und gilt als dessen Begründerin. 1983 ver-

öffentlichte sie hierzu ihr Buch „The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling“ („Das gekaufte Herz – Die Kommerzialisierung der Gefühle“), welches fortan wegweisend für die weitere Forschung auf diesem Gebiet sein sollte [6]. Hochschild [6] definiert darin Emotionsarbeit: „... als das Regulieren der eigenen Emotionen, um dem Interaktionspartner gegenüber bestimmte Gefühle darzustellen, die durch explizite Regeln oder Erwartungen des Arbeitgebers vorgegeben werden“. Der Arbeitspsychologe Winfried Hacker [7] fasst den Begriff in der emotionsintegrierenden Handlungsregulation weiter und definiert Emotions-„Arbeit“ „... als das Einflussnehmen auf die Emotionen anderer bzw. die Einflussnahme auf die eigenen Emotionen ...“ [7; S. 16].

Welche Emotionen in bestimmten Situationen angemessen sind und wie diese ausgedrückt werden sollen, wird von sogenannten *Darstellungsregeln* (*display rules*) festgelegt [5]. Diese konkreten Regeln hinsichtlich des Zeigens oder Verbergens von Gefühlen bei der Arbeit werden vom Berufsstand oder vom Arbeitgeber vorgegeben und sind ein zentraler Bedingungsfaktor von Emotionsarbeit.

Eine weitere wichtige Voraussetzung ist emotionale Dissonanz (Diskrepanz zwischen empfundenen und geforderten bzw. dargestellten Emotionen), da emotionale Dissonanz den Einsatz von Strategien der Emotionsregulation motiviert [8].

Als Strategien der Emotionsregulation wurden bisher überwiegend das *Oberflächenhandeln* (surface Acting – Anpassung eines Emotionsausdrucks) und *Tiefenhandeln* (deep Acting – Verändern des emotionalen Erlebens) mit Bezug auf Indikatoren von Gesundheit wissenschaftlich untersucht [9].

Die Befunde zeigen, dass die Wahl dieser Emotionsregulationsstrategie mitbestimmt, ob Emotionsarbeit ungünstige, keine oder sogar positive Auswirkungen auf die Beschäftigten hat [10]. Grund-

sätzlich kann man zwischen auslöserbezogener Regulation (etwa durch Neu- oder Umbewertung) und reaktionsbezogener Regulation (z.B. durch Unterdrückung des Handlungsimpulses) unterscheiden [11, 12].

- **Auslöserbezogene Strategien** werden angewandt, *bevor* eine bestimmte Emotion eingetreten ist. Das Ziel dieser Strategien besteht darin, Situationen und Gedanken aktiv zu beeinflussen, um eine wirkliche Emotionsveränderung zu bewirken [12, 13]. Konkret können Personen beispielsweise versuchen, bestimmte Situationen aktiv aufzusuchen bzw. zu vermeiden oder ihre Aufmerksamkeit bewusst weg von negativen und hin zu positiven Gedanken zu lenken.
- **Reaktionsbezogene Strategien** kommen zum Einsatz, *nachdem* sich die Emotion bereits herausgebildet hat [12]. Sie zielen darauf ab, die sichtbare emotionale Reaktion (d.h. den Emotionsausdruck) mit dem vorgegebenen Emotionsausdruck in Einklang zu bringen. Die eigenen Emotionen können dabei unterdrückt, intensiviert oder aber gänzlich vorgespielt werden [4].

In **»»** Tabelle 1 sind ausgewählte wissenschaftliche Befunde zu Beziehungen zwischen Emotionsarbeit und Gesundheit zusammengefasst [9, 14, 15]. Diese zeigen u. a., dass das Vorhandensein von Darstellungsregeln (display rules) mit erhöhter emotionaler Erschöpfung einhergeht. Gleiches gilt für emotionale Dissonanz. Diese steht darüber hinaus in Zusammenhang mit stärkerer Depersonalisation, weniger gut ausgeprägtem mentalem und körperlichem Befinden sowie geringerer Arbeitszufriedenheit.

Außerdem existiert gesichertes Wissen dazu, dass *Oberflächenhandeln* (surface Acting - Anpassung eines Emotionsausdrucks) mit hoher emotionaler Erschöpfung, Schlafproblemen, erhöhtem Alkoholkonsum und gestörter Work-Life-Balance einhergeht [14, 15].

Für alle aufgeführten Studien konnte bislang allerdings die Frage der Kausalität hinsichtlich Auswirkungen der genannten Aspekte von Emotionsarbeit auf Gesundheit nicht eindeutig beantwortet werden [9].

Kompetenzen zur Emotionsregulation

Mit Bezug auf die Regulation der eigenen Emotionen bzw. die Einflussnahme auf Emotionen Anderer werden in der Wissenschaft u. a. drei Kernkompetenzen unterschieden [16]: Das *Erkennen*, das *Verstehen* und das *Regulieren von Emotionen*. Diese Kompetenzen können für Beschäftigte im Dienstleistungsbereich für die Bewältigung ihrer Arbeitsaufgaben sehr gesundheitsförderlich sein.

Studien zu kausalen Zusammenhängen zwischen Emotionsregulationskompetenzen und Indikatoren psychischer Gesundheit zeigen, dass geringe Ausprägungen dieser Kompetenzen psychische Erkrankungen (Angst und Depressionen, Suchterkrankungen) wesentlich mitverursachen können [17, 18]. Gezeigt werden konnte ebenfalls, dass sich die Verbesserungen emotionaler Kompetenzen positiv auf die psychische Gesundheit auswirken können [19–22]. Damit sind Interventionen, welche die Bewältigung von Emotionsarbeit fördern, ein wichtiger Gestaltungsansatz der Verhaltensprävention. Später wird hierauf detaillierter eingegangen. Dass das Lebensalter im Umgang mit Emotionen eine wesentliche Rolle spielt, hat die Emotionsforschung der letzten Jahre anhand vieler Studien zeigen können (siehe dazu Exkurs: Kompetenzen zur Emotionsregulation und Alter). Zahlreiche empirische Belege lassen darauf schließen, dass die emotionalen Kompetenzen mit dem Alter zunehmen und somit eine potenzielle Stärke älterer Beschäftigter sind.

Tabelle 1 Ausgewählte Befunde zum Zusammenhang von Emotionsarbeit und Gesundheit

Aspekte von Emotionsarbeit	Gesundheit	Evidenz
Darstellungsregeln (display rules)	erhöhte emotionale Erschöpfung	+
emotionale Dissonanz	erhöhte emotionale Erschöpfung	++
	stärkere Depersonalisation	++
	ungünstig ausgeprägtes mentales und körperliches Befinden	+
	niedrige Arbeitszufriedenheit	+

Anmerkungen: + kleine Effekte, ++ mittlere Effekte

Exkurs: Kompetenzen zur Emotionsregulation und Alter

In einem systematischen Review fanden Doerwald und Kollegen [23] in 194 systematischen Reviews und einer Metaanalyse heraus, dass ältere Menschen häufiger adaptive (d.h. geeignete/hilfreiche) Regulierungsstrategien (v.a. Tiefenhandeln/deep acting/DA) anwenden. Erklärt wird diese Auswahl mit dem Wunsch älterer Menschen, das Auftreten negativer Emotionen zu verringern, und positive Emotionen zu erhalten [24]. Zukunftsorientierte Ziele, die zumeist mit Anstrengung und negativen Emotionen einhergehen, rücken bei dieser Personengruppe in den Hintergrund. Dem Erleben gegenwartsbezogener, positiver Emotionsinhalte wird Priorität eingeräumt. Die individuell angenommene Lebenszeit lässt ältere Menschen dann eher auslöserbezogene Strategien und weniger reaktionsbezogene Strategien nutzen [25]. Insgesamt deuten viele Studienergebnisse darauf hin, dass höhere emotionale Kompetenzen und höheres Wohlbefinden mit einem höheren Lebensalter erklärt werden können [26, 27].

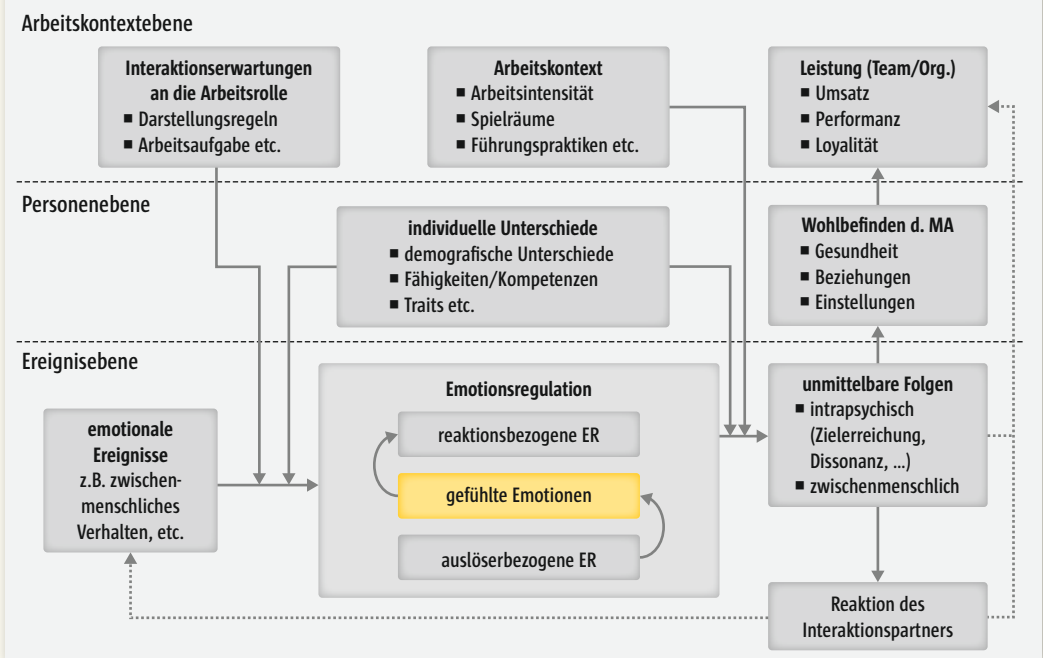
Integration von Emotionsarbeit und Emotionsregulation

Ein wissenschaftliches Modell, welches Emotionsarbeit und Emotionsregulation integrativ betrachtet, hat die Psychologin Alicia Grandey entwickelt [4, 28]. Sie unterscheidet darin zwischen drei Ebenen, die für das Verständnis von Emotionsarbeit bzw. -regulation relevant sind: den Arbeitskontext, die Ebene der Personen sowie die Ebene der Ereignisse (»»» Abbildung 1).

Das Modell geht davon aus, dass emotionale Ereignisse Beschäftigte dazu veranlassen, ihre Gefühle zu regulieren (Ereignisebene). Diese Emotionsregulation hat unmittelbare intrapsychische und zwischenmenschliche Folgen. Mittelbar nehmen diese Einfluss auf das individuelle Wohlbefinden. Sie machen sich also auf der Personenebene bemerkbar und beeinflussen damit indirekt auch die Team- oder Unternehmensleistung auf der Arbeitskontextebene.

Die Beziehung zwischen auslösenden Ereignissen, Emotionsregulationsprozess und Konsequenzen dieses Prozesses wird durch weitere Faktoren beeinflusst, die wiederum unterschiedlichen Ebenen

Abbildung 1 Modell der Emotionsarbeit nach Grandey und Melloy [2017, S. 41]. Org. = Organisation; MA = Mitarbeiter, ER = Emotionsregulation (© deutsche Übersetzung, [29], S. 14)



zugeordnet sind. Zum Beispiel beeinflussen individuelle Unterschiede auf der Personenebene, welche Emotionsregulationsstrategien angewandt werden und wie sich der Prozess der Emotionsregulation im Anschluss daran auf der Ereignisebene auswirkt. Eine weitere Faktorengruppe sind die Merkmale des Arbeitskontextes (Arbeitskontextebene). Diese haben Einfluss auf die unmittelbaren Folgen der Emotionsregulation, welche sich wiederum auf Wohlbefinden (Personenebene) und Leistung (Arbeitskontextebene) auswirken. Aber auch die Reaktion des Interaktionspartners stellt einen wichtigen Einflussfaktor dar.

Für die Praxis ergeben sich daraus konkrete Ansatzpunkte möglicher Interventionsmaßnahmen, um Emotionsarbeit gesundheitsfördernd zu gestalten.

Maßnahmen zur Gestaltung von Arbeit mit emotionalen Anforderungen

Die *menschengerechte Gestaltung der Arbeit* ist im Arbeitsschutzgesetz als grundsätzliches Gestaltungsziel des Arbeitsschutzes definiert [30]. Diesem Gesetz zufolge sollte die Gestaltung dabei zunächst an den Arbeitsbedingungen ansetzen. Ziel ist es hier, schädigende Bedingungen zu vermeiden bzw. zu vermindern und gesundheitsfördernde Bedingungen zu stärken.

Grundsätzlich stellt Emotionsarbeit meistens eine Gefährdung für Beschäftigte dar, wobei entscheidend ist, in welcher Intensität und Dauer sie auftritt. Im Sinne der menschengerechten Gestaltung von Emotionsarbeit werden drei Lösungsansätze angeboten [9]:

1. Direkte Gestaltung der emotionsauslösenden Situation durch Gestaltung des Arbeitskontextes

Sie sollte im Kern darin bestehen, Empfängerinnen und Empfänger von Dienstleistungen – also beispielsweise Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten oder Kundinnen und Kunden – vonseiten der Organisation aktiv für die Gestaltung eines positiven, respektvollen Miteinanders in der Dienstleistungsbeziehung mitverantwortlich zu machen. Dies kann beispielsweise durch einfache Hinweisschilder erfolgen, die auf aktuelle Störungen (beispielsweise bei der Bahn) oder besondere Umstände (wie etwa aktuellen ungeplanten Personalengpass oder Einarbeitungsphasen von Beschäftigten) aufmerksam machen und damit ein Verständnis für die Situation erzeugen sollen. Sofern dieser Prozess erfolgreich ist, sollte das Auf-

treten emotional belastender Situationen für die Dienstleistenden weniger wahrscheinlich sein.

2. Indirekte Gestaltung der emotionsauslösenden Situation durch Gestaltung des Arbeitskontextes

Ziel dieses Ansatzes ist es, die Dauer, die eine Person emotionalen Arbeitsanforderungen ausgesetzt ist, zu reduzieren. So kann es bei Tätigkeiten mit häufigen kritischen Kundeninteraktionen (z.B. Reklamation, Störungs-Hotline) sinnvoll sein, die Häufigkeit und Dauer der Interaktionen mit Klientinnen bzw. Klienten – organisational zu begrenzen. Hierzu eignen sich u.a. geplante Tätigkeitswechsel (Job Rotation), aber auch Pausen und Erholungszeiten während der Arbeit. Letztere sollten dann Aktivitäten beinhalten, die wenig Emotions- bzw. Selbstregulation erfordern [31].

3. Aktivierung von Lernprozessen durch langfristige Kompetenzentwicklung

Die aktualisierte Version der DIN EN ISO 10075-1: 2018-01 [32] definiert als eine langfristige Folge von gut gestalteter Arbeit die Kompetenzentwicklung. Diese kann vor allem durch zielgruppenspezifische Trainings gefördert werden.

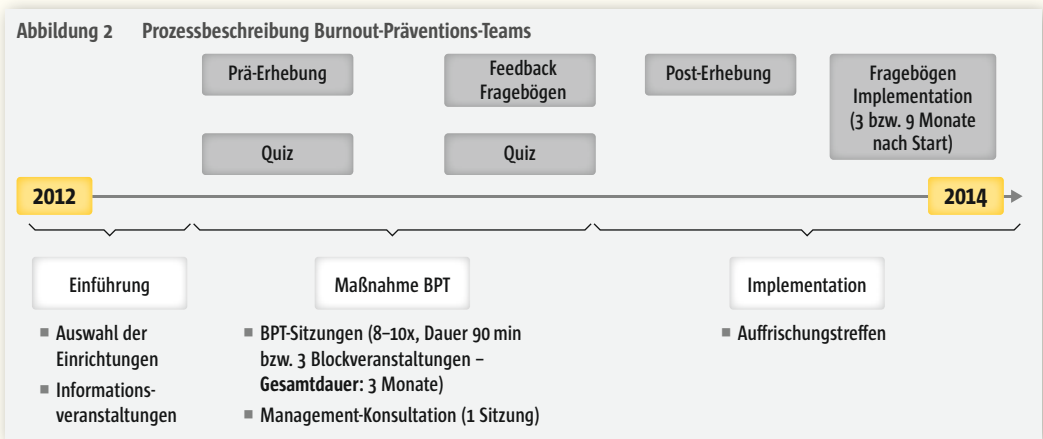
Schölln und Scholz [9] finden in den meisten Studien ihres Scoping-Reviews Gestaltungsempfehlungen zu *Oberflächenhandeln* (surface Acting) und *Tiefenhandeln* (deep Acting). Insgesamt kann aber festgestellt werden, dass den Autorinnen keine Interventionen bekannt sind, welche direkt Emotionsarbeit thematisieren.

Die folgenden beiden Kapitel sollen deshalb beispielhaft zwei erfolgreiche Interventionen zur indirekten Gesundheitsförderung von Emotionsarbeit beschreiben.

Verhältnisprävention – Praxisbeispiel: Burnout-Präventions-Teams (BPT) [33]

Zur Entwicklung und Umsetzung organisationaler Interventionen eignen sich besonders gut partizipative Kleingruppenverfahren, wie etwa Gesundheits- oder Qualitätsentwicklungszirkel. Da die „Betroffenen“ direkt in den Prozess der Maßnahmenentwicklung eingebunden werden, ist die Wahrscheinlichkeit der Akzeptanz von auf diese Weise entwickelten Maßnahmen hoch. Ein erfolgreiches Praxisbeispiel stellen an dieser Stelle die „Burnout-Präventions-Teams“ (BPT) dar.

Dieses Beispiel wurde von den Autorinnen ausgewählt, da zu verhältnisbezogenen Interventionen der Emotionsarbeit nur Ergebnisse aus Laborexperimenten und Beobachtungsstudien vorliegen – leider jedoch keine Interventionsstudien.



Hierbei handelt es sich um eine standardisierte partizipative Intervention, welche auf dem theoretischen Modell Burnout-Engagement-Kontinuum basiert [34]. In dem Modell werden sechs Aspekte von Arbeit benannt (Arbeitsbelastung, Spielräume, Unterstützung, Anerkennung, Fairness und Werte). Diese sechs Aspekte werden in zehn Modulen anhand von Wissensvermittlung, Problembearbeitung und Lösungsansätzen bearbeitet. Ein Handbuch ergänzt die Arbeit der BPT. Im Rahmen des Forschungsprojektes CURS (Chronischer unspezifischer Rückenschmerz in Altenpflege, gefördert durch eine Krankenkasse) entwickelten neun BPT aller Arbeitsbereiche aus Einrichtungen der stationären Altenpflege in Sachsen (N = 580, ►►► Abbildung 2: Prozessbeschreibung BPT) Maßnahmen für eine gesundheitsfördernde Arbeit.

Die Prozessevaluation der BPT erfolgte auf drei Ebenen:

1. **Reaktion** durch einen Feedbackfragebogen zu Rahmenbedingungen, Zielerreichung und Zufriedenheit
Ergebnis: Unterstützung durch Unternehmensleitung wichtig, 78% der Beschäftigten schätzen ein, dass sie über diverse Kommunikationskanäle über die Inhalte der BPT gut informiert waren.
2. **Lernen** über Wissensquiz zu psychischen Arbeitsmerkmalen und Burnout
Ergebnis: signifikanter Wissenszuwachs
3. **Verhalten** durch einen Implementierungsfragebogen über den Umsetzungsgrad und die Wichtigkeit der entwickelten Maßnahmen
Ergebnis: Umsetzungsgrad der Maßnahmen nach ca. 10 Monaten bei 70%

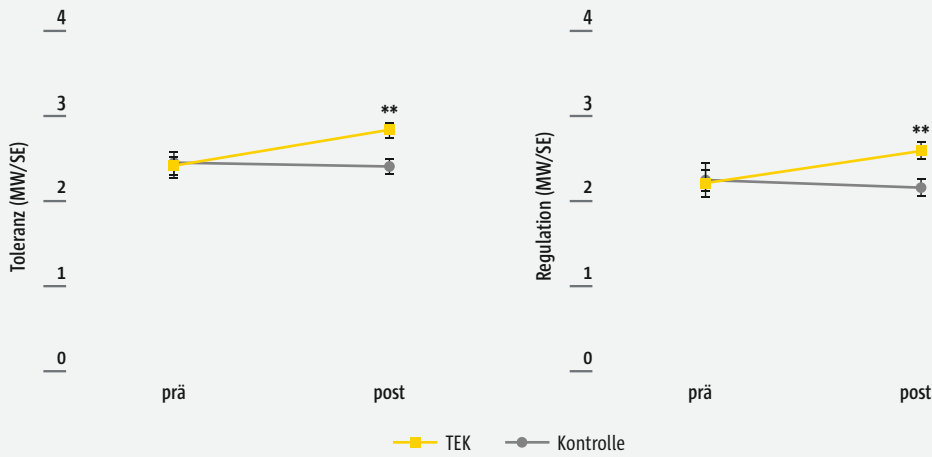
Damit kann der Einsatz der Burnout-Präventions-Teams (BPT) als erfolgreiches Beispiel einer verhältnisbezogenen Intervention eingeordnet werden.

Verhaltensprävention – Praxisbeispiel: Training emotionaler Kompetenzen (TEK) [20, 21]

Für die Bewältigung emotionaler Anforderungen spielen aber auch Einstellungen und Verhaltensweisen von Menschen, welche sich individuell unterscheiden, eine Rolle. Hier liegt der Schwerpunkt bei Maßnahmen zur Veränderung von Verhaltensweisen, welche mit einem gesundheitlichen Risiko verknüpft sind. Diese Maßnahmen orientieren sich stärker an Bewältigungsstrategien im Umgang mit den eigenen Emotionen. Als ein Beispiel für eine wirksame Intervention soll an dieser Stelle kurz auf das Training emotionaler Kompetenzen eingegangen werden. Es handelt sich hierbei um ein standardisiertes Gruppentraining, welches auf dem wissenschaftlichen Modell des konstruktiven Umgangs mit Emotionen basiert [35].

Kernelement ist der konstruktive Umgang mit allen Emotionen, insbesondere solchen Emotionen (wie z.B. Angst, Traurigkeit, Ärger etc.), welche als problematisch eingeschätzt werden. Anhand eines zweistufigen Ansatzes (1. Neurobiologische Ursachen der Stress- und Emotionsentstehung, 2. Kompetenzübungen von sieben Kompetenzen mit Übungsaufgaben) werden die Teilnehmer befähigt, im Umgang mit den eigenen Emotionen situativ angemessener und flexibel möglichst ein großes Repertoire von Regulierungsstrategien anzuwenden. Die Wirksamkeit des TEK wurde in Berufsgruppen, wie z.B. Polizisten, Lehrern oder in der Altenpflege bereits nachgewiesen [19, 20]. In den Ergebnissen zeigen sich signifikante

Abbildung 3 Gruppenvergleiche zwischen Interventionsgruppe (TEK) und Kontrolle für Prä-Post-Erhebung für ausgewählte Kompetenzen (Toleranz/Regulation, N = 65, kontrolliert für Alter und Geschlecht)



Erhöhungen der emotionalen Kompetenzen im Vergleich zu Kontrollgruppen im Prä-Post-Vergleich (»»» Abbildung 3). Außerdem konnten direkte Zusammenhänge der Kompetenzerhöhungen mit der Erhöhung des psychischen Wohlbefindens und der Reduzierung von Burnout nachgewiesen werden.

Die Erhöhung der emotionalen Kompetenzen als personale Ressource kann somit als ein vielversprechender Ansatz in Berufen mit hohen emotionalen Anforderungen konzipiert werden.

Fazit und Ausblick

Um Menschen in Berufen mit emotionalen Arbeitsanforderungen noch besser unterstützen zu können, ist es deshalb wichtig, zu den folgenden Punkten Wissen zu erwerben:

- Für die Emotionsarbeit liegen bislang kaum Studien zum Einsatz wirksamer Interventionen in Dienstleistungsberufen vor.
- Kausale Aussagen zur ursächlichen Auswirkung von Emotionsarbeit auf Gesundheit können aufgrund fehlender Längsschnittstudien zum aktuellen Zeitpunkt nicht getroffen werden.
- Eine theoretische Basis fehlt. Als konzeptionelle Grundlage für weiterführende Untersuchungen zu Emotionsarbeit schlagen die Autorinnen das Modell von Grandey und Melloy [28] vor. Es betrachtet vor allem die Wechselbeziehungen zwischen Arbeitsbedingungen (psychische Belastung), individuellen Unterschieden (Alter und emotio-

nenal Kompetenzen) und emotionalen Ereignissen (z. B. Wach- oder Notfalleinsatz im Rettungsdienst, Früh-, Spät- oder Nachtdienste in der Pflege). Hierfür bieten sich kombinierte Interventionen der Verhältnis- und Verhaltensprävention an.

- Kenntnisse über die Wirkungen aller Faktoren und ihrer Anteile am Erfolg oder Misserfolg von Interventionen sind unverzichtbar [36].
- Die Berücksichtigung gängiger wissenschaftlicher Standards (Theorien, standardisierte wissenschaftliche Verfahren, Prozessevaluation) sollte die Basis von Interventionsstudien zur Emotionsarbeit darstellen [36].

Das momentan bestehende Defizit an Interventionsstudien zu Emotionsarbeit entbindet Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber jedoch nicht davon, emotionalen Arbeitsanforderungen bereits jetzt Aufmerksamkeit zu widmen (vgl. § 3 ArbSchG: Grundpflichten des Arbeitgebers). Hierzu gehört zunächst eine ganzheitliche Analyse der Arbeitsbedingungen [37].

Die berufliche Anforderung, die eigenen Emotionen im Rahmen von Interaktionen mit anderen Menschen regulieren zu müssen, kann zum gesundheitlichen Risiko werden. Der aktuelle wissenschaftliche Forschungsstand lässt erkennen, dass vor allem Längsschnitt- und Interventionsstudien zur Emotionsarbeit dringend notwendig sind. Für die Beschäftigten in Dienstleistungsberufen könnten diese Studien eine langfristige Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen und eine Stärkung ihrer eigenen Ressourcen darstellen.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt, Entwicklung der Erwerbstätigen im tertiären Sektor (Dienstleistungen) in Deutschland in ausgewählten Jahren von 1950–2018. Statista – Das Statistik Portal, 2018. Zugriff am 06.05.2019. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/255725/umfrage/entwicklung-der-erwerbstaetigen-im-tertiaeren-sektor-in-deutschland/>.
2. Böhle, F., and Thorein, A., Interaktionsarbeit arbeitspolitisch gestalten – Anforderungen, Leistungen und Kompetenzen der Beschäftigten (an-)erkennen. Gute Arbeit. Transformation der Arbeit – Ein Blick zurück nach vorn, ed. L. Schröder and H.-J. Urban. 2019, Frankfurt a.M.: Bund Verlag.
3. Böhle, F., and Glaser, J., Arbeit in Interaktion – Interaktion als Arbeit, Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung, ed. B.F.G. J. 2006: Springer Verlag.
4. Grandey, A.A., Emotional regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2000. 5(1): p. 95–110.
5. Zapf, D., Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. Vol. 12. 2002, Netherlands: Elsevier Science. 237–268.
6. Hochschild, A.R., The managed heart: commercialization of human feeling. 20th anniversary ed. 2003, Berkeley, Calif.: University of California Press. xii, 327 p.
7. Hacker, W., Vernetzte Künstliche Intelligenz/Internet der Dinge am regulierten Arbeitsmarkt: Psychische Arbeitsanforderungen, in *Psychologie des Alltagshandelns*, P. Sachse, Editor. 2016, university press: Innsbruck. p. 4–21.
8. Rubino, D., Wilkin, C.L., and Malka, A., Under Pressure: Examining the Mediating Role of Discrete Emotions between Job Conditions and Well-being,, in *The Role of Emotion and Emotion Regulation in Job Stress and Well Being (Research in Occupational Stress and Well-being)*, P.L. Perrewé, C.C. Rosen, and J.R.B. Halbesleben, Editors. 2013, Emerald Publishing: Bingley, UK. p. 195–223.
9. Schöllgen, A.S., *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Emotionsarbeit*. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2016.
10. Hulsheger, U.R., and Schewe, A.F., On the Costs and Benefits of Emotional Labor: A Meta-Analysis of Three Decades of Research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2011. 16(3): p. 361–389.
11. Gross, J.J., Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Pers Soc Psychol*, 1998. 74(1): p. 224–37.
12. Gross, J.J., Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 2002. 39(3): p. 281–91.
13. Nerdinger, F.W., Book Review: *Emotional Labor in the 21st Century*. *Diverse Perspectives on Emotion Regulation at Work*. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 2013. 57(3): p. 154–U60.
14. Grandey, A., and Krannitz, M., *Emotion Regulation at Work and at Home*. *Oxford Handbook of Work and Family*, ed. Tammy D. Allen & Lillian T. Eby. 2019.
15. Grandey, A.A., Melloy, F.M., and Sayre, G.M., When are fakers also drinkers? A self-control view of emotional labor and alcohol consumption among U.S. service workers. *Journal Occupational Health Psychology*, 2019.
16. Coté, S., Gyurak, A., and Levenson, R.W., The ability to regulate emotion is associated with greater well-being, income, and socioeconomic status. *Emotion*, 2010. 10(6): p. 923–33.
17. Berking, M., Wirtz, C.M., Svaldi, J., and Hofmann, S.G., Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behav Res Ther*, 2014. 57C: p. 13–20.
18. Barnow, S., Emotion regulation and psychopathology. An overview. *Psychologische Rundschau*, 2012. 63(2): p. 111–124.
19. Berking, M., Meier, C., and Wuppermann, P., Enhancing emotion-regulation skills in police officers: results of a pilot controlled study. *Behav Ther*, 2010. 41(3): p. 329–39.
20. Buruck, G., Dörfel, D., Kugler, J., and Brom, S.S., Enhancing Well-Being at Work: The Role of Emotion Regulation Skills as Personal Resources. *J Occup Health Psychol*, 2016.
21. Buruck, G., Tomaschek, A., and D. Dörfel, Kompetenzen der Emotionsregulierung als Ressource bei der Bewältigung von psychischen Arbeitsanforderungen und ihre Folgen für psychische Beeinträchtigungen, in 10. Tagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie 2017, Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie der DGPs: Dresden.
22. Buruck, G., and Dörfel, D., Emotionsregulation in der Arbeit am Beispiel Rettungsdienst. iga.report, 2018. 37.
23. Doerwald, F., Scheibe, S., Zacher, H., and van Yperen, N.W., Emotional Competencies Across Adulthood: State of Knowledge and Implications for the Work Context. *Work Aging and Retirement*, 2016. 2(2): p. 159–216.
24. Carstensen, L.L., The Influence of a Sense of Time on Human Development. *Science*, 2006. 312(5782): p. 1913–1915.
25. Scheibe, S., Stawow-Rossnagel, C., and Zacher, H., Links Between Emotional Job Demands and Occupational Well-being: Age Differences Depend on Type of Demand. *Work, Aging and Retirement*, 2015. 1(3): p. 254–265.
26. Scheibe, S., and Zacher, H., A lifespan perspective on emotion regulation, stress, and well-being in the workplace, in *Research in occupational stress and well being*, P.L. Perrewe, C.C. Rosen, and J.R.B. Halbesleben, Editors. 2013, Emerald Group Publishing: Bingley, United Kingdom. p. 163–193, 318, xii.
27. Scheibe, S., Spieler, I., and Kuba, K., An older-age advantage? Emotion regulation and emotional experience after a day of work. *Work, Aging and Retirement*, 2016. 2(3): p. 307–320.
28. Grandey, A.A., and Melloy, R.C., The State of the Heart: Emotional Labor as Emotion Regulation Reviewed and Revised. *J Occup Health Psychol*, 2017.
29. Haitisch, S., Zum Einfluss von Kompetenzen der Emotionsregulation, psychischen Arbeitsmerkmalen und Lebensalter auf die psychische Gesundheit von Pflege- und Rettungskräften, T.U.D. unveröffentlichte Masterarbeit, Editor. 2018.
30. Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit in BGL. I S. 1246. 1996: Federal Republic of Germany.
31. Trougakos, J.P., Jackson, C.L., and Beal, D.J., Service without a smile: comparing the consequences of neutral and positive display rules. *Journal of Applied Psychology*, 2011. 96(2): p. 350–362.

32. DIN EN ISO 10075-1:2018-01 Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung – Teil 1: Allgemeine Aspekte und Konzepte und Begriffe (ISO 10075-1:2017); Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2017. Beuth-Verlag.
33. Buruck, G., Tomaschek, A., and Lütke-Lanfer, S.S., Burnout Prevention Team – Process evaluation of an organization health intervention. *Journal of Public Health*, 2018. 4: p. 1–12.
34. Maslach, C., and Leiter, M.P., Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*, 2008. 93(3): p. 498–512.
35. Berking, M., Training emotionaler Kompetenzen. 4. aktualisierte Auflage. 2017, Berlin, Heidelberg: Springer.
36. Elke, G., Gurt, J., Möltner, H., and Externbring, K., Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung– vergleichende Analyse der Prädiktoren und Moderatoren guter Praxis, B.f.A.u. Arbeitsmedizin, Editor. 2015: Dortmund.
37. (GDA), G.D.A. Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation. 2017.



Prof. Dr. Gabriele Buruck

Gabriele Buruck ist Professorin für Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere Betriebliches Gesundheitsmanagement an der Westsächsischen Hochschule Zwickau. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Psychische Belastungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Burnout-Prävention und Emotionen im Arbeitskontext. Zu diesen Themen hat sie in zahlreichen Buchbeiträgen, Praxiszeitschriften und wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert. Sie ist Mitglied im Editorial Board der Zeitschrift „Gesundheitsförderung und Prävention“.



Dr. Marlen Melzer

Marlen Melzer ist Diplom-Psychologin und bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in der Gruppe 3.6 „Betriebliche Intervention und Transfer“ für den Branchenschwerpunkt Pflege verantwortlich. Aktuell befasst sie sich hier u.a. mit Möglichkeiten und Grenzen digitaler Technologien für die berufliche Pflege sowie mit der Gestaltung der Arbeitsorganisation in unterschiedlichen pflegerischen Settings. Sie leitet gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) das bundesweite Netzwerk „Offensive Gesund Pflegen“.

Teamarbeit, soziale Konflikte und Mobbing

Melanie Holz, Dieter Zapf und Miriam Scheppa-Lahyani
Goethe-Universität, Frankfurt

Teamarbeit und deren Auswirkungen auf psychische Gesundheit und Arbeitsleistungen

In heutigen Unternehmen hat sich das Arbeiten in Teams als eine bedeutsame Form der Organisation von Arbeitsprozessen etabliert [1]. Ob Teamarbeit einen positiven oder negativen Effekt auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsleistung hat, hängt von vielen Faktoren ab. Sowohl Gruppengröße, Dauer der Zusammenarbeit, Heterogenitätsgrad der Gruppe, Leistungsnormen der Gruppe oder Art der Aufgabe als auch Raumgestaltung haben einen Einfluss. Man kann daher nicht ohne weiteres sagen, ob sich Teamarbeit positiv oder negativ auf Arbeitsleistung und Gesundheit auswirkt [2]. Einige wichtige Konzepte sind an dieser Stelle zu nennen.

In den letzten Jahrzehnten wurde die Identifikation der Teammitglieder mit ihrem Team intensiv erforscht. Studien [3] konnten zeigen, dass Personen, die eine hohe Identifikation mit dem eigenen Team aufweisen, stärker bereit sind, sich für das gemeinschaftliche Ziel zu engagieren und sich damit die Produktivität des Einzelnen erhöht. Dieser Zusammenhang kann mit der Social Identity Theory erklärt werden, bei der das Selbst durch die Eigenschaften des Teams definiert wird. Der Erfolg sowie das Scheitern des Teams werden dabei auf die Leistung der eigenen Person übertragen. Zudem erfahren Teammitglieder in hoch identifizierten Teams eine erhöhte soziale Unterstützung sowie mehr positive Emotionen, wodurch sich der wahrgenommene Stress der Teammitglieder verringert und das Wohlbefinden steigt. Eine zu hohe Identifikation bzw. ein zu starkes Wir-Gefühl kann aber auch negative Effekte produzieren, beispielsweise, wenn Gruppen schlechtere Entscheidungen aufgrund von Groupthink treffen (Personen passen sich fälschlicherweise der Meinung der Mehrheit an) oder es aufgrund einer zu großen Teamgröße oder mangelnder Zuordnung der Leistung zu einzelnen Personen zu Soci-

al-Loafing (verringerte Anstrengung des Einzelnen in einer Gruppe) kommen kann.

Ein Konzept mit förderlicher Wirkung ist das Thema Vertrauen in Teams. In einer Metaanalyse [4] zeigte sich, dass ein hohes Vertrauen in Teams überdurchschnittlich positiv mit Teamleistungen zusammenhängt. Dieses Vertrauen wird auch deutlich in Konzepten wie dem Team-Empowerment, bei dem das Team eigene Verantwortung übertragen bekommt. Diese Möglichkeit der Selbstbestimmung des Teams lässt ebenso positive Effekte auf Produktivität und Wohlbefinden erkennen [5].

Ein weiterer neuerer Ansatz ist das Konzept der Team-Achtsamkeit. Das Konzept der Achtsamkeit kann nicht nur auf einer individuellen, sondern auch auf einer gruppenbezogenen Ebene definiert werden. Es beinhaltet ein gemeinsames Bewusstsein bzw. konzentrierte gemeinsame Aufmerksamkeit der Teammitglieder für gegenwärtige Ereignisse und somit eine Loslösung von vergangenen Erfahrungen. Die Forschung konnte zeigen, dass dieser Ansatz mit weniger Konflikten einhergeht und positive Wirkungen auf die Produktivität erkennen lässt [6].

Sofern ein gutes Klima im Team besteht, führt dies dazu, dass durch die soziale Unterstützung des Teams Stress besser abgefangen werden kann. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass die soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte einen positiven Effekt auf Gesundheit und Wohlbefinden hat [7]. Die Möglichkeit, sowohl eine emotionale (z.B. tröstende oder aufbauende Worte) als auch instrumentelle (z.B. Arbeit abnehmen) Unterstützung zu erhalten, puffert Belastungen ab und trägt damit zum Wohlbefinden bei. Insbesondere das Gefühl, Unterstützung erhalten zu können, wenn man diese benötigt, ist dabei von Bedeutung.

Das Erleben und Zeigen von positiven Emotionen ist mit positiven Effekten auf die physische und psychische Gesundheit als auch Produktivität assoziiert [8, 9, 10]. Daher kann ein gut funktionierendes Team

durch das Erleben von positiven emotionalen Episoden (z.B. zusammen lachen) die Gesundheit der Teammitglieder verbessern. Emotionen und Stimmungen sind allgemein ansteckend [11] und daher sind Prozesse und Maßnahmen, die zu positiven Emotionen in einem Team beitragen, grundsätzlich zu empfehlen. Im umgekehrten Fall bedeutet dies, dass das Erleben von ständigen negativen Emotionen, beispielsweise in Form von Dauerkonflikten im Team, mit negativen Konsequenzen für Gesundheit und Arbeitsleistung im Team zusammenhängt.

Konflikte in der Arbeitswelt

Konflikte in der Arbeitswelt sind normaler Bestandteil jeder Organisation und können allgemein als inkompatible Handlungen bzw. Handlungstendenzen von sozialen Einheiten [12] definiert werden. Ein Konflikt ist der Prozess, der beginnt, wenn eine Partei wahrnimmt, dass eine andere Partei etwas, was einen selbst betrifft und wichtig ist, negativ beeinflusst hat oder gerade dabei ist, dies zu tun [13]. Konflikte im Arbeitskontext haben oft ihre eigene Dynamik und Ausprägung. Sie sind beispielsweise oft weniger massiv und offen als im privaten Kontext. Grundsätzlich sind Konflikte allerdings nicht zu vermeiden, daher sollte in einer gesunden Organisation nicht der Ansatz der Konfliktvermeidung, sondern der Konfliktthandhabung bzw. des konstruktiven Konfliktmanagements verfolgt werden. Ein Konflikt kann verschiedene Ausprägungen annehmen. Daher ist es auch von Bedeutung, jeden einzelnen Konflikt näher zu analysieren. Handelt es sich beispielsweise um einen einmaligen Sachverhalt oder einen Dauerkonflikt oder ist es eher ein sach- oder beziehungsbezogener Konflikt? Letztendlich ist jeder Konflikt einzigartig und sollte in seiner

spezifischen Ausprägung betrachtet werden, nachfolgend werden jedoch einige mögliche Typologien abgebildet:

- manifester Konflikt (wird ausgetragen) versus vermiedener Konflikt (wird umgangen)
- einzelnes Konfliktereignis versus Dauerkonflikt
- offener Konflikt (wahrgenommen) versus latenter, subtiler Konflikt (unterschwellig)
- Sachkonflikt versus Beziehungskonflikt
- bilateralen Konflikt versus Mehrparteien- oder Gruppenkonflikt
- symmetrischer Konflikt (gleich starke Parteien) versus asymmetrischer Konflikt (ungleiche Machtverhältnisse)
- echter Konflikt versus verschobener Konflikt (ursprünglich andere Ursache)
- Ziel-, Verantwortungs- und Entscheidungskonflikte versus Interessen-, Rollen- oder Kompetenzkonflikte
- kleine Meinungsverschiedenheiten oder Missverständnisse in der Kommunikation versus eskalierter Konflikt bzw. Mobbing

Konflikte können nicht allgemein als negativ eingestuft werden, sondern sie können neben den negativen auch positive Auswirkungen haben (»» Tabelle 1). Sachbezogene Konflikte können auch mit positiven Effekten einhergehen, da sie beispielsweise dazu beitragen, Schwachstellen zu identifizieren oder Punkte ausführlich zu diskutieren, über die ansonsten oberflächlich hinweggegangen würde [14, 15]. Andere Konfliktarten, beispielsweise eskalierte Konflikte oder Dauer- bzw. Beziehungskonflikte sind dagegen meistens mit negativen Folgen verbunden. So bindet das dauerhafte Erleben von Konflikten Ressourcen bzw. erzeugt Stress, was sich wiederum negativ auf Produktivität und Gesundheit auswirken kann [16].

Tabelle 1 Allgemeine Effekte von Konflikten

Positiv – fördernde Wirkung von Konflikten	Negativ – hemmende Wirkung von Konflikten
neue Ideen – kreative Prozesse – Neuausrichtung	Bindung von Ressourcen
Klärung und Aufdecken von Fehlern und Schwachstellen	Gesundheitsbeeinträchtigung, Erzeugen von Stress (z.B. Fehlzeiten)
Erzeugung von Spannung (z.B. können lustvoll erlebt werden)	Belastung der Zusammenarbeit
Leistungssteigerung (z.B. Ansporn, Wettbewerb)	Leistungsminderung (z.B. innere Kündigung, Demotivation, Sabotage)
Herstellung Handlungsfähigkeit (Weiterentwicklung)	Abnahme Handlungsfähigkeit (Stagnation)

Abbildung 1 Stufen der Konflikteskalation (nach Glasl)



Eskalierte Konflikte und Mobbing – Abgrenzung und Ursachen

Konfliktentstehung und -eskalation

In der Arbeitswelt entstehen Konflikte oft schleichend bzw. beginnen häufig mit subtilen und alltäglichen kleinen Handlungen, die von den beteiligten Personen als unangemessen bzw. verletzend wahrgenommen werden („daily hassles“). Es sind oft Dinge wie kleine Meinungsverschiedenheiten, ein veränderter Umgangston, gehäufte kleine sarkastische, ironische oder abwertende Bemerkungen, weniger Ausdruck positiver Emotionen oder die Verringerung des Kontaktes. Diese einzelnen Erlebnisse sind isoliert betrachtet nicht problematisch, jedoch können diese über die Dauer kumulieren und entsprechend im Verlauf ein Konfliktpotenzial entfalten. Daher ist ein frühzeitiges Thematisieren von Konflikten ein wichtiger Ansatz [17], dem entgegenzuwirken, insbesondere bei langanhaltenden und schwerwiegenden Konflikten. Problematisch an Konflikten im Arbeitskontext ist, dass sie tendenziell eher vermieden und oft eher subtil und nicht offen ausgetragen werden. Ursachen dafür liegen darin, dass Menschen in Arbeitsorganisationen sich in einer anderen Beziehungskonstellation als im privaten Umfeld befinden (z.B. berufliche Abhängigkeiten, mangelnde Einflussmöglichkeiten, der anderen Partei nicht aus dem Weg gehen können). Es bestehen daher oft große Unsicherheiten und Ängste vor Konsequenzen (Furcht vor Verschärfung des Konflikts) und Reaktionen (öffentlicher Imageverlust), sodass Konflikte nicht geklärt werden. Ein weiterer Punkt ist, dass

Zeitdruck und Stress im Arbeitsalltag eine adäquate Austragung verhindert. Dazu kommen oft noch eigene und fremde Verletzlichkeiten und häufig ein Mangel an Lösungs- bzw. Konfliktmanagementstrategien.

Eine Form von mit negativen Konsequenzen verbundenen Konflikten sind sogenannte eskalierte Konflikte. Solche Konflikte unterscheiden sich von „normalen“ Konflikten (z.B. kleinen Meinungsverschiedenheiten oder Missverständnissen in der Kommunikation) dadurch, dass sie im Sinne des Stufenmodells von Glasl auf einer höheren Stufe der Konflikteskalation einzuordnen sind und sich die Fronten sukzessiv verhärtet (»»» Abbildung 1). Konflikte haben in der Regel die Tendenz zum destruktiven Energiepotenzial, da sich kleine Spannungen auswachsen und in eine sogenannte Eskalationsspirale gehen können. Konflikte ab einer kritischen Schwelle verschwinden in der Regel nie von allein. Diese kritische Schwelle ist zwischen Stufe 3 und 4 bzw. zwischen Phase 1 und 2 anzusetzen [18]. In der dritten Eskalationsphase (ab Stufe 7) sind Fronten stark verhärtet, sodass eine einfache Lösung kaum möglich ist und oft nur eine Trennung der Parteien eine sinnvolle Strategie darstellt.

Ein Problem bei fortgeschrittenen Konflikten ist die Zirkularität. Es besteht eine Tendenz, immer der Gegenpartei die Schuld zu geben bzw. das eigene Verhalten als eine Reaktion auf das unangemessene Verhalten der Gegenpartei zu definieren. Im Zustand eines eskalierten Konflikts ist die Ereignisfolge oft nicht objektiv nachvollziehbar. Zudem neigen Menschen in Konfliktsituationen stärker zu einer

verzerrten Wahrnehmung. Ein eskalierter Konflikt ist auch immer eine Stresssituation und stellt somit auch einen Angriff bzw. eine Bedrohung, z.B. auf den eigenen Selbstwert, dar [19]. In diesem Zustand spielen negative Emotionen bzw. Stresshormone eine große Rolle, sodass auch Areale im Gehirn aktiv sind (z.B. limbisches System), die nicht das logische und vernünftige Denken steuern, sondern Menschen auf Flucht oder Kampf vorbereiten. Die Wahrnehmungsfähigkeit und Denk- und Aufmerksamkeitsleistungen sind somit in solchen akuten Konfliktsituationen eingeschränkt (vereinfachtes Denken) und unbewusste Prozesse sind stärker aktiv. Es kommt daher stärker zu Kontrollverlusten bzw. es besteht die Tendenz zu Vorurteilen, Pauschalierungen oder Verallgemeinerungen (Schwarz-Weiß-Denken). Ein drittes Phänomen ist die soziale Ansteckung. In Konfliktsituationen neigen Menschen dazu, andere Personen aus der näheren Umgebung miteinzubeziehen (Verbündete). Sie suchen nach Bestätigung und Bestärkung und wollen Macht und Einfluss ausbauen und das eigene Selbstbild und das Image stärken. Vor diesem Hintergrund kommt es in Konfliktsituationen immer wieder zu Grüppchen- und Cliquenbildung [18]. Gerade bei eskalierten Konflikten bis hin zu Mobbing sind die negativen Folgen auch mit hohen Kosten verbunden [20]. Zu nennen sind Kosten durch eine geringere Produktivität, Kosten durch Kündigungen und Versetzungen und damit verbunden Kosten durch Personalbeschaffung bzw. Einarbeitung neuer Personen, Kosten durch Fehlzeiten, Kosten durch kontraproduktives Verhalten, aber auch Kosten durch Rechtsstreitigkeiten und/oder Kosten bei den „Zuschauern“ (Abnahme der Arbeitsmotivation und Zufriedenheit). Zusätzlich sind ebenso die gesellschaftlichen Kosten (z.B. medizinische Behandlungen, Psychotherapien, Sozialleistungen und Frühverrentungen) zu erwähnen.

Mobbing

Eine besondere Form eines eskalierten Konflikts ist Mobbing. Mobbing kann definiert werden als langandauernder starker Konflikt, der für Betroffene einen extremen sozialen Stressor darstellt [21] und teils dramatische gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringt [22]. Mobbing liegt vor, wenn sich eine Person andauerndem, zielgerichtetem, aggressivem und feindseligem Verhalten von Vorgesetzten, Kollegen oder auch von Untergebenen ausgesetzt sieht [23]. Nach Leymann [24] müssen die beschriebenen Handlungen mindestens einmal pro Woche und mindestens über einen Zeitraum von

einem halben Jahr auftreten, um als Mobbing bezeichnet werden zu können. Ein weiteres Merkmal ist, dass ein ausgeprägtes oder sich entwickelndes Machtungleichgewicht vorliegt, sodass die Mobbingbetroffenen zunehmend in eine unterlegene Position geraten und es somit schwerer wird, sich zu wehren und dem Mobbing aus eigener Kraft ein Ende zu bereiten. Man würde nicht von Mobbing sprechen, wenn es sich um einmalige Vorfälle negativen Sozialverhaltens handelt oder wenn die Konfliktparteien in einem ausgeglichenen Kräfteverhältnis stehen [25]. Mobbingbetroffene reagieren oft mit ausgeprägten psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen: Häufig zu beobachten sind depressive Verstimmungen und psychosomatische Beschwerden. Darüber hinaus können Angststörungen, aber auch aggressive und zwanghafte Verhaltensweisen und Symptome entwickelt werden, die einer posttraumatischen Belastungsstörung ähneln [22]. Die Folgen von Mobbing sind häufig sichtbar in einer Zunahme von Fehlzeiten sowie verminderter Produktivität und Motivation [26].

Ursachen von eskalierenden Konflikten und Mobbing

Hinsichtlich der Ursachen von Konflikten und Mobbing sind drei Perspektiven anzuführen (»» Tabelle 2). Ursachen können sowohl beim Opfer, beim Täter als auch im System bzw. der Organisation liegen [27]. Bei Konflikten und Mobbing ist es häufig ein Zusammenspiel von verschiedenen Ursachen. Es ist schwierig, einen Konflikt oder einen Mobbingfall einfach zu identifizieren. Im Prozess eines Konflikts können Rollen auch wechseln und in einzelnen Phasen Opfer selbst zum Täter werden [28]. Auch Merkmale in der Persönlichkeit spielen teils moderierende Rollen. Es zeigte sich in Studien [29], dass Frauen beispielsweise eher passiveren Formen von psychologischen Angriffen (z.B. Gerüchte oder soziale Isolation) gegenüberstehen und häufiger andere Frauen mobben als Männer. Die höchste pathogene Morbidität wurde zwischen Männern festgestellt. Das Risiko steigt auch im Alterungsprozess und im Falle einer hohen Position und/oder höheren Bildung. Auch die Branche kann einen Einfluss auf die Häufigkeit von Konflikten bzw. Mobbing am Arbeitsplatz haben. So sind Konflikte und Mobbing in Bereichen wie Bildung/Erziehung bzw. Gesundheit und Soziales und im Verwaltungskontext stärker verbreitet [30].

Es bedarf in der Regel einer fundierten Diagnostik, um die Dynamik und die Zusammenhänge von einem Konflikt oder Mobbingprozess zu begreifen. Ein Ansatz zur Analyse sind quantitative

Tabelle 2 Ursachen von eskalierenden Konflikten und Mobbing

Opfer	Täter	System/Organisation
ausgeprägte Pedanterie Rechthaberei/ Rigidität	innerbetrieblicher Konkurrenz- kampf	organisatorische Veränderungen
übermäßige Leistungsorientierung („Streber“)	mangelnde soziale Kompetenz	unklare Ziele/Aufgabenverteilungen
Außenseiter- oder Sündenbockphänomene (anders sein in einer Gruppe)	Machtspiele (Mikropolitischer Ansatz)	schlechte Arbeitsorganisation
mangelnde soziale Kompetenz	fehlende Unterstützung	Überlastungssituationen („hoher Stress“)
mangelnde Konformität	Neid – Rivalität	ungerechte Entscheidungen
geringer Selbstwert	instabiles Selbstkonzept	schlechte Arbeitsbedingungen
hohe Verletzlichkeit	kein Wir-Gefühl	Führungsdefizite
	verletzter Stolz, Rache	Kommunikationsprobleme
	mangelnde Selbstreflexion bzw. Feedback	schlechte Information

standardisierte Verfahren auf Organisations-, Abteilungs- oder Teamebene (z.B. mittels Betriebsklimafragebogen). Quantitative Abfragen auf diesen Ebenen sollten regelmäßig, beispielsweise im Rahmen von Gefährdungsbeurteilungen bzw. Mitarbeiterbefragungen, erfolgen, um mögliche Problemfelder frühzeitig zu identifizieren. Weitere tiefergreifende diagnostische Ansätze bestehen in qualitativen Verfahren. Auf verschiedenen Organisationsebenen können Instrumente wie z.B. Konfliktmanagementworkshops oder Kummerkästen installiert werden. Eine dritte Variante bilden Individualverfahren, bei denen in Form von verschiedenen Arten von Einzelgesprächen, Beobachtungen im Alltag oder im Rahmen von Coaching [31] Ursachen exakter identifiziert werden können.

Ein gesundes Team – Ansätze zur Prävention und Intervention

Rolle des Gesundheitsmanagements und der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Ein gesundes Team bzw. ein positives Konfliktmanagement bedarf einer bestimmten Unternehmens- und Kommunikationskultur [32]. Im Allgemeinen sollten klare Regeln bezüglich des Umgangs miteinander definiert, vermittelt und gelebt werden (z.B. Antimobbing- oder Dienstvereinbarung bzw. Unternehmensleitbild). In den letzten Jahren beschäftigen

sich viele Organisationen mit dem Thema CSR (Corporate Social Responsibility). Es konnte in Studien gezeigt werden, dass dieser Ansatz einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung von Teamklima und Zusammenarbeit leisten kann [33].

In diesem Kontext ist auch von Bedeutung, wie eine Organisation konkret mit Fehlverhalten umgeht. Die Form der Sanktionen bzw. die Reaktion auf unangemessenes Verhalten setzen ein Signal, was entweder eine positive oder negative Wirkung erzeugt (z.B. Willkür versus transparente, einheitliche Verfahren). Ein weiteres Problem in vielen Organisationen ist, dass es oft keine klaren Verordnungen gibt, wie im Falle eines eskalierten Konfliktes oder Mobbing zu handeln ist. Daher sollte ein übergreifendes Konfliktmanagementsystem bestehen, welches die unterschiedlichen Eskalationsstufen nach Glasl berücksichtigt [34]. Zudem sollten professionelle interne geschulte Ansprechpartner (z.B. Vertrauensstellen oder Hauspsychologen) bzw. Anlaufstellen und diverse Hilfsangebote (z.B. Teamentwicklungstage, Supervision oder Coaching) organisiert und bereitgestellt werden. Ein weiterer Ansatz wäre das Entwickeln von sogenannten internen Konfliktberatern (Konfliktlotsen), die in Form von kollegialer Beratung oder Mediation Unterstützung anbieten [35].

Bei sensiblen Themen wie Mobbing oder Konflikten können oder wollen sich beteiligte Personen häufig nicht an ihre direkten Vorgesetzten oder Kollegen

wenden, auch fehlt manchmal das Vertrauen zu der gesamten Organisation. Zudem sind interne Personen oft nicht neutral, da sie selbst Teil des Systems sind. Daher empfiehlt es sich bei schwierigen oder schwerwiegenden Konfliktthemen externe Unterstützung hinzuzuziehen. Sehr verbreitet sind EAP-Programme (Employee Assistance Programs), bei denen eine Organisation mit einem externen Anbieter Rahmenverträge abschließt, sodass Mitglieder der Organisation anonym und extern Hilfe in Anspruch nehmen können.

Präventiv kann die Organisation durch eine gute Arbeitsgestaltung und Optimierung von Arbeitsprozessen Konflikte reduzieren und damit das Klima verbessern. In einer Arbeitsumwelt, in der Ressourcen fehlen und/oder ein hohes Stresslevel besteht, ist das Auftreten von Konflikten und die Entstehung von negativen Teamprozessen wahrscheinlicher [36]. Da Teamarbeit auch etwas mit Persönlichkeitsmerkmalen zu tun hat, sollten bei der Personalauswahl und der Personalentwicklung Merkmale der Persönlichkeit stärker berücksichtigt werden. Diese „softskills“ sollten ebenso fester Bestandteil von sogenannten Kompetenzmodellen sein und in Leistungsbeurteilungssysteme integriert werden. Positive Ansätze zur Prävention bestehen auch darin, Raum und Zeit für gemeinsame positive Aktivitäten und Erlebnisse in Arbeitsteams zu schaffen, sodass positive Beziehungen bzw. Vertrauen und Identifikation aufgebaut werden können [37].

Ansätze zu Prävention und Intervention

- Kultur: klare Regeln für Umgang miteinander
- Konfliktmanagement-System
- interne Anlaufpunkte für Konfliktlösung (z.B. Lotsen)
- externe Unterstützung (z.B. EAP-Programme)
- möglichst konfliktarme Gestaltung von Arbeit und dabei zugrunde liegenden Prozessen
- Schaffung von Raum und Zeit für gemeinsame positive Aktivitäten und Erlebnisse im Arbeitskontext
- Teamfähigkeit als Teil von Personalauswahl und -entwicklung

Rolle der Führungskraft

Führungskräfte nehmen hinsichtlich dieser Thematik eine Schlüsselfunktion ein, da sie durch ihre Vorbildfunktion und die Aufstellung von Regeln und der Gestaltung der Arbeitsorganisation maßgeblich zur Klima- und Konfliktkultur beitragen. Zunächst können Führungskräfte direkt einen Einfluss ausüben, indem sie entweder durch einen konstruktiven Führungsstil positiv auf das Klima einwirken

[38] oder durch einen destruktiven Führungsstil das Klima negativ beeinflussen bzw. maßgeblich zur Entstehung von Konflikten beitragen [39]. Führungskräfte haben aber auch einen indirekten und moderierenden Einfluss, je nachdem wie sie die Rahmenbedingungen gestalten und sich beispielsweise bei Konfliktsituationen verhalten. Führungskräfte tragen eine große Verantwortung, wenn es beispielsweise um die Aufdeckung, Rückmeldung und Bewältigung von Konflikten und Mobbing geht [40]. Die Fehlzeiten in Teams bzw. die Effizienz von Teams wird zu einem hohen Anteil durch die Führungskräfte beeinflusst [41]. Führungskräfte sollten daher für diesen Aspekt ihrer Rolle stärker sensibilisiert und geschult werden. Das Erlernen von Konfliktmanagementstrategien (Wie vermeide ich eskalierte Konflikte im Team bzw. erzeuge ein gutes Klima?) sollte gleichermaßen Standard in jedem Führungstraining sein, wie das Erlernen von konkreten Konfliktlösungsfertigkeiten (Wie spreche ich mein Team oder Einzelpersonen auf Problematiken an bzw. wie löse ich einen Konflikt?). Es gibt Phasen beim Mobbing, bei der aktive problemorientierte Strategien, wie z.B. den Täter auf die Mobbingverhaltensweisen anzusprechen oder sich an den Betriebsrat zu wenden, wenig hilfreich sind, da sich der Täter dadurch zusätzlich provoziert fühlen kann und sich die Situation noch verschlimmert [21]. Entsprechend ist fundiertes Wissen über Phasen und Arten von Konflikten notwendig. Präventiv sollten daher auch regelmäßige Veranstaltungen zur Stärkung von Bewältigungsstrategien für Führungskräfte und das gesamte Team angeboten werden.

Schlüsselfunktion Führung

- Vorbildfunktion
- Aufstellung und Überwachung der Regeln im Umgang miteinander (Stärkung Wir-Gefühl)
- direkter Einfluss durch konstruktiven anstelle von destruktiven Führungsstil
- indirekter Einfluss durch Beeinflussung der Rahmenbedingungen (z.B. Vermeidung von arbeitsorganisatorischen Problemen bzw. Gestaltung eines positiven Betriebsklimas und einer konstruktiven Fehlerkultur)
- moderierender Einfluss in Form von Reaktion bei wahrgenommenen Konflikten/Spannungen (z.B. zu frühes oder zu spätes Eingreifen)
- Kompetenzen im Umgang mit Konflikten (z.B. Wie spreche ich einen Konflikt an?)
- fundiertes Wissen über Arten und Phasen von Konflikten

Literatur

1. Delarue, A., Geert Van Hootehem, S. Procter, Burrigde, M. Teamworking and organizational performance: A review of survey based research. *International Journal Management Revs.*, 2008; 10 (2): 127–48
2. West, M.A. *Effective Teamwork: Practical lessons from organizational Research*. Wiley-Blackwell, 2012
3. Van Dick, R., Haslam, S.A. Stress and well-being in the workplace: Support for key propositions from the social identity approach. In: J. Jetten, C. Haslam, & S.A. Haslam (eds.), *The social cure: Identity, health, and well-being* (pp. 175–194). Hove and New York: Psychology Press, 2012
4. De Jong, B.A., Dirks, K.T., Gillespie, N. Trust and team performance: A meta-analysis of main effects, moderators, and covariates. *Journal of Applied Psychology*, 2016, 101(8), 1134–1150
5. Seibert, S.E., Wang, G., Courtright, S. Antecedents and consequences of psychological and team empowerment in organizations: A meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology*, 2011, 96, 981–1003
6. Yu, L., Zellmer-Bruhn, M. Introducing team mindfulness and considering its safeguard role against conflict transformation and social undermining. *Academy of Management Journal*, 2018, 1, 324–347
7. Frese, M. Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measures. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1999, 4, 179–192
8. Fredrickson, B. L. Positive emotions broaden and build. In P. Devine & A. Plant (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology* (47. Aufl. S. 1–53). Burlington, 2013
9. Howell, R.T., Kern, M.L., Lyubomirsky, S. Health benefits: Meta-analytically determining the impact of wellbeing on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 2007, 1, 83–136
10. Lyubomirsky, S., King, L., Diener, E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 2005, 131, 6, 803–855
11. Barsade, S.G. The ripple effect: Emotional contagion and its influence on group behavior. *Administrative Science Quarterly*, 2002, 47, 644–675
12. Grunwald, W., Redel, W. Soziale Konflikte. In E. Roth (Hrsg.), *Organisationspsychologie, Enzyklopädie der Psychologie, D/III/3*, 529–551. Göttingen: Hogrefe, 1989
13. Thomas, K.W. Conflict and conflict management: reflections and update. *Journal of Organizational Behavior*, 1992, 13, 265–274.
14. De Dreu, C.K.W., Weingart, L.R. Task versus relationship conflict, team performance and team member satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 2003, 88, 741–749
15. De Wit, F.R.C., Greer, L.L., Jehn, K.A. The paradox of intragroup conflict: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 2012, 97, 2, 360–390
16. De Dreu, C.K.W., Beersma, B. Conflict in organizations: Beyond effectiveness and performance. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2005, 14, 2, 105–117
17. Samnani, A. The early stages of workplace bullying and how it becomes prolonged: the role of culture in predicting target responses. *Journal of Business Ethics*, 2013, 113, 1, 119–132
18. Glasl, F. *Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte und Berater* (4. Aufl.). Bern: Haupt, 1999
19. Leary, M.R. Sociometer theory and the pursuit of relational value: Getting to the root of self-esteem. *European Review of Social Psychology*, 2005, 16, 75–111
20. Shallcross, L., Ramay, Sh., Barker, M. Severe workplace conflict: the experience of mobbing. *Negotiation and Conflict Management Research*, 2013, 6, 3, 191–213
21. Knorz, C., Zapf, D. Mobbing – eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 1996, 40, 1, 583, 12–21
22. Mikkelsen, E.G., Hansen, A.M., Persson, R., Fosgrau Byrgesen, M., Høgh, A. Individual consequences of workplace bullying/mobbing. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C.L. Cooper (Hrsg.), *Bullying and harassment in the workplace. Developments in theory, research, and practice* (3. Aufl.). Boca Raton: CRC Press, 2020
23. Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., Cooper, C.L. The concept of bullying and harassment at work: The European tradition. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C.L. Cooper (Hrsg.), *Bullying and harassment in the workplace. Developments in theory, research, and practice* (3. Aufl.). Boca Raton: CRC Press, 2020
24. Leymann, H. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996, 5, 165–184
25. Zapf, D. Mobbing in Organisationen. Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeits- & Organisationspsychologie*, 1999, 43, 1–25
26. Schwickerath, J., Holz, M., Ladwein, S. Evaluation stationärer Verhaltenstherapie von Patienten infolge von Mobbing am Arbeitsplatz. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 2017, 30, 97–113
27. Zapf, D. Organizational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 1999, 20, 70–85
28. Jenkins, M.F., Zapf, D., Winefield, H., Sarris, A. Bullying allegations from the accused bully's perspective. *British Journal of Management*, 2012, 23, 489–501
29. Nolfé, G., Petrella, C., Blasi, F., Zontini, G. Psychopathological dimensions of harassment in the workplace. *International Journal of Mental Health*, 2008, 36, 4, 67–85
30. Zapf, D., Escartin, J., Einarsen, S., Hoel, H., Scheppa-Lahyani, M., Vartia, M. Empirical findings on the prevalence and risk groups of bullying in the workplace. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C.L. Cooper (Hrsg.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (3. Aufl.). Boca Raton: CRC Press, 2020
31. Zapf, D., Beitel, L. Mobbing als Thema im Coaching. In S. Greif, H. Möller & W. Scholl & (Hrsg.) *Handbuch Schlüsselkonzepte im Coaching* (S. 383–390). Berlin: Springer, 2018
32. Cooper-Thomas, H., Gardner, D., O'Driscoll, M., Catley, B., Bentley, T., Trenberth, L. Neutralizing workplace bullying: the buffering effects of contextual factors. *Journal of Managerial Psychology*, 2013, 28, 4, 384–407
33. Vveinhardt, J., Andriukaitiene, R., Vienažindiene, M. Harassment and bullying from the prospect of CSR: Impact on the welfare perceived by employees. *Transformations in Business & Economics*, 2018, 17, 2, 44, 66–85

34. Hoel, H., Einarsen, S. Investigating complaints of bullying and harassment. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C.L. Cooper (Hrsg.), *Bullying and harassment in the workplace. Developments in theory, research, and practice* (3. Aufl.). Boca Raton: CRC Press, 2020
35. Zapf, D., & Vartia, M. Prevention and intervention of workplace bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C.L. Cooper, (Hrsg.). *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (3. Aufl.). Boca Raton: CRC Press, 2020
36. Salin, D., Hoel, H. Organisational causes of workplace bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C.L. Cooper, (Hrsg.). *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (3. Aufl.). Boca Raton: CRC Press, 2020
37. Meyers, M. C., van Woerkom, M., Bakker, A. B. The added value of the positive: a literature review of positive psychology interventions in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2013, 22, 5, 618–632
38. Gilbreath, B., Benson, P.G. The contribution of supervisor behaviour to employee psychological well-being. *Work & Stress*, 2004, 18, 3, 255–266
39. Einarsen, S., Aasland, M.S., Skogstad, A. Destructive leadership behaviour: A definition and a conceptual model. *Leadership Quarterly*, 2007, 18, 207–216
40. Laschinger, H.K.S., Fida, R. A time-lagged analysis of the effect of authentic leadership on workplace bullying, burnout, and occupational turnover intentions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2014, 23, 5, 739–753
41. Ertureten, A., Cemalcilar, Z., Aycan, Z. The relationship of downward mobbing with leadership style and organizational attitudes. *Journal of Business Ethics*, 2013, 116, 1, 205–216



Dr. Melanie Holz

Studium der Psychologie an der Goethe-Universität Frankfurt. Promotion zum Dr. phil. 2006. Seit 1999 selbstständige Beraterin, Coach und Trainerin für zahlreiche Unternehmen und Institutionen im Bereich Human Resources Management mit den Schwerpunkten Stress- und Gesundheitsmanagement, Führung und Personalrekrutierung bzw. Personalauswahl. Von 2001 bis 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin bzw. seit 2008 als Dozentin für den Master-Studiengang bzw. assoziierende und kooperierende Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Arbeits- und Organisationspsychologie an der Goethe-Universität. Seit 2009 Universitätslektorin an der Alpen-Adria-Universität, Klagenfurt, Institut für Unternehmensführung, Abteilung Personal, Führung und Organisation. Seit Herbst 2012 Dozentin für die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung, Berlin, DPTV Campus.



Prof. Dr. Dieter Zapf

Studium der Psychologie und Evangelischen Theologie in Neuendettelsau, Erlangen, Marburg und Berlin. Promotion zum Dr. phil. 1988, FU Berlin, Habilitation 1993 Universität Gießen. Seit 1997 Professor für Arbeits- und Organisationspsychologie sowie Scientific Director, Center for Leadership and Behavior in Organizations (CLBO) an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, außerdem Visiting Professor an der Alliance Manchester Business School, University of Manchester, UK. Zu den Forschungsschwerpunkten der letzten Jahre gehören Arbeit und Gesundheit, stressbezogene Arbeitsanalyse, ältere Mitarbeiter und demografischer Wandel, Mobbing und Konflikte, Emotionsarbeit in Dienstleistungsorganisationen, psychologische Fehlerforschung, Forschungsmethoden.



Miriam Scheppa-Lahyani, M.Sc.-Psych.

Studium der Psychologie mit Schwerpunkt A & O-Psychologie an der Goethe-Universität Frankfurt. Seit 2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für A & O-Psychologie der Goethe-Universität Frankfurt. Forschungsschwerpunkte: Mobbing und Konflikte am Arbeitsplatz. Lehrschwerpunkte: Personalentwicklung und psychologische Statistik. Seit 2018 Personalberaterin (Suche und Auswahl von geeigneten Fach- und Führungskräften).

Organisations- und Personalentwicklung in einer sich wandelnden Arbeitswelt

Karlheinz Sonntag

Arbeits- und Organisationspsychologie Universität Heidelberg

Umfeldbedingungen moderner Arbeit: Digitalisierung und demografischer Wandel

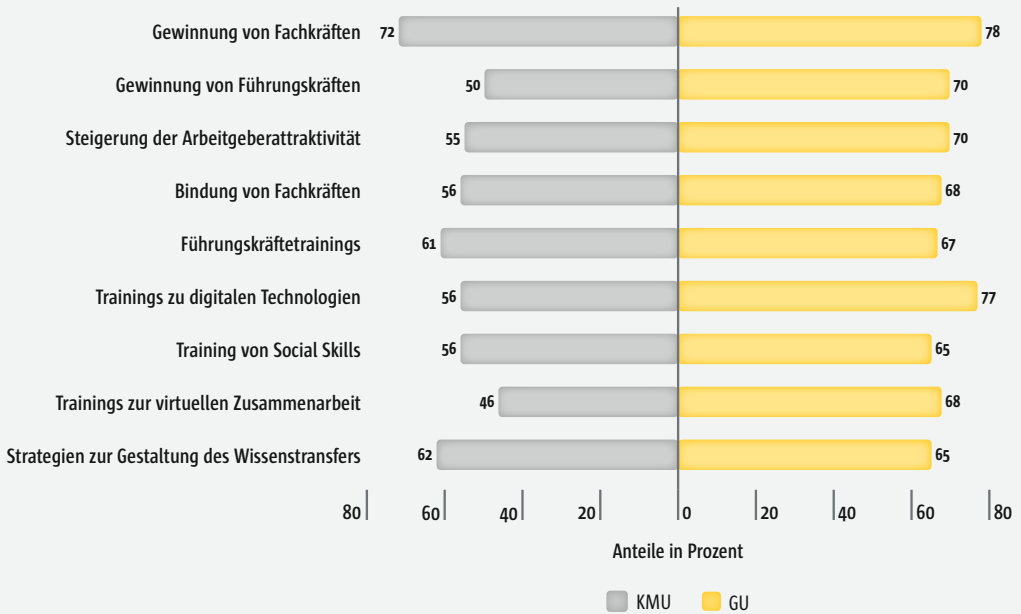
Veränderungen in der Arbeitswelt nehmen zu und haben erhebliche Auswirkungen auf die Organisationen und die in ihnen tätigen Mitglieder. Das klassische Verständnis von Arbeit hinsichtlich Raum, Zeit und Struktur unterliegt einem offenkundigen Wandel: Neue Arbeitsformen zeichnen sich aus durch Flexibilität, flache Hierarchien, häufig wechselnde Arbeitsorte, variable Tätigkeitsmuster, erhöhte Eigenverantwortung sowie eine zunehmende Entgrenzung von Arbeit und Freizeit. Gestützt und gefördert werden diese Entwicklungen durch innovative IT-Anwendungen. Eine konsequente Umsetzung solcher IT-Anwendungen findet sich aktuell in der digitalen Transformation. Treiber in Industrie, Dienstleistung und Verwaltung sind die innovativen IKT-Technologien, wie Cloud-Computing, Big Data, Künstliche Intelligenz, Cyber-physische Systeme, Robotik, Sensorik und deren digitale Vernetzung in Teilsysteme, Prozesse, Geschäftsmodelle und Produkte. Digitale Plattformen gewährleisten darüber hinaus als internetbasierte Foren den unmittelbaren Austausch zwischen Nutzern und Leistungsanbietern. Sie sind die zentralen Orte für den wirtschaftlichen und sozialen Austausch. Der offene Zugang zu den Plattformen ermöglicht den Akteuren die Teilhabe an den Chancen der Digitalisierung.

Der Verbreitungsgrad der digitalen Transformation ist je nach Technologie und Unternehmenstyp unterschiedlich. Im „Wirtschaftsindex Digital 2018“, der im Auftrag des Wirtschaftsministeriums durchgeführt wird und die Befragungsergebnisse von 1.061 Entscheidern in Unternehmen enthält, wird für 2018 ein gestiegener Index-Wert von 54 (von 100; 2015: 49) berechnet; ein hoher Digitalisierungsgrad bei Großunternehmen und ein größeres Digitalisierungstempo bei mittelständischen Unternehmen (gegenüber Groß- und Kleinunternehmen) festgestellt. Die IKT-Branche ist am stärksten digitalisiert,

ein Digitalisierungsschub ist bei den Finanz- und Versicherungsdienstleistern zu verzeichnen [1]. Auch der „D21-Digitalindex 2018/2019“, eine jährliche Telefonbefragung zum Stand der Digitalisierung in der deutschen Bevölkerung, verzeichnet einen gestiegenen Index-Wert (2018: 55 von 100; 2015: 52). Im Nutzerverhalten zieht die ältere Generation nach; bei den Nutzergruppen gibt es aktuell mehr „digitale Vorreiter“ und eine Abnahme bei den „digital Außenstehenden“ [2]. Im „Digitalisierungsindikator 2017“, einem von acatech und BDI [3] beauftragten internationalen Vergleich, belegt Deutschland Platz 17 von 35 ausgewählten Volkswirtschaften. Die Platzierung hat sich im Fünfjahresvergleich zwar verbessert, international ist Deutschland aber immer noch Mittelfeld.

Die Digitalisierung der Arbeitswelt mit ihren erheblichen Veränderungspotenzialen trifft auf einen demografischen Wandel, in dessen Verlauf die Bevölkerung im Erwerbsalter zunehmend schrumpft und altert. Betrug nach Angaben des Statistischen Bundesamts [4] die Zahl der potenziell Erwerbstätigen (20–64 Jahre) 2013 noch ca. 50 Millionen Menschen, werden es 2060 nur noch ca. 38 Millionen Menschen sein. Gleichzeitig ist ein deutlicher Anstieg der Lebenserwartung aufgrund verbesserter medizinischer Versorgung, Ernährung und Wohnsituation sowie verbesserten Arbeitsbedingungen zu erwarten. Der sogenannte Altenquotient – das Verhältnis der älteren Bevölkerung (≥ 65 Jahre) zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20–64 Jahre) – wird sich zwischen 2008 und 2060 nahezu verdoppeln (von 34 zu 100 auf 65 zu 100). Diese Verschiebung der Altersstruktur bewirkt, dass der Bevölkerung im Erwerbsalter immer mehr Ältere gegenüberstehen werden. Durch die aktuellen Migrationsströme schrumpft die Bevölkerung in Deutschland zwar nicht in dem Maße, wie in vorangegangenen Prognosen angenommen – inwieweit dies zu einer Entspannung auf dem Arbeitsmarkt führt, bleibt allerdings abzuwarten.

Abbildung 1 Vorrangige Bedarfe des HR-Managements in der digitalen Transformation [6] (N = 329 Geschäftsführer und Personalverantwortliche). Anmerkung: % umfasst die Ausprägungen trifft eher zu/trifft völlig zu; KMU (N = 221), GU (N = 108)



Die Belegschaften in den Organisationen werden also zukünftig deutlich älter sein. Deren Ressourcen zu erhalten und Potenziale zu nutzen, ist die Konsequenz [5]. Dies gilt insbesondere für Organisationen in der digitalen Transformation.

Bedarfsanalyse als Voraussetzung gelingender digitaler Transformation

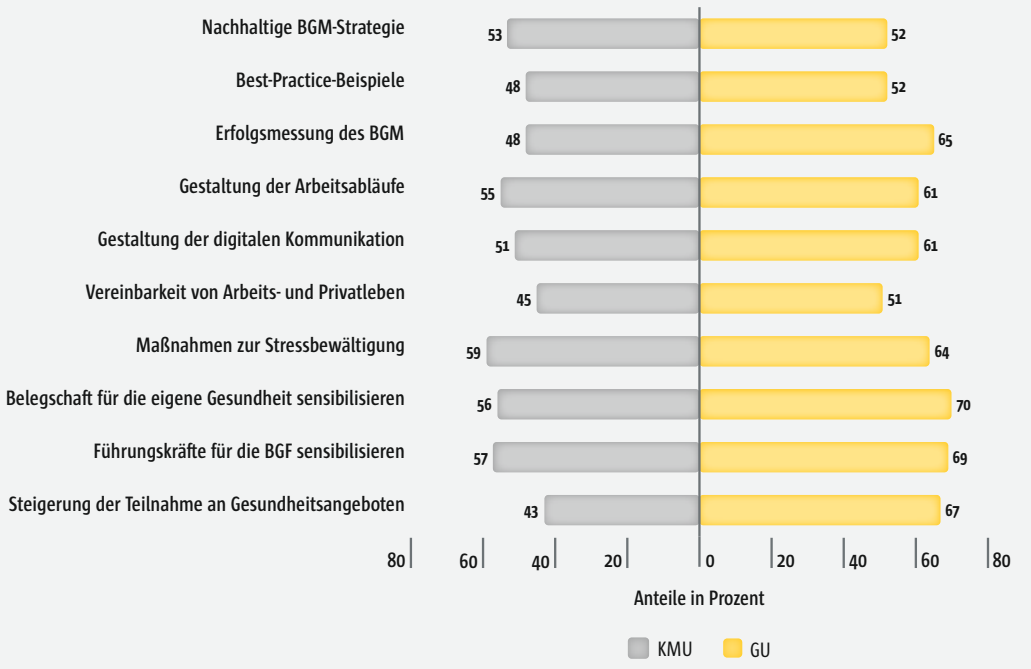
Digitalisierung und demografische Entwicklung führen zu erheblichen qualitativen Veränderungen in der Arbeitswelt. Sollen Komplexität und Veränderungsdynamik für den Menschen bei seiner Arbeitstätigkeit bewältigbar bleiben, ist die Berücksichtigung menschlicher Verhaltensweisen und Denkprozesse sowie motivationaler und emotionaler Zusammenhänge vor diesem Hintergrund unabdingbar. Gefragt ist ein vorausschauendes Management der Ressourcenerhaltung und -förderung der Organisationsmitglieder, bei dem Personalentwicklung, Organisationsgestaltung, Führung und Gesundheitsprävention, abgestimmt auf intelligente technische und organisatorische Lösungen, eine zentrale Rolle spielen.

Basierend auf einer Online-Befragung, an der 329 Geschäftsführer und Personalverantwortliche, größtenteils aus produzierenden und Dienstleistungsunternehmen unterschiedlicher Größe, teilgenommen haben, lässt sich eine Reihe vorrangiger Bedarfe des HR- und Gesundheitsmanagements in der digitalen Transformation thematisieren (»» vgl. Abbildung 1 und 2 und zusammenfassend [6]).

Im HR-Management sind insbesondere die Gewinnung von Fach- und Führungskräften und deren Bindung an das Unternehmen von zentraler Bedeutung, ebenso wie Führungskräftetrainings zur Bewältigung der Veränderungsprozesse und Trainings zu fachlichen (z.B. digitale Technologien), sozialen und kommunikativen Kompetenzen. Auch die Gestaltung des Wissenstransfers (bspw. zwischen Mitgliedern in altersgemischten Teams) und zur Sicherung des Know-hows (Vermeidung des „brain-drain“) wird als vorrangig angesehen.

Bei den Bedarfen des Gesundheitsmanagements sehen die Unternehmensvertreter eine Reihe unterschiedlicher Interventionen, angefangen von der strategischen Ausrichtung eines BGMs, dessen Kosten-Nutzen-Analysen, über Verhältnisinterventionen zur Gestaltung von Arbeitsabläufen und digitaler Kommu-

Abbildung 2 Vorrangige Bedarfe des Gesundheitsmanagements in der digitalen Transformation [6] (N = 329 Geschäftsführer und Personalverantwortliche). Anmerkung: % umfasst die Ausprägungen trifft eher zu/trifft völlig zu; KMU (N = 221), GU (N = 108)



nikation, der Gestaltung von Life-Balance bis hin zu Verhaltensinterventionen, die eine bessere Stressbewältigung und Sensibilisierung der Gesundheitsförderung für die Beschäftigten erreichen sollen.

Zentrale Gestaltungsfelder eines präventiven HR- und Gesundheitsmanagements

Veränderungen bewirken durch transformationale Führung

Organisationale Veränderungsprozesse der digitalen Transformation nehmen an Häufigkeit, Intensität und Folgeschwere zu. Sie betreffen nicht nur Arbeitsprozesse und Arbeitsbedingungen, sondern auch soziale Beziehungen, Technologie-Einsatz und Organisationsstrukturen. Von den Mitgliedern einer Organisation wird eine hohe Veränderungs- und Anpassungsbereitschaft erwartet, um die neuen, teilweise anspruchsvolleren Aufgaben und Anforderungen in der digitalen Transformation zu bewältigen.

Veränderungsprozesse zu planen und zu implementieren, stellt erhebliche Anforderungen an die

betroffenen Fach- und Führungskräfte. Ernüchternde Zahlen über misslungene oder suboptimale Veränderungsprozesse werden in der Literatur berichtet [7]. Auch eine Befragung von 1.150 Führungskräften des Top- und mittleren Managements [8] über eine Reihe von Schwierigkeiten bei Veränderungsprozessen macht dies deutlich. Moniert wird insbesondere, dass

- eine angemessene Bearbeitung aufgrund der Veränderungsdynamik kaum möglich ist,
- Veränderungsprozesse nicht gut aufeinander abgestimmt sind,
- nicht genügend Zeit für die Umsetzung zur Verfügung steht,
- Veränderungsprozesse nicht gut und nicht frühzeitig kommuniziert werden.

Ein erfolgreiches Management von Veränderungsprozessen wird nach Ansicht der Führungskräfte dagegen besonders begünstigt durch

- eine transparente und ehrliche Kommunikation (bspw. hinsichtlich Sinnhaftigkeit und Nachhaltigkeit),

- eine vertrauensvolle Führung und Unterstützung durch Vorgesetzte,
- die partizipative Einbeziehung der Betroffenen in geplante organisationale Veränderungen,
- eine arbeitsinhaltliche Gestaltung (wie bspw. angemessener Handlungsspielraum und bewältigbare Aufgabendichte).

Diese Maßnahmen stellen für die Betroffenen Ressourcen dar, die potenzielle Stressoren bei Veränderungsprozessen abpuffern.

Korrelationsanalysen der Studie zeigten, dass neben dem Wunsch nach Partizipation, Sinnhaftigkeit und Vertrauen in die Führung auch ein erweiterter Handlungsspielraum mit der Veränderungsbereitschaft signifikant zusammenhängt. Wie wichtig Partizipation und Vertrauen für das erfolgreiche Bewältigen von Veränderungsprozessen sind, haben auch internationale Studien [9, 10] überzeugend belegt.

Unternehmen, die in der digitalen Transformation erfolgreich sein wollen, benötigen Führungskräfte, denen es gelingt, organisationale Veränderungen nachhaltig zu implementieren und Innovationen zu entwickeln sowie erfolgreich in den Markt einzuführen. Entsprechend sind Führungskräfte gefordert, ihre Mitarbeiter so zu führen, dass diese die Veränderung akzeptieren und unterstützen bzw. kreative Ideen zur Verbesserung von Prozessen, Produkten und Strukturen entwickeln und umsetzen. Im Rahmen der neueren Führungsforschung wird vor allem die transformationale Führung als ein Ansatz betrachtet, der diesen Anforderungen gerecht werden kann. Im Zentrum der transformationalen Führung stehen vier „I's“: (1) *Idealized Influence*, (2) *Inspirational Motivation*, (3) *Intellectual Stimulation*, (4) *Individualized Consideration* [11]. Beim idealisierten Einfluss geht es darum, dass eine Führungskraft als Vorbild wirkt und so den Mitarbeitern Möglichkeiten zur Identifikation sowie Hilfe zur Orientierung bietet. Die inspirierende Motivation bezieht sich darauf, dass es einer Führungskraft gelingt, ein attraktives Bild der Zukunft zu vermitteln und so die Geführten zu begeistern. Bei der intellektuellen Anregung ermutigt die Führungskraft die Geführten, gegenwärtige Bedingungen und Routinen zu hinterfragen (kritisch reflektieren) und neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Schließlich rundet die individualisierte Behandlung die transformationale Führung ab. Hierbei ist entscheidend, dass sich die Führungskraft bei Aufgabenverteilungen, Feedback oder Unterstützung daran orientiert, welche Bedürfnisse und Fähigkeiten die Geführten mitbringen.

Zahlreiche internationale Studien zur Wirksamkeit transformationaler Führung zeigen deutlich positive Effekte bei Veränderungsbereitschaft, „commitment-to-change“, der Nutzung neuer Technologien, proaktivem Verhalten sowie kreativer Leistungen und Innovationen auf Team- und Organisationsebene [8].

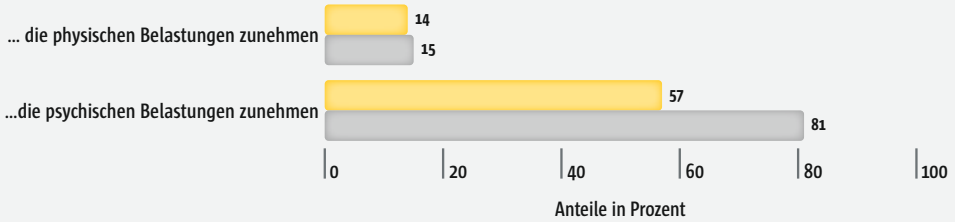
Arbeitsbedingte Belastungen erkennen und potenzielle Stressoren abbauen

Studien zur Auswirkung der digitalen Transformation auf die Beschäftigten konstatieren eine Zunahme psychischer Belastungen am Arbeitsplatz. So berichtet der „Digitalisierungsmonitor“, der im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) [12] in Verbindung mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und dem Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) durchgeführt wurde, u. a. darüber, dass 65% der Befragten (Basis = 7.109 Mitarbeiter) eine Verdichtung der Arbeit wahrnehmen. 78% sehen die Notwendigkeit, sich ständig weiterzuentwickeln. Im BKK Gesundheitsreport 2017 geben mehr als 40% aller Beschäftigten (N = 3.000) an, dass sie durch die Digitalisierung Aufgaben schneller und auch mehrere Aufgaben gleichzeitig erledigen müssen [13]. Jeder Fünfte fühlt sich überlastet bzw. ausgebrannt. Eine Studie der Barmer GEK in Zusammenarbeit mit der Universität St. Gallen [14] stellt bei der Befragung von 8.019 internetnutzenden Berufstätigen fest, dass die Digitalisierung eine zunehmende Komplexität der Arbeitsinhalte, steigende Informationsmenge, mehr Kommunikationsrauschen (z. B. ständiger E-Mail-Verkehr) und höhere technologische Anforderungen mit sich bringt. Die Autoren stellen signifikante Zusammenhänge zwischen Digitalisierung auf der einen und emotionaler Erschöpfung sowie Konflikten zwischen Arbeit und Familie auf der anderen Seite fest. Eine systematische Literaturrecherche [15] nennt nach Auswertung von 41 Studien psychische Belastungen, die aus einer schnellen und unvermittelten Aufgabenkombination, Multi-Tasking und Arbeitsunterbrechungen (z. B. E-Mail-Verkehr, Systemabstürze, technische Probleme) resultieren. Als negative Beanspruchungsfolgen werden Stresserleben, Frustration und eine erhöhte Burn-out-Symptomatik genannt. Auch die bereits erwähnte Studie der Heidelberger Arbeitspsychologen [6] zeigt interessante Befunde zu arbeitsbedingten Belastungen (III Abbildung 3).

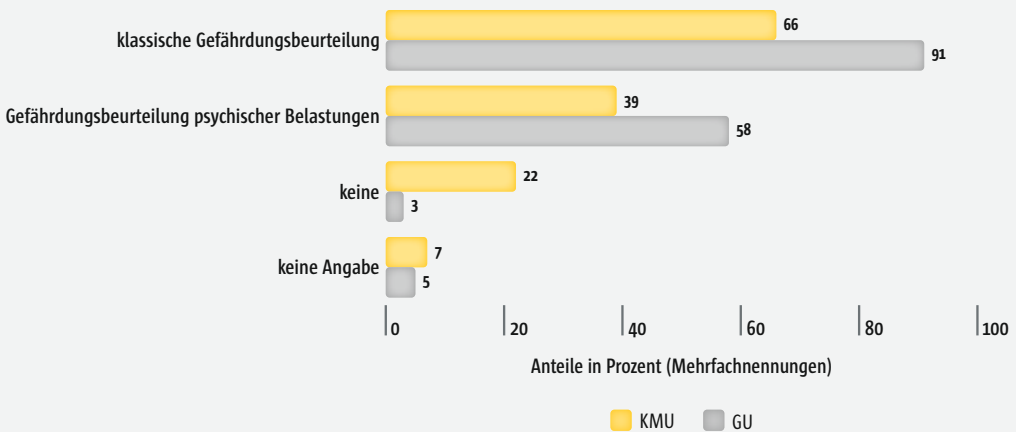
Deutlich wird von den Befragten das Statement präferiert, dass psychische Belastungen zunehmen (81% bei Großunternehmen; 57% bei KMU) und

Abbildung 3 Auftreten von Belastungen bei der digitalen Transformation und Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen [6] (N = 329 Geschäftsführer und Personalverantwortliche)

Vor dem Hintergrund der digitalen Transformation werden in unserem Unternehmen



Durchführung der Gefährdungsbeurteilung



physische Belastungen deutlich geringer ausgeprägt sind. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang das Ergebnis der Befragung zur Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen, die selbst bei der klassischen Gefährdungsbeurteilung (physische und physikalische Umgebungsbedingungen) nur bei 66% in den Unternehmen der KMU-Vertreter durchgeführt werden. Trotz der Spezifizierung des Arbeitsschutzgesetzes im Jahr 2013 (§ 5 Abs. 3 ArbSchG), wonach auch psychische Belastungen bei der Arbeit zu erfassen sind, wird eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen nur bei 39% (KMU) und 58% (GU) realisiert. Diese Ergebnisse korrespondieren mit der Auswertung der GDA-Dachevaluation (44%; N = 4.726) [16].

Befragungen, Beobachtungen und moderierte Analyseworkshops sind die grundsätzlichen Methoden einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen [17]. Einen objektiven, systematischen und aufwandsökonomischen Zugang stellt das Ana-

lyseverfahren „Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen“ (GPB) [18, 19] dar. Geschulte Analyseteams, zusammengesetzt bspw. aus Betriebsarzt, Sicherheitsfachkraft sowie Betriebsrat beurteilen im Rahmen von Arbeitsplatzbegehungen nicht Einzelpersonen, sondern Tätigkeiten, Arbeitsinhalte und -bedingungen. Betrachtet werden dabei vor allem Faktoren, die in der internationalen Forschung immer wieder als potenzielle Stressoren identifiziert worden sind. Hierzu zählen die 13 Belastungsdimensionen der GPB wie bspw. Arbeitsintensität, Variabilität, Zeitspielraum, Verantwortungsumfang, Arbeitsunterbrechungen, Konzentrations- und Kooperationsanforderungen, Kundenorientierung sowie Emotionsregulation. Das Analyseteam bewertet, inwieweit diese einzelnen Einflussfaktoren als kritische Belastungskombinationen auftreten – bspw. hohe Konzentrationserfordernisse und häufige Arbeitsunterbrechungen oder geringer Zeitspielraum bei ausgeprägter Kundenorientierung. Auf

Basis der jeweiligen Befunde ermöglicht die CPB bedarfsgerechte Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention, also geeignete technische, organisatorische und personelle Interventionen gemeinsam mit den Betroffenen und Vorgesetzten abzuleiten und so arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken zu vermeiden und negative Beanspruchungsfolgen zu mindern.

Arbeit, Familie und Freizeit harmonisieren

Wenn Arbeit zeitlich und örtlich immer flexibler wird – gestützt durch omnipräsenten digitalen IT-Support – beeinflusst dies das Verhältnis von Arbeit und Privatleben in erheblichem Maße, ebenso wie das der Wandel in den Lebensmodellen und Familienkonstellationen der jüngeren Erwerbstätigen bewirken kann. Auch die zu erwartende Zunahme pflegebedürftiger Angehöriger wird bei der Gestaltung des Verhältnisses von Arbeit, Familie und Freizeit eine nicht unwesentliche Rolle spielen.

Life-Balance als eine intelligente Verknüpfung von Arbeit und Privatleben ist Gestaltungsauftrag auch für die Personalentwicklung der Fach- und Führungskräfte eines Unternehmens. Ein harmonisiertes Arbeits- und Privatleben geht einher mit einem verbesserten Gesundheitsempfinden, positiven Arbeitseinstellungen, Zufriedenheit und einer gesteigerten Arbeitsleistung. Ergeben sich „Imbalancen“ zwischen den Lebensbereichen (z.B. Work-to-Family-Conflict) kann das erhebliche motivationale Leistungseinbußen und gesundheitliche Folgen (z.B. Stress, Burnout) mit sich bringen – das zeigen zahlreiche Einzelstudien und meta-analytische Befunde [20, 21].

Sowohl auf der organisationalen Ebene als auch auf der individuellen Ebene kann die Sensibilisierung zu diesem Thema und der Aufbau individueller Ressourcen zur Förderung selbstregulatorischer Fähigkeiten für eine gelungene Abgrenzung von Arbeit und Privatleben stattfinden. So wurde auf Basis eines Life-Balance Präsenztrainings ein Online-Training entwickelt, durch welches die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konkret darin unterstützt werden,

- Lebensbereiche zu priorisieren und persönliche Ressourcen zu aktivieren,
- individuelle Stressauslöser zu erkennen und diesen entgegenzuwirken,
- Wünsche im Hinblick auf ihre Life-Balance zu erkennen und konkrete Ziele zu formulieren sowie soziale Netzwerke zu aktivieren,
- den Umgang mit digitalen Technologien bewusster zu gestalten,
- mehr Achtsamkeit in ihren Alltag zu bringen.

Das Life-Balance Training ist webbasiert (<https://lifebalance.gesundearbeit-mega.de>) und gliedert sich in sechs Module, die wiederum in kleinere Lerneinheiten unterteilt sind. Jede Lerneinheit umfasst verschiedene Elemente und nimmt ca. 15 bis 20 Minuten in Anspruch. Zwei virtuelle Moderatoren führen durch das Training und geben zusätzlich wertvolle Praxistipps zur Life-Balance. Im ersten Basismodul wird zunächst zur Reflexion des aktuellen Status der persönlichen Arbeits- und Lebensbereiche aufgefordert. Im zweiten Basismodul werden individuelle Konflikte zwischen den Lebensbereichen thematisiert. Danach kann zwischen vier Modulen (Zielsetzung, persönliches Netzwerk, Achtsamkeit, Umgang mit digitalen Technologien) gewählt werden. Das modulare Training beinhaltet auch den Transfer des Gelernten in die Praxis, indem die Teilnehmer Ziele formulieren und Aktionspläne entwerfen. Zur Evaluation werden die Teilnehmenden vor und nach der Trainingsteilnahme über Zufriedenheit bzw. Konflikte mit der Life-Balance, ebenso hinsichtlich Selbstregulationsfähigkeiten und Selbstwirksamkeitserwartungen, Achtsamkeit, sozialer Unterstützung usw. befragt. Neben verhaltensbezogenen Trainings bieten sich eine Vielzahl verhältnisbezogener Interventionen an (wie bspw. flexible Arbeitszeitmodelle, Einrichtung von Kitaplätzen, Aussetzen des E-Mail-Verkehrs im Urlaub und an Sonn- und Feiertagen; vgl. [22]).

Fazit: Moderne Arbeit präventiv gestalten, kompetent bewältigen

Mit dem Ende 2015 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiierten Projekt „Maßnahmen und Empfehlungen für die gesunde Arbeit von morgen“ (MEGA) wurden Konzepte und Modelle für ein präventives Human Resource und Gesundheitsmanagement erarbeitet. Im Vordergrund stand dabei, vor allem kleine und mittlere Unternehmen (KMU) auf die Anforderungen der modernen Arbeitswelt vorzubereiten. Als wissenschaftliches Begleitvorhaben koordiniert MEGA zudem den BMBF Förderschwerpunkt „Präventive Maßnahmen für die sichere und gesunde Arbeit von morgen“. Insgesamt arbeiteten deutschlandweit 154 Partner aus Wissenschaft und Praxis in 30 Verbundprojekten an Instrumenten und Tools für das Personal- und Gesundheitsmanagement in der digitalen Transformation. Besondere Bedeutung wird dem Präventionsaspekt beigemessen, wonach alle Interventionen dem Vermeiden des Eintretens eines

Abbildung 4 Startseite der MEgA-Toolbox „Gesunde Arbeit 4.0“



ungewollten Ereignisses dienen und so gesundheitliche Risiken am Arbeitsplatz verhindern und abwenden. In diesem Sinne ist Prävention der integrale Bestandteil eines HR- und Gesundheitsmanagements, das der Verbesserung gesundheitsrelevanter Arbeitsbedingungen dient und Schutzfaktoren sowie Ressourcen stärkt.

Ein zentrales Produkt dieses Förderschwerpunkts ist die MEgA-Toolbox „Gesunde Arbeit 4.0“ (www.gesundearbeit-mega.de/toolbox), in der die in den Einzelprojekten entwickelten und praxiserprobten Methoden und Instrumente aufgeführt und schnell zugänglich sind.

Die MEgA-Toolbox ist nach einem einfachen kategorialen Suchmuster aufgebaut (»»» Abbildung 4). Aufrufbar sind die Hauptkategorien „Gesundheitsmanagement“ und „Personalmanagement“.

Danach können Nutzer (z.B. Verantwortliche im HR- und Gesundheitsmanagement) unternehmensbezogene Kennzahlen anhand verschiedener Drop-down-Menüs eingeben (Mitarbeiterzahl, Branche, Standort). Im Anschluss werden Themenfelder und Maßnahmen gewählt, je nachdem in welchem Bereich im Unternehmen Bedarfe gesehen werden. Für die Hauptkategorie „Gesundheitsmanagement“ existieren insgesamt fünf Themenfelder:

- Aufbau Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung
- gesundheitsförderliche Führungs- und Unternehmenskultur
- individuelle Angebote für Fach- und Führungskräfte
- psychische Belastung

Die Kategorie „Personalmanagement“ beinhaltet drei Themenfelder:

- Personal- und Kompetenzentwicklung
- Personalplanung und -gewinnung
- Wissensmanagement

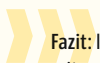
Toolbox-Nutzer haben die Möglichkeit, gleich mehrere Themenfelder auszuwählen. Im Anschluss werden die jeweiligen für die Themenfelder zur Verfügung stehenden Tools angezeigt. Insgesamt schließt die Toolbox acht Formate von Tools, Methoden und Konzepten ein:

- Apps (z.B. Apps zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Erreichbarkeit, Stress-Mentor-App)
- Checklisten (z.B. zu Ergonomie, Gestaltung mobiler Arbeit, Gestaltung digitaler arbeitsbezogener Erreichbarkeit)

- Good Practice (z.B. Gesunde Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen, Mensch-Roboter-Kollaboration, Arbeitsgestaltung)
- Handbücher (z.B. Do-it-yourself-BGM, Betriebliche Gesundheitsförderung für KMU, Gefährdungsbeurteilungen)
- Leitfäden (z.B. Analyse mobiler Arbeit, Resilienz-Kompass, Gestaltung von flexiblen Arbeitszeitmodellen)
- Online-Tools (z.B. Psychische Gesundheitsförderung für junge Unternehmen, Life-Balance)
- Beratung vor Ort im Unternehmen (z.B. Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung für KMU)
- staatlich geförderte Zuschüsse (z.B. Links zu bundes- und landesweiten Förderprogrammen in den Bereichen Personal- und Gesundheitsmanagement)

Ein weiteres zentrales Produkt des MEGa-Projekts stellt die MEGa-Plattform (www.gesundearbeit-mega.de) dar. Diese interaktive Plattform informiert über neue Entwicklungen in der Gestaltung digitalisierter Arbeitswelten und aktuelle Forschungsergebnisse aus dem BMBF-Förderschwerpunkt. Damit wird ein schneller Wissensaustausch zwischen Wirtschaft, Wissenschaft, Politik, Sozialpartnern und Intermediären des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sichergestellt. Monatlich erscheint zudem ein Newsletter, der über neue Entwicklungen informiert.

Vertreter von Unternehmen und Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sind eingeladen, die Plattform kostenlos zu nutzen. In einem internen Mitgliederbereich können sie mit anderen Unternehmen in Kontakt treten und über die Bedarfe zu den Themenbereichen Digitalisierung und Arbeit 4.0, demografischer Wandel, Qualifizierung und Betriebliches Gesundheitsmanagement diskutieren.



Fazit: In einer digitalisierten und dynamischen Arbeitswelt mit zunehmend älteren Erwerbstätigen sind Gesundheit und Kompetenz der Beschäftigten die entscheidenden Ressourcen. Erwerbstätige müssen durch präventive Konzepte darauf vorbereitet werden, ihre Gesundheit und berufliche Leistungsfähigkeit zu erhalten und den Umgang mit neuen Technologien zu meistern. Die Organisations- und Personalentwicklung mit ihren vielfältigen Instrumenten und Methoden spielt hier eine entscheidende Rolle beim Gelingen der digitalen Transformation in den fortschrittlichen Organisationen.

Literatur

1. BMWi (Hrsg.) (2018). Monitoring-Report Wirtschaft DIGITAL 2018 – Wirtschaftsindex DIGITAL. Berlin: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie.
2. Initiative D21 e.V. (Hrsg.) (2019). D21 DIGITAL INDEX 2018/2019. Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft. Verfügbar unter: https://initiated21.de/app/uploads/2019/01/d21_index_2018_2019.pdf [zuletzt abgerufen am 28.6.2019]
3. acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften e.V./ Bundesverband der Deutschen Industrie e.V. (Hrsg.) (2017). Innovationsindikator 2017. Schwerpunkt Digitale Transformation. Berlin: acatech/BDI.
4. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
5. Sonntag, Kh. & Seiferling, N. (2017). Potenziale älterer Erwerbstätiger – Erkenntnisse, Konzepte und Handlungsempfehlungen. Göttingen: Hogrefe.
6. Lechleiter, P., Purbs, A. & Sonntag, Kh. (2018). HR- und Gesundheitsmanagement in der Arbeit 4.0. Bedarfe in deutschen und internationalen Unternehmen – eine quantitative Online-Studie. Heidelberg: Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Heidelberg.
7. Burnes, B. (2009). Managing Change: A Strategic Approach to Organisational Dynamics. Harlow: FT Prentice Hall.
8. Stegmaier, R., Nohe C. & Sonntag, Kh. (2016). Veränderungen bewirken: Transformationale Führung und Innovation. In Kh. Sonntag (Hrsg.), Personalentwicklung in Organisationen (S. 535–560). Göttingen: Hogrefe.
9. Kernen, M.C. & Hanges, P.J. (2002). Survivor reactions to reorganization: Antecedents and consequences of procedural, interpersonal, and informational justice. *Journal of Applied Psychology*, 87, 916–928.
10. Lines, R. (2004). Influence of participation in strategic change: Resistance, organizational commitment and change goal achievement. *Journal of Change Management*, 4, 193–215.
11. Bass, B.M., & Avolio, B.J. (Eds.). (1994). Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
12. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2016). Digitalisierung am Arbeitsplatz. Aktuelle Ergebnisse einer Betriebs- und Beschäftigtenbefragung. Berlin: BMAS.
13. Knieps, F. & Pfaff, H. (2017). Digitale Arbeit – digitale Gesundheit. BKK Gesundheitsreport 2017. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
14. Böhm, S.A., Bourovov, K., Brzycky, A.Z., Kreissner, L.M. & Breier, C. (2016). Auswirkungen der Digitalisierung auf die Gesundheit von Berufstätigen: Eine bevölkerungsrepräsentative Studie in der Bundesrepublik Deutschland. St. Gallen: Universität St. Gallen.
15. Müller-Thur, K., Angerer, P., Körner, U. & Dragano, N. (2018). Arbeit mit digitalen Technologien, psychosoziale Belastungen und potenzielle gesundheitliche Konsequenzen. Wo gibt es Zusammenhänge? *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 53, 388–391.
16. Hägele, H. & Fertig, M. (2018). GDA-Dachevaluation. 1. Zwischenbericht: Auswertung der Betriebs- und Beschäftigtenbefragungen. Berlin: Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutz-

- konferenz (GDA), Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
17. GDA-Arbeitsprogramm Psyche (2016). Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (2. Aufl.). Berlin: GDA-Arbeitsprogramm Psyche.
 18. Sonntag, Kh. & Feldmann, E. (2017). Erfassung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 52, 638–641.
 19. Sonntag, Kh. & Feldmann, E. (2018). Objektive Erfassung psychischer Belastung am Arbeitsplatz – Anwendung des Verfahrens GPB in der Produktion. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 72, 319–325.
 20. Amstad, F.T., Meier, L.L., Fasel, U., Elfering, A. & Semmer, N.K. (2011). A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16, 151–169.
 21. Nohe, C., Meier, L.L., Sonntag, Kh. & Michel, A. (2014). The chicken or the egg? A meta-analysis of panel studies of the relationship between work-family conflict and strain. *Journal of Applied Psychology*, 100, 522–536.
 22. Sonntag, Kh. (Hrsg.) (2014). *Arbeit und Privatleben harmonisieren. Life Balance Forschung und Unternehmenskultur: Das WLB-Projekt*. Kröning: Asanger.



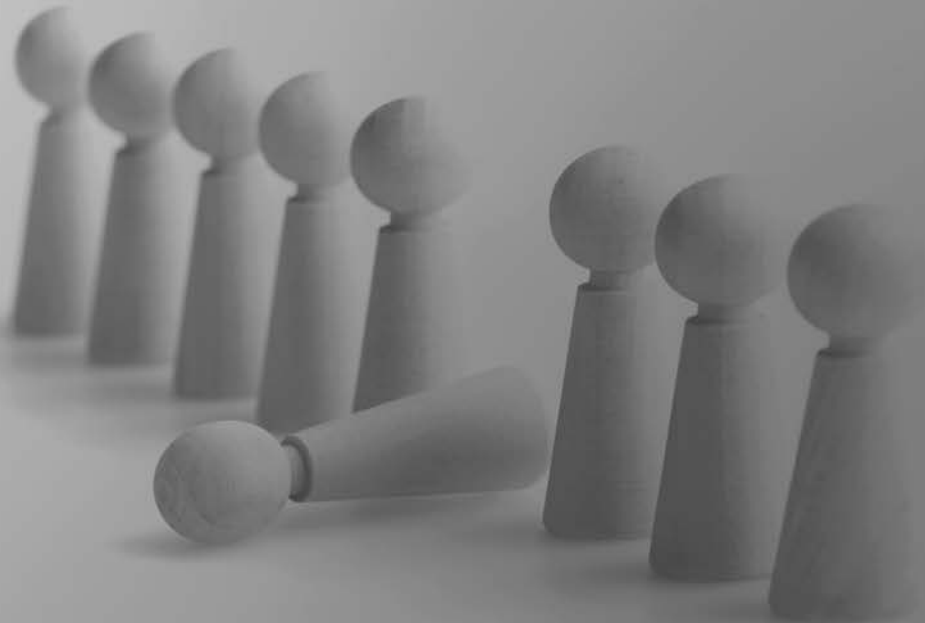
Prof. Dr. Karlheinz Sonntag

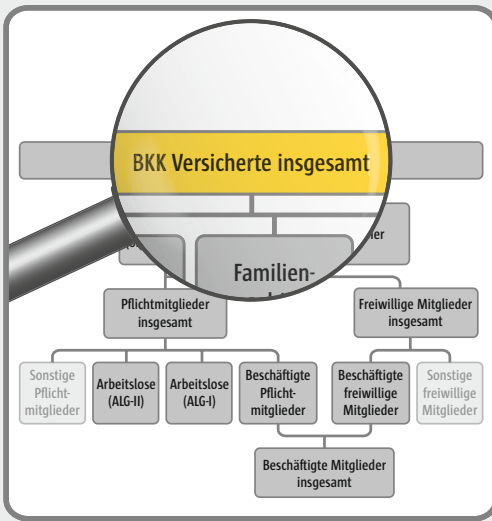
Karlheinz Sonntag ist seit 1993 Professor für Arbeits- und Organisationspsychologie an der Universität Heidelberg. Zuvor forschte er an der LMU München und der Universität Kassel und war als Gastprofessor an der Universität Bern (1999), der Wirtschaftsuniversität Wien (2005) und der Université de Fribourg (2007) tätig. Als Prorektor für Qualitätsentwicklung an der Universität Heidelberg implementierte er von 2009 bis 2013 das Qualitätsmanagement-System HeiQuality. Die Forschungsschwerpunkte des Arbeitspsychologen liegen unter anderem in der humanen Gestaltung digitalisierter Arbeitswelten, der Potenzialanalyse älterer Erwerbstätiger, dem Gesundheitsschutz, der Work-Life-Balance und der Personalentwicklung. Er ist Herausgeber und Mitautor eines Standardwerks zur Personalentwicklung in Organisationen. Prof. Sonntag ist auch wissenschaftlicher Leiter des arbeitspsychologischen Forschungs- und Beratungsinstituts khs worklab in Heidelberg.

3

Stationäre Versorgung

Matthias Richter, Karin Kliner und Dirk Rennert





Äquivalent zu den Analysen für die ambulante Versorgung werden auch bei der Betrachtung des stationären Sektors hauptsächlich Daten aller BKK Versicherten zugrunde gelegt. Für das Berichtsjahr 2018 sind dabei rund 8 Mio. BKK Versicherte einbezogen worden.

3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

3.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2018

- In 2018 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 195 stationäre Behandlungen erfolgt, dabei waren die Versicherten im Mittel pro Behandlungsfall 8,9 Tage im Krankenhaus.
- Mit 12,7% nimmt tatsächlich nur ein relativ kleiner Teil aller Versicherten innerhalb eines Jahres eine stationäre Behandlung in Anspruch.
- Meist ist die Verweildauer kurz: Rund zwei Drittel aller Fälle sind nach höchstens einer Woche abgeschlossen, nur 3% dauern hingegen länger als 6 Wochen.

Die im Weiteren dargestellten Ergebnisse basieren auf rund 1,6 Mio. voll- oder teilstationären Krankenhaufällen (KH-Fälle ohne Entbindungsfälle und ohne ambulante Operationen) im Jahr 2018. Dies entspricht, bezogen auf alle BKK Versicherten, einem Durchschnittswert von rund 195 Fällen je 1.000 Versicherte. In dieser Statistik werden – anders als z.B. bei den Analysen des Statistischen Bundesamtes – auch der Aufnahme- und Entlassungstag bei der Ermittlung der Behandlungsdauer einbezogen (Methodische Hinweise). Diesen Vorgaben entsprechend wurden im Berichtsjahr 2018 für die BKK Versicherten insgesamt 13,8 Mio. Krankenhaustage (KH-Tage) dokumentiert, was einem Durchschnitt von 1.733 Behandlungstagen je 1.000 BKK Versicherte entspricht. Die Durchschnittswerte für KH-Fälle und -Tage sind damit im Vergleich zum Vorjahr nur unwesentlich gestiegen, die daraus zu berechnende mittlere Behandlungsdauer bleibt im Vergleich zum Vorjahr mit durchschnittlich 8,9 Tagen konstant (2017: 8,9 Tage je Fall).

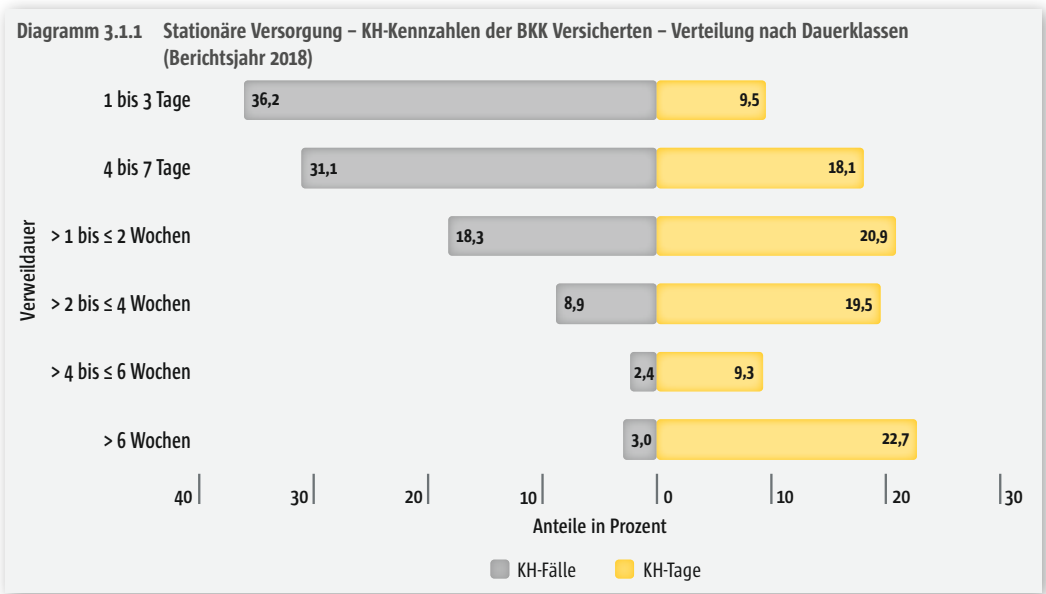
Allgemein ist für die stationäre Versorgung zu konstatieren, dass diese aufgrund ihrer zentralen Ausrichtung auf eine schwerwiegende, oft auch akute Erkrankungssymptomatik entsprechend nur von einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung in Anspruch genommen wird bzw. werden muss. Betrachtet

man die Krankenhaufälle des Jahres 2018 bezogen auf alle BKK Versicherten, so zeigt sich, dass von diesen mit 87,3% die weitaus meisten ohne Kontakt zur stationären Versorgung geblieben sind (Tabelle 3.1.1). Für weitere 8,9% der Versicherten wurden ein Aufenthalt, für 2,3% zwei Aufenthalte sowie für 1,6% drei und mehr Aufenthalte dokumentiert.

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts ist die durchschnittliche Falldauer wiederum in der Regel mehrheitlich kurz, im Berichtsjahr 2018 wurden mit 67,3% die meisten der Krankenhaufälle innerhalb einer Woche abgeschlossen, 36,2% sogar innerhalb von 3 Tagen (Diagramm 3.1.1). Damit nimmt gegenüber dem Vorjahr der Anteil der Kurzzeitfälle bis 3 Tage zu, während besonders die Fälle mit einer Dauer von 1–2 Wochen abnehmen. Dieser Trend ist schon über mehrere Jahre zu beobachten, auch im 10-Jahresvergleich ergeben sich bei diesen beiden Gruppen die stärkste Zu- bzw. Abnahme: 2008 wurden 28,8% aller KH-Fälle innerhalb von 3 Tagen beendet (+7,4 Prozentpunkte), 23,1% aller KH-Fälle dauerten 1–2 Wochen (-4,8 Prozentpunkte). Auf der anderen Seite machen Fälle mit mehr als sechs Wochen Liegezeit im aktuellen Berichtsjahr nur einen Anteil von 3,0% aus, allerdings ist mehr als jeder fünfte Krankenhaustag (22,7%) auf einen solchen Langzeitfall zurückzuführen.

Tabelle 3.1.1 Stationäre Versorgung – Versichertenanteile nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte (Berichtsjahr 2018)

Anzahl der KH-Aufenthalte	Anteile der BKK Versicherten in Prozent
Kein Aufenthalt	87,3
1 Aufenthalt	8,9
2 Aufenthalte	2,3
3 und mehr Aufenthalte	1,6



Hinsichtlich der Aufnahme- und Entlassungstage bei Krankenhausaufenthalten sind im Vergleich zum Vorjahr kaum Veränderungen festzustellen:

- Im aktuellen Berichtsjahr erfolgten Krankenhausaufnahmen am häufigsten an einem Montag, 20,8% aller Aufenthalte haben an diesem Tag begonnen. Am Wochenende werden in der Regel nur Notfälle aufgenommen, entsprechend sind hier die wenigsten Aufnahmen zu verzeichnen (6,0% der Aufnahmen erfolgten samstags und 7,3% der Aufnahmen sonntags).
- Die Entlassung aus stationärer Behandlung erfolgt wiederum am häufigsten vor dem Wochenende, so endeten 21,6% der Krankenhausaufenthalte freitags. Wiederum nur wenige Aufenthalte wurden an Wochenendtagen beendet: Den geringsten Anteil machen hier die Sonntage mit 5,4% aus, immerhin 10,9% wurden an einem Samstag entlassen.

3.1.2 Langzeittrends

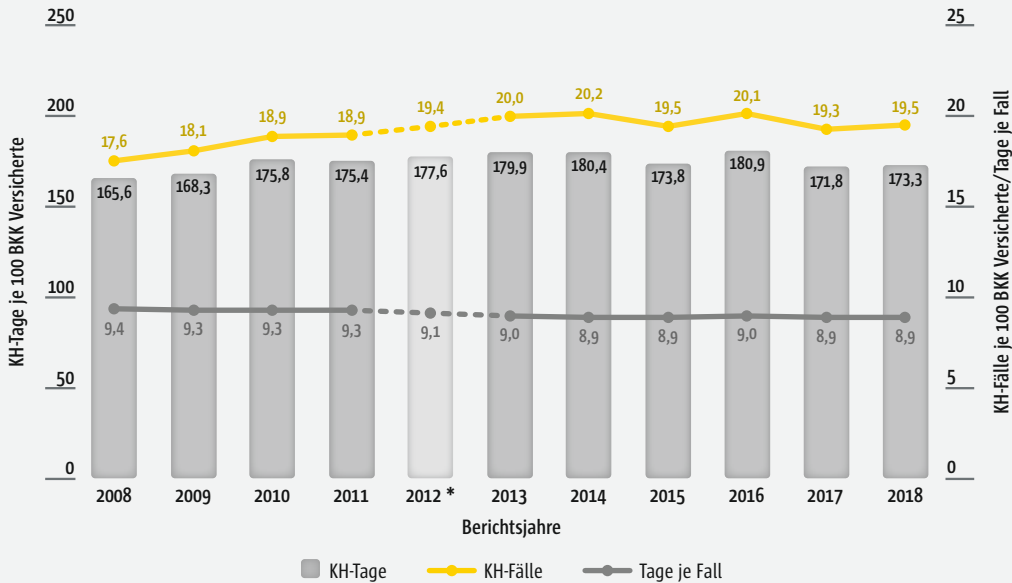
- Gegenüber dem Vorjahr sind die stationären Kennwerte nur unwesentlich verändert. Für das letzte Jahrzehnt betrachtet, wird zumindest insgesamt eine Steigerung der Kennwerte sichtbar, am höchsten noch bei den Fallzahlen mit +11%.

- Lag die durchschnittliche Falldauer in der stationären Versorgung vor 15 Jahren noch bei knapp 2 Wochen, hat sich diese mittlerweile recht konstant bei durchschnittlich rund 9 Tagen eingependelt.

Nach einem relativ starken Rückgang der Kennwerte im vorherigen Jahr sind diese im aktuellen Berichtsjahr 2018 stabil auf nur leicht höherem Niveau mit knapp unter +1% Zuwachs bei KH-Fällen und -Tagen (»»» Diagramm 3.1.2). Im Langzeittrend über die zehn vorhergehenden Datenjahre wird zumindest eine Steigerung der Kennwerte sichtbar: So betrug im Jahr 2008 die durchschnittliche Fallhäufigkeit nur 17,6 stationäre Behandlungsfälle je 100 Versicherte (2018: +11,0%), entsprechend war das Gesamtaufkommen der stationären Behandlungstage mit 165,6 Krankenhaustagen je 100 Versicherte (2018: +4,7%) ebenfalls etwas niedriger.

Dank der noch weiter zurückreichenden BKK Versichertenstatistiken sind auch Vergleiche zu noch deutlich älteren Berichtsjahren möglich. So kamen im Jahr 1997 217,9 Krankenhaustage auf 100 Versicherte, im Jahr 1987 waren es sogar 271,5 stationäre Behandlungstage! Die Unterschiede zwischen den Kennzahlen über 3 Jahrzehnte sind allerdings nur sehr begrenzt interpretierbar, dies ist allein schon beschränkt durch eine differierende zugrundeliegende Versichertenpopulation (erst ab 1994 auch volle Erfassung der ostdeutschen Leistungsfälle im statio-

Diagramm 3.1.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2008–2018)



* Geschätzt, da keine valide Datengrundlage in diesem Berichtsjahr.

nären Bereich) sowie die unterschiedliche Klassifikation der Krankheitsarten (Kodierung der stationären Diagnosen vollständig nach ICD-10 ab 2001). Es werden aber auch die enormen Veränderungen in der stationären Versorgung über diesen Zeitraum erkennbar, so spiegeln sich beispielsweise Verbesserungen in den Behandlungsmöglichkeiten (z.B. durch Etablierung minimalinvasiver Operationsmethoden in den 1990er-Jahren) genauso wie tiefgreifende Veränderungen aufgrund unterschiedlicher Abrechnungsprinzipien wider (» Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems).

Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems

Bemühungen um kürzere Liegezeiten haben lange vor Einführung des Klassifikationssystems der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) in den Jahren 2003/2004 eingesetzt. Das DRG-System erzeugte hierbei aber eine zusätzliche Dynamik, da die Vergütung – vereinfacht ausgedrückt – pauschalisiert und unabhängig von der eigentlichen Liegezeit erfolgt. Lag die durchschnittliche Krankenhausverweildauer 1988 noch bei 16,3 Tagen, so wurde diese in den nachfolgenden Jahren kontinuierlich abgesenkt: 1994 betrug die durchschnittliche Liegedauer bundesweit nur noch 13,9 Tage, im „Optionsjahr“ der DRG-Einführung 2003 (Beteiligung auf frei-

williger Grundlage und budgetneutral, d.h. die DRG-Anwendung führte noch nicht zu Gewinnen oder Verlusten) waren es dann 9,6 Tage.

Anders als im somatischen Bereich sind in der psychiatrischen/psychosomatischen stationären Versorgung in den letzten Jahren die durchschnittlichen Falldauern eher noch gestiegen. In diesem Bereich findet das DRG-System bislang keine Anwendung. Eine ähnliche Systematik (das sogenannte Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik – kurz PEPP) befindet sich aber seit Beginn 2018 verpflichtend in Anwendung, jedoch bis Ende 2019 noch unter budgetneutralen Bedingungen.

3.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Diagnosen

- Die meisten Fälle in der stationären Versorgung werden durch Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems verursacht, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems.
- Die weitaus meisten stationären Behandlungstage gehen hingegen auf psychische Störungen zurück. Seit 2008 ist deren Zahl um +28% gestiegen, von allen Behandlungstagen geht mehr als jeder fünfte auf die psychischen Störungen zurück.

■ Daran wird erkennbar, dass psychische Störungen besonders langwierig sind: Ein Fall dauerte in 2018 im Durchschnitt fast vier Wochen. Dieser Wert steigt damit wie in den letzten Jahren weiter an.

Wie schon in den letzten Jahren haben auch im aktuellen Berichtsjahr 2018 Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt geführt: Je 1.000 Versicherte sind für die-

se Diagnosegruppe 27,6 KH-Fälle zu verzeichnen (» Diagramm 3.1.3), damit geht etwa jeder siebte Behandlungsfall auf diese Erkrankungsart zurück. Zweithäufigster Behandlungsgrund sind Neubildungen (11,0%) dicht gefolgt von Erkrankungen des Verdauungssystems (10,7%). Psychische Störungen machen hingegen nur 7,2% aller Fälle aus. Betrachtet nach Behandlungstagen zeigt sich hingegen ein anderes Bild: Hierbei liegen die psychischen Störungen mit 386 KH-Tagen je 1.000 BKK Versicherte deutlich

Diagramm 3.1.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)

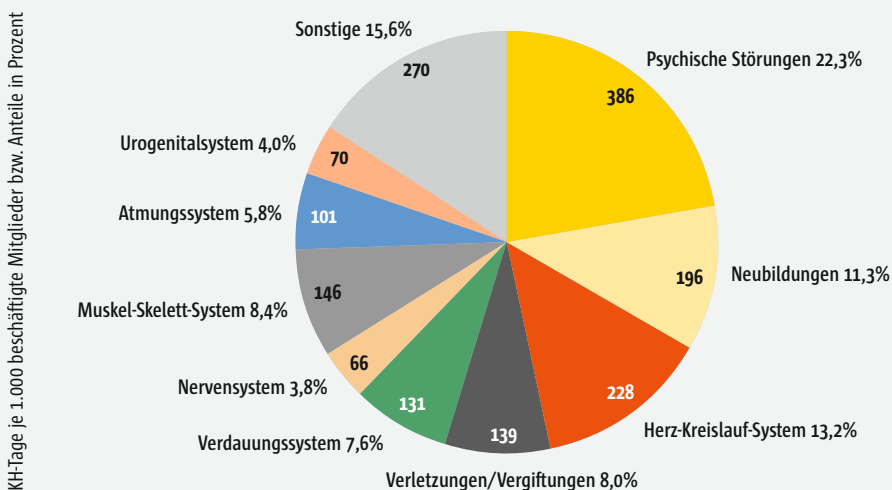
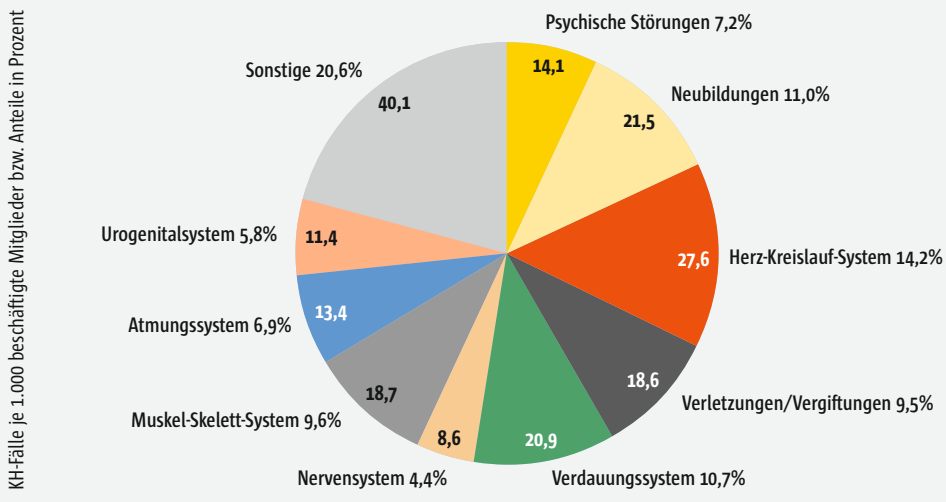
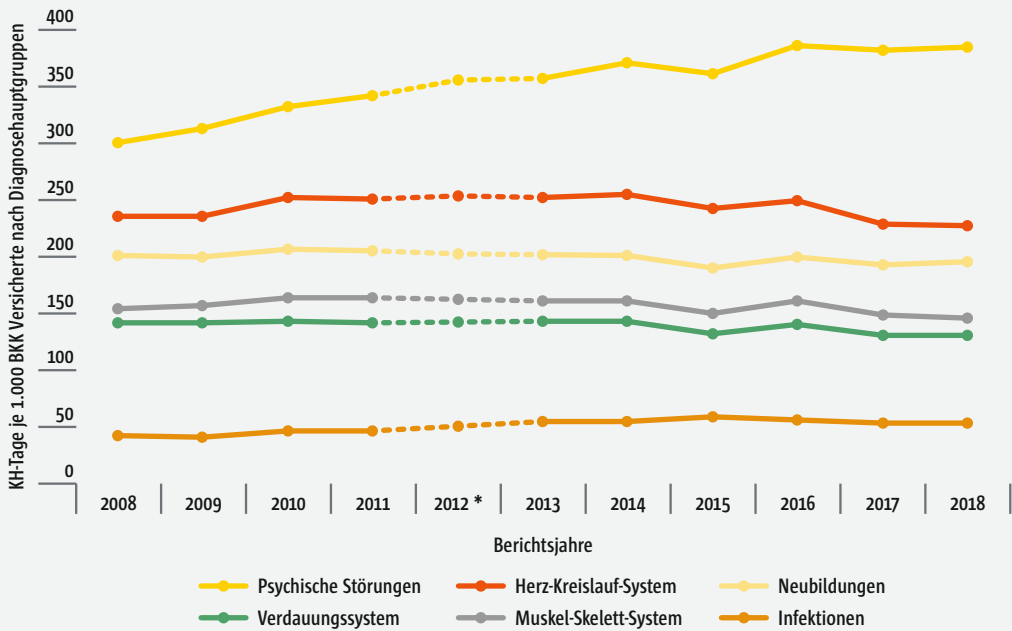


Diagramm 3.1.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2008–2018)



* Geschätzt, da keine valide Datengrundlage in diesem Berichtsjahr.

an der Spitze, dies entspricht 22,3% aller KH-Tage. Auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehen nur 13,2% der Behandlungstage zurück und auf Neubildungen 11,3%. Anhand der deutlich unterschiedlichen Anteile bei KH-Fällen und -Tagen lässt sich außerdem erkennen, dass die psychischen Störungen besonders lange durchschnittliche Verweildauern aufweisen: Im Jahr 2018 waren Betroffene je Erkrankungsfall 27,4 KH-Tage in stationärer Behandlung. Die Verweildauer bei anderen Erkrankungen ist mit im Schnitt weniger als 10 KH-Tagen je Fall deutlich kürzer.

Die besondere Stellung der psychischen Erkrankungen im Sektor der stationären Versorgung wird zudem deutlich, wenn man nur die Langzeitbehandlungsfälle betrachtet: So erfolgen Langzeitbehandlungen bei Weitem am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen, es sind 59,9% aller Fälle mit mehr als sechs Wochen Dauer darauf zurückzuführen. Den zweitgrößten Teil machen Neubildungen mit 11,4% der Langzeitfälle aus, gefolgt von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems mit 6,1%. Die im Arbeitsfähigkeitsgeschehen sowie in der ambulanten Versorgung sehr häufig vorkommenden Er-

krankungen des Atmungssystems spielen in der stationären Versorgung hingegen nur eine untergeordnete Rolle.

Gegenüber der nur mäßigen Zunahme an Behandlungstagen insgesamt in den letzten 10 Jahren (» Diagramm 3.1.2), stechen bei der Betrachtung nach Erkrankungsarten (» Diagramm 3.1.4) auch wieder die psychischen Störungen heraus: Im Vergleich zu 2008 ist deren durchschnittliche Anzahl um +28,1% gestiegen. Dabei ist auch zu vermerken, dass hier sowohl die Fallzahlen (+13,9%) als auch die Verweildauer (+12,7%) an sich zugenommen haben. Bei den Behandlungstagen weisen nur die Infektionen mit einem Zuwachs von +27,8% noch eine ähnlich hohe Steigerungsrate auf – allerdings auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Dabei ist die Verweildauer aber in den letzten 10 Jahren nur unwesentlich verändert, vielmehr haben sich hier die Fallzahlen mit einem Plus von einem Viertel (+24,9%) deutlich erhöht. Bei anderen Erkrankungsarten stagniert hingegen die Anzahl an Behandlungstagen oder diese geht sogar zurück. So ist etwa die durchschnittliche Zahl der KH-Tage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen nach dem in diesem Vergleich

dargestellten Höchststand im Jahr 2010 um -11,5% gesunken.

- Als Einzeldiagnosen stechen Depressionen (F32, F33) besonders heraus: Ohnehin gehen viele Behandlungstage auf diese zurück, zudem sind für die rezidivierende Form dieser Krankheit (F33) auch in diesem Jahr die Fallzahlen (+4,5%) weiter gestiegen.
- Ein besonderer Anstieg gegenüber dem Vorjahr zeigt sich außerdem bei Lungen- und Bronchialkrebs (C34): +4% mehr Fälle und +6% mehr Behandlungstage.

Auch bei der Betrachtung von Einzeldiagnosen sind es psychische Störungen, aufgrund derer viele Behandlungstage anfallen (»»» Tabelle 3.1.2). Die mit Abstand meisten Krankenhaustage sind aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) erfolgt (102,3 KH-Tage je 1.000 Versicherte), diese Einzeldiagnose weist auch in diesem Jahr eine merklliche Steigerung im Vergleich zum Vorjahr auf: +4,5% mehr Behandlungstage bei +4,7% mehr Fällen sind aufgrund dieser Diagnose zu verzeichnen. Die zweitmeisten Behandlungstage sind wiederum für de-

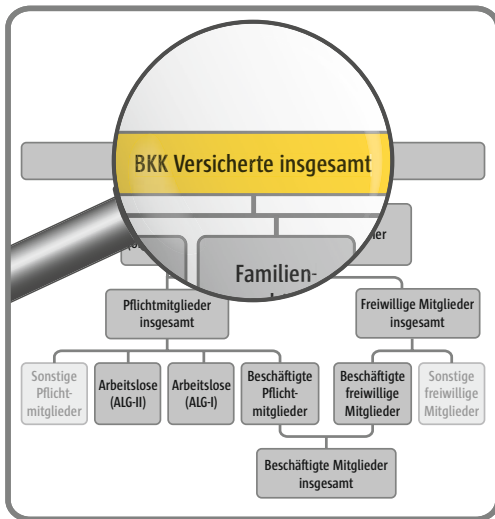
pressive Episoden (F32) dokumentiert. Damit sind zusammen mit den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) und Schizophrenie (F20) vier Einzeldiagnosen aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen in dieser Liste der zehn wichtigsten Diagnosen nach KH-Tagen zu finden. An nach Behandlungstagen dritter Stelle tritt die Herzinsuffizienz (I50) auf, außerdem folgt an vierter Stelle mit dem Hirninfarkt (I63) eine weitere Herz-Kreislauf-Erkrankung. Ein ebenfalls relativ starker Zuwachs in der stationären Versorgung ist bei den bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge (C34), mit +4,4% mehr Behandlungsfällen und +6,3% mehr Behandlungstagen, festzustellen. Insgesamt geht mehr als jeder fünfte stationäre Behandlungstag auf eine der zehn hier aufgeführten Einzeldiagnosen zurück.

Die zwei Depressionsdiagnosen stechen dabei auch deshalb besonders heraus, da diese oft Ursachen von Langzeitbehandlungen mit mehr als 6 Wochen stationärem Aufenthalt sind: 40,1% aller stationär behandelten depressiven Episoden (F32) und sogar 46,8% aller dort behandelten rezidivierenden depressiven Störungen (F33) weisen eine Verweildauer über dem genannten Zeitraum auf.

Tabelle 3.1.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen (Berichtsjahr 2018)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,5	102,3	41,4
F32	Depressive Episode	1,8	67,0	37,5
I50	Herzinsuffizienz	3,9	43,7	11,3
I63	Hirninfarkt	2,4	30,3	12,7
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2,9	29,0	10,0
F20	Schizophrenie	0,7	27,1	38,6
S72	Fraktur des Femurs	1,5	22,9	15,5
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2,1	20,6	9,7
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	2,2	20,3	9,3
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	2,1	20,2	9,7

3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen



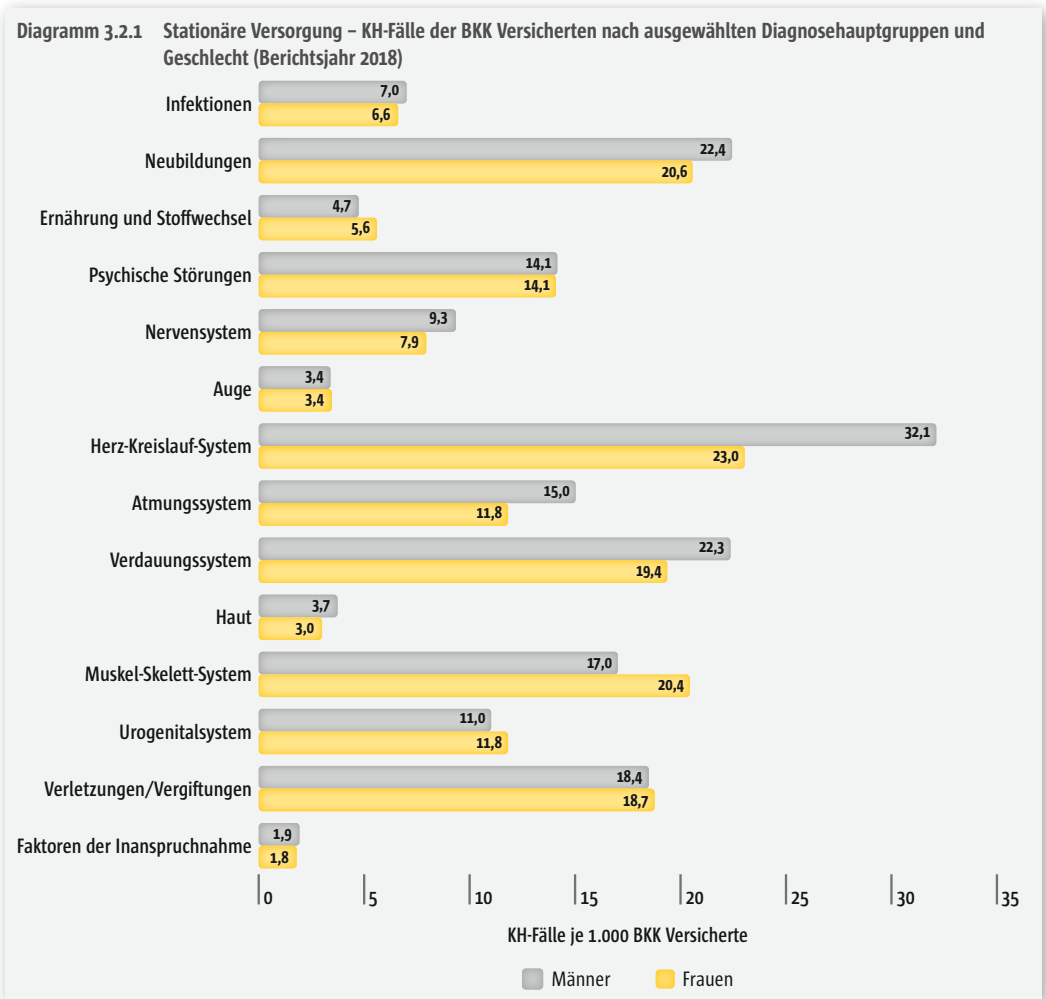
Krankenhausbehandlungen umfassen im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die sich nur auf die krankengeldberechtigten BKK Mitglieder bezieht, alle Altersgruppen – von Kindern bis hin zu Rentnern. Dies gilt auch für das im vorherigen **III** Kapitel 2 dargestellte Geschehen in der ambulanten Versorgung, allerdings ist das Krankheitsspektrum in der stationären Versorgung deutlich anders: Viele Erkrankungen – selbst schwerwiegende und chronische –, die in der ambulanten Versorgung gehäuft auftreten, führen nicht zwingend zu einem Krankenhausaufenthalt.

3.2.1 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht

- Männer sind nur unwesentlich häufiger in stationärer Behandlung als Frauen. Fast kein Unterschied besteht bei der durchschnittlichen Anzahl der Behandlungstage.

- Herz- und Kreislauferkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Ab dem 60. Lebensjahr ist dies der häufigste Grund einer stationären Behandlung, Männer sind davon häufiger betroffen als Frauen.
- Anders bei den psychischen Störungen: Die meisten stationären Fälle und daraus resultierenden Behandlungstage bei den unter 60-jährigen gehen auf psychische Störungen zurück. Dabei sind Frauen nicht häufiger, aber im Schnitt deutlich länger in Behandlung als Männer.

Männer und Frauen unterscheiden sich nur geringfügig hinsichtlich der Häufigkeit stationärer Behandlungen: Auf 1.000 BKK Versicherte kommen bei den Männern 198,8 KH-Fälle, bei den Frauen sind es 190,9 KH-Fälle. Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhaustage je Versicherten ist sogar fast gleich zwischen den Geschlechtern (Männer: 1.741 KH-Tage je 1.000 Versicherte; Frauen: 1.725 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Teils deutliche Geschlechtsunterschiede finden sich hingegen bei einzelnen Diagnosehauptgruppen, wie sich aus **III** Diagramm 3.2.1 und **III** Diagramm 3.2.2 erkennen lässt. So sind Männer mit 32,1 KH-Fällen je 1.000 Versicherte etwa um +40% häufiger von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen als Frauen (23,0 KH-Fälle je 1.000 Versicherte), pro 1.000 männliche Versicherte fallen dabei 266 Behandlungstage an (bei den Frauen nur 190 Behandlungstage). Auch wegen Erkrankungen des Atmungssystems sind Männer öfter in stationärer Behandlung, es fallen hier bei den Männern fast ein Drittel (+32,9%) mehr Krankenhaustage pro Versicherten gegenüber den Frauen an. Frauen werden dagegen häufiger aufgrund von Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen stationär behandelt. Während bei letzteren auch die Menge der Krankenhaustage bei den Frauen im Vergleich zu den Männern höher ist (+30,6%), ist hingegen bei den Stoffwechselkrankheiten nur ein geringfügiger



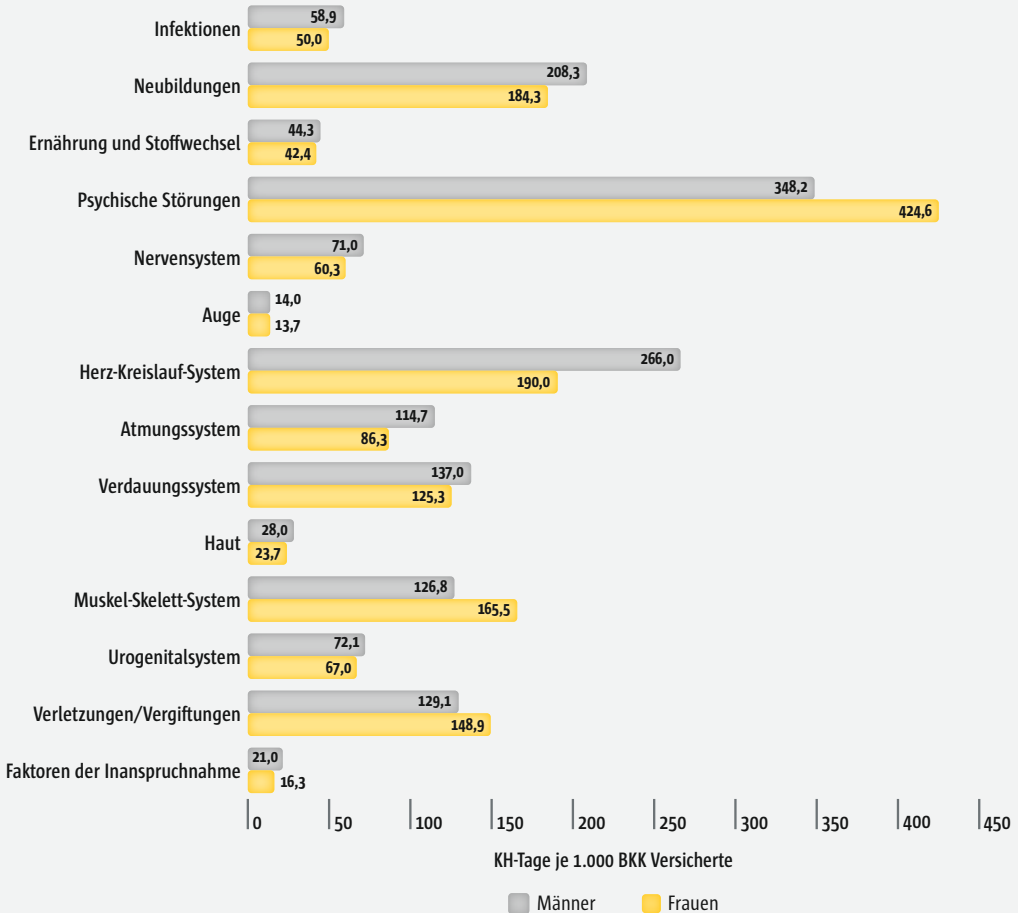
Unterschied bei den Behandlungstagen pro Versicherten zu finden, woraus für die Männer eine höhere durchschnittliche Falldauer resultiert. Bei den psychischen Erkrankungen sind es hingegen die Frauen, die in Schnitt länger in Behandlung sind (30,2 vs. 24,6 Tage je Fall). Gleiches gilt auch für Verletzungen und Vergiftungen (8,0 vs. 7,0 Tage je Fall).

Erwartungsgemäß sind Krankenhausbehandlungen bei jungen Menschen eher selten. Erst etwa in der zweiten Lebenshälfte werden die Behandlungen häufiger, es nimmt dann mit steigendem Alter sowohl die Anzahl der Krankenhaufälle als auch die der -tage zu. Bei den unter 35-jährigen beträgt die Fallzahl zwischen 99 und 107 Fällen je 1.000 Versicherte. Im Renteneintrittsalter (Altersgruppe 65 bis

69 Jahre) ist die Fallzahl mit 311 Fällen je 1.000 Versicherte demgegenüber mehr als dreimal, bei den über 80-jährigen mit 676 Fällen je 1.000 Versicherte mehr als sechsmal so groß. Äquivalent nehmen auch die Krankenhaustage mit dem Alter zu: 65- bis 69-jährige waren im aktuellen Berichtsjahr 2018 durchschnittlich einen ganzen Tag mehr in stationärer Behandlung als der Gesamtdurchschnitt aller Versicherten (2,7 vs. 1,7 KH-Tage je Versicherten). Im Mittel war jeder Versicherte im Alter von 80 Jahren oder älter sogar fast 7 Tage in stationärer Behandlung.

Betrachtet man zudem die stationären Behandlungsfälle und -tage der Altersgruppen getrennt nach Geschlecht, werden weitere Auffälligkeiten in bestimmten Lebensabschnitten ersichtlich (■) Dia-

Diagramm 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



gramm 3.2.3). So sind Jungen bis zur Pubertät das „anfälliger“ Geschlecht (u. a. aufgrund deutlich höherer Prävalenz bei hyperkinetischen Störungen [F90]), sie sind in der Altersgruppe bis 15 Jahre mit 109 KH-Fällen je 1.000 Versicherte deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Mädchen (92 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). In den Altersgruppen zwischen dem 15. und 39. Lebensjahr sind hingegen die Fallzahlen und die damit einhergehenden Mengen an Behandlungstagen bei den Frauen höher als bei den Männern. Ab etwa 55 Jahren wiederum weisen die Männer höhere Kennzahlen auf.

»» Diagramm 3.2.4 und »» Diagramm 3.2.5 zeigen für ausgewählte Krankheitsarten die jeweiligen Häufigkeiten der Krankenhausfälle bzw. -tage. Dabei ist

zu erkennen, dass stationäre Behandlungen von Kindern und Jugendlichen **in der Altersgruppe unter 15 Jahren** aufgrund psychischer Störungen relativ selten sind: Durchschnittlich 5,4 KH-Fälle je 1.000 Versicherte und 193 Behandlungstage je 1.000 Versicherte waren im Jahr 2018 hierbei zu verzeichnen. Dabei sei ergänzend erwähnt, dass hier Jungen – anders als in allen nachfolgenden Altersgruppen – eine deutlich längere Falldauer aufweisen (39 vs. 32 KH-Tage je Fall). Die relativ hohen Fallzahlen aufgrund von Atemwegserkrankungen, Infektionen sowie Verletzungen/Vergiftungen wiederum entsprechen auch deren hohen Diagnoseanteilen in der ambulanten Versorgung für diese Altersgruppe (»» Kapitel 2.2). Die Erkrankungen des Atmungssystems machen dabei ein Sechstel der

Diagramm 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

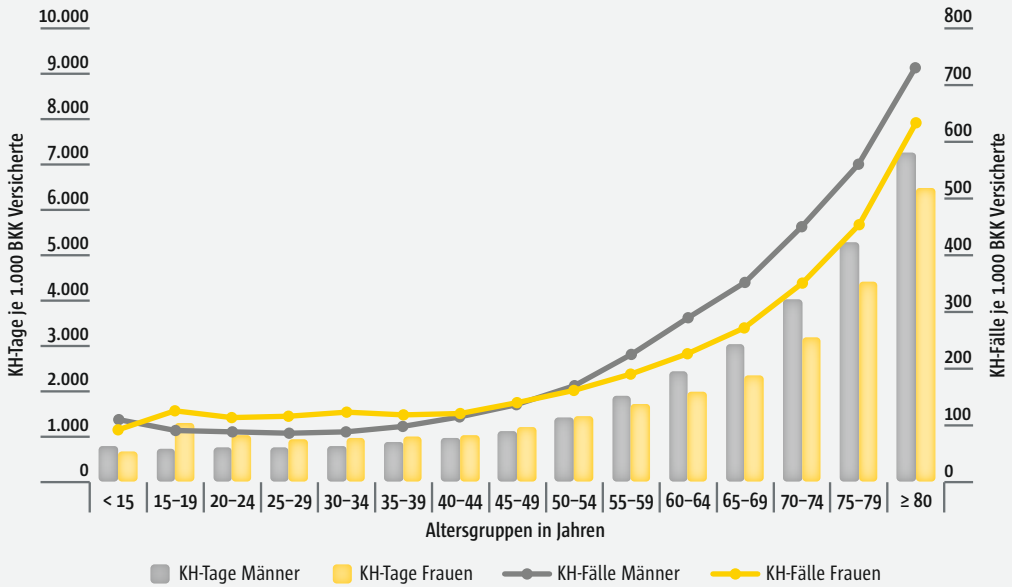


Diagramm 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2018)

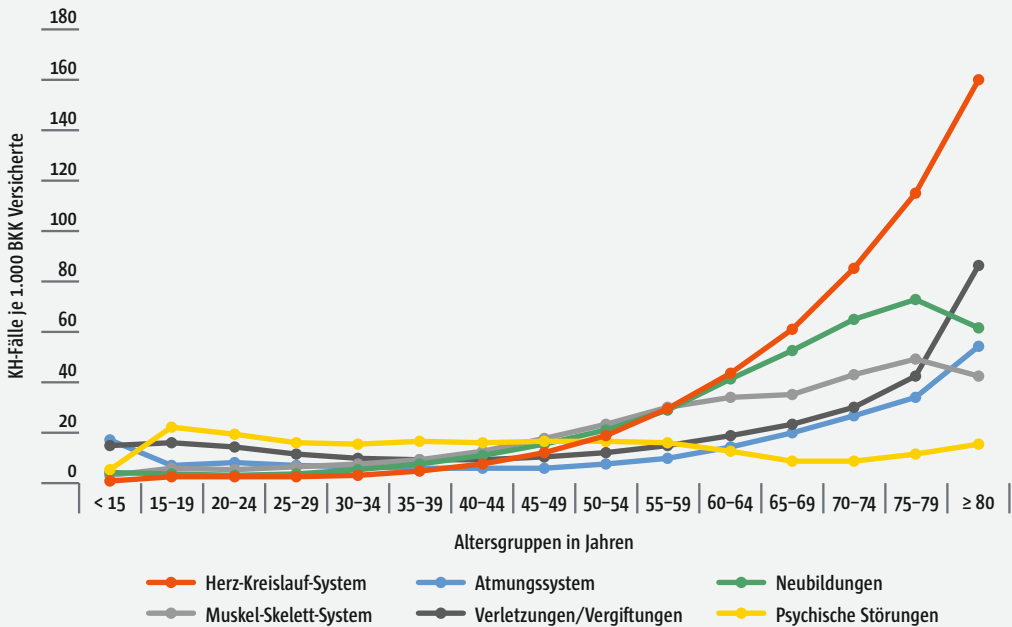
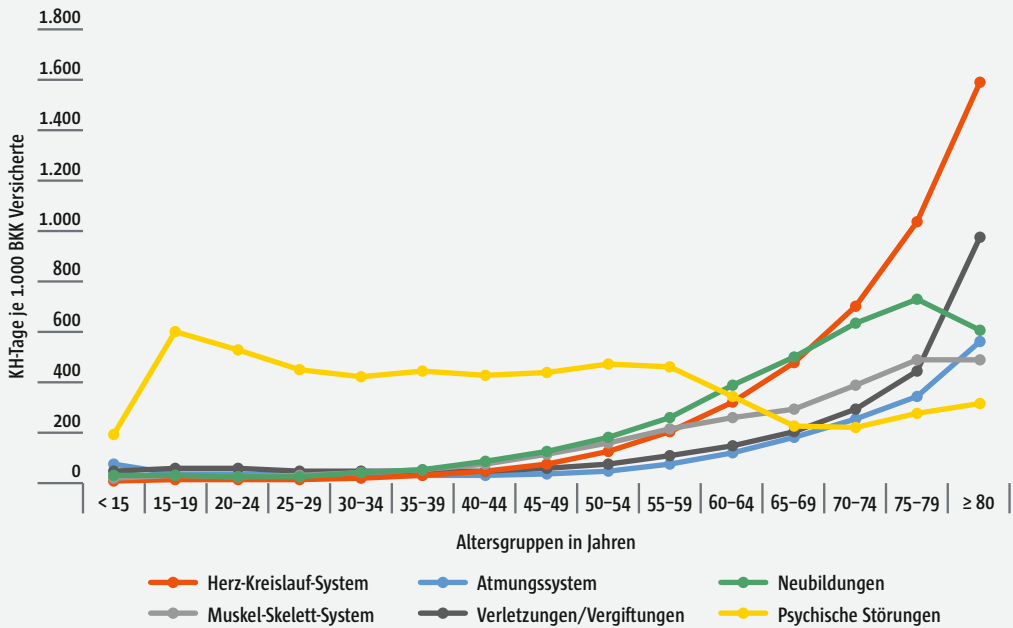


Diagramm 3.2.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2018)



stationären Behandlungsfälle in dieser Altersgruppe aus (17,0 KH-Fälle je 1.000 Versicherte).

In der Altersgruppe von 15 bis 19 Jahren kehrt sich das Verhältnis der Kennwerte von männlichen und weiblichen Versicherten um: Weibliche Jugendliche dieses Alters sind deutlich häufiger in stationärer Behandlung als männliche (125,9 vs. 89,8 KH-Fällen je 1.000 Versicherte). Wie in den beiden Diagrammen zu erkennen ist, steigen für die Altersgruppe vor allem die Fallzahlen (und damit auch die Krankenhaustage pro Versicherte) aufgrund von psychischen Erkrankungen stark an: Jeder fünfte Krankenhausfall bei den 15- bis 19-jährigen erfolgt aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung, sogar rund 60% der Krankenhaustage gehen auf diese Diagnosehauptgruppe zurück. Dabei ist der geschlechtsbezogene Unterschied bei der Falldauer mit 8 Tagen so groß wie in keiner anderen Altersgruppe (Frauen: 31 KH-Tage je Fall vs. Männer: 22 KH-Tage je Fall). Männliche Jugendliche sind hingegen von Verletzungen und Vergiftungen mit 18,6 Fällen je 1.000 Versicherte häufiger betroffen als weibliche (12,7 KH-Fälle je 1.000 Versicherte).

In den jüngeren Erwachsenengruppen bis etwa 39 Jahre werden Frauen durchweg deutlich häufiger als Männer stationär behandelt. Die Unterschiede

erklären sich vorwiegend aus Schwangerschaft und Geburt (so führen zwischen 25 und 39 Jahren Schwangerschaft und Entbindung am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt) sowie frauenspezifischen Urogenitalerkrankungen und Neubildungen. Das Morbiditätsspektrum der Männer zwischen 20 und 39 Jahren ist hingegen anders geprägt, diese sind am häufigsten aufgrund psychischer Krankheiten in stationärer Behandlung. Deren durchschnittliche Falldauer ist dabei aber durchweg etwa eine Woche kürzer als die der Frauen.

Insgesamt dominieren **in den Altersgruppen bis zum 60. Lebensjahr** die psychischen Störungen bei den Mengen der stationären Aufenthaltstage. Erst danach sind es insbesondere die Neubildungen sowie die Herz- und Kreislauferkrankungen, aufgrund derer sich mehr Krankenhaustage summieren – wobei die Behandlungsfälle und -tage aufgrund psychischer Erkrankungen bei den Altersgruppen über 60 Jahre gleichzeitig geringer sind. Die stationären Behandlungen aufgrund von Neubildungen nehmen ab 40 Jahre vor allem bei den Frauen zu, 2018 waren bei den 40- bis 54-jährigen Neubildungen häufigster Aufnahmegrund bei den weiblichen Versicherten. Die meisten Herz-Kreislauf-Behandlungsfälle sowie die daraus entstandenen Krankenhaustage sind

hingegen den Männern zuzuschreiben: Ab 50 Jahren ist dies bei ihnen der häufigste Grund für eine stationäre Behandlung.

Im Rentenalter ab 65 Jahren schließlich sind Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems auch bei den Frauen die häufigste stationäre Diagnose, wobei dennoch auch in den höheren Altersgruppen Frauen im Vergleich zu den Männern durchweg deutlich geringere Fallhäufigkeiten und entsprechend weniger Behandlungstage aufweisen. In dieser Altersgruppe machen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen insgesamt fast ein Viertel aller Krankenhausfälle und -tage aus. Zweithäufigster Behandlungsgrund sind in dieser Altersgruppe die Verletzungen und Vergiftungen. Dabei sind Frauen häufiger aus diesem Grund in stationärer Behandlung als Männer (100 vs. 69 KH-Fälle je 1.000 Versicherte), dabei dürften häufigere Sturzunfälle im Alter eine wichtige Rolle spielen, gerade auch im Zusammenhang mit bestehenden altersbedingten Schädigungen im Muskel- und Skelettsystem (u. a. Osteoporose).

Die bisherigen Auswertungen zeigen die besondere Bedeutung der psychischen und Verhaltensstörungen, der Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie der Neubildungen in der stationären Versorgung. Im Folgenden werden daher diese drei Diagnosehauptgruppen hinsichtlich ausgewählter Einzeldiagnosen detaillierter betrachtet.

Psychische und Verhaltensstörungen

- Seit 2008 ist die durchschnittliche Behandlungsdauer von psychischen Störungen um 3 Tage auf über 27 Tage je Fall gestiegen.
- Depressionen (F32 bzw. F33) sind dabei die bei Weitem häufigste Diagnose: Bei Frauen sind diese der Behandlungsgrund bei fast der Hälfte, bei Männern immerhin bei fast 40% der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen.

Die psychischen Störungen haben, was die durchschnittliche Anzahl der damit verbundenen stationären Behandlungstage angeht, schon seit 2007 die Spitzenposition inne, als erstmals mehr KH-Tage auf diese Erkrankungsart anstatt auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen entfielen. Seitdem hat die Zahl der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen sukzessive zugenommen, im 10-Jahres-Vergleich um +28,1% (■ Diagramm 3.1.4). Bei der Bewertung dieser Kennzahlenentwicklungen sind aber auch Besonderheiten der Psychiatrie/Psychosomatik gegen-

über dem akut somatischen Bereich zu berücksichtigen – dazu zählt auch der Umstand, dass bis zum aktuellen Berichtsjahr kein verbindliches pauschalierendes Entgeltsystem mit Budget-Wirkung eingeführt war (siehe ■■ Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems). Somit ist für die psychischen Störungen keine Verweildauerreduzierung wie im somatischen Bereich zu beobachten – im Gegenteil: Entsprechend der genannten Kennzahlen ergibt sich eine Steigerung der durchschnittlichen Falldauer seit 2008 um rund 3 Tage (2008: 24,3 Tage je Fall vs. 2018: 27,4 Tage je Fall).

Sind Frauen und Männer allgemein betrachtet zwar in etwa gleich häufig aufgrund von psychischen Störungen in stationärer Behandlung, so zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede bei der Betrachtung der Einzeldiagnosen (■■ Tabelle 3.2.1). So sind Frauen häufiger als Männer von Depressionen betroffen, was anhand der deutlich höheren Fallzahl und einer damit einhergehend höheren Anzahl von Krankenhaustagen abzulesen ist. Allein die rezidivierende depressive Störung (F33) und die depressive Episode (F32) zusammengenommen verursachen fast die Hälfte aller psychisch bedingten Krankenhaustage bei den Frauen. Auch bei den Männern sind dies die häufigsten Einzeldiagnosen, zusammen verursachen diese aber „nur“ etwa 38% aller psychisch bedingten Krankenhaustage. Andererseits ist bei den Männern aber eine höhere Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bekannt¹, was sich auch in den deutlich höheren Fallzahlen zur entsprechenden ICD-Diagnose (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, F10) widerspiegelt. Dabei ist die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer mit 10,3 Tagen (Männer) bzw. 9,4 Tagen (Frauen) je Fall deutlich kürzer als die aller anderen hier aufgeführten Diagnosen. Ein weiterer Geschlechtsunterschied bei der Behandlungsdauer zeigt sich bei den Anpassungsstörungen (F43): Frauen werden aufgrund dessen mehr als sechs Tage länger stationär behandelt als Männer (24,7 vs. 17,6 Tage je Fall).

Ein genauerer Eindruck der o.g. Erkrankungen entsteht, wenn man das Auftreten von Behandlungsfällen in einzelnen Altersgruppen betrachtet. Hierzu sind die KH-Fälle der beiden Depressions-Diagnosen (F32, F33) sowie die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) im ■■ Diagramm 3.2.6 altersdifferenziert dargestellt. Wie schon zuvor berichtet (■ Diagramm 3.2.4 und ■■ Diagramm 3.2.5), ist

1 Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft (2017). Alkoholatlas Deutschland 2017. Pabst Science Publishers: Lengerich.

Tabelle 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Psychischen Störungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

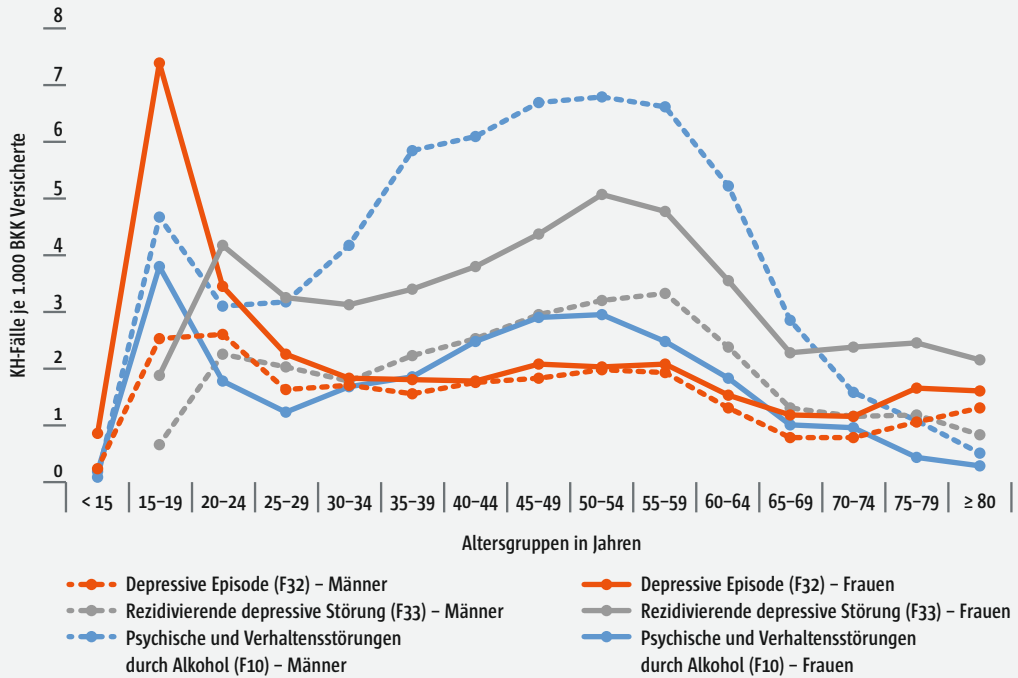
ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
F33	Rezidivierende depressive Störung	1,9	77,4	41,1
F32	Depressive Episode	1,5	56,4	37,3
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4,0	41,4	10,3
F20	Schizophrenie	0,9	33,0	37,2
F90	Hyperkinetische Störungen	0,2	11,1	53,3
F45	Somatoforme Störungen	0,6	11,0	19,4
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,6	10,3	17,6
F31	Bipolare affektive Störung	0,3	9,8	39,8
F25	Schizoaffektive Störungen	0,2	8,6	39,6
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,4	8,0	19,0
Frauen				
F33	Rezidivierende depressive Störung	3,1	127,7	41,5
F32	Depressive Episode	2,1	77,7	37,7
F45	Somatoforme Störungen	1,2	21,8	18,8
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,9	21,5	24,7
F20	Schizophrenie	0,5	21,1	41,0
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,6	20,7	33,8
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,7	16,3	9,4
F50	Essstörungen	0,3	16,2	54,1
F25	Schizoaffektive Störungen	0,3	13,9	41,2
F31	Bipolare affektive Störung	0,4	13,9	40,2

gerade in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen eine besondere Spitze in den Kennwerten zu finden, dabei gehen die meisten Behandlungsfälle und -tage auf depressive Episoden zurück. Dahinter verbergen sich deutlich mit etwa dreimal so hohen Fallzahlen mehr weibliche Jugendliche als männliche. Als Erklärungsansätze für diese starke Häufung von depressiven Erkrankungen in dieser Altersgruppe werden verschiedene mögliche Ursachen diskutiert, von physiologischen Veränderungen in der Pubertät bis hin zu damit

einhergehenden Entwicklungsaufgaben und Stressbelastungen, insbesondere Beeinträchtigungen bei Körper- und Selbstwertgefühl². Bei älteren Versicherten sind die Fallzahlen aufgrund von depressiven Episoden auf deutlich niedrigerem Niveau, während diese dann häufiger aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung in stationärer Behandlung sind.

² Groen G, Petermann F (2011). Depressive Kinder und Jugendliche. Hogrefe: Göttingen.

Diagramm 3.2.6 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Psychische Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Die meisten Fälle treten dabei zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr auf. Bei dieser Diagnose sind außerdem durchweg die Frauen häufiger in stationärer Behandlung als die Männer. Bei den alkoholbedingten psychischen Störungen fällt zum einen eine besondere Fallhäufung bei den 15- bis 19-Jährigen auf. Dabei sind die männlichen Jugendlichen dieser Altersgruppe nur in relativ geringem Umfang häufiger deshalb in stationärer Behandlung als die weiblichen. Hierbei handelt es sich allerdings wesentlich um sehr kurzzeitige Aufenthalte aufgrund von akutem Missbrauchsverhalten: Die durchschnittliche Falldauer beträgt für die 15- bis 19-Jährigen nur rund 2 Tage. Mit höherem Alter gehen hierbei aber die Fallzahlen geschlechtsspezifisch deutlich auseinander. Die meisten stationären Fälle, einhergehend auch mit den meisten Behandlungstagen, sind bei dieser Diagnose bei den 50- bis 54-Jährigen zu verzeichnen.

Vergleicht man die stationäre Versorgung psychischer Störungen mit dem Geschehen in anderen Leistungsbereichen, zeigen sich einige Unterschiede. So spiegeln sich die hohen stationären Fallzahlen bei den 15- bis 19-Jährigen nicht in gleicher Weise in Kennwerten aus der ambulanten Versorgung

oder bei Arzneimittelverordnungen wider, dort sind die höchsten Kennwerte vielmehr in der zweiten Lebenshälfte zu verzeichnen. Ebenso ist zu konstatieren, dass ambulante Behandlungen genauso wie Verordnungen von Psychopharmaka gerade bei den Versicherten im Rentenalter ungebrochen häufig sind, allerdings sind zumindest teilweise Kennwertrückgänge im Bereich des Renteneintrittsalters zu verzeichnen: Insbesondere gehen die Psychopharmaka-Verordnungen (III Kapitel 4.2) sowie die Anteile von Versicherten in ambulanter Behandlung (III Kapitel 2.2) bei der Altersgruppe zwischen 65 und 74 Jahren zumindest leicht zurück.

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

- Häufigste Einzeldiagnosen der Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems sind Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63): Mehr als jeder fünfte Herz-Kreislauf-Krankenhausfall (und fast jeder dritte Behandlungstag aufgrund dieser Erkrankungsart) geht auf diese beiden Diagnosen zurück.

3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

- Deutlicher Geschlechtsunterschied bei der chronisch ischämischen Herzkrankheit (I25): Männer sind mehr als dreimal so häufig in stationärer Behandlung als Frauen.
- Frauen sind hingegen deutlich häufiger wegen Bluthochdruck (I10) im Krankenhaus als Männer.

Stationäre Versorgungsfälle von Herz- und Kreislauf-erkrankungen weisen mit +10,5% für die letzten zehn Jahre in etwa die gleiche Steigerungsrate auf wie die Gesamtanzahl der Krankenhaufälle (+10,9%). Im gleichen Zeitraum ist die Verweildauer um rund

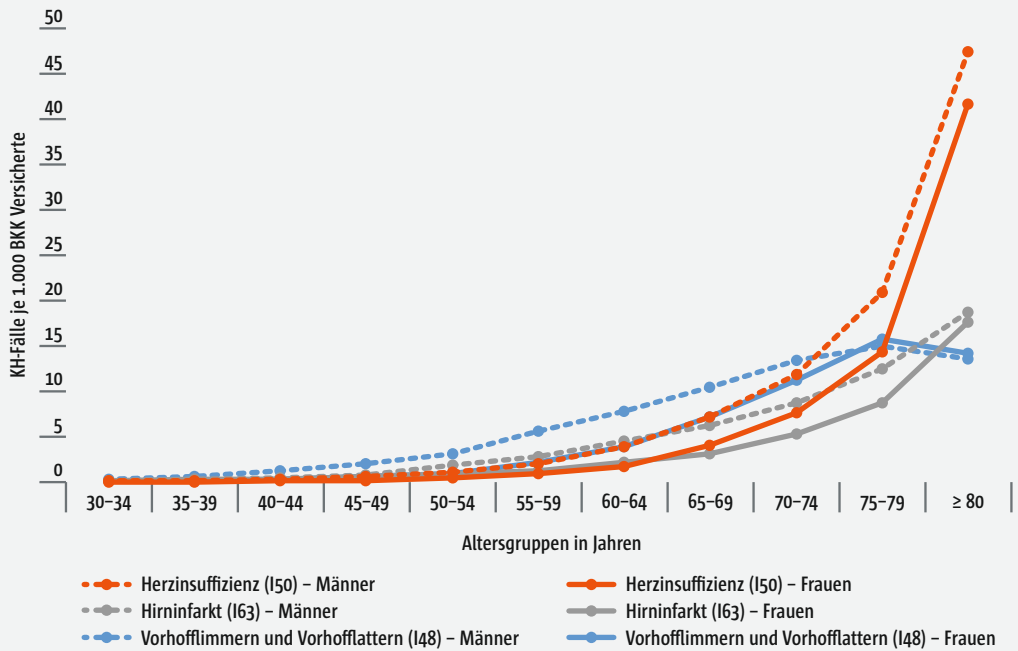
einen Tag zurückgegangen (2008: 9,4 Tage je Fall vs. 2018: 8,3 Tage je Fall). Wie schon zuvor erwähnt wurde, sind dabei die Männer häufiger als Frauen aufgrund von Herz- und Kreislauferkrankungen in stationärer Behandlung, der Unterschied zwischen den Fallhäufigkeiten ist dabei im Jahr 2018 sogar noch größer als zehn Jahre zuvor. In gleicher Weise ist die Differenz zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Behandlungstage gewachsen.

Wie anhand von **»»** Tabelle 3.2.2 zu erkennen ist, gehen die meisten stationären Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen auf die

Tabelle 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen des Herz-Kreislauf-Systems nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
I50	Herzinsuffizienz	4,2	47,5	11,4
I63	Hirninfrakt	2,7	33,9	12,6
I70	Atherosklerose	2,4	24,8	10,2
I21	Akuter Myokardinfarkt	3,0	24,5	8,3
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	3,7	18,1	4,9
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	2,9	15,9	5,5
I20	Angina pectoris	3,2	15,5	4,9
I35	Nicht-rheumatische Aortenklappenkrankheiten	0,8	9,8	12,5
I61	Intrazerebrale Blutung	0,3	6,6	19,7
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1,4	6,4	4,7
Frauen				
I50	Herzinsuffizienz	3,6	39,9	11,2
I63	Hirninfrakt	2,1	26,7	12,8
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	2,8	15,8	5,8
I70	Atherosklerose	1,2	12,4	10,2
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	2,4	12,4	5,2
I21	Akuter Myokardinfarkt	1,2	10,8	8,7
I20	Angina pectoris	1,5	7,1	4,8
I35	Nicht-rheumatische Aortenklappenkrankheiten	0,5	6,2	12,5
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	0,9	4,9	5,3
I26	Lungenembolie	0,5	4,9	9,1

Diagramm 3.2.7 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Einzeldiagnosen Herzinsuffizienz (I50) und Hirnfarkt (I63) zurück. Größere Geschlechtsunterschiede zeigen sich in dieser Auflistung der wichtigsten Einzeldiagnosen hingegen bei anderen Diagnosen, so ist der Unterschied bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) mit mehr als dreimal so vielen KH-Fällen und -Tagen bei Männern im Vergleich zu den Frauen am größten ausgeprägt. Des Weiteren sind bei Angina Pectoris (I20), akutem Myokardinfarkt (I21) sowie bei Atherosklerose (I70) die Anzahl der Behandlungsfälle und -tage bei den Männern rund doppelt so hoch wie bei Frauen. Hingegen sind Männer gegenüber den Frauen nur etwa halb so oft zur Behandlung von Bluthochdruck (I10) im Krankenhaus, auch die Anzahl der Krankenhaustage ist nur etwa halb so groß.

Das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen insbesondere nach Erreichen des regulären Renteneintrittsalters spiegelt sich auch bei der Betrachtung von Einzeldiagnosen wider, für die exemplarisch die Diagnosen Herzinsuffizienz (I50), Hirnfarkt (I63) sowie Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48) im Diagramm 3.2.7 dargestellt sind. Die größte Fallzahlsteigerung ist dabei für die Herzinsuffizienz bei den über 80-Jährigen deutlich zu erkennen. Mehr als

die Hälfte aller Behandlungsfälle und -tage bei Herzinsuffizienz erfolgen bei Versicherten dieser Altersgruppe. Nicht ganz so deutlich ist die Verteilung bei der stationären Behandlung von Hirninfarkten, aber immerhin noch mehr als ein Drittel aller Behandlungsfälle und -tage geht dabei auf über 80-Jährige zurück. In dieser Altersgruppe sind Männer und Frauen fast gleichhäufig aufgrund einer solchen Erkrankung in stationärer Behandlung. Bei den Jüngeren zeigt sich teilweise ein deutlicher Geschlechtsunterschied: Zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr sind für Männer rund doppelt so viele Behandlungsfälle zu verzeichnen wie bei den gleichaltrigen Frauen. Vorhofflimmern und Vorhofflattern tritt zumindest etwas häufiger in jüngeren Jahren auf, so ist hier rund jeder achte Behandlungsfall bei Versicherten jünger als 55 Jahre erfolgt.

Ähnliche Geschlechtsunterschiede wie bei der stationären Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (Kapitel 1.2) vorzufinden. Hingegen nehmen eine ambulante Behandlung wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen eher mehr Frauen in Anspruch (Kapitel 2.2), diese bekommen hingegen wesentlich seltener Medikamente für Herz- und Kreislaufferkrankungen.

kungen als die Männer verordnet (» Kapitel 4.2). Möglicher Grund für diese Differenzen könnte ein unterschiedliches Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten sein:

- Frauen begeben sich allgemein öfter ambulant in Behandlung (möglicherweise aufgrund eines größeren Gesundheitsbewusstseins, sie haben aber auch generell eine größere Nähe zur medizinischen Versorgung im Zusammenhang mit Routineuntersuchungen, Verhütung und Schwangerschaft). Frauen werden daher früher im Krankheitsverlauf behandelt, wobei dann auch häufiger konservativ (z.B. mit Medikamenten) therapiert werden kann und eine stationäre Behandlung nicht notwendig wird.
- Dagegen suchen Männer medizinische Versorgung tendenziell später und häufig erst mit schwerwiegenden Symptomen auf, was wiederum mit längeren AU-Zeiten verbunden ist. Häufiger ist dann auch eine stationäre Behandlung notwendig, aufgrund der Schwere dauert die Behandlung dann möglicherweise zudem länger.

Neubildungen

- Bösartige Neubildungen der Bronchien und Lunge (C34) ist die häufigste Krebs-Diagnose, wegen der BKK Versicherte in stationärer Behandlung sind. Dies ist die häufigste Einzeldiagnose bei Männern sowie bei Frauen nach Brustkrebs (C50) die zweithäufigste.

Unter den Neubildungen werden verschiedene sowohl gut- als auch bösartige Gewebewucherungen zusammengefasst. Aufgrund der Notwendigkeit einer schnellen und umfassenden Behandlung insbesondere bei bösartigen Neubildungen sind diese vorrangig in der stationären Versorgung (in der hier aufgeführten Akutversorgung, außerdem genauso in der Rehabilitation) vorzufinden. Die Fallzahlen und daraus resultierenden Behandlungstage sind im Vergleich der letzten Jahre sehr stabil, wie schon der im » Diagramm 3.1.4 dargestellte Zehnjahresvergleich zeigt: Die durchschnittliche Anzahl der stationären Behandlungsfälle ist nur um +3,8% höher als im Jahr 2008, im gleichen Zeitraum ist die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage um -2,6% gesunken. Geschlechtsspezifisch differenziert zeigt sich daran anschließend, dass die Fallzahlsteigerung fast ausschließlich auf die Männer zurückgeht (seit 2008 +7,6%), hingegen der Rückgang der Behand-

lungstage wesentlich bei den Frauen zu verzeichnen ist (seit 2008 - 6,3%).

Die meisten Behandlungsfälle und die meisten daraus resultierenden Krankenhaustage sind bei den Frauen auf eine Brustkrebserkrankung (C50) zurückzuführen (» Tabelle 3.2.3). Bei den Frauen erfolgt mehr als jeder sechste Behandlungstag innerhalb der Gruppe der Neubildungen aufgrund dieser Diagnose. Betrachtet man nur die KH-Tage, folgen bei den Frauen an zweiter Stelle mit deutlichem Abstand die Neubildungen in Bronchien und Lunge (C34). Bei den Männern sind hingegen mit dieser Diagnose die meisten Krankenhaustage verbunden, was auch in etwa das Rauchverhalten - Männer rauchen deutlich häufiger als Frauen³ - in der Bevölkerung widerspiegelt. Größer noch ist der Geschlechtsunterschied bei Neubildungen des Magens (C16) sowie des Rektums (C20): Bei beiden Einzeldiagnosen weisen Männer im Vergleich zu den Frauen fast doppelt so viele Krankenhaushfälle und -tage auf.

Gerade bei den geschlechtsspezifischen Krebserkrankungen sind die mittleren Erkrankungsalter sehr unterschiedlich: Gebärmutterhals- und Brustkrebs (letztes tritt auch bei Männern auf, allerdings machen diese nur rund 1% aller Neuerkrankungen aus) bei Frauen setzt recht früh ein, Prostatakrebs bzw. der bei Männern deutlich häufigere Harnblasenkrebs betrifft eher ältere Personen. Entsprechendes zeigt sich auch bei der altersspezifischen Auswertung der stationären Behandlungsfälle von Brust-, Prostata- sowie Lungen- und Bronchialkrebs (» Diagramm 3.2.8): Bei mehr als einem Drittel aller Brustkrebsfälle (36,9%) sind die Patientinnen jünger als 55 Jahre, bei Lungen- und Bronchialkrebs sind die Betroffenen (berechnet für beide Geschlechter) nur bei 10,6% jünger als 55 Jahre und nur 4,8% der Prostatakrebs-Patienten sind in einem solchen, noch jungen Alter betroffen. Die meisten stationären Behandlungsfälle erfolgen wiederum bei den hier dargestellten Diagnosen (aber auch bei anderen Neubildungen) bei Patientinnen und Patienten zwischen 70 und 80 Jahren. Bei Lungen- und Bronchialkrebs zeigt sich in der geschlechtsspezifischen Betrachtung besonders ab dem Renteneintrittsalter ein deutliches Auseinanderklaffen der Fallzahlen. So beträgt der Spitzenwert bei den Männern 12,2 KH-Fälle je 1.000 Versicherte bei den 70- bis 74-Jährigen, bei gleichaltrigen Frauen sind nur 6,2 KH-Fälle je 1.000 Versicherte zu verzeichnen. Entgegen epidemiologischer Zahlen, die auch jenseits des 80. Lebensjahrs hohe Erkrankungsraten

3 vgl. z.B. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

Tabelle 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten Diagnosen der Neubildungen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

ICD-10-Code	Diagnosen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
Männer				
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	2,6	25,8	9,9
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	1,9	15,5	8,3
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	1,0	13,2	12,8
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	1,7	12,3	7,2
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,9	11,0	12,6
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,7	8,5	12,2
C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,7	7,5	11,4
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	1,1	6,3	5,7
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,5	6,1	12,8
C83	Nicht follikuläres Lymphom	0,6	6,1	10,1
Frauen				
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	3,2	31,1	9,8
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	1,6	15,3	9,4
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,7	10,1	13,8
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	0,6	7,6	13,5
D25	Leiomyom des Uterus	1,5	7,4	4,9
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,5	6,3	11,7
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,5	6,0	11,8
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,4	4,8	11,4
C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	0,4	4,2	9,5
C92	Myeloische Leukämie	0,3	4,2	17,1

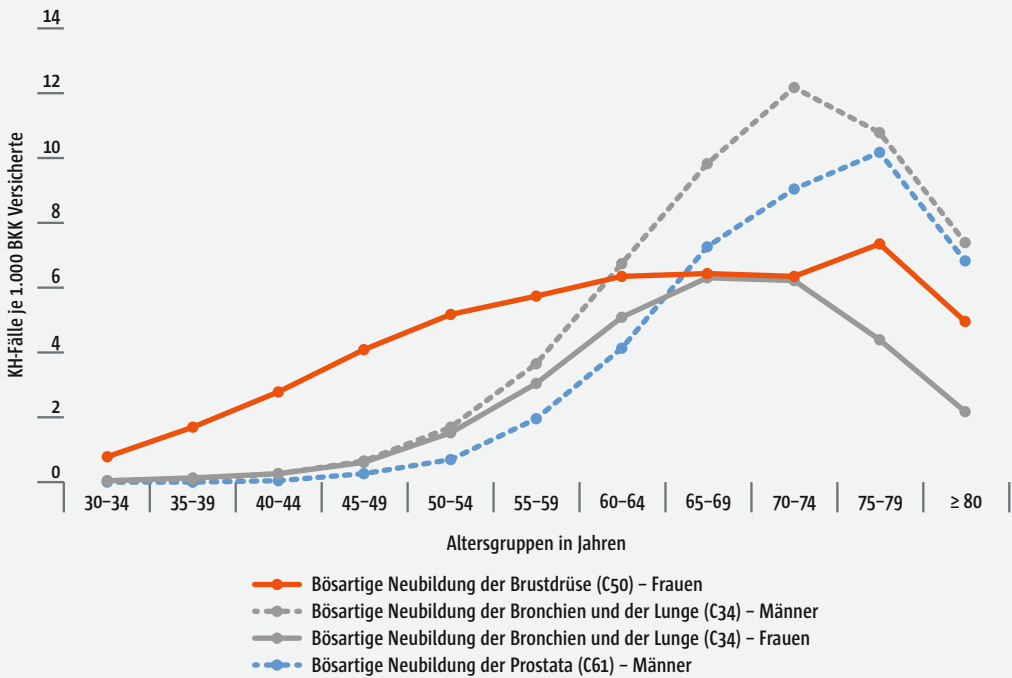
ausweisen⁴, sinken die stationären Behandlungszahlen für diese Altersgruppe deutlich. Dies lässt sich u. a. dadurch erklären, dass Betroffene nicht mehr in der Lage oder auch nicht willens sind, kräftezehrende Therapien zu absolvieren und bei der Therapiewahl außerdem abgewogen wird, mit welchen nachfolgen-

den Lebensqualitätseinschränkungen diese einhergehen.

In anderen Leistungsbereichen spielen die Neubildungen keine so große Rolle wie in der stationären Versorgung, aber man kann zumindest ähnliche alters- und geschlechtsspezifische Muster erkennen. So sind auch die Anteile von weiblichen Versicherten in ambulanter Versorgung aufgrund eines Mammakarzinoms schon ab dem 45. Lebensjahr deutlich ansteigend, während sich Prostatakarzinom-Patienten vor

4 Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2017). Krebs in Deutschland für 2013/2014. RKI: Berlin.

Diagramm 3.2.8 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten für ausgewählte Neubildungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



allem jenseits des 65. Lebensjahrs in Behandlung gegeben. Ein ähnliches Muster findet sich auch bei den Verordnungen antineoplastischer Mittel (Lo1) sowie bei Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgrund von Neubildungen, wobei im AU-Geschehen wiederum die Kennzahlen aufgrund des *healthy worker effects* bei den 65-jährigen Beschäftigten gegenläufig zu den ambulanten und stationären Fallzahlen stark zurückgehen.

3.2.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus

- Neben den Rentnern sind auch Arbeitslose deutlich öfter und länger in stationärer Behandlung als Beschäftigte oder Familienangehörige.
- Bei Arbeitslosen sind psychische Störungen der häufigste Grund für Krankenhausaufenthalte: Mehr als die Hälfte aller Behandlungstage gehen auf diese Krankheitsart zurück.
- Bei Rentnern ist hingegen allein schon jeder Fünfte Behandlungstag auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen.

Für die Inanspruchnahme stationärer Versorgung lassen sich anders als beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zusätzlich auch Kennzahlen für Familienangehörige, Rentner sowie ALG-II-Empfänger auswerten. Da zu den Familienangehörigen vor allem Kinder und Jugendliche zählen, sind hier die entsprechenden Kennzahlen erwartungsgemäß am niedrigsten (III Tabelle 3.2.4): Im aktuellen Berichtsjahr 2018 sind 114,1 KH-Fälle und 930 KH-Tage je 1.000 Familienangehörige aufgetreten. Wie ebenfalls aufgrund des unterschiedlichen Durchschnittsalters (III Kapitel 0.1) zu erwarten ist, weisen die weiblichen Familienangehörigen dabei mehr Fälle und entsprechend mehr Tage auf als die männlichen. Im Durchschnitt genauso viele Behandlungstage wie bei den Familienangehörigen sind für die beschäftigten Mitglieder – die weitaus größte Versichertengruppe in diesem Vergleich – zu verzeichnen. Bei allen weiteren Versichertengruppen sind die Kennwerte hingegen deutlich höher: Die Gruppe der Rentner vereinigt dabei die meisten Krankheitsfälle und -tage auf sich – so war jeder Rentner im Durchschnitt rund 4,6 Tage im stationärer Behandlung – und auch für Arbeitslose (sowohl bei ALG-I- als

Tabelle 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Versichertengruppen	Geschlecht	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 BKK Versicherte		
BKK Versicherte insgesamt	Männer	198,8	1.741	8,8
	Frauen	190,9	1.725	9,0
	Gesamt	194,9	1.733	8,9
<i>davon:</i>				
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	122,6	901	7,4
	Frauen	124,7	965	7,7
	Gesamt	123,5	930	7,5
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	292,7	3.323	11,4
	Frauen	260,7	2.903	11,1
	Gesamt	277,4	3.122	11,3
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	305,6	3.623	11,9
	Frauen	272,1	2.960	10,9
	Gesamt	288,5	3.285	11,4
Familienangehörige	Männer	106,2	836	7,9
	Frauen	119,6	994	8,3
	Gesamt	114,1	930	8,1
Rentner	Männer	518,6	4.952	9,6
	Frauen	436,7	4.311	9,9
	Gesamt	476,1	4.619	9,7

auch ALG-II-Empfängern) schlagen mehr als doppelt so viele Fälle und mehr als dreimal so viele Behandlungstage als bei den Familienangehörigen und beschäftigten Mitgliedern zu Buche. Dabei ist außerdem für die ALG-II-Empfänger eine deutliche Steigerung bei den Behandlungstagen in Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen: +5,8% mehr KH-Tage gegenüber 2017.

Differenziert man für die Versichertengruppen wiederum nach Diagnosehauptgruppen, so wird ersichtlich, welche Erkrankungsarten sich hinter den Gesamtmengen an Behandlungstagen verbergen (»»» Diagramm 3.2.9). Bei den Rentnern fallen bei fast jeder hier aufgeführten Diagnosehauptgruppe – mit Ausnahme der psychischen Störungen – mehr Behandlungstage an als bei den anderen Versichertengruppen. Wie schon die Erkenntnisse zu Erkrankungsarten in Abhängigkeit vom Alter vermuten lassen, sind es die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, die hier wiederum auch relativ betrachtet bei den Rentnern mit rund 20% aller Behandlungstage den größten Anteil ausmachen. Besonders stechen in diesem Vergleich aber die große Anzahl bzw. die Anteile an Behandlungstagen aufgrund psychischer Störungen bei den Arbeitslosen hervor: Sowohl bei den ALG-I- als auch den ALG-II-Empfängern geht mindestens jeder zweite Behandlungstag auf Erkrankungen aus diesem Diagnosespektrum zurück. Der schon beschriebene Zuwachs an Behandlungstagen bei den ALG-II-Empfängern gegenüber dem Vorjahr geht vor allem auf eine Steigerung sowohl bei dieser Diagnosegruppe als auch bei den Neubildungen zurück.

Wie zu Anfang dieses Abschnittes beschrieben, nehmen Männer und Frauen insgesamt etwa gleich

nehmen Männer und Frauen insgesamt etwa gleich

Diagramm 3.2.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)

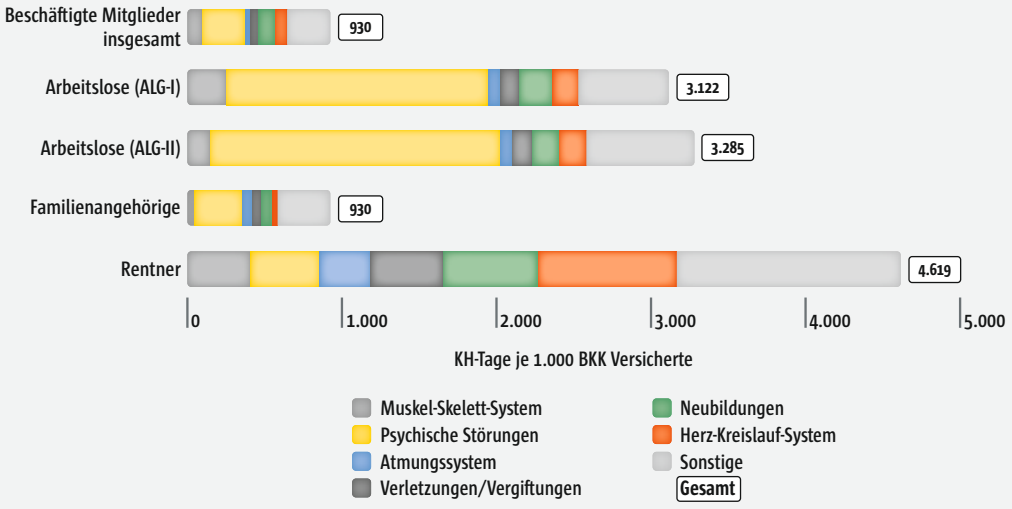
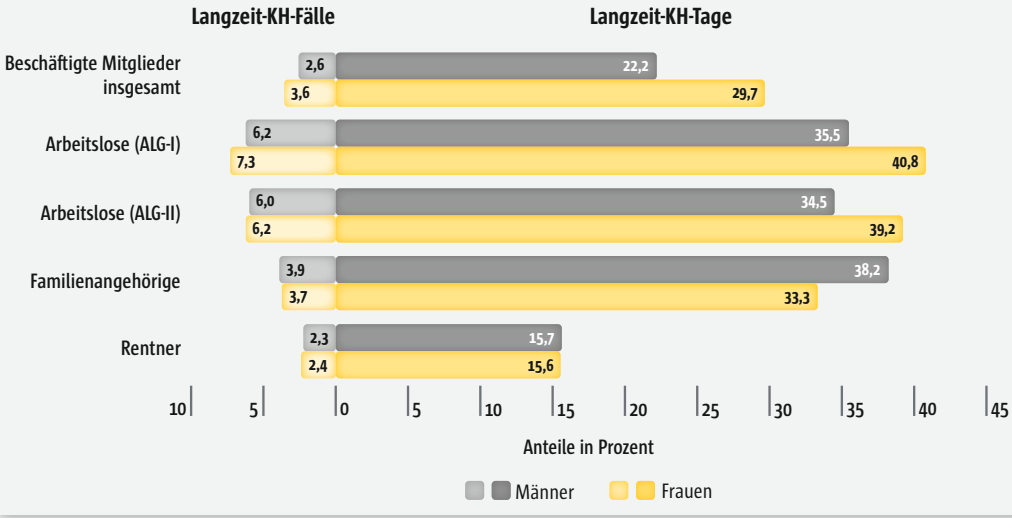


Diagramm 3.2.10 Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (Falldauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

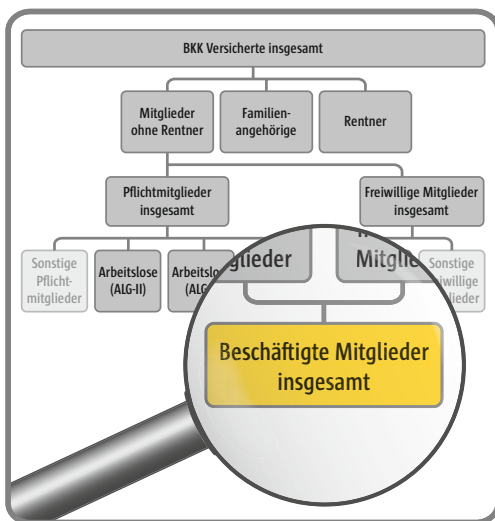


häufig eine stationäre Behandlung in Anspruch. Anders hingegen bei den Langzeitbehandlungen: Frauen weisen gegenüber Männern etwas mehr Fälle auf, die länger als 6 Wochen dauern (3,2% vs. 2,8% aller KH-Fälle), entsprechend ist der Anteil bei den Behandlungstagen, die auf Langzeitfälle zurückgehen, ebenfalls größer (24,0% vs. 21,5%).

Bei einer weiteren Differenzierung nach Versichertengruppen (»» Diagramm 3.2.10) zeigt sich dieser Geschlechterunterschied noch deutlicher bei den beschäftigten Mitgliedern: 3,6% der KH-Fälle und 29,7% der KH-Tage sind bei den Frauen auf Langzeitfälle zurückzuführen, bei den Männern sind es hingegen nur 2,6% der Fälle und 22,2% der Tage. Die in

diesem Vergleich größten Anteile von Langzeitbehandlungsfällen weisen hingegen die beiden Arbeitslosen Gruppen auf. Wesentlich bedingt ist dies durch den besonders hohen Anteil der Behandlung psychischer Störungen. Entsprechend weisen diese auch höhere Anteile bei den Behandlungstagen auf. Bei den Familienangehörigen – worunter viele Kinder und Jugendliche fallen, die relativ selten stationär versorgt werden müssen – gehen insgesamt rund ein Drittel der Behandlungstage auf Langzeiterkrankungen zurück. Der Anteil der Langzeitfälle an allen Krankenhausfällen ist aber mit 3,8% nur mäßig hoch, woraus ersichtlich wird, dass die dort aufgetretenen wenigen Langzeitfälle bei den Familienangehörigen langwieriger sind: Während Langzeitfälle bei den anderen Versicherten etwa zwischen 63 (ALG-I-Empfänger) und 68 Tagen (ALG-II-Empfänger) dauern, so werden für diese bei den Familienangehörigen im Schnitt rund 76 Tage benötigt. Auch hier kann dies zu einem großen Teil auf den hohen Anteil an psychischen Erkrankungen in den jungen Altersgruppen zurückgeführt werden, bei denen die Falldauer überdurchschnittlich lang ist. Bei den Rentnern sind – trotz der Tatsache, dass diese insgesamt die meisten Fälle und Behandlungstage pro Versicherten aufweisen – nur relativ wenige der Behandlungsfälle und -tage auf eine Langzeitbehandlung zurückzuführen.

3.2.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Für die weitere Analyse stationärer Versorgungsdaten hinsichtlich der Unterschiede nach höchstem erreichtem Schul- und Ausbildungsabschluss wird die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt betrachtet, da nur bei dieser Versichertengruppe die Zuordnung entsprechend der Klassifikation der Berufe 2010 (KlDB 2010) vorliegt.

- Je höher der Schulabschluss der Beschäftigten, desto seltener sind diese in stationärer medizinischer Behandlung.
- Besonders deutlich wird dies bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Bei Beschäftigten mit Volks-/Hauptschulabschluss sind in 2018 über 2,5-mal mehr Behandlungsfälle und -tage aufgrund dieser Krankheitsart als bei Beschäftigten mit (Fach-)Abitur erfolgt.
- Auch bei höheren Ausbildungsabschlüssen sind die Kennwerte geringer. So haben Beschäftigte mit einfachem Abschluss im Schnitt über 70% mehr Krankenhaustage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Hochschulabsolventen.

Höchster Schulabschluss

Ähnlich wie im AU-Geschehen zeigt sich auch in der stationären Versorgung, dass mit höherem schulischem Bildungsgrad eine Abnahme der KH-Kennzahlen einhergeht. Dabei ist im Vergleich zwischen den verschiedenen Schulabschlüssen die Gruppe ohne Schulabschluss diejenige, die insgesamt im Schnitt am häufigsten stationär behandelt wird (155,8 KH-Fälle je 1.000 Beschäftigte). Anders als bei den anderen hier dargestellten schulischen Bildungsgraden weisen in dieser Gruppe die Männer höhere Kennwerte auf als die Frauen. Entsprechend sind hier die höchsten Kennwerte der Männer zu finden (158,4 KH-Fälle und 1.166 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) (Diagramm 3.2.11). Allerdings nur knapp dahinter rangieren die Kennwerte der Beschäftigten mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss, wobei die Frauen mit einem solchen Schulabschluss den höchsten Wert bei Differenzierung nach Geschlecht haben (1.185 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Für die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur sind hingegen die niedrigsten Kennwerte festzustellen, immerhin mehr als ein Viertel weniger Behandlungsfälle und -tage als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Für diese Gruppe besteht zudem die größte relative Differenz zwischen den Geschlechtern: Für Frauen mit (Fach-)Abitur sind rund 12% mehr Krankenhausfälle und 19% mehr Behandlungstage dokumentiert als für Männer.

Diagramm 3.2.11 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

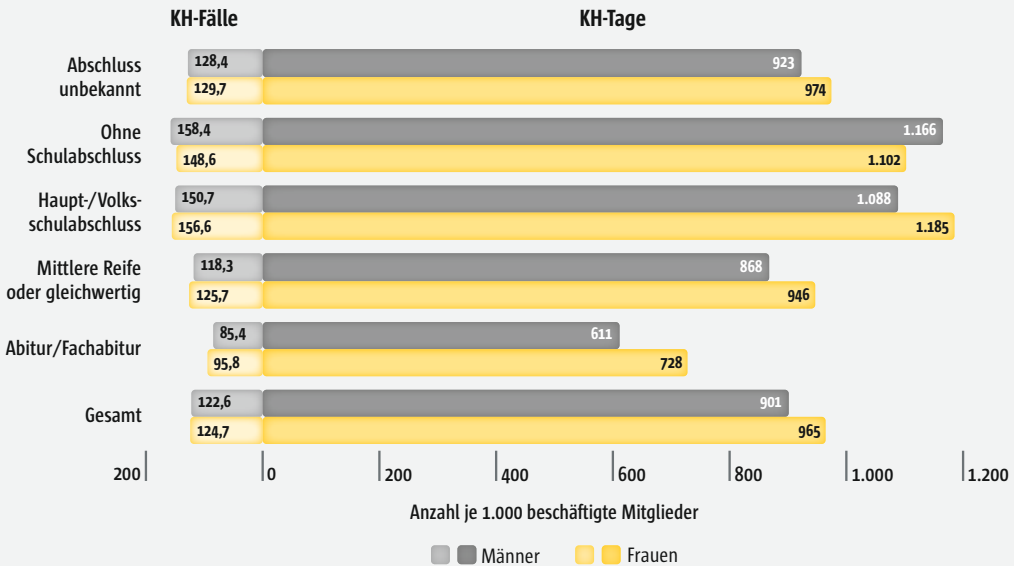
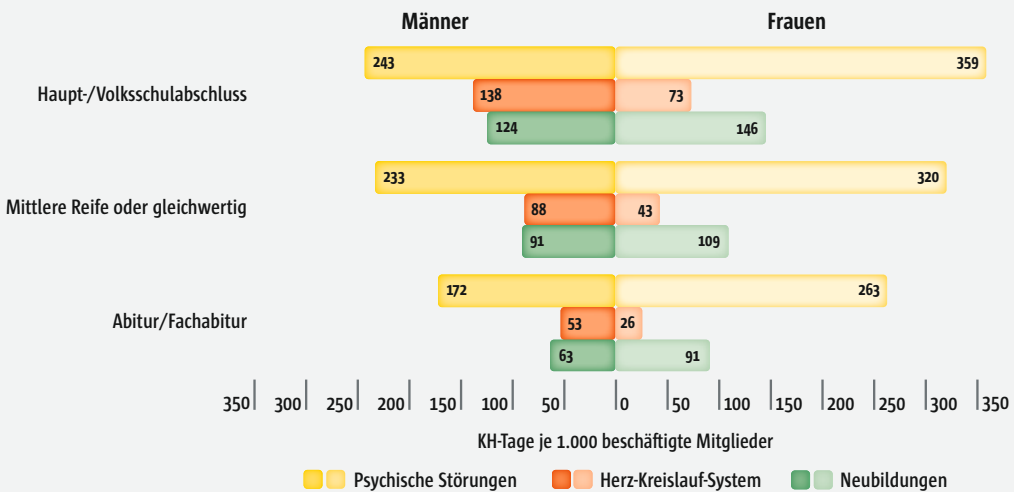


Diagramm 3.2.12 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



In **III** Diagramm 3.2.12 sind für drei Schulabschlussgruppen die Fallzahlen und Krankenhaustage in ausgewählten Diagnosegruppen gegenübergestellt. Sehr augenfällig ist dabei, dass durchweg bei Männern wie bei Frauen die Kennwerte in höheren Schulabschlussgruppen geringer ausfallen. Dabei

stechen die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems besonders heraus: Für Beschäftigte mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss sind im Vergleich zu (Fach-)Abiturienten mehr als zweieinhalbmal so viele Fälle und fast dreimal so viele Behandlungstage im aktuellen Berichtsjahr dokumentiert. Hingegen deutlich

geringe Differenzen sind bei den psychischen Störungen zwischen den Abschlussarten zu erkennen. Bei dieser Diagnosehauptgruppe zeigt sich außerdem, dass mit steigendem Schulabschluss die durchschnittliche Falldauer zunimmt: Die stationäre Behandlung psychischer Leiden dauert bei Beschäftigten mit Haupt-/Volksschulabschluss im Schnitt rund 26 Tage, bei denjenigen mit (Fach-)Abitur hingegen fast 32 Tage. Dabei spielt sicher auch eine Rolle, dass Einzeldiagnosen in den Bildungsgruppen unterschiedlich oft auftreten, so sind insbesondere die Kennwerte bei den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) bei den Beschäftigten mit Mittlerer Reife fast doppelt und bei den Haupt-/Volksschulabsolventen fast dreimal so hoch im Vergleich zu (Fach-)Abiturienten.

Höchster Berufsabschluss

Im Vergleich der Beschäftigtengruppen (» Diagramm 3.2.13) nach höchstem beruflichem Ausbildungsabschluss – ebenfalls wie der Schulabschluss

ein mittelbarer Indikator für den sozialen Status der jeweiligen Versicherten – sind es bei den Männern diejenigen mit einem Abschluss einer anerkannten Ausbildung, welche die meisten Behandlungsfälle und -tage aufweisen (131,9 KH-Fälle und 968 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Bei den Frauen sind es hingegen diejenigen ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss, für die die höchsten Kennwerte zu verzeichnen sind (136,5 KH-Fälle und 1.051 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass diejenigen ohne einen Abschluss rund 8 Jahre jünger sind als der Durchschnitt aller Beschäftigten, da viele Auszubildende zu dieser Gruppe zu zählen sind – es aber auch ältere Personen, die aus anderen Gründen keinen Abschluss erlangt haben, darunter gibt. Mit einer Altersdifferenz von fast 9 Jahren unter dem Beschäftigten-durchschnitt sind die Bachelor-Absolventen sogar noch jünger. Für diese sind – anders als bei denen ohne Abschluss – für beide Geschlechter deutlich weniger Behandlungsfälle und -tage zu verzeichnen: Bei den Frauen rund ein Drittel, bei den Männern sogar nur rund die Hälfte der Behandlungsfälle

Diagramm 3.2.13 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

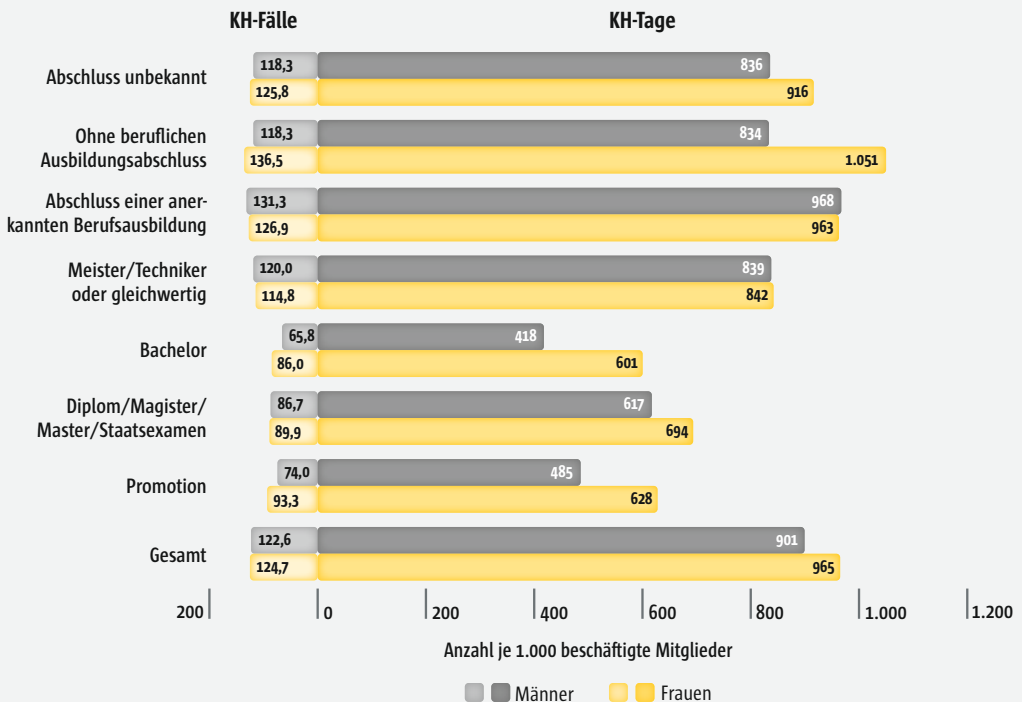
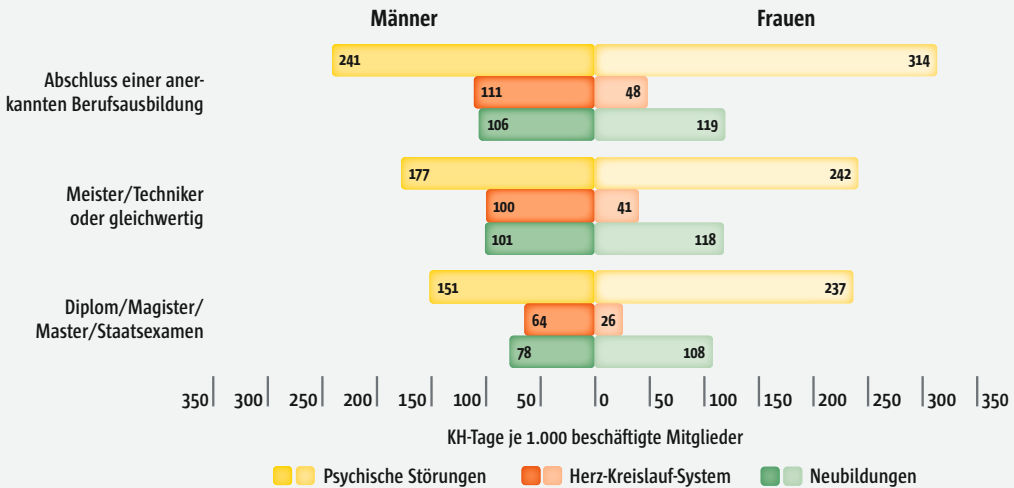


Diagramm 3.2.14 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

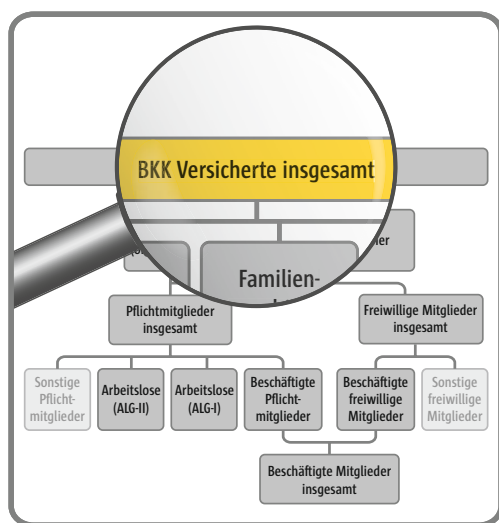


und -tage verglichen mit allen Beschäftigten. Ausgenommen diese beiden besonderen Berufsabschlussgruppen ist bei den weiteren Ausbildungsabschlüssen eine ähnliche Tendenz wie bei den Schulabschlüssen zu niedrigeren Kennwerten mit höherem Abschlussniveau festzustellen. Am geringsten sind die Kennwerte bei den Promovierten, wobei Männer mehr als 20% weniger Fälle und Behandlungstage aufweisen als Frauen.

Wie **III** Diagramm 3.2.14 verdeutlicht, zeigt sich auch bei einzelnen Diagnosehauptgruppen die Ab-

nahme der Kennwerte mit höherem beruflichem Abschluss. Auch hier – wie bereits beim Schulabschluss – sind es die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, für welche die Anzahl an Behandlungstagen am stärksten zurückgeht: Für berufliche Ausbildungsabsolventen sind gegenüber Hochschulabsolventen (mit Diplom, Master, Magister oder Staatsexamen) über 70% mehr Tage in stationärer Behandlung zu verzeichnen. Kaum Unterschiede bestehen hingegen bei den stationären Behandlungstagen der Frauen aufgrund von Neubildungen.

3.3 Stationäre Versorgung in Regionen



Die Gesundheit der Versicherten wird auch durch die Lebensbedingungen an ihren Wohnorten, die dortigen konkreten Arbeitsbedingungen genauso wie der allgemeinen Wirtschaftskraft vor Ort, der Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote und den soziokulturellen Bedingungen beeinflusst. Darüber hinaus spielen auch die regionalen Strukturen der medizinischen Versorgung, wie z.B. die Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte eine Rolle.

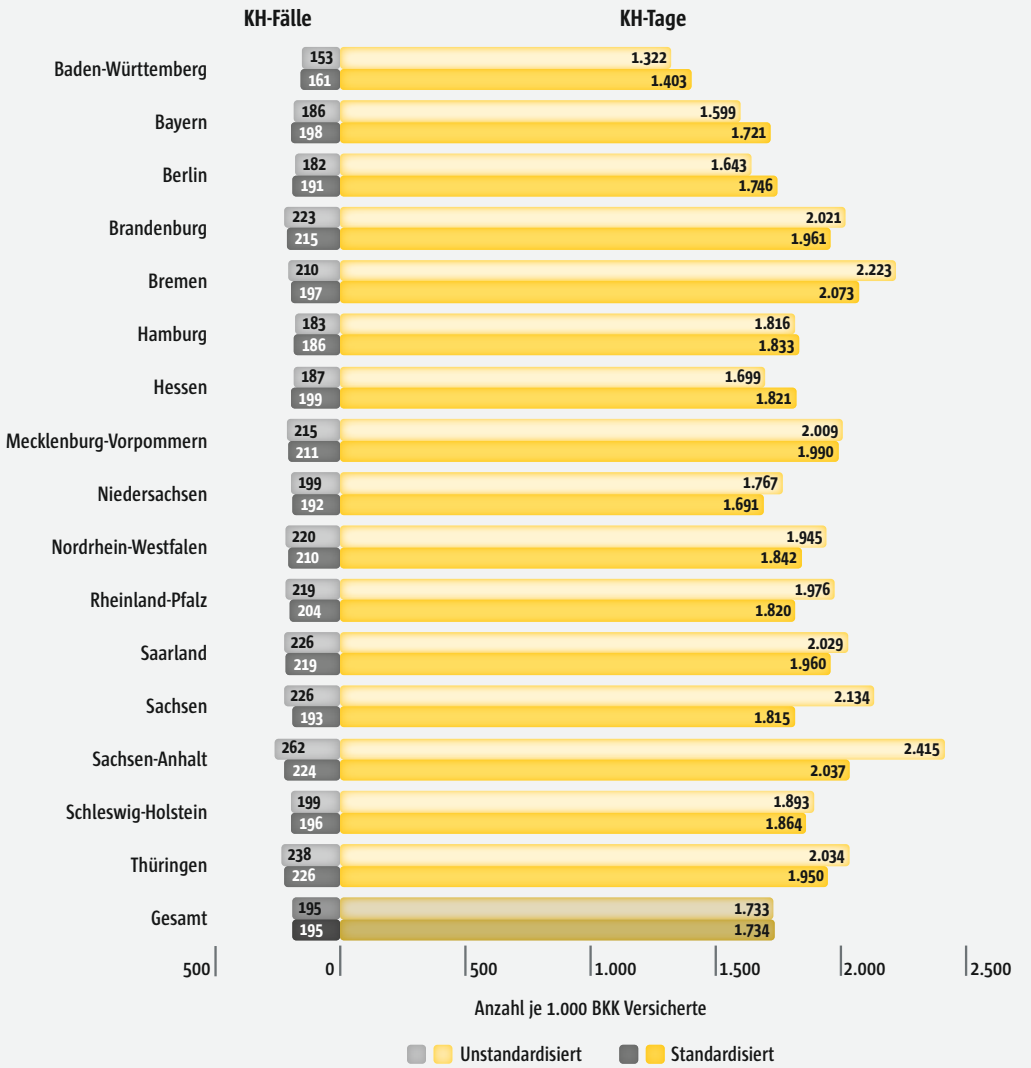
Nachfolgend werden die Kennwerte der stationären Versorgung auf Ebene der Bundesländer sowie der Kreise zugeordnet nach dem Wohnort der Versicherten ausgewertet und analysiert (für die Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesländern sei auf [III](#) Kapitel 0.1 verwiesen).

3.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- Baden-Württemberg weist die pro Kopf wenigsten, Sachsen-Anhalt die meisten Krankenhausfälle und -tage aller Bundesländer auf.
- Bei den durchschnittlichen Behandlungstagen der Arbeitslosen, insbesondere bei den ALG-II-Empfängern, sind Bayern und Baden-Württemberg auch in diesem Jahr Spitzenreiter. Dort weisen selbst die Rentner durchschnittlich weniger Krankentage auf.

Die Häufigkeit und die Dauer von Krankenhausaufenthalten sowie die dafür als ursächlich diagnostizierten Erkrankungen unterscheiden sich zwischen den Bundesländern zum Teil erheblich. Um unverzerrte Vergleiche zwischen den Bundesländern zu ermöglichen, werden die Kennzahlen per direkter Standardisierung um Effekte bereinigt, die einzig auf der spezifischen Bevölkerungsstruktur eines Bundeslandes hinsichtlich Alter und Geschlecht beruhen (siehe dazu auch [III](#) Methodische Hinweise). Ein solcher Bundesländervergleich ist in [III](#) Diagramm 3.3.1 dargestellt: Nach unstandardisierten Werten – also der reell erfolgten Versorgung – weist Baden-Württemberg die wenigsten, Sachsen-Anhalt die meisten Krankenhausfälle und -tage pro Versicherten aller Bundesländer auf. Wie das Diagramm aber auch zeigt, sind in Sachsen-Anhalt, aber auch in Sachsen die standardisierten Fall- und Tageswerte bedeutend niedriger als die unstandardisierten Werte. In diesen beiden Bundesländern sind die BKK Versicherten im Vergleich zu den anderen Bundesländern am ältesten (etwa 5 Jahre älter als der Bundesdurchschnitt), folglich fallen die Kennwerte hier nach Bereinigung der Alters- und Geschlechtseffekte deutlich niedriger aus. Sachsen-Anhalt bleibt aber auch nach der Standardisierung sowohl bei Krankenhausaufenthalten als auch -tagen deutlich über dem Bun-

Diagramm 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2018)

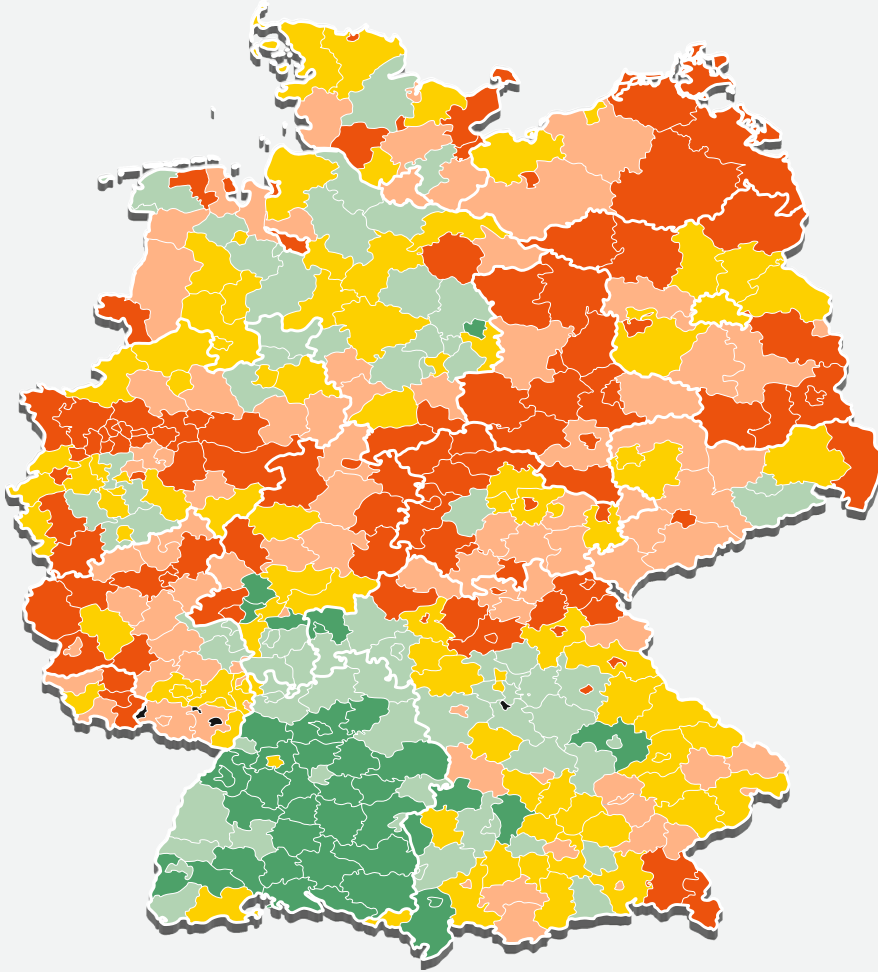


desdurchschnitt, allerdings ist nun Thüringen bei den Krankenhausfällen und Bremen bei den Krankenhaustagen jeweils knapp auf dem Spitzenplatz. Für das Bundesland Baden-Württemberg hingegen werden durch die Standardisierung die Kennwerte zwar deutlich nach oben korrigiert, dennoch bleiben es mit im Schnitt lediglich 1,4 KH-Tagen je Versicherten die niedrigsten im Vergleich.

Das **»»»** Diagramm 3.3.2 stellt die Krankenhaus-tage pro Versicherten auf Kreisebene als standardi-

sierte Werte dar. Auch innerhalb der Bundesländer sind teils deutliche Unterschiede vorhanden – selbst wenn man den Einfluss von Alter und Geschlecht aus den kreisbezogenen Werten herausrechnet. So sind im Jahr 2018 die Versicherten im schleswig-holsteinischen Neumünster am längsten im Krankenhaus gewesen (2,7 KH-Tage je Versicherten) noch vor dem bayrischen Bayreuth (2,6 KH-Tage je Versicherten) und dem Kyffhäuserkreis in Thüringen (2,5 Behandlungstage je Versicherten). In Bayern sind die

Diagramm 3.3.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2018)



Prozentuale Abweichungen der KH-Tage der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (1.734 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte)

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

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

Differenzen innerhalb des Bundeslandes besonders stark ausgeprägt, so weisen die Kreise Aichach-Friedberg, Regensburg und Dillingen an der Donau mit 1,4 KH-Tagen je Versicherten deutlich unterdurchschnittliche Kennwerte auf. Die wenigsten

Behandlungstage sind hingegen wie schon in den Vorjahren im baden-württembergischen Böblingen mit 1,1 KH-Tagen angefallen, gefolgt von Freudenstadt und Ravensburg (1,2 KH-Tage je Versicherten) im gleichen Bundesland.

Tabelle 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2018)

Bundesländer	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
Baden-Württemberg	771	3.327	4.254	752	3.754
Bayern	938	3.430	4.933	904	4.585
Berlin	815	2.398	2.205	782	4.665
Brandenburg	1.058	3.427	3.295	947	5.077
Bremen	1.068	3.079	3.392	1.002	5.600
Hamburg	842	2.754	3.913	1.007	5.077
Hessen	971	3.329	3.357	1.043	4.639
Mecklenburg-Vorpommern	1.069	3.234	3.869	1.228	4.403
Niedersachsen	960	2.940	3.388	957	4.377
Nordrhein-Westfalen	965	2.975	2.970	979	5.143
Rheinland-Pfalz	1.009	3.021	3.703	1.098	4.885
Saarland	1.049	3.578	3.702	1.271	4.784
Sachsen	971	3.602	3.870	926	4.598
Sachsen-Anhalt	1.111	3.131	2.924	1.215	5.011
Schleswig-Holstein	969	2.395	3.107	1.050	4.943
Thüringen	1.116	3.209	4.083	1.024	4.495
Gesamt	930	3.122	3.285	930	4.619

In der Betrachtung der verschiedenen Versichertengruppen je Bundesland werden weitere Unterschiede deutlich (»»» Tabelle 3.3.1). Wie auf Bundesesebene sind auch in fast allen Bundesländern die Rentner diejenigen, die pro Kopf durchschnittlich die meisten Krankenhaustage aufweisen. Eine Ausnahme bildet hier allein das Bundesland Baden-Württemberg: Dort ist zum einen die Durchschnittsanzahl stationärer Behandlungstage bei den Rentnern im Bundesländervergleich mit Abstand am niedrigsten, zum anderen ist die Anzahl der KH-Tage bei den ALG-II-Empfängern überdurchschnittlich hoch und hier sogar höher als bei den Rentnern (4.254 vs. 3.754 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Nur in Bayern – ebenfalls ein Bundesland mit einem niedrigen Gesamtwert für alle Versicherten – ist die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen für die ALG-II-Empfänger mit 4.933 KH-Tagen noch hö-

her. Damit unterscheiden sie sich von den anderen Bundesländern, beträgt doch ansonsten der Unterschied zwischen Arbeitslosen und Rentnern pro Kopf meistens etwa einen Tag. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass gerade in Baden-Württemberg und Bayern, wo die mit Abstand niedrigsten Arbeitslosenquoten zu finden sind⁵, Arbeitslose bzw. insbesondere ALG-II-Empfänger häufiger von stark beeinträchtigenden und stationär zu behandelnden Erwerbshindernissen belastet sind. Berlin ist bei diesem Vergleich hingegen das andere Extrem, hier sind für die Rentner mehr als zweimal so viele Behandlungstage zu verzeichnen wie für die ALG-II-Empfänger. Dabei ist auch zu konstatieren, dass in

⁵ Arbeitslosenquote in 2018: Bayern: 2,9%; Baden-Württemberg: 3,2%; Bundesdurchschnitt: 5,2% (Quelle: Bundesagentur für Arbeit)

Berlin die wenigsten (ALG-II) bzw. zweitwenigsten (ALG-I) Behandlungstage für die Arbeitslosen-Gruppen vorzufinden sind. Als weiteres Bundesland sticht noch das Saarland heraus: Bei allen Versicherungstruppen sind die Kennwerte über dem Durchschnitt, am deutlichsten bei den Familienangehörigen, wo das Saarland den Spitzenwert im Bundesländervergleich innehat.

3.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

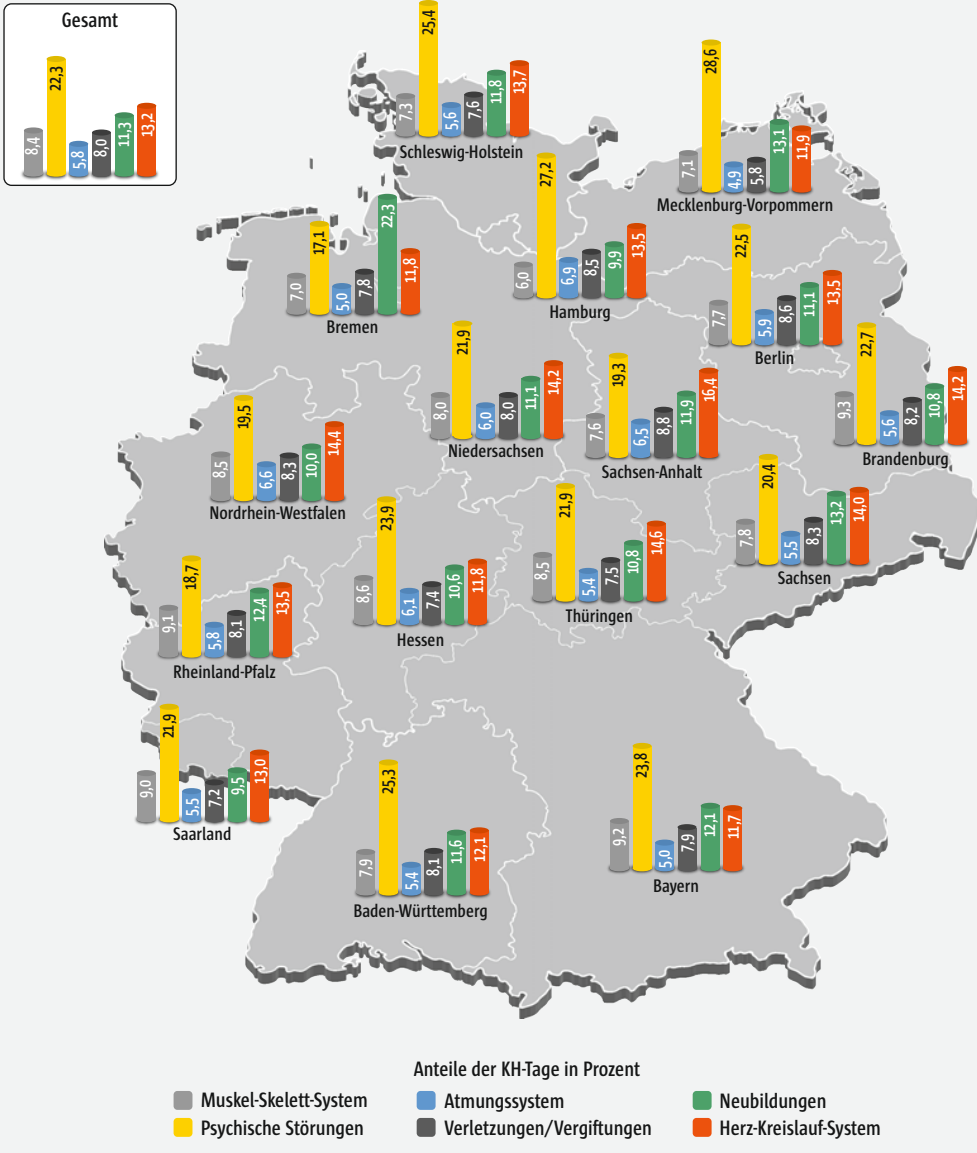
- Deutlich überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Sachsen-Anhalt zu verzeichnen, in Mecklenburg-Vorpommern sind wiederum die psychischen Störungen für überdurchschnittlich viele Behandlungstage ursächlich.
- In Bremen wird fast jeder 4. KH-Tag durch Neubildungen verursacht – so viele, wie in keinem anderen Bundesland. Dies ist wesentlich auf besondere Versorgungsstrukturen in Bremen zurückzuführen, eine tatsächliche starke Häufung von Krebserkrankungen liegt nicht vor.

Auch die Verteilung der Krankenhausdiagnosen stellt sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich dar, wie das **»»»** Diagramm 3.3.3 zeigt. Dieser Vergleich erlaubt eine relative Einordnung in das Gesamtkrankheitsgeschehen in den Bundesländern.

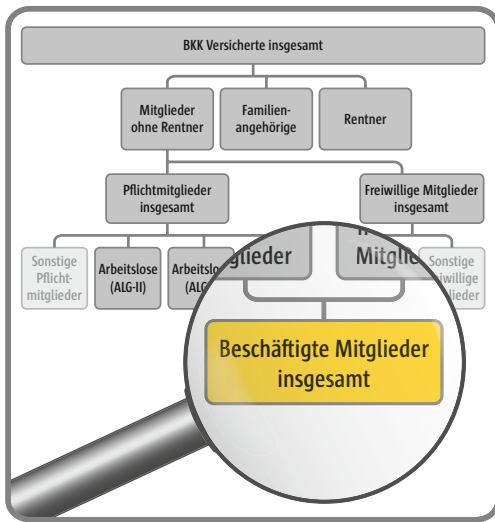
Besonders fällt in Bremen auf, dass dort die Neubildungen das stationäre Versorgungsgeschehen dominieren: Der Anteil an allen Krankenhaustagen aufgrund derartiger Erkrankungen ist mit 22,2% fast

doppelt so hoch wie der Anteil auf Bundesebene (11,3%). In diesem Bundesland ist auch der Anteil an Langzeitbehandlungen (und darauf zurückzuführende Behandlungstage), die aufgrund von Neubildungserkrankungen anfallen, relativ hoch: Auf diese Diagnosehauptgruppe gehen in Bremen jeweils knapp 40% der Langzeitbehandlungsfälle und -tage zurück. Zum Vergleich: Im Bundesdurchschnitt machen Neubildungen hingegen nur etwa 11% der Langzeitfälle und deren Behandlungstage aus. Es sei aber an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass in der ambulanten Versorgung (**»»»** Kapitel 2.3) für Bremen keine besonders hohen Diagnoseraten weder allgemein noch speziell bei Neubildungen zu verzeichnen sind. Es liegt in Bremen also keine besondere Häufung von Neubildungserkrankungen vor, vielmehr geht die Besonderheit in der hier aufgeführten Statistik auf regionale Besonderheiten in der Versorgung zurück, insbesondere auf die stärker eingebundene teilstationäre Versorgung von Krebspatienten. Ebenfalls eine relativ große Spannweite zwischen größtem und kleinstem Anteil an der Gesamtanzahl der Krankenhaustage eines Bundeslandes ist bezüglich der Herz- und Kreislauferkrankungen vorzufinden. Hierbei ist Sachsen-Anhalt wie schon in den Vorjahren Spitzenreiter, mit 16,4% geht dort jeder sechste Krankenhaustag auf eine solche Erkrankung zurück (gleichzeitig auch der absolut höchste Wert mit 396 KH-Tagen je 1.000 Versicherte). Bei der stationären Versorgung von psychischen Erkrankungen zeigt sich in diesem Vergleich hingegen noch die geringste Variationsbreite zwischen den Bundesländern: In Mecklenburg-Vorpommern ist zum wiederholten Male sowohl absolut (575 KH-Tage je 1.000 Versicherte) als auch relativ (mit 28,6% geht mehr als jeder vierte Krankenhaustag auf eine solche Erkrankung zurück) der Höchstwert zu finden.

Diagramm 3.3.3 Stationäre Versorgung – Anteile der KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)



3.4 Stationäre Versorgung und Arbeitswelt



Die nachfolgenden arbeitsweltlichen Analysen beziehen sich auf die Versichertengruppe der beschäftigten Mitglieder (allgemeine Kennzahlen hierzu sind in **III** Kapitel 3.2.2 beschrieben). Von diesen waren 8,8% im aktuellen Berichtsjahr 2018 in stationärer Behandlung gewesen.

Es werden in die Analysen zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren einbezogen, so etwa die Betriebsgröße, die Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe, die Berufsgruppe, das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, die Vertragsform sowie die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit. Eine nähere Beschreibung der zu analysierenden Gruppen ist in **III** Kapitel 0.2 zu finden.

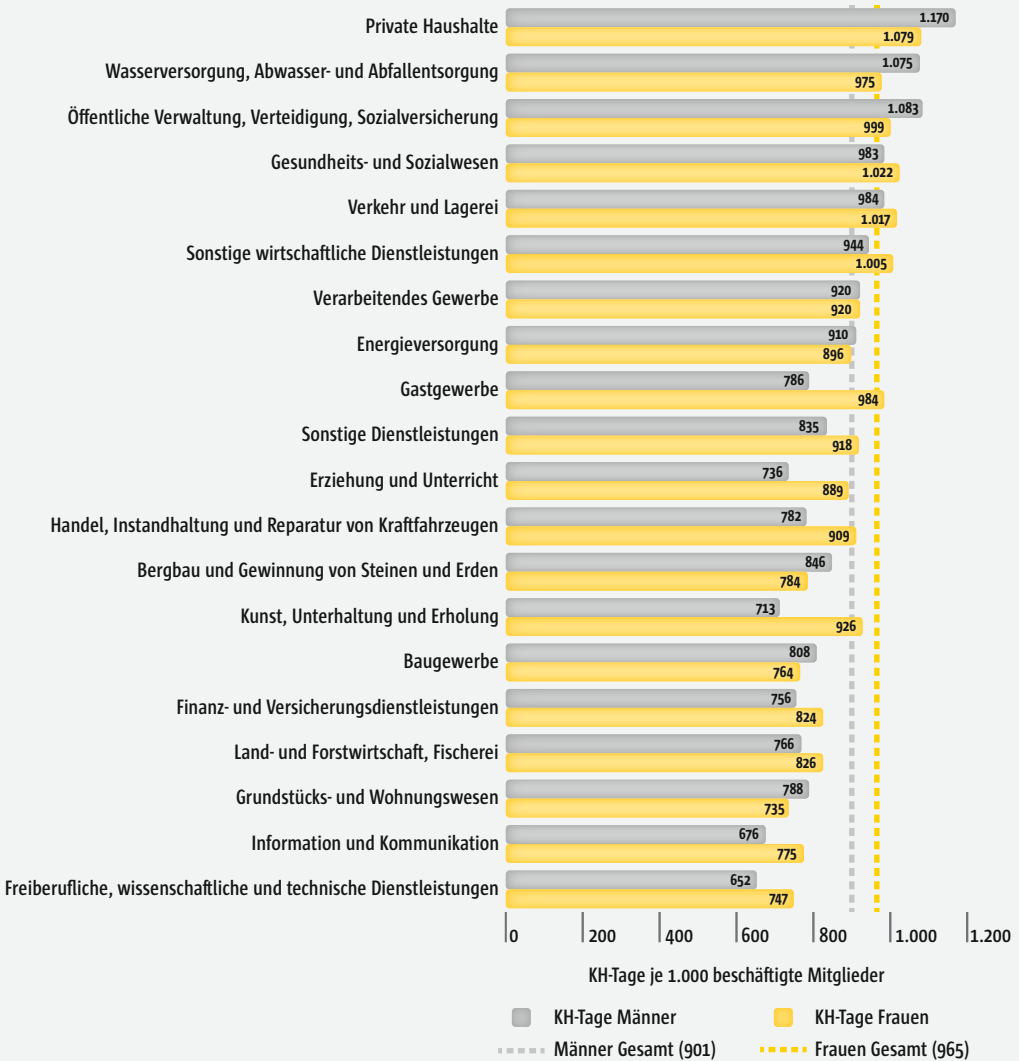
3.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- In privaten Haushalten Beschäftigte weisen die meisten stationären Behandlungstage von allen Wirtschaftsabschnitten auf. Mehr als 60% davon gehen auf psychische Störungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Neubildungen zurück.
- Die wenigsten Tage verbrachten Beschäftigte, die freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen erbringen, in stationärer Versorgung. Ähnlich gering war der Behandlungsbedarf bei den Beschäftigten aus dem Wirtschaftssegment Information und Kommunikation.
- Anders als im Gesamttrend sind männliche Beschäftigte in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie im Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden im Schnitt mehr Tage stationär behandelt worden als die dort tätigen Frauen. Hier wirkt sich allerdings besonders stark aus, dass Männer und Frauen in dieser Branche sehr unterschiedliche Tätigkeiten ausüben.

Branchenspezifische Auswertungen fördern teils deutliche Unterschiede zu Tage, welche zum einen auf Spezifika der Beschäftigten und zum anderen auch auf besondere Arbeitsbelastungen zurückzuführen sind. So zeigten sich auch bei der Betrachtung der Behandlungstage in der stationären Versorgung zwischen den Wirtschaftsabschnitten große Unterschiede: Die Beschäftigten im Bereich freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen waren insgesamt nur 702 Tage je 1.000 Beschäftigte in Behandlung. In privaten Haushalten Tätige wiesen demgegenüber mit insgesamt 1.092 Tagen je 1.000 Beschäftigte um mehr als die Hälfte mehr Behandlungstage in stationärer Behandlung auf.

Vergleicht man darüber hinaus innerhalb der Wirtschaftsabschnitte die Unterschiede nach Geschlecht der Beschäftigten (**III** Diagramm 3.4.1), so zeigt sich gerade auch bei den Wirtschaftsabschnitt-

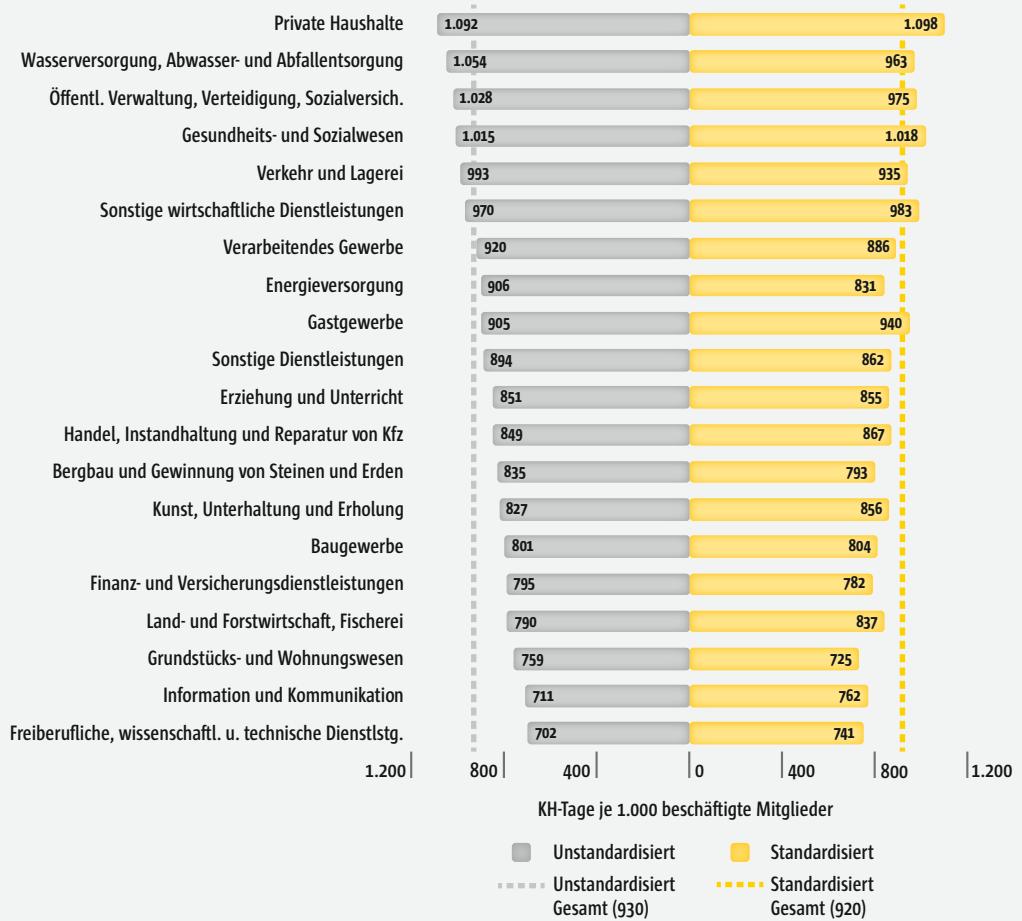
Diagramm 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



ten Kunst, Unterhaltung und Erholung sowie dem Gastgewerbe eine große Differenz zwischen Männern und Frauen: Männer waren gegenüber Frauen noch einmal um mehr als 20% weniger Tage in stationärer Behandlung. Umgekehrt ist hingegen das Verhältnis in den Wirtschaftsabschnitten Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden: Hier ist die Anzahl an stationären Behandlungstagen bei den Männern immerhin um 10% größer als

bei den Frauen. Dabei lässt sich aber vermuten, dass eine wesentliche Ursache für die Differenzen in unterschiedlichen Tätigkeiten von Männern und Frauen innerhalb der Wirtschaftsabschnitte liegt (Schwerpunkt der Männer bei körperlich beanspruchenden Tätigkeiten, während Frauen vornehmlich Büroarbeiten verrichten), sodass die beiden Geschlechter jeweils wesentlich differierenden gesundheitlichen Belastungen und entsprechend unterschiedlichen Erkrankungs-/Verletzungsgefahren

Diagramm 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2018)



ausgesetzt sind, wie auch anhand nachfolgender Analysen zu den Berufen und weiteren Tätigkeitsmerkmalen abzulesen ist.

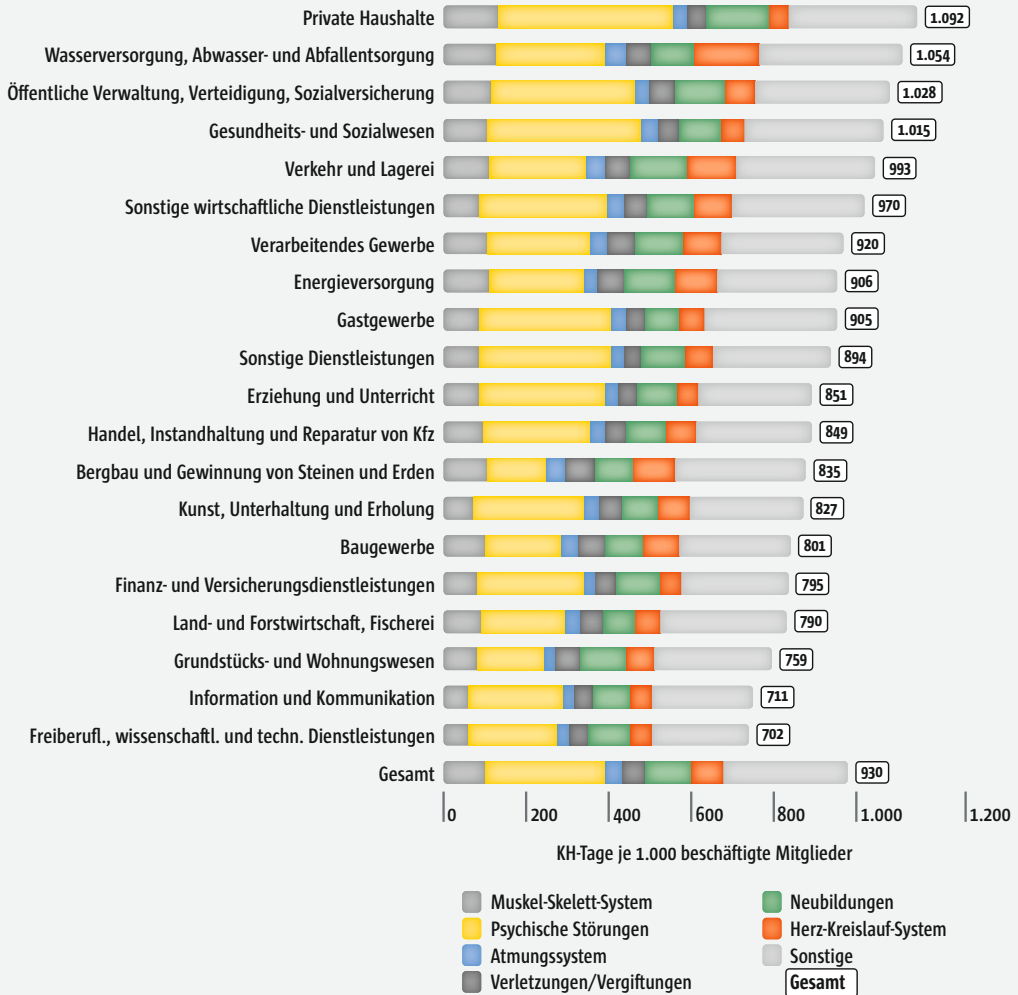
Wie schon zuvor erläutert, haben personenspezifische Merkmale wie Alter und Geschlecht einen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen, dementsprechend ist im Folgenden für die Wirtschaftsabschnitte der realen Anzahl durchschnittlich erfolgter Behandlungstage auch jeweils ein um den Einfluss von Alter und Geschlecht bereinigter Wert gegenübergestellt (»» Diagramm 3.4.2).

So ist gerade bei den Beschäftigten im Wirtschaftsabschnitt Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung das Durchschnittsalter relativ hoch und der Frauenanteil recht gering. Bei dieser Gruppe

der Beschäftigten ist in diesem Vergleich die größte Veränderung im Sinne einer Reduzierung der durchschnittlichen Anzahl an Behandlungstagen zu verzeichnen (–8,6%). Auch in der Energieversorgung reduziert sich durch die Bereinigung des Alters- und Geschlechtseffekts die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen deutlich. Die wenigsten Behandlungstage nach Standardisierung sind für den Wirtschaftsabschnitt Grundstücks- und Wohnungswesen zu verzeichnen (725 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Welche Diagnosen in den unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen große Anteile an der Gesamtmenge an stationären Aufenthaltstagen pro Beschäftigten ausmachen, ist im »» Diagramm 3.4.3 zu sehen. Darin sind für sechs ausgewählte Diagnose-

Diagramm 3.4.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)



hauptgruppen (diese sind bei den beschäftigten BKK Mitgliedern für insgesamt mehr als zwei Drittel der Krankenhaustage ursächlich) die Anteile an allen KH-Tagen in jeder Wirtschaftsgruppe dargestellt.

Bei den Beschäftigten in privaten Haushalten, also dem Wirtschaftsabschnitt mit den meisten stationären Behandlungstagen im Jahr 2018, sind allein 36,9% dieser KH-Tage auf die Behandlung von psychischen Störungen zurückzuführen. Mit 402 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigten liegt die Kennzahl deutlich über dem Bundesdurchschnitt (280 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Hierbei wirkt sich sicher auch

aus, dass in diesem Wirtschaftsabschnitt sowohl der Frauenanteil als auch das Durchschnittsalter überdurchschnittlich hoch sind. Zudem sind für diese Beschäftigtengruppe deutlich überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verzeichnen (jeweils der Spitzenwert unter allen Wirtschaftsabschnitten).

Ebenfalls einen hohen Frauenanteil weisen die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen auf, für die immerhin die zweitmeisten Krankenhaustage aufgrund von psychischen Störungen zu verzeichnen

sind. Bei anderen Erkrankungsarten stechen sie hingegen nicht stark heraus. Fast das umgekehrte Bild zeigt sich bei den Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung sowie den in Verkehr und Lagerei Tätigen (deutlich häufiger Männer als Frauen): Für die dort Beschäftigten sind die meisten bzw. zweitmeisten Krankenhaustage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen dokumentiert, unterdurchschnittlich ausgeprägt sind hingegen die Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen.

3.4.2 Auswertungen nach Berufen

- Mit rund 1,2 Behandlungstagen je Beschäftigten weisen die Sicherheitsberufe die meisten Krankenhaustage auf, gefolgt von den Reinigungsberufen sowie den Verkehrs- und Logistikberufen.
- Die wenigsten Behandlungstage erfolgten für Beschäftigte in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen. Im Vergleich zu den Sicherheitsberufen sind dort 35% weniger Behandlungstage zu verzeichnen.
- Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe weisen die meisten Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen auf, rund 37% aller Behandlungstage gehen in dieser Berufsgruppe darauf zurück.

Diagramm 3.4.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

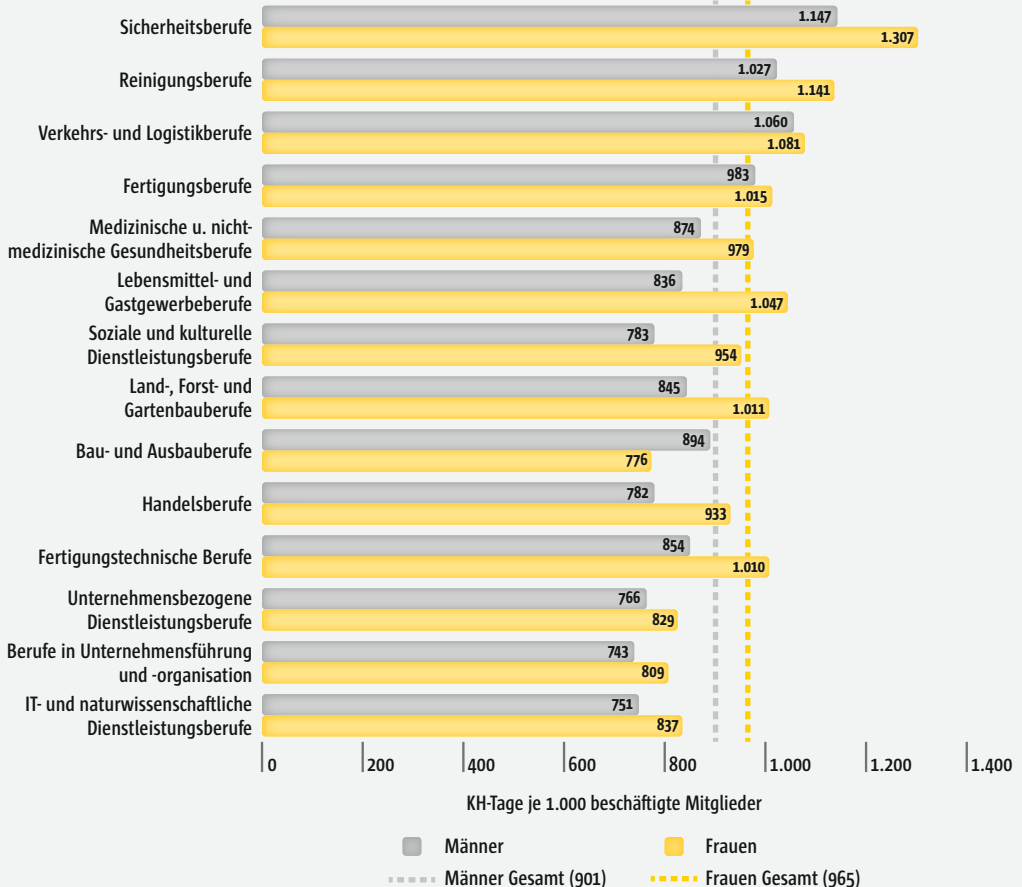
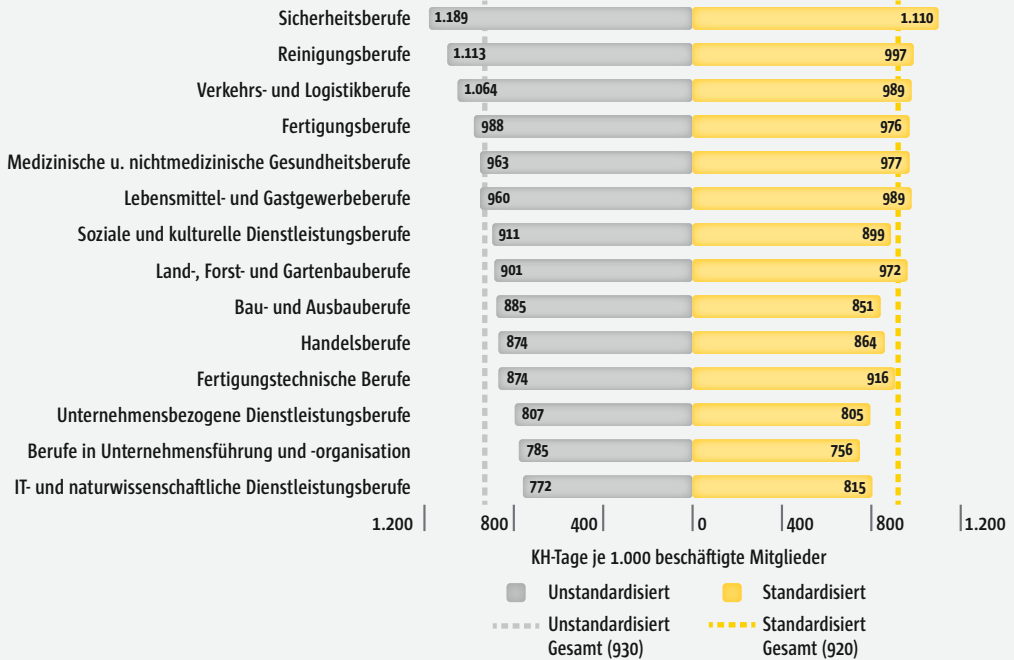


Diagramm 3.4.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2018)

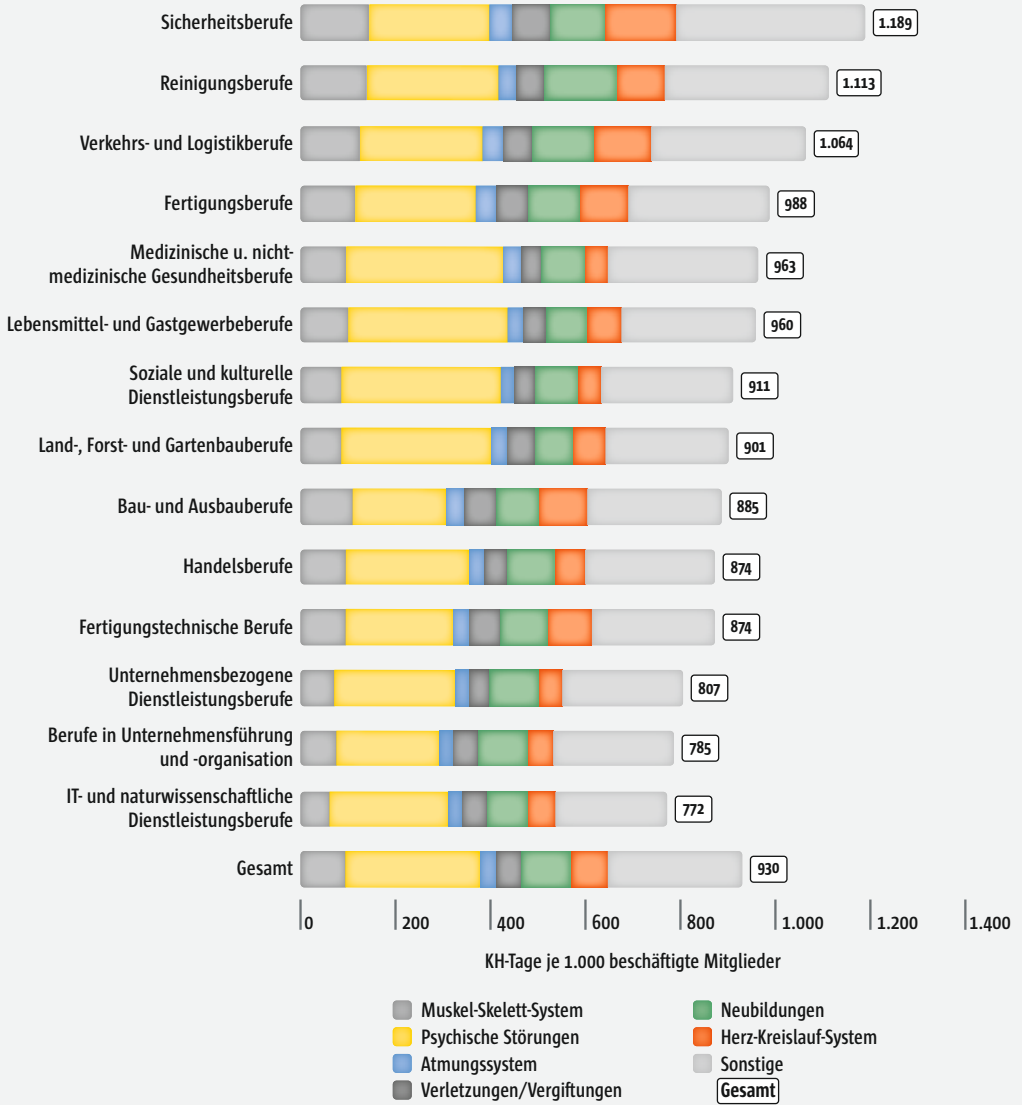


Auch bei Differenzierung nach Berufssegmenten weisen in der Regel die Frauen mehr Behandlungstage auf als die Männer (»» Diagramm 3.4.4). Noch recht moderat ist der geschlechtsspezifische Unterschied auf den „Spitzenplätzen“ dieses Vergleichs: Die größte Anzahl an Krankenhaustagen im aktuellen Berichtsjahr weisen die Sicherheitsberufe auf (1.147 KH-Tage je 1.000 männliche Beschäftigte, 1.307 je 1.000 weibliche Beschäftigte), gefolgt von den Reinigungsberufen sowie den Verkehrs- und Logistikberufen. Deutlich größere Differenzen sind bei den Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen (25% mehr KH-Tage bei den Frauen) sowie den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen (22% mehr KH-Tage bei den Frauen) vorzufinden. Bei diesen großen Differenzen zwischen den geschlechtsspezifischen Werten spielt sicher auch eine Rolle, dass sich auch innerhalb der Berufsgruppen das Anforderungsniveau der Tätigkeit sowie das Alter der Beschäftigten unterschiedlich verteilen (Beispiel Handelsberufe: Frauen verrichten in diesem Beruf deutlich häufiger Helfer-/Anlernertätigkeiten als Männer). Gerade auf diesem Anforderungsniveau sind die Frauen zudem mit mehr als 6 Jahren Unterschied deutlich älter. Komplexe bzw. hoch komplexe Tätigkeiten werden in dieser Berufsgruppe hingegen häufiger von

Männern verrichtet, vermutlich geht dies dann auch mit höherem schulischen- bzw. beruflichen Bildungsgrad sowie einer Position in Führung oder Aufsicht einher (»» Kapitel 3.4.3). Ein anderes Bild zeigt sich hingegen bei den Bau- und Ausbauberufen: In diesem typischen Männerberuf sind Frauen zwar in der Minderheit, diese übernehmen allerdings deutlich häufiger komplexe Tätigkeiten. Männer hingegen verrichten auch in großer Zahl einfache, meist auch mit hohem Anteil körperlicher Arbeit verbundene Tätigkeiten. Entsprechend sind für die Männer mehr Krankenhaustage als bei den Frauen in diesem Berufssegment zu verbuchen.

Im Vergleich der realen (unstandardisierten) Zahlen mit den um Geschlechts- und Alterseinflüsse bereinigten Werten der Behandlungstage (»» Diagramm 3.4.5) zeigen sich nur geringe Veränderungen in der Reihenfolge der Berufssegmente. Die Kennwerte für die drei Berufsgruppen mit den meisten Behandlungstagen werden durch die Standardisierung noch am stärksten reduziert, am deutlichsten bei den Reinigungsberufen mit -10,5%. Dennoch weisen diese Berufssegmente auch nach Standardisierung des Alters- und Geschlechtseinflusses mit die höchsten Werte in diesem Vergleich auf. Die wenigsten Behandlungstage

Diagramm 3.4.6 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (Berichtsjahr 2018)



nach Bereinigung der Geschlechts- und Alterseffekte erfolgten bei Berufen in Unternehmensführung und -organisation (756 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Für die Land-, Forst- und Gartenbauberufe ist hingegen die größte Erhöhung der Kennwerte (+7,9%) durch die Standardisierung zu verzeichnen.

Auch bei der Analyse nach Berufssegmenten lassen sich anhand der Differenzierung nach Diagnosehauptgruppen Erkrankungsschwerpunkte ausma-

chen (»»» Diagramm 3.4.6). So stehen bei den Sicherheitsberufen besonders die Herz- und Kreislauferkrankungen heraus: Diese machen allein rund 12,4% an der Gesamtmenge aller Krankenhaustage der Beschäftigten in diesem Berufssegment (Durchschnitt Gesamt: 8,0%) aus. Zudem sind in dieser Berufsgruppe auch die meisten Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems sowie Verletzungen und

Vergiftungen erfolgt. Die Reinigungsberufe wiederum weisen sowohl nach absoluter Anzahl der Behandlungstage als auch nach dem relativen Anteil an allen Behandlungstagen der jeweiligen Berufssegmente die höchsten Werte in diesem Vergleich für Neubildungen auf. Zudem sind hier die zweitmeisten Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen zu verzeichnen. Von psychischen Störungen sind hingegen andere Berufsgruppen stärker betroffen, besonders stechen hierbei die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe (z.B. Erzieher und Lehrer) hervor: Für diese fallen mit 337 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte die meisten Behandlungstage in diesem Vergleich an –

das sind 37,0% der Behandlungstage der Beschäftigten in diesem Berufssegment. Nur wenig geringer sind hierbei die Kennwerte für die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe (u.a. Pflegeberufe) sowie der Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe, auch hier erfolgt mehr als jeder dritte Krankenhaustag aufgrund psychischer Störungen.

In Anbetracht der geringeren Fallhäufigkeit und damit einhergehenden Zahl an Behandlungstagen wird im Folgenden, anders als in den vorhergehenden Kapiteln, die detailliertere Betrachtung der Berufsgruppen nicht diagnosespezifisch und somit auf Ebene der Gesamt-Kennwerte durchgeführt. Wie **»»** Tabelle 3.4.1 zeigt, sind es die Beschäftigten in

Tabelle 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2018)

KldB-2010-Code	Berufsgruppen	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
115	Tierpflege	153,0	1.544	10,1
934	Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	175,9	1.457	8,3
824	Bestattungswesen	158,0	1.339	8,5
524	Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	186,6	1.328	7,1
821	Altenpflege	164,0	1.311	8,0
241	Metallerzeugung	177,1	1.269	7,2
515	Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs	158,8	1.216	7,7
531	Objekt-, Personen-, Brandschutz, Arbeitssicherheit	160,7	1.200	7,5
525	Bau- und Transportgeräteführung	165,3	1.199	7,3
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	146,7	1.189	8,1
	Gesamt	123,5	930	7,5
625	Buch-, Kunst-, Antiquitäten- und Musikfachhandel	84,5	503	6,0
941	Musik-, Gesangs- und Dirigententätigkeiten	91,5	501	5,5
947	Museumstechnik und -management	91,4	494	5,4
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	82,0	490	6,0
411	Mathematik und Statistik	80,0	482	6,0
914	Wirtschaftswissenschaften	79,3	454	5,7
843	Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen	62,8	422	6,7
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	75,8	324	4,3
421	Geologie, Geografie und Meteorologie	63,0	318	5,1
523	Fahrzeugführung im Flugverkehr	51,0	315	6,2

der Tierpflege, die im aktuellen Berichtsjahr die meisten Behandlungstage aufweisen (1.544 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) – fast zwei Drittel mehr als der Gesamtdurchschnitt. In der Reihung nach Behandlungstagen folgen danach die Berufe in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung, des Bestattungswesens, der Fahrzeugführung im Schiffsverkehr sowie der Altenpflege mit jeweils immerhin noch mehr als 1.300 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte. Ergänzend ist anzumerken, dass gerade die Altenpflege eine sehr große Berufsgruppe ist – in dieser Liste diejenige mit den weitaus meisten Beschäftigten. Frühere Detailanalysen (» BKK Gesundheitsatlas 2017) haben dazu aufgezeigt, dass gerade die Altenpflegeberufe sowohl aufgrund von psychischen Störungen als auch aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen deutlich häufiger in stationärer Behandlung sind als andere Berufsgruppen. Die mit einigem Abstand wenigsten Krankenhausfälle und -tage sind hingegen für die Fahrzeugführer im Flugverkehr (Piloten) dokumentiert: Die

315 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte entsprechen rund einem Fünftel des schon erwähnten Höchstwerts in der Tierpflege.

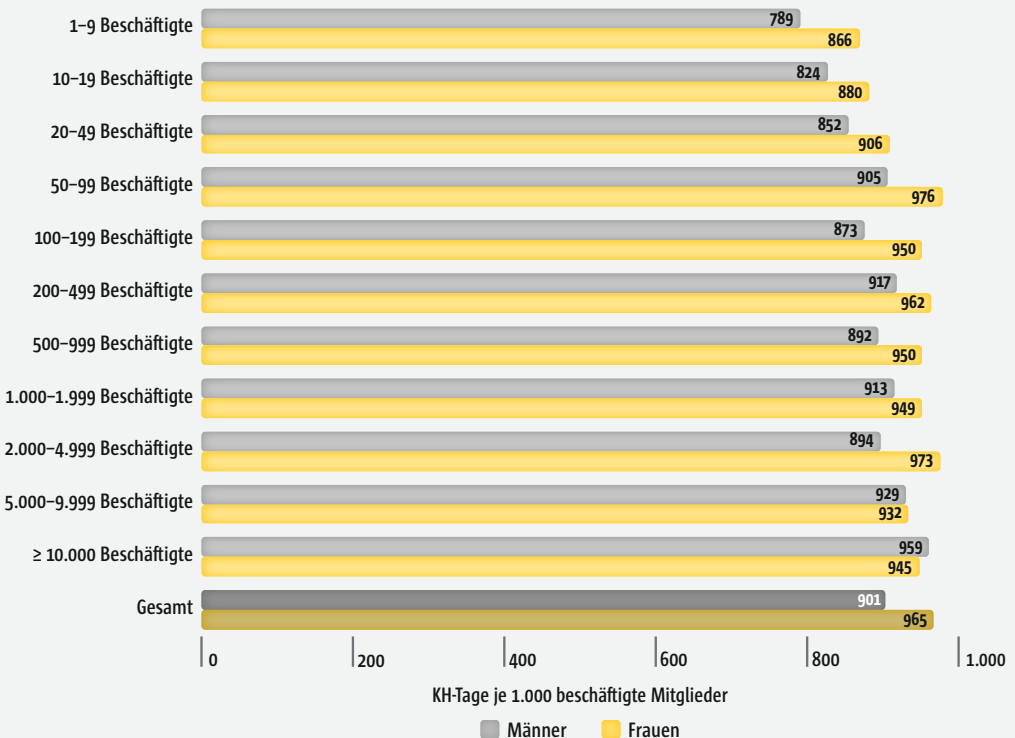
3.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

Betriebsgröße

- Beschäftigte in Kleinbetrieben mit weniger als 9 Mitarbeitern sind am seltensten im Krankenhaus. Für diese fallen entsprechend auch die wenigsten Behandlungstage an.

Unterteilt man die Gruppe der Beschäftigten wiederum hinsichtlich der Größe des Unternehmens in dem sie arbeiten, so zeigt sich auch hier – ähnlich wie beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Kapitel 1.4.4) – die geringste Zahl an Behandlungsfällen

Diagramm 3.4.7 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



und -tagen sowohl für Frauen wie auch für Männer für die Kleinstbetriebe bis neun Mitarbeiter (»»» Diagramm 3.4.7). In den nächsthöheren Betriebsgrößen bis unter 1.000 Beschäftigte nehmen die Behandlungstage ebenfalls stetig zu, dabei steigen die Werte insbesondere bei den Männern stärker an. Der höchste Wert insgesamt liegt bei den Betrieben mit mehr als 10.000 Mitarbeitern bei 956 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte, wobei hier auch der Spitzenwert für die Männer zu finden ist. Hierbei wirkt sich sicher auch aus, dass – anders als bei den Frauen, bei denen das Durchschnittsalter in geringerem Umfang variiert – die Männer im Schnitt in größeren Betriebseinheiten älter sind (44,6 Jahre bei den Betrieben mit mehr als 10.000 Mitarbeitern).

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

- Mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit nimmt die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle und -tage in stationärer Versorgung bei den Beschäftigten ab.
- Beschäftigte mit komplexen Tätigkeiten weisen rund ein Drittel weniger Behandlungsfälle und -tage gegenüber Beschäftigten in Helfer-/Anlern-tätigkeiten auf.

Als ein weiteres relevantes, aus dem Tätigkeits-schlüssel ableitbares Merkmal, wird im Folgenden das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ausgewertet. Es sei auch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit in der Regel mit bestimmten schulischen bzw. beruflichen Bildungsabschlüssen als Vorbedingung verbunden ist (Beispiel: Hochschulabschluss auf Diplom-/Masterniveau als Voraussetzung für Berufe mit hoch komplexen Tätigkeiten). Entsprechend gibt es Überschneidungen zu den Kennwerten nach höchstem beruflichem Bildungsabschluss (vgl. »»» Kapitel 3.2.3).

Wie »»» Tabelle 3.4.2 zeigt, nehmen sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behandlungstage mit steigendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ab. Dies gilt sowohl insgesamt als auch geschlechtsspezifisch. Entsprechend sind die höchsten Kennwerte bei den Frauen in Helfer- und Anlern-tätigkeiten dokumentiert (149,8 KH-Fälle sowie 1.144 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Die niedrigsten Werte weisen hingegen die Männer in hoch komplexen Tätigkeiten auf (94,8 KH-Fälle sowie 651 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). In der Differenz weisen die Berufstätigen mit dem niedrigsten Anforderungsniveau gegenüber denen auf höchstem Anforderungsniveau etwa ein Drittel weniger Behandlungsfälle und -tage im Durchschnitt je Beschäftigten auf.

Tabelle 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Anforderungsniveau	Geschlecht	KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
		KH-Fälle	KH-Tage
Helfer-/Anlern-tätigkeiten	Männer	139,2	1.065
	Frauen	149,8	1.144
	Gesamt	144,5	1.105
Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Männer	127,0	921
	Frauen	124,2	936
	Gesamt	125,7	928
Komplexe Spezialistentätigkeiten	Männer	110,0	790
	Frauen	107,8	810
	Gesamt	109,2	798
Hoch komplexe Tätigkeiten	Männer	94,8	651
	Frauen	97,8	732
	Gesamt	95,9	681

Das **▮▮▮** Diagramm 3.4.8 differenziert wiederum für Männer und Frauen auf den unterschiedlichen Anforderungsniveaustufen hinsichtlich der drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen im stationären Bereich (psychische Störungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen). Auch hier zeigt sich ein recht ähnliches Bild: Mit steigendem Anforderungsniveau nehmen die Behandlungstage pro beschäftigtes Mitglied ab, wobei die größte Differenz bei den Kennzahlen der Frauen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzufinden ist: Frauen in hoch komplexen Tätigkeiten sind weniger als halb so viele Tage deswegen in stationärer Behandlung als Frauen in Helfer- und Anlerntätigkeiten (30 vs. 71 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Bei Männern, die aufgrund psychischer Störungen stationär behandelt wurden, ist ein ähnlich großer Unterschied nach Anforderungsniveau vorhanden: Auch hier sind diejenigen in hoch komplexen Tätigkeiten weniger als halb so viele Behandlungstage im Krankenhaus gewesen als diejenigen, die Helfer- und Anlerntätigkeiten ausführen (151 vs. 311 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Weniger stark variieren die Kennwerte hingegen bei den Neubildungen. Insbesondere bei den Frauen sind die durchschnittlichen Behandlungstage – mit Ausnahme der höheren Werte bei den Helferinnen – auf fast gleichem Niveau.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind seltener und kürzer in stationärer Behandlung als Beschäftigte ohne eine solche Funktion.
- Dies zeigt sich besonders bei den psychischen Störungen: Frauen weisen rund die Hälfte, Männer sogar mehr als zwei Drittel mehr Behandlungstage auf, wenn sie nicht in einer Aufsichts- oder Führungsposition arbeiten.

Zwar sind in der Gegenüberstellung von berufstätigen Personen mit bzw. ohne Aufsichts- und/oder Führungsfunktion (**▮▮▮** Tabelle 3.4.3) nicht so stark ausgeprägte Unterschiede der KH-Kennzahlen wie etwa bei den zuvor dargestellten Tätigkeitsanforderungen festzustellen, es spiegelt sich aber auch hier das Muster wider, dass mit höherem Sozialstatus die Kennwerte niedriger ausfallen: Bei Beschäftigten, die keine Aufsichts- bzw. Führungsfunktion innehaben, liegen die Kennwerte rund +8% (KH-Fälle) bzw. +19% (KH-Tage) über denen der Gruppe mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion. Diese Differenz zeigt sich ebenso durchweg bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung, bei den Frauen ausgeprägter

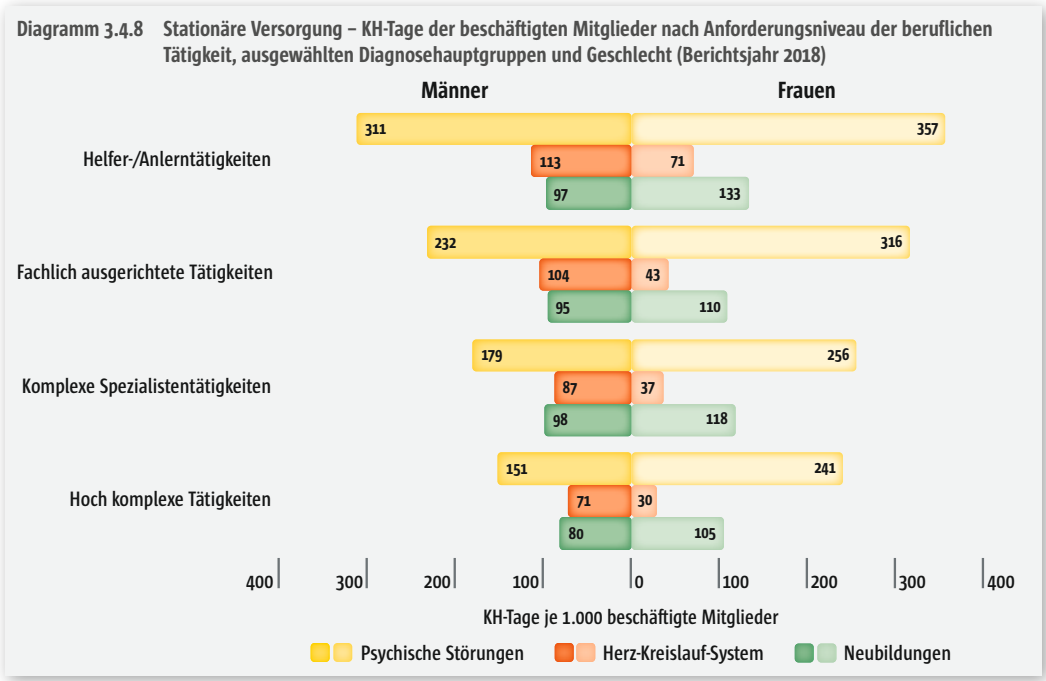
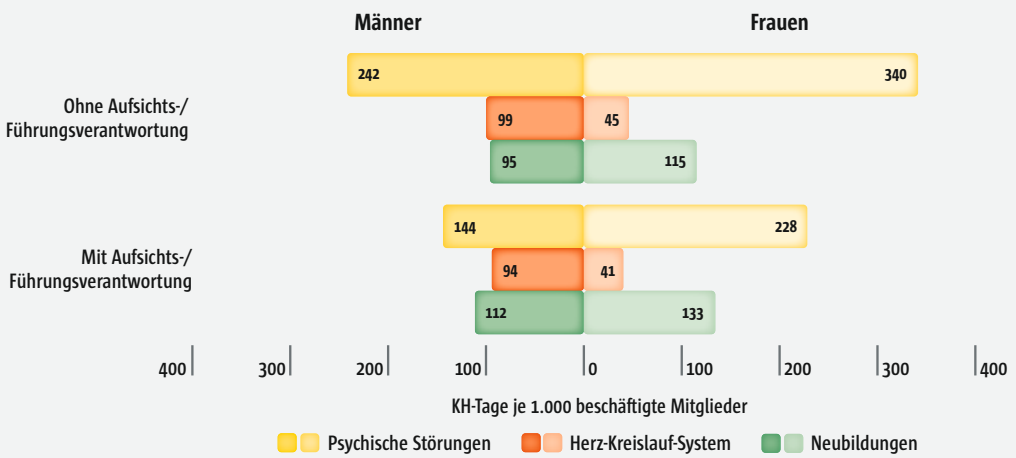


Tabelle 3.4.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Aufsichts-/Führungsverantwortung	Geschlecht	KH-Fälle		KH-Tage	
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder			
Ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	123,1		911	
	Frauen	125,1		970	
	Gesamt	124,0		938	
Mit Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	116,2		780	
	Frauen	112,5		808	
	Gesamt	115,3		787	

Diagramm 3.4.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



als bei den Männern. Wie zu erwarten, sind bei den Frauen durchschnittlich jeweils mehr Behandlungstage pro Beschäftigte zu verzeichnen, entsprechend sind die höchsten Kennwerte im Vergleich bei den Frauen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung vorzufinden (125,1 KH-Fälle bzw. 970 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Betrachtet man wiederum für die drei in der stationären Versorgung wichtigsten Diagnosehauptgruppen die darauf zurückzuführenden Behandlungstage differenziert nach Tätigkeit mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion (»» Diagramm 3.4.9), so zeigen sich hier deutlich ausgeprägtere Differenzen. Insbesondere unterscheiden sich die beiden

Gruppen hinsichtlich der Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen: Hier weisen die männlichen Beschäftigten ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion gegenüber denen mit einer solchen Funktion um mehr als zwei Drittel mehr (242 vs. 144 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) Behandlungstage auf, bei den Frauen sind es auch immerhin rund 50% mehr Tage (340 vs. 228 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Außerdem fällt auf, dass die Aufsichts- bzw. Führungskräfte entgegen des allgemeinen Trends bei den Neubildungen tendenziell mehr Behandlungstage aufweisen. Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind nur geringfügige Differenzen zwischen den beiden betrachteten Gruppen zu erkennen.

Vertragsform

- Befristet in Vollzeit Beschäftigte – und von diesen insbesondere die Männer – sind deutlich seltener in stationärer Behandlung als Beschäftigte aller anderen Vertragsformen, was aber auch damit zusammenhängt, dass diese im Durchschnitt deutlich jünger sind.
- Entsprechend sind bei dieser Vertragsform z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen im stationären Versorgungsgeschehen seltener. Hingegen sind psychische Störungen – insbesondere bei den befristet in Vollzeit beschäftigten Frauen – umso häufiger Grund für eine stationäre Behandlung.

Die **III** Tabelle 3.4.4 stellt die Kennzahlen der stationären Versorgung für unterschiedliche Vertragsformen in Voll- und Teilzeit sowie jeweils mit und ohne Befristung dar. Von demnach vier darzustellenden Vertragsformen sind es diejenigen mit einem unbefristeten Teilzeitvertrag, die im Durchschnitt am häufigsten in stationärer Behandlung waren und die meisten Behandlungstage aufweisen (127,6 KH-Fälle bzw. 976 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), wobei die Männer in einem solchen Arbeitsverhältnis trend-

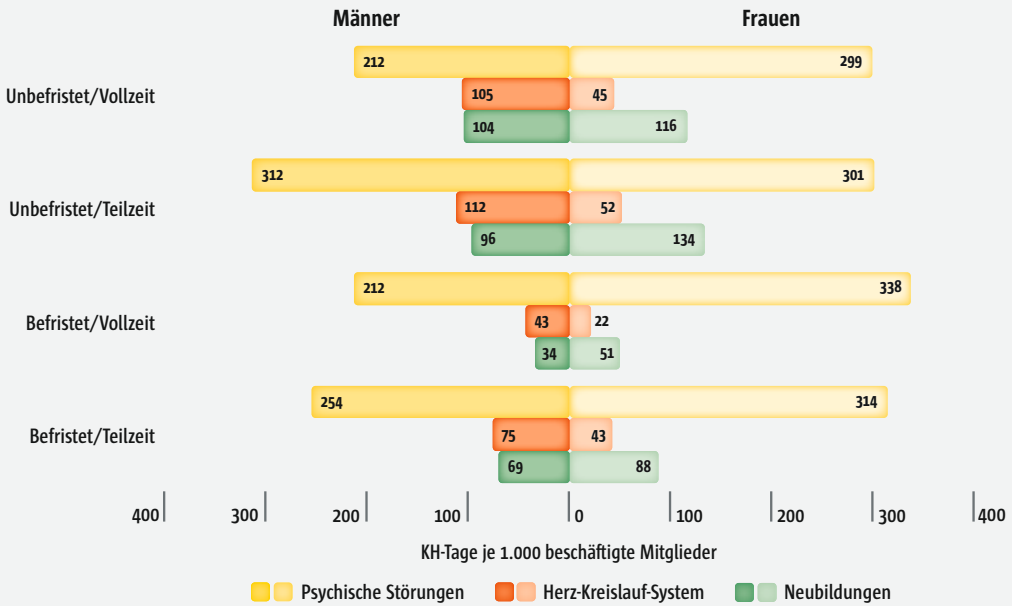
gegenläufig mehr Behandlungstage als die Frauen aufweisen. Zu berücksichtigen ist dabei aber auch, dass die unbefristet angestellten Teilzeitkräfte in diesem Vergleich die älteste Gruppe sind (rund 4 Jahre älter als der Gesamtdurchschnitt). Für die Beschäftigten mit einem befristeten Vollzeitvertrag sind hingegen die wenigsten Behandlungsfälle und -tage dokumentiert (96,8 KH-Fälle bzw. 695 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) – Beschäftigte mit einer solchen Vertragsform sind allerdings mit einem Durchschnittsalter von knapp über 30 Jahren deutlich jünger als alle anderen hier dargestellten Gruppen. Auffällig in den Kennzahlen ist außerdem, dass die Männer mit befristetem Vollzeitvertrag deutlich geringere Werte gegenüber Geschlechtsgenossen in anderen Vertragsformen aufweisen: Für Männer mit anderen Vertragsformen sind zwischen 20% (befristet/Teilzeit) und 66% (unbefristet/Teilzeit) mehr Krankenhaustage zu verzeichnen.

In der Detailbetrachtung der verschiedenen Vertragsformen durch die Unterteilung nach den drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen der stationären Versorgung wird deutlich, dass bei den befristet in Vollzeit Tätigen – entsprechend zu deren geringem Durchschnittsalter – ein relativ hoher Anteil an Behandlungstagen auf psychische und Verhaltensstörungen zurückzuführen ist (**III** Diagramm 3.4.10).

Tabelle 3.4.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Vertragsformen	Geschlecht	KH-Fälle	KH-Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
Unbefristet/Vollzeit	Männer	125,4	905
	Frauen	123,2	927
	Gesamt	124,8	912
Unbefristet/Teilzeit	Männer	131,2	1.032
	Frauen	127,0	966
	Gesamt	127,6	976
Befristet/Vollzeit	Männer	89,0	622
	Frauen	107,7	799
	Gesamt	96,8	695
Befristet/Teilzeit	Männer	96,8	743
	Frauen	117,9	881
	Gesamt	113,2	851

Diagramm 3.4.10 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen, ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Während bei dieser Gruppe sowohl die absoluten Zahlen als auch deren relativer Anteil an allen Krankenhausstagen für die Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen geringer als bei den anderen Vertragsformen ausfallen, ist die Menge der Behandlungstage aufgrund der psychischen Störungen insbesondere bei den weiblichen Beschäftigten groß: Die Frauen in befristeten Vollzeitverträgen haben mit 338 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte die meisten stationären Behandlungstage, das ist in dieser Gruppe ein Anteil von rund 42% der Behandlungstage. Auch die männlichen Beschäftigten in unbefristeter Teilzeitarbeit sind viele Tage aufgrund dieser Krankheitsart in stationärer Behandlung (312 Behandlungstage je 1.000 Beschäftigte), diese weisen aber, wie schon zuvor erwähnt, auch insgesamt sehr viele Behandlungstage auf.

Arbeitnehmerüberlassung

- Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Schnitt jünger, entsprechend werden diese weniger häufig aufgrund von Neubildungen stationär behandelt.

- Im aktuellen Berichtsjahr stechen die Männer genauso wie die Frauen in Arbeitnehmerüberlassung mit einer deutlich höheren Anzahl an Krankenhaustagen aufgrund psychischer Störungen gegenüber Beschäftigten heraus, die nicht in einem Überlassungsverhältnis tätig sind.

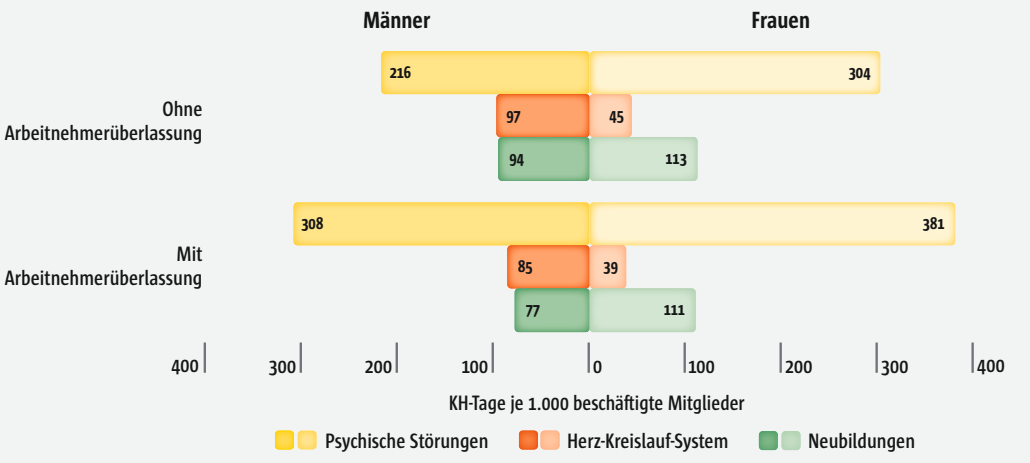
Vergleicht man bei den Berufstätigen zudem separat diejenigen, die in Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) tätig sind mit den Beschäftigten, die direkt bei einem Arbeitgeber angestellt sind (»»» Tabelle 3.4.5), so zeigen sich nur relativ geringe Unterschiede. Am größten ist die Differenz bei der Anzahl der stationären Behandlungsfälle im Vergleich der Frauen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung 996 vs. 923 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte). Zudem sind die Differenzen zwischen den geschlechtsspezifischen Kennwerten bei denjenigen in Arbeitnehmerüberlassung ausgeprägter als bei den direkt angestellten Beschäftigten.

In »»» Diagramm 3.4.11 werden wiederum die Unterschiede bezogen auf die KH-Tage zwischen den in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen für ausgewählte Diagnosehauptgruppen aufgeführt. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass

Tabelle 3.4.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Arbeitnehmerüberlassung	Geschlecht	KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
		KH-Fälle	KH-Tage
Ohne Arbeitnehmerüberlassung	Männer	120,6	872
	Frauen	122,3	923
	Gesamt	121,4	895
Mit Arbeitnehmerüberlassung	Männer	118,7	890
	Frauen	130,3	996
	Gesamt	122,4	924

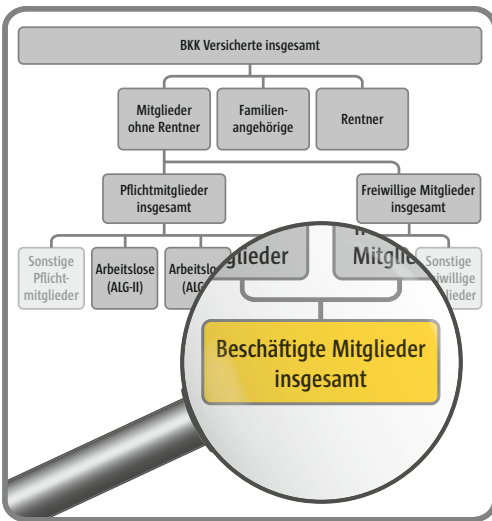
Diagramm 3.4.11 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



die Gruppe der in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen ein niedrigeres Durchschnittsalter als die über ein reguläres Vertragsverhältnis angestellten Beschäftigten aufweist. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die Leih- und Zeitarbeiter insgesamt weniger Behandlungstage aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen aufweisen. Auf der anderen Seite zeigt sich bei diesen über die letzten Jahre auch eine recht konstant höhere Anzahl an Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen bei den Männern. Die meisten Behandlungstage gehen in diesem Vergleich hingegen bei den Frau-

en in Arbeitnehmerüberlassung auf psychische Störungen zurück. Allerdings bleibt zu konstatieren, dass aufgrund der Tatsache, dass in diesem Vergleich die Frauen in Arbeitnehmerüberlassung deutlich die kleinste Gruppe sind, die Kennwerte nur eingeschränkt interpretiert werden können. Ein Blick insbesondere in den AU-Bereich (»» Kapitel 1.4), in dem die Fallzahlen deutlich größer sind als im stationären Bereich, zeigt aber zumindest ein ähnliches Muster mit einer größeren Anzahl an AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen für beide Geschlechter.

3.5 Schwerpunktthema psychische Gesundheit und Arbeit



den Beschäftigten gehen 30,1% aller Behandlungstage auf diese Erkrankungsart zurück. In den nachfolgenden Auswertungen wird daher nun ein genauere Blick auf die Inanspruchnahme stationäre Versorgung bei psychischen Erkrankungen durch Beschäftigte geworfen und diese in Abhängigkeit von verschiedenen arbeitsweltlichen Merkmalen dargestellt. Doch zuvor sei zur Einordnung der nachfolgenden Ergebnisse zunächst ein allgemeiner Blick auf die Kennwerte der Beschäftigten geworfen, da bei bisherigen altersspezifischen Analysen nur die übergeordnete Gruppe der Versicherten insgesamt betrachtet wurde (» Diagramm 3.2.3): Im Vergleich zu diesen fallen bei den Beschäftigten hingegen die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausfälle und -tage insgesamt sowie in allen Geschlechts- und Altersgruppen (» Diagramm 3.5.1) niedriger aus. Allgemein lässt sich außerdem konstatieren, dass in den Altersgruppen ab 50 Jahren jeweils die Männer öfter in stationärer Behandlung sind als die Frauen und dabei auch im Schnitt mehr Behandlungstage erfolgen. Besonders sticht zudem die deutliche Reduktion der Kennwerte in der Altersgruppe ab 65 Jahren im Vergleich zur vorherigen Altersgruppe heraus. Erreichen sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behandlungstage Höchststände in der vorherigen Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen, so gehen bei den Älteren die Kennwerte bei beiden Geschlechtern um etwa ein Drittel zurück. Dies ist auf den sogenannten *healthy worker effect* zurückzuführen, der auch in den anderen Leistungsbereichen zu beobachten ist. Dieser beschreibt den Umstand, dass Erwerbstätige, die kurz vor dem Renteneintrittsalter stehen (bzw. eigentlich schon im Rentenalter sind), meist gesünder als jüngere Beschäftigte erscheinen, was aber wesentlich einen vorherigen Selektionseffekt widerspiegelt: Personen mit chronischen bzw. schweren Erkrankungen sind häufig schon vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, sodass diese in der Gruppe der Beschäftigten ab 65 Jahren nicht mehr enthalten sind.

3.5.1 Einleitung

- Bei den Beschäftigten gehen 30% aller stationären Behandlungstage auf psychische Störungen zurück.
- Mehr als 60% davon sind durch affektive Störungen bedingt, in den weitaus meisten Fällen sind dies Depressionen (F32, F33). Frauen sind deshalb häufiger in Behandlung als Männer.
- Ein umgekehrter Geschlechtsunterschied besteht bei den substanzinduzierten – in den meisten Fällen alkoholbedingten – Störungen: Männer weisen mehr als doppelt so viele KH-Fälle und -Tage auf als Frauen.

In den bisherigen Analysen wurde mehrfach die besondere Bedeutung der psychischen Störungen im Kontext der stationären Versorgung betont. Auch bei

Diagramm 3.5.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

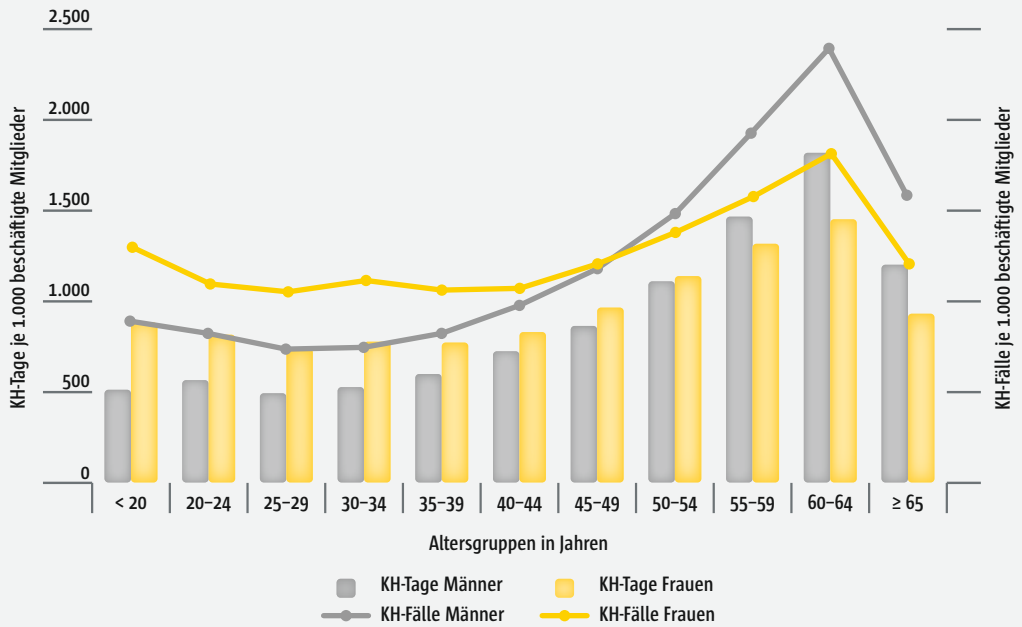


Diagramm 3.5.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

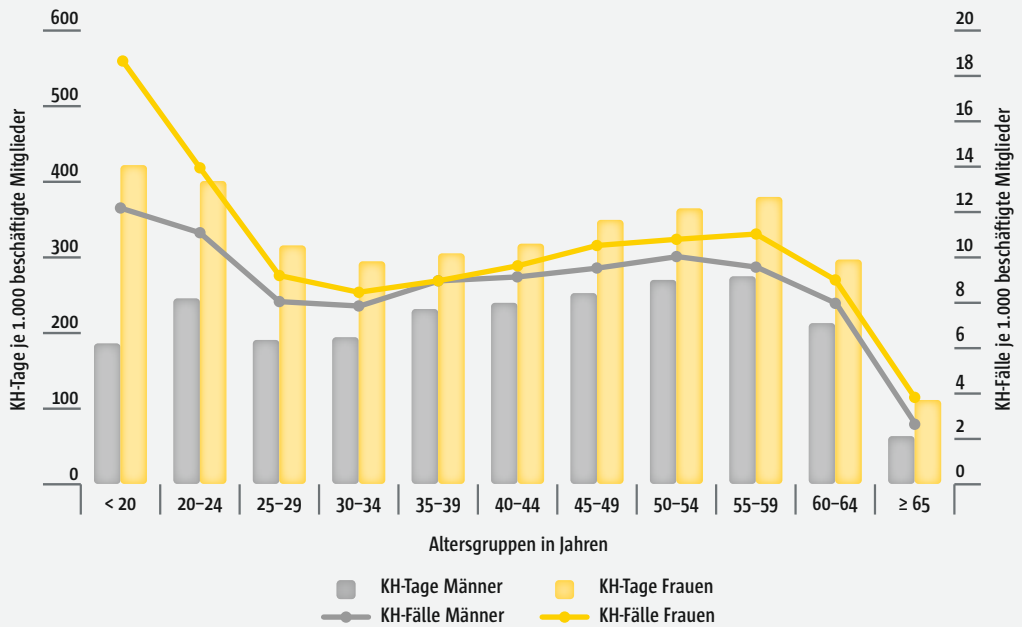


Tabelle 3.5.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

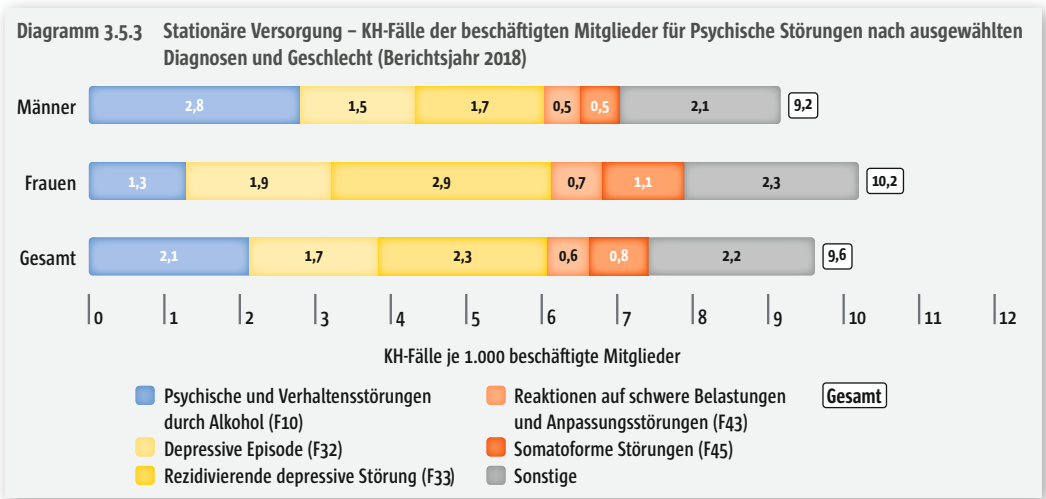
ICD-10-Code	Diagnoseuntergruppen	Männer			Frauen			Gesamt		
		KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder			je 1.000 beschäftigte Mitglieder			je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3,5	36,7	10,6	1,5	14,1	9,4	2,6	26,6	10,3
F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0,5	16,6	36,8	0,4	15,3	38,2	0,4	16,0	37,4
F30–F39	Affektive Störungen	3,4	140,5	41,2	5,1	218,3	42,8	4,2	175,1	42,1
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1,4	30,7	21,5	2,4	59,3	24,5	1,9	43,4	23,2
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,1	0,9	12,3	0,2	10,0	41,3	0,2	4,9	33,5
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0,2	7,1	32,0	0,5	17,5	38,5	0,3	11,7	36,0
	Sonstige	0,1	2,6	21,3	0,1	2,1	20,5	0,1	2,4	21,4
F00–F99	Gesamt	9,2	235,0	25,7	10,2	336,4	33,0	9,6	280,0	29,1

Für die psychischen Störungen zeigt sich in dieser differenzierten Altersdarstellung (»» Diagramm 3.5.2) hingegen eine deutlich andere Kennwertverteilung: Vor allem fällt dabei eine besondere Häufung von stationären Behandlungsfällen und -tagen bei den weiblichen Beschäftigten jünger als 20 Jahre auf. Die männlichen Beschäftigten in dieser Altersgruppe weisen im Mittel zwar auch relativ viele Fälle auf, die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen beträgt dabei aber nur weniger als die Hälfte als bei den Frauen. Im Vergleich zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»» Diagramm 1.2.3) zeigt sich hier ein deutlicher Unterschied, sind doch in dieser Altersgruppe insbesondere die AU-Tage aufgrund psychischer Störungen am geringsten. Aber auch in den höheren Altersgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede, so fallen die Geschlechtsunterschiede bei den Kennzahlen im stationären Sektor deutlich geringer aus als im AU-Geschehen. Zudem ist dabei nur ein vergleichsweise geringer Anstieg der Kennwerte zu beobachten. So sind für die 55- bis 59-Jährigen rund 28% mehr KH-Tage zu verzeichnen

als bei den 25- bis 29-Jährigen, während der Unterschied bei den AU-Tagen zwischen diesen Altersgruppen um ein Vielfaches größer ist (»» Diagramm 1.2.3). Auch zeigt sich, anders als etwa im AU-Geschehen, in der stationären Versorgung ein Rückgang der Kennzahlen schon bei den Beschäftigten ab 60 Jahren. Ursächlich ist hier wahrscheinlich ebenso der schon erwähnte *healthy worker effect*: Berentungen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit gehen ohnehin am häufigsten auf psychische Störungen zurück, dabei liegt das Renteneintrittsalter unter dem Durchschnitt⁶. In der Gruppe der Beschäftigten ab 65 Jahren sind wiederum die mit Abstand wenigsten Behandlungsfälle und -tage zu verzeichnen.

Wie schon zuvor im »» Diagramm 3.2.9 dargestellt, gehen insgesamt 30% der stationären Behandlungstage der Beschäftigten auf psychische Störungen zurück, wobei verbunden mit sehr langen

6 Deutsche Rentenversicherung Bund (2019). Rente 2018. DRV, Berlin.



Falldauern die psychischen Störungen hingegen nur rund 8% der Behandlungsfälle ausmachen. Dabei sind – anders als bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten (III Kapitel 1.5.1) – die affektiven Störungen mit Abstand am häufigsten die Ursache, wie eine Betrachtung der KH-Kennzahlen nach Diagnoseuntergruppen erkennen lässt (III Tabelle 3.5.1): So geht fast jeder zweite stationäre Fall (43,2%) auf diese Untergruppe der psychischen Störungen zurück, die wiederum aufgrund einer überdurchschnittlichen Behandlungsdauer von 42,1 KH-Tagen je Fall sogar 62,5% aller stationären Behandlungstage ausmachen. Nach Höhe der Kennzahlen mit deutlichem Abstand folgen danach die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen sowie die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Jeweils gehen durchschnittlich fast 9 von 10 aller Behandlungsfälle und -tage aufgrund psychischer Störungen auf diese drei Diagnoseuntergruppen zurück. Dabei ist aber auch anzumerken, dass ein besonders großer Geschlechtsunterschied bei den Störungen durch psychotrope Substanzen vorzufinden ist: Die männlichen Beschäftigten weisen deutlich mehr als doppelt so viele KH-Fälle und -Tage gegenüber den weiblichen Beschäftigten auf, entsprechend geht mehr als jeder dritte Behandlungsfall bei Männern auf diese Diagnoseuntergruppe zurück. Bei den affektiven Störungen sowie den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen weisen hingegen die Frauen deutlich höhere Kennwerte auf als die Männer.

Betrachtet man wiederum nur diese drei zuvor genannten Diagnoseuntergruppen, so zeigt sich auch

jeweils in den Gruppen eine recht starke Dominanz von bestimmten Einzeldiagnosen. III Diagramm 3.5.3 und III Diagramm 3.5.4 stellen die Behandlungsfälle bzw. -tage für diejenigen fünf Einzeldiagnosen dar, die insgesamt die höchsten Kennwerte innerhalb der psychischen Störungen aufweisen – und die zu eben diesen drei Diagnoseuntergruppen zählen. Dabei wird ersichtlich, dass allein diese fünf Einzeldiagnosen mehr als drei Viertel aller KH-Fälle bzw. -Tage auf sich vereinen. Sehr augenfällig in Vergleich auch zu den zuvor dargestellten Kennwerten der Diagnoseuntergruppen ist, dass von den durch psychotrope Substanzen induzierten Störungen allein mehr als drei Viertel der Behandlungsfälle (82,6%) und -tage (77,2%) auf Alkohol (F10) zurückzuführen sind. Auch hier zeigen sich höhere Kennwerte bei den Männern gegenüber den Frauen bei einer gleichzeitig relativ kurzen durchschnittlichen Falldauer (insgesamt 9,7 KH-Tage je Fall).

Bei den affektiven Störungen sind sogar jeweils rund 95% aller KH-Fälle und -tage auf die beiden Depressionsdiagnosen (F32, F33) zurückzuführen – wobei im stationären Sektor anders als etwa im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen die rezidivierende depressive Störung (F33) deutlich höhere Kennzahlen aufweist als die depressive Episode (F32). Dabei wird auch erkennbar, dass gerade bei der Rezidiv-Form Frauen deutlich mehr Behandlungsfälle aufweisen als die Männer und entsprechend auch die Anzahl an Behandlungstagen erheblich höher ist. Wiederum bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sind die beiden häufigsten Einzeldiagnosen die somatoformen Störungen (F45) sowie die

Diagramm 3.5.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

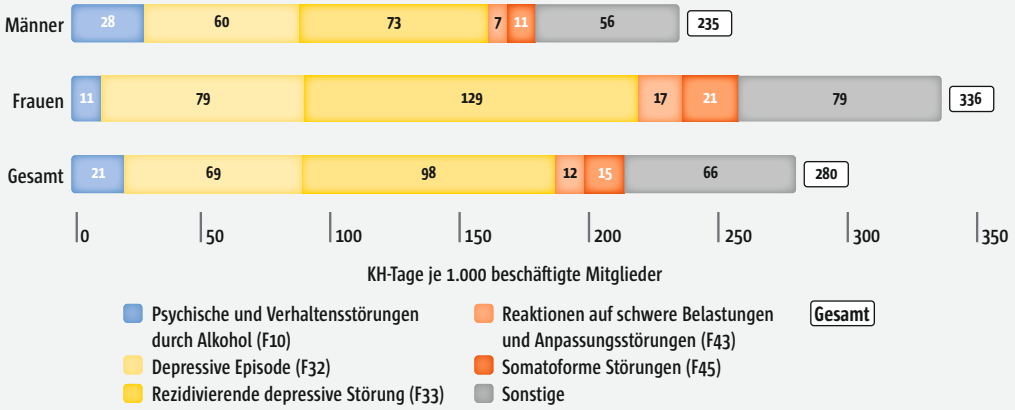
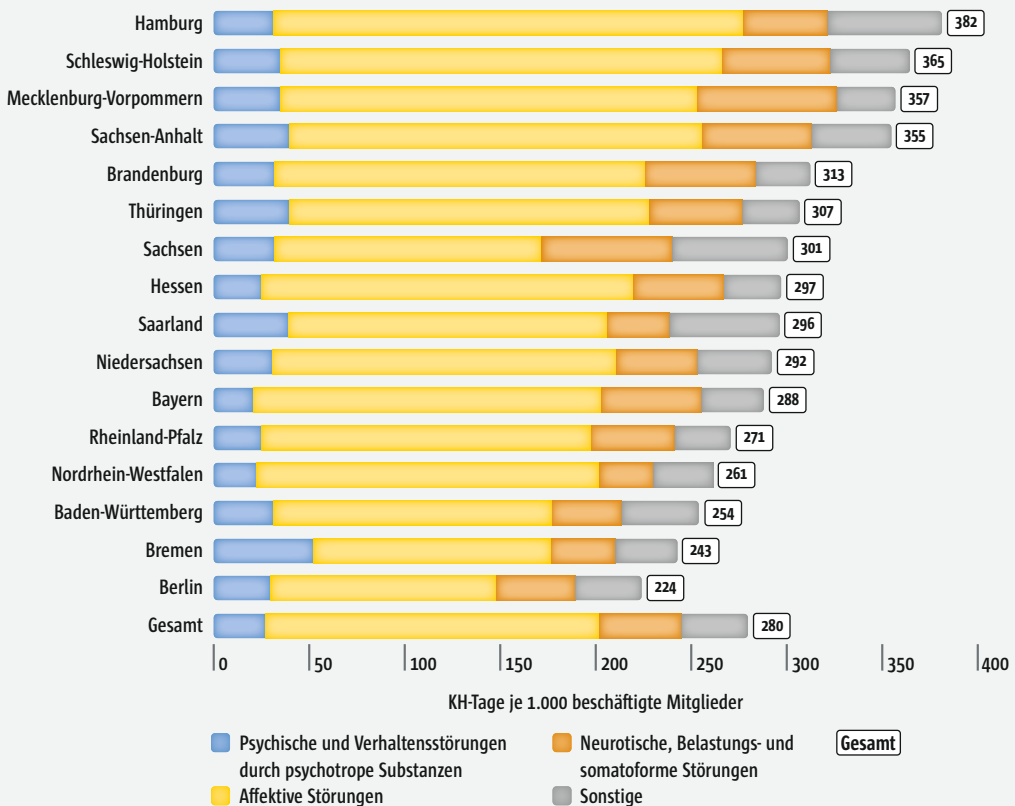


Diagramm 3.5.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnoseuntergruppen und Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2018)



Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Auf diese gehen immerhin zusammengenommen 71,7% der KH-Fälle und 62,3% der KH-Tage für die Diagnoseuntergruppe F40-F48 zurück. Auch hier weisen Frauen gegenüber Männern höhere Kennwerte auf, wobei die relative Differenz besonders bei den Behandlungstagen aufgrund der F43-Diagnose am größten ist: Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Behandlungsdauer für diese Einzeldiagnose bei den Frauen im Schnitt fast 10 Tage länger ist als bei den Männern (25,1 vs. 15,7 KH-Tage je Fall).

Wie schon in **III** Kapitel 3.3 dargelegt, bestehen teils deutliche regionale Unterschiede im stationären Versorgungsgeschehen. Diese sind auch vorzufinden, wenn die drei in den Fokus genommenen Diagnoseuntergruppen auf Bundesländerebene betrachtet werden (**III** Diagramm 3.5.5). Dabei sei zuvor angemerkt, dass die psychischen Störungen insgesamt bei den Beschäftigten je nach Bundesland eine unterschiedlich große Rolle spielen. So sind die meisten stationären Behandlungstage aufgrund dieser Krankheitsgruppe bei den Beschäftigten in Hamburg vorzufinden, bei diesen gehen 45,3% aller Behandlungstage auf psychische Störungen zurück. Zum Vergleich: Im Bundesdurchschnitt sind es 30,1%. Wenig überraschend sind in Hamburg auch die meisten Behandlungstage aufgrund von affektiven Störungen erfolgt. Die zweitmeisten Behandlungstage aufgrund affektiver Störungen sind in Schleswig-Holstein vorzufinden, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern. Im letztgenannten Bundesland sind wiederum die meisten Behandlungstage aufgrund von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen vorzufinden. Die wenigsten Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen, insbesondere bei den affektiven Störungen sind hingegen in Berlin gefolgt von Bremen aufgetreten. Überraschenderweise sind gerade in Bremen doppelt so viele Behandlungstage wie im Bundesdurchschnitt aufgrund von substanzinduzierten psychischen Störungen erfolgt – das ist der höchste Wert im Bundesländervergleich.

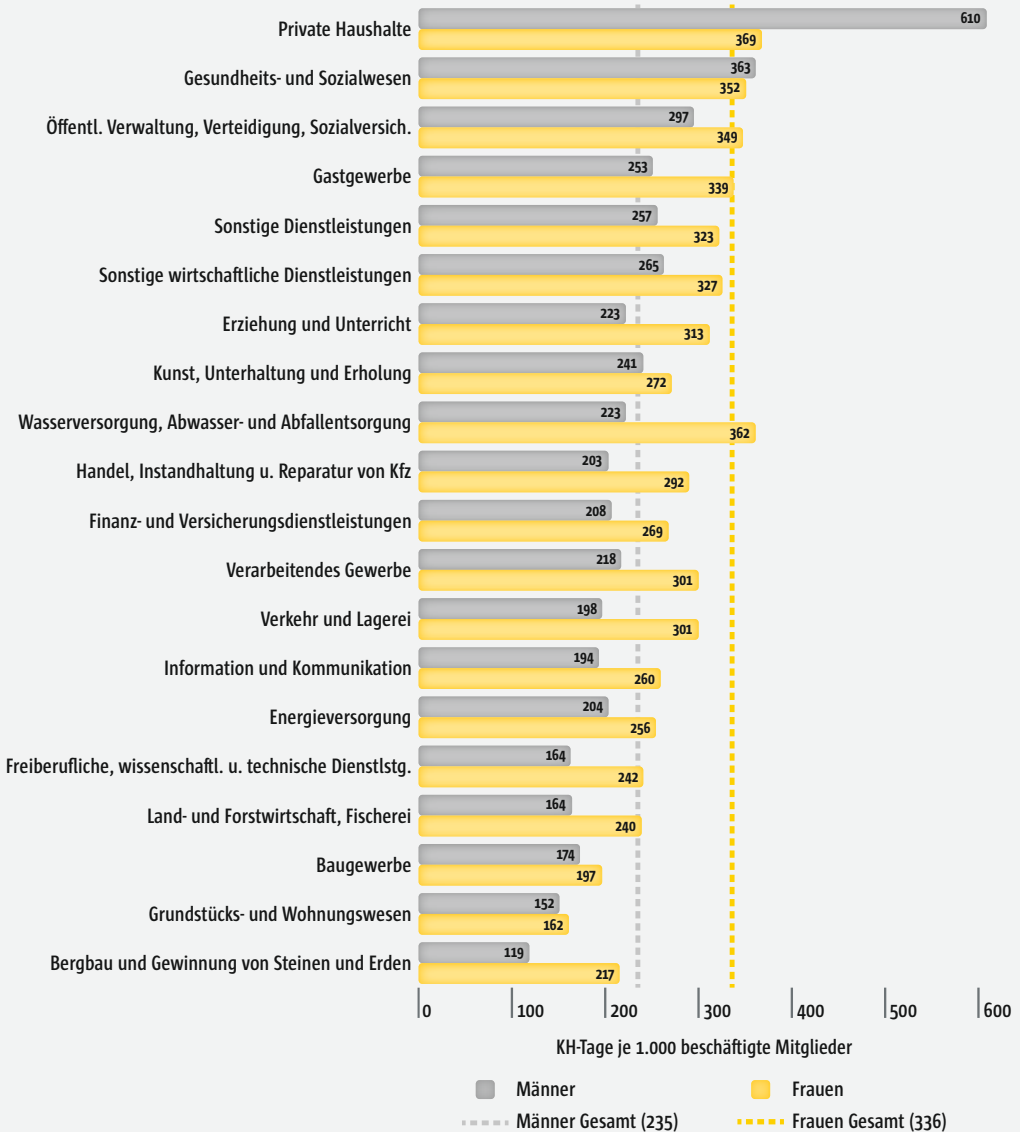
3.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Die Wirtschaftsgruppen mit den meisten stationären Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen sind die privaten Haushalte, das Gesundheits- und Sozialwesen sowie die öffentliche Verwaltung.

- Dagegen finden sich bei den Beschäftigten in Bergbau und Rohstoffgewinnung sowie im Grundstücks- und Wohnungswesen die wenigsten psychisch bedingten Behandlungstage im Krankenhaus.
- Allerdings bestehen auch innerhalb einer Branche teils deutliche regionale Unterschiede bei den Kennzahlen der stationären Versorgung.

Nachdem in **III** Kapitel 3.4.1 schon allgemeine Analysen zu den Unterschieden bei der Inanspruchnahme stationärer Versorgung zwischen Branchen dargelegt wurden, werden nun im Folgenden für die psychischen Störungen weitere Detailergebnisse dargestellt. So zeigt das **III** Diagramm 3.5.6 die durchschnittliche Anzahl an stationären Behandlungstagen für Männer und Frauen je nach Branche, in der diese tätig sind. Dabei stechen besonders die Beschäftigten in privaten Haushalten hervor, die für beide Geschlechter die meisten KH-Tage aufweisen, wobei insbesondere der Kennwert für die Männer extrem über allen anderen dargestellten Werten liegt. Dabei sei aber darauf verwiesen, dass es sich hier um eine relativ kleine Beschäftigtengruppe handelt. Tatsächlich sind äquivalent hierzu für die in diesem Bereich tätigen Männer ebenso überdurchschnittlich viele AU-Tage zu verzeichnen (**III** Kapitel 1.5.2) – interessanterweise liegen die in privaten Haushalten tätigen Frauen hingegen bei den AU-Kennwerten deutlich unter dem Durchschnitt. Eine wesentlich größere Branche ist das Gesundheits- und Sozialwesen, in der aber ebenfalls sehr viele Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen zu verzeichnen sind – die zweitmeisten für die Männer und die drittmeisten für die Frauen. Dabei sind die Kennwerte der beiden Geschlechter etwa gleich groß, gegenläufig zu den meisten anderen Branchen, bei denen in der Regel Frauen mehr Behandlungstage in Anspruch genommen haben als Männer. Eine solche Differenz ist bei den Beschäftigten in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung beobachtbar; Hier weisen die Frauen im Vergleich die zweitmeisten Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen auf, während die Männer dieser Branche nur unterdurchschnittlich viele Tage deshalb in stationärer Behandlung waren. Hingegen deutlich unterdurchschnittlich sind die Kennwerte in Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, wobei die Männer hier die wenigsten Behandlungstage im dargestellten Vergleich aufweisen. Den niedrigsten Wert bei den Frauen weisen hingegen die weiblichen Beschäftigten im Grundstücks- und Wohnungswesen auf. Aber auch

Diagramm 3.5.6 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

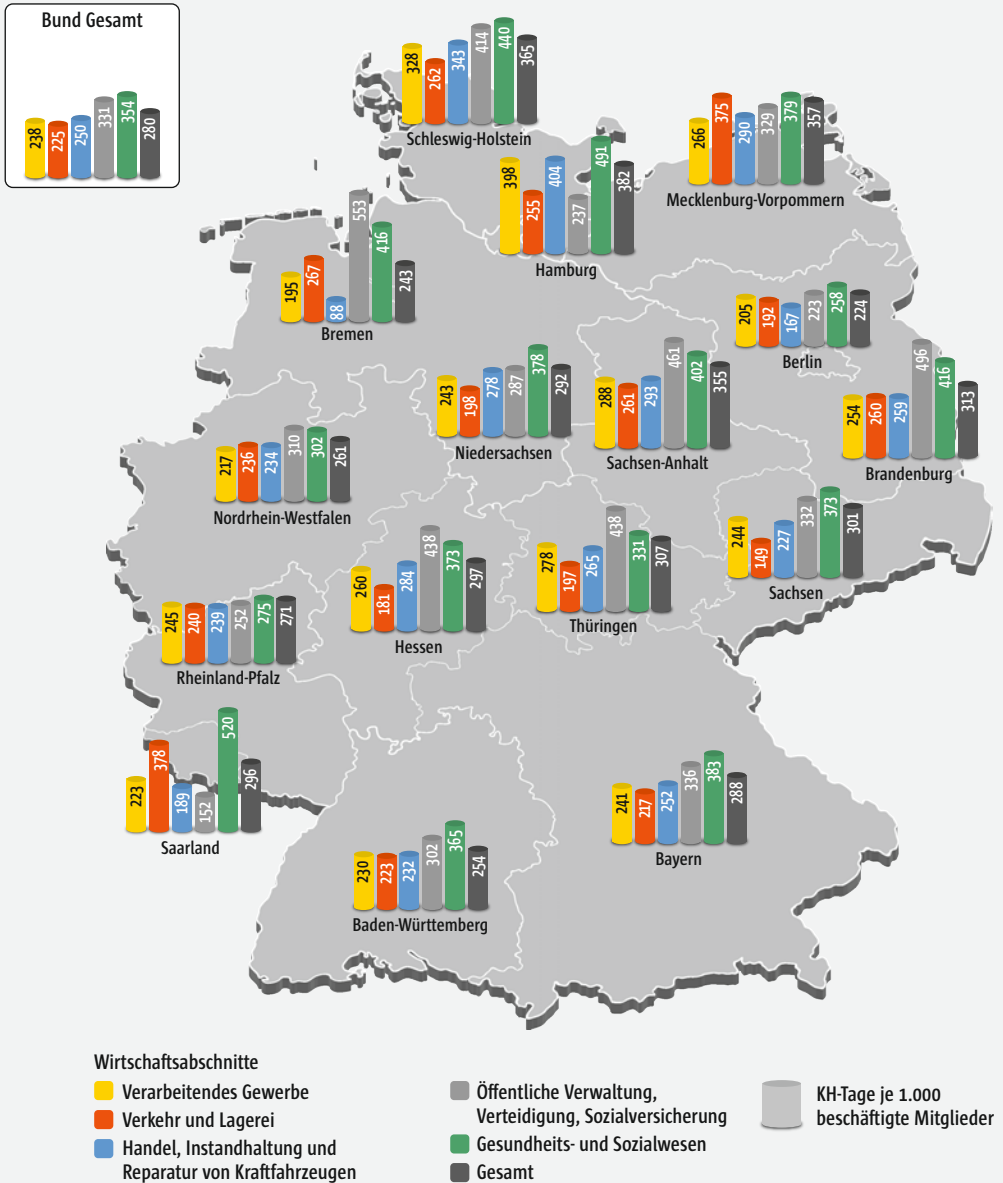


im Bereich Verkehr und Lagerei – im AU-Geschehen noch eine der Branchen mit der höchsten Anzahl an Fehltagen – sind für beide Geschlechter die Werte unterdurchschnittlich.

Da eine stationäre Behandlung in Laufe eines Jahres normalerweise nur von einem kleinen Teil der Versicherten in Anspruch genommen wird, sind

auch in relativ großen Gruppen die Fallzahlen in der Regel niedrig. Dementsprechend können nur für ausgewählte Wirtschaftsabschnitte weitere Analysen mit zusätzlichen Differenzierungen dargestellt werden. So zeigt das **»»»** Diagramm 3.5.7 zunächst für die psychischen Störungen allgemein eine Unterteilung nach Bundesländern für fünf ausgewählte,

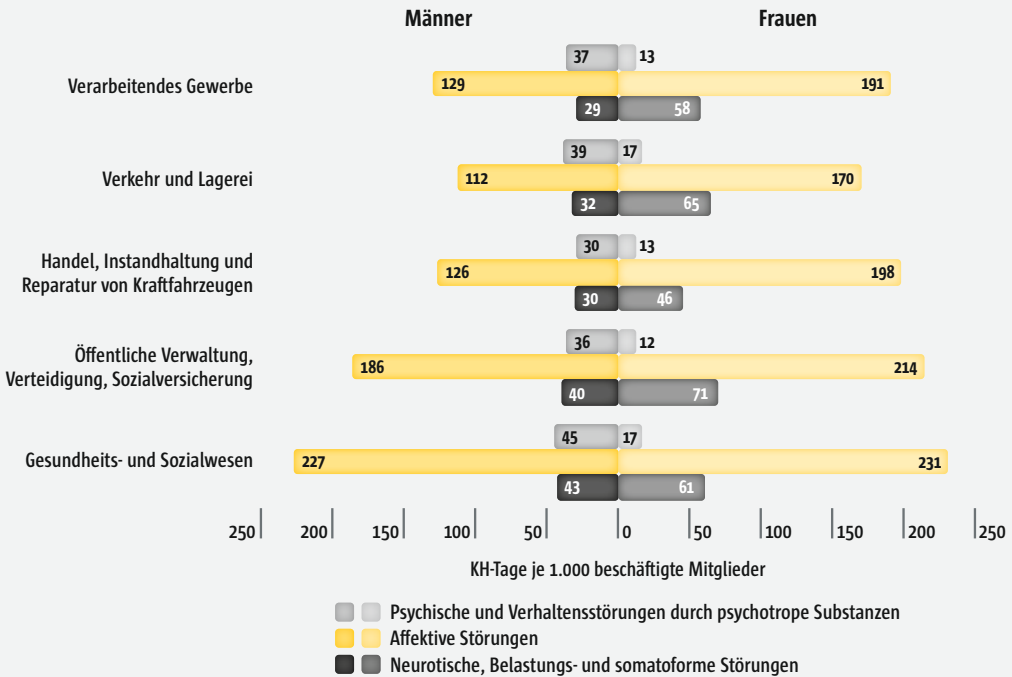
Diagramm 3.5.7 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)



mitgliederstarke Wirtschaftsabschnitte. Darin treten teils sehr starke regionale Unterschiede innerhalb dieser Wirtschaftsabschnitte zu Tage: So ist etwa die größte durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen in diesem Vergleich bei den Be-

schäftigten der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung, die in Bremen arbeiten, vorzufinden (553 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), während demgegenüber für deren Kolleginnen und Kollegen im Saarland weniger als ein Drittel an Be-

Diagramm 3.5.8 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnoseuntergruppen, Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



handlungstagen zu verzeichnen sind. In Bremen hingegen weisen die in Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen Beschäftigten die mit Abstand wenigsten Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen im Krankenhaus (88 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) auf, während die in Hamburg wohnhaften Beschäftigten in diesem Wirtschaftsabschnitt durchschnittlich etwa 4,5-mal so viele Tage in stationärer Behandlung waren.

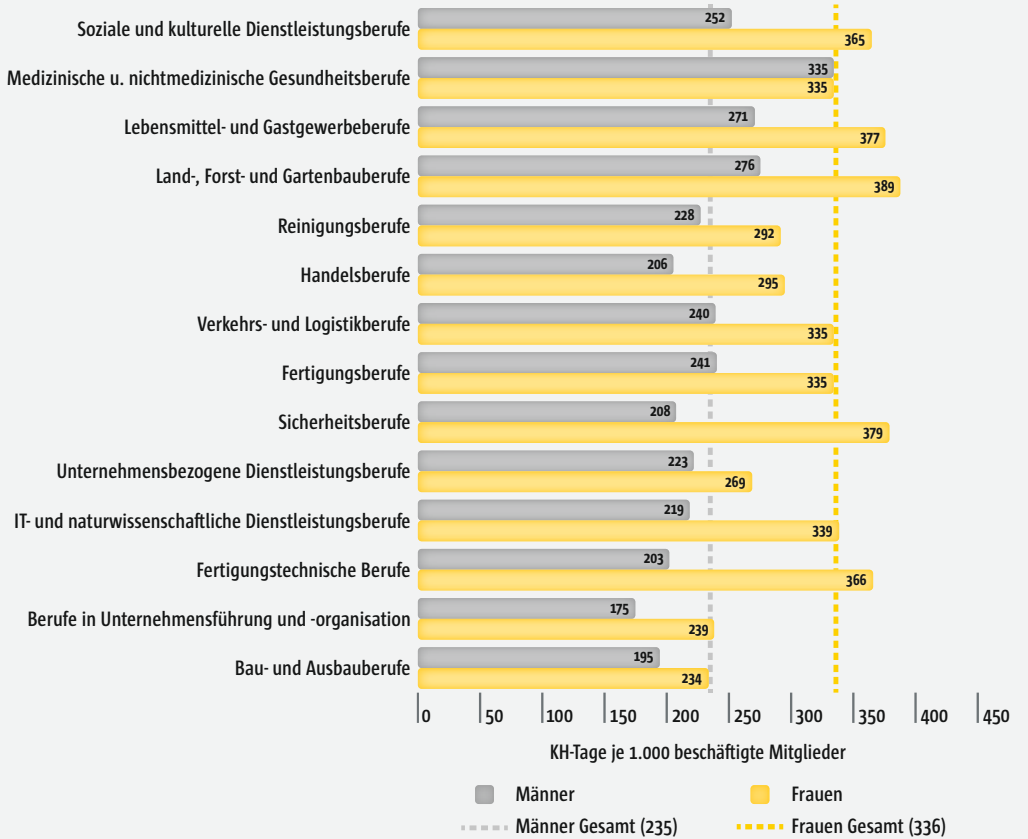
Für diese ausgewählten Wirtschaftsabschnitte soll auch ein Blick auf die relevanten Diagnoseuntergruppen geworfen werden (»» Diagramm 3.5.8). Recht augenfällig bei den nach Geschlecht getrennt dargestellten KH-Tagen ist, dass im Gesundheits- und Sozialwesen – anders als im Bundesdurchschnitt sowie den anderen hier dargestellten Wirtschaftsabschnitten – die Kennwerte für die affektiven Störungen bei Männern und Frauen kaum unterschiedlich sind. Bei den männlichen Beschäftigten dieser Branche ist außerdem ein relativ hoher Wert für die durch psychotrope Substanzen hervorgerufenen Störungen zu finden. Dies gilt auch für die in Verkehr und Lagerei beschäftigten Männer, die verglichen mit ihrer

ansonsten unterdurchschnittlichen Anzahl an stationären Behandlungstagen hierfür einen hohen relativen Anteil aufweisen. Wiederum sind Frauen, die im Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen tätig sind, nur unterdurchschnittlich viele Tage aufgrund von substanzinduzierten Störungen oder neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen stationär in Behandlung gewesen.

3.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund psychischer Erkrankungen weisen v.a. solche Berufe auf, bei denen soziale Interaktionen ein besonders großer Bestandteil sind.
- Hierzu zählen z.B. die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe sowie die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe, während (Aus-)Bauberufe und Berufe in Unternehmensführung und -organisation unterdurchschnittlich viele KH-Tage aufweisen.

Diagramm 3.5.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

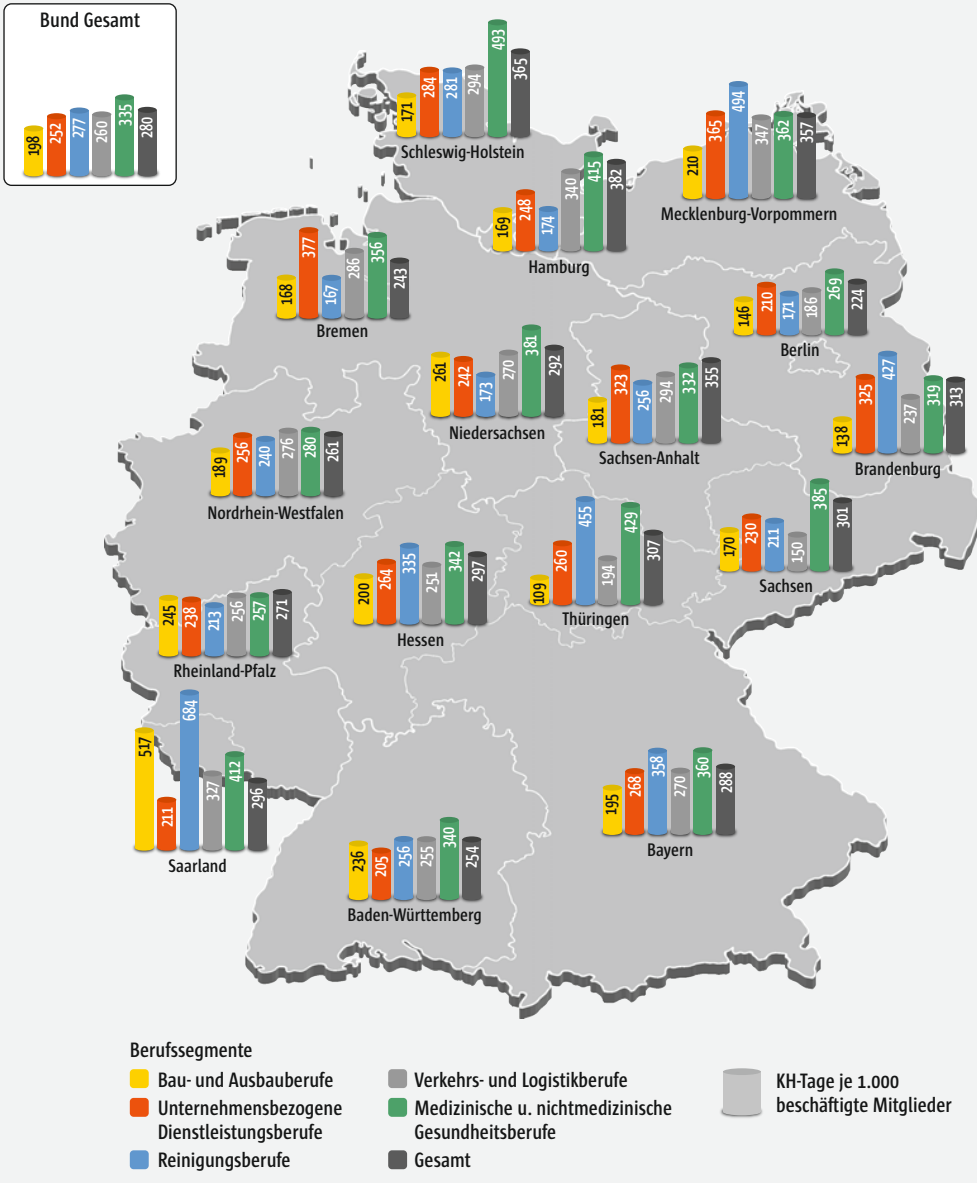


Während die Wirtschaftsgruppen hauptsächlich definieren, in welchem generellen wirtschaftlichen Umfeld die Beschäftigten tätig sind, bezieht sich die Berufsgruppenzugehörigkeit noch stärker auf die eigentliche Tätigkeit, die derjenige bzw. derjenige ausübt. Wie schon in **III** Kapitel 3.4.2 dargelegt, spiegeln sich in berufsgruppenspezifischen Kennzahlen auch jeweils der Tätigkeit zugehörige Arbeitsbelastungen wider. Auch dies lässt sich in den im **III** Diagramm 3.5.9 dargestellten Kennzahlen wiederfinden, weisen doch gerade Berufsabschnitte mit besonders häufigen sozialen Kontakten überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen auf. Dabei sind es für die Männer die (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe, für die die meisten Krankenhaustage zu verzeichnen sind. Bei den Frauen haben die in Land-, Forst- und Gartenbauberufen Tätigen durchschnitt-

lich die meisten Behandlungstage im Krankenhaus verbracht. Besonders stechen außerdem die Sicherheitsberufe sowie die fertigungstechnischen Berufe hervor, in denen der Geschlechtsunterschied besonders groß ist mit der Folge, dass hier die Frauen hinsichtlich der Anzahl an Behandlungstagen deutlich über dem geschlechtsspezifischen Durchschnitt liegen, während der Kennwert für die Männer in diesen Berufsgruppen deutlich unterdurchschnittlich ist. In den Bau- und Ausbauberufen sowie in Berufen in Unternehmensführung und -organisation sind hingegen beide Geschlechter deutlich weniger Tage wegen psychischen Störungen in Behandlung gewesen als der Durchschnitt aller Beschäftigten.

Im Folgenden werden nun, wie schon bei den Wirtschaftsgruppen, einzelne mitgliederstarke Berufssegmente in weiteren Details analysiert. Dabei zeigen sich auch hier teils sehr starke regionale

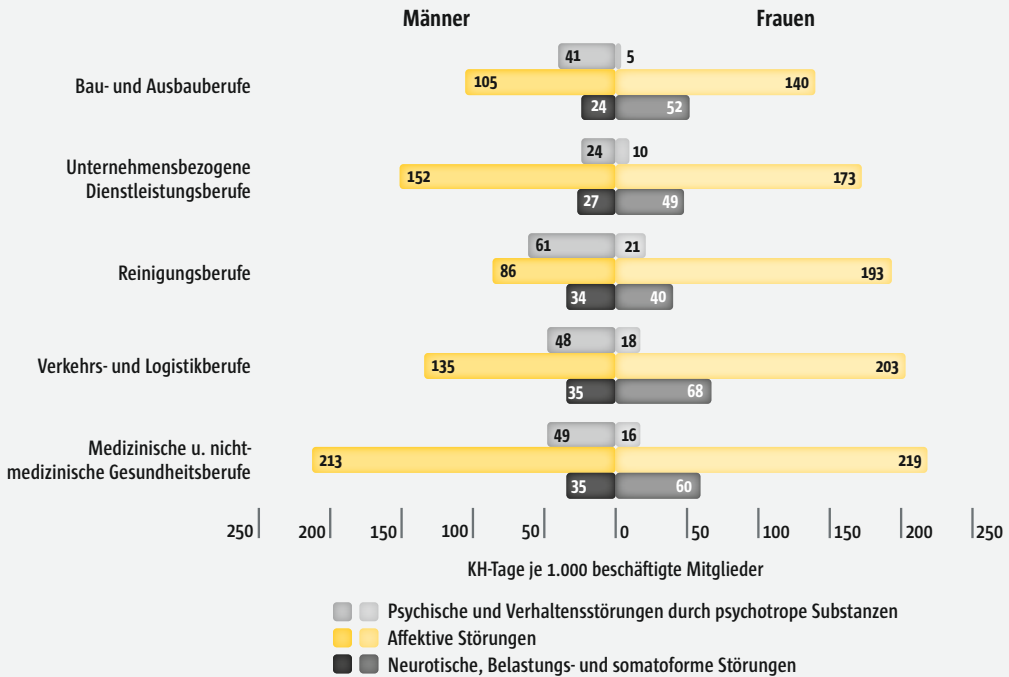
Diagramm 3.5.10 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)



Unterschiede, wie das Diagramm 3.5.10 aufzeigt. So ist die größte Differenz bei den Reinigungskräften vorzufinden: Während in Bremen die in dieser Berufsgruppe Beschäftigten nur 167 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte aufweisen, ist hingegen für diese Gruppe im Saarland mit 684 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte

der im Vergleich höchste Wert vorzufinden. Den niedrigsten Wert in diesem Regionalvergleich weisen hingegen die thüringischen Beschäftigten in Bau- und Ausbauberufen auf. Auch für diese Berufsgruppe sind es die Beschäftigten im Saarland, für die wiederum berufsspezifisch die meisten

Diagramm 3.5.11 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnoseuntergruppen, ausgewählten Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Behandlungstage im Bundesländervergleich zu verzeichnen sind.

Wie das Diagramm 3.5.11 für diese ausgewählten Berufssegmente aufzeigt, weisen gerade die männlichen Reinigungskräfte ein vom Durchschnitt abweichendes Bild auf: Insbesondere sind hier deutlich weniger KH-Tage aufgrund von affektiven Störungen zu finden, auf der anderen Seite gehen aber mit 61 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte allein 30% aller Behandlungstage bei den Männern in Reinigungsberufen auf substanzinduzierte Störungen zurück. Des Weiteren zeigt sich wie schon bei den Analysen nach Wirtschaftsgruppen, dass auch bei den in Gesundheitsberufen Tätigen für beide Geschlechter die affektiven Störungen in etwa für gleich viele Behandlungstage ursächlich sind. Bei den in unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen Beschäftigten gibt es ebenfalls auch bezogen auf die affektiven Störungen nur einen zumindest geringen Geschlechtsunterschied bei den Behandlungstagen. Die Männer dieser Berufsgruppe weisen dabei einen überdurchschnittlichen Kennwert auf, dadurch gehen mehr als drei Viertel aller Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen auf affektive Störungen zurück.

3.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit nimmt die durchschnittliche Zahl der Behandlungstage in stationärer Versorgung ab: Dies gilt für beide Geschlechter sowohl für psychische Störungen insgesamt als auch für die drei wichtigsten zugehörigen Diagnoseuntergruppen.
- Die Behandlungstage aufgrund von substanzinduzierten psychischen Störungen sind bei den Beschäftigten in Tätigkeiten mit geringem Anforderungsniveau sowie bei in Leiharbeit Tätigen überdurchschnittlich. Dabei weisen Männer jeweils ein Vielfaches der Werte der Frauen in gleicher Position auf.

Wie schon in den vorhergehenden Kapiteln werden neben den Wirtschafts- und Berufsgruppen zusätzlich weitere Beschäftigungsmerkmale im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit näher betrachtet. Hierfür werden das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, Aufsichts- und Führungsverantwortung sowie die Beschäftigung mit bzw. ohne Arbeits-

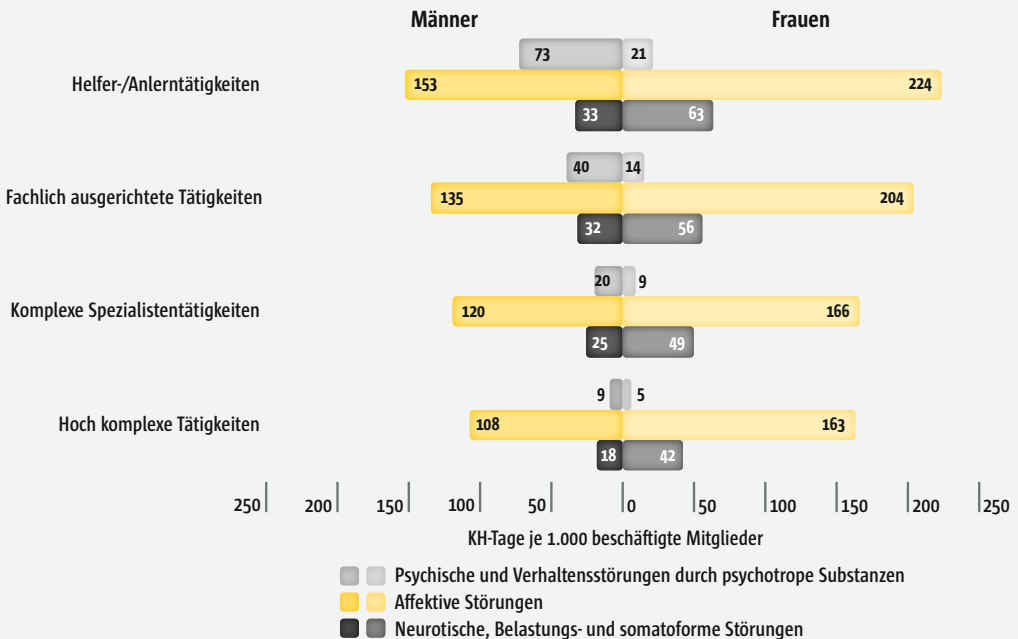
nehmerüberlassung hinsichtlich der Anzahl stationärer Behandlungstage differenziert nach Diagnoseuntergruppen sowie nach Geschlecht ausgewertet.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

Das **»»** Diagramm 3.5.12 führt sehr deutlich vor Augen, dass nicht nur – wie im **»»** Diagramm 3.4.8 dargestellt – die Anzahl der Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen insgesamt mit steigendem Anforderungsniveau abnimmt, sondern dies auch für jede der drei hier betrachteten Diagnoseuntergruppen gilt. Allerdings nehmen die Kennwerte unterschiedlich stark mit steigendem Niveau ab: So ist die Behandlungstageanzahl aufgrund von affektiven Störungen bei den Beschäftigten, die hoch komplexe Tätigkeiten verrichten, bei beiden Geschlechtern etwa 30% geringer als bei denen in Helfer-/Anlernertätigkeiten. Demgegenüber unterscheiden sich diese beiden Anforderungsniveaus sogar um

ein Mehrfaches bei den psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen. Sie liegt bei den Frauen, die Helfer-/Anlernertätigkeiten verrichten, um das Vierfache höher als bei denjenigen mit hoch komplexen Tätigkeiten, bei den Männer beträgt der Unterschied sogar fast das Achtfache. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass dabei die männlichen Helfer/Angelernten gegenüber den anderen Beschäftigtengruppen deutlich mehr Tage in stationärer Behandlung wegen substanzinduzierten Störungen verbringen. Dies widerspricht auf den ersten Blick den Ergebnissen aus der GEDA-Studie^{7, 8}, nach denen mit höherem Bildungs- genauso wie Sozialstatus mehr und auch riskanter getrunken wird. Die gesundheitlichen Folgen werden hingegen wahrscheinlich auch von mit Bildung und Sozialstatus assoziierten Faktoren (soziale Unterstützung, Verdeckung durch das Umfeld, Möglichkeiten zur Krankheitsbehandlung/Schadenskompensation etc.) beeinflusst und somit in den höheren Anforderungsniveaustufen weniger sichtbar.

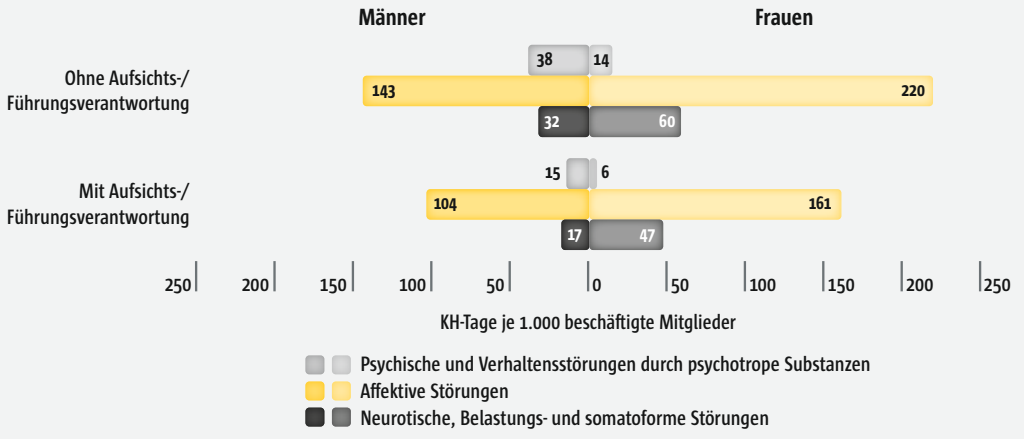
Diagramm 3.5.12 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnoseuntergruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



7 Lange C, Manz K, Kuntz B (2017). Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen. *Journal of Health Monitoring*. Robert Koch-Institut: Berlin.

8 Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft (2017). *Alkoholatlas Deutschland 2017*. Pabst Science Publishers: Lenkerich.

Diagramm 3.5.13 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnoseuntergruppen, mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Aufsichts- und Führungsverantwortung

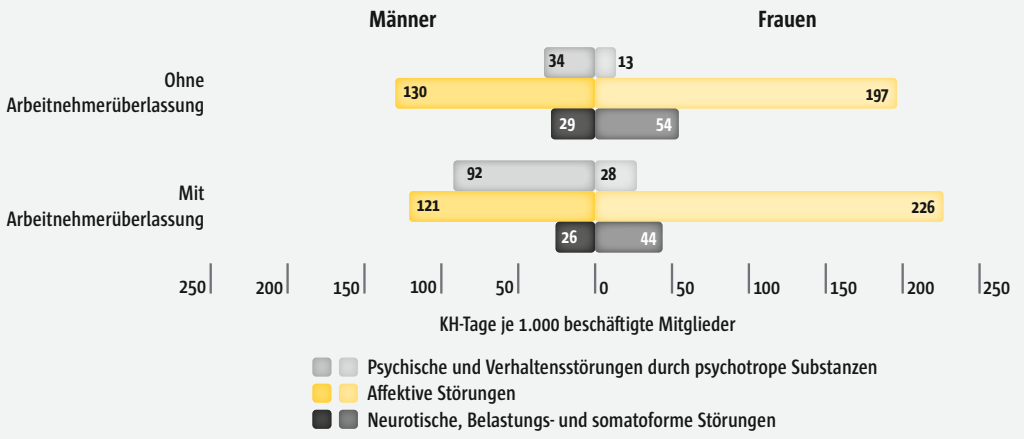
Der schon berichtete Gradient geringerer Kennwerte mit steigendem (Aus-)Bildungs- bzw. Tätigkeitsniveau spiegelt sich auch in den Unterschieden zwischen Beschäftigten mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung wider (» Diagramm 3.5.13). Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind insgesamt aufgrund psychischer Störungen sowie bei allen Diagnoseuntergruppen weniger in stationärer Behandlung, die Anzahl der Behandlungstage unterscheidet sich dabei auch hier besonders deutlich bei den psychischen Störungen aufgrund psycho-

troper Substanzen: Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern sind die Führungs- bzw. Aufsichtskräfte rund 60% weniger Tage in stationärer Behandlung. Geringer ist die Differenz hingegen bei den affektiven Störungen, hier beträgt der Unterschied zwischen den Beschäftigten mit zu denen ohne Führungs-/Aufsichtsfunktion etwas mehr als ein Viertel.

Arbeitnehmerüberlassung

Für die nachfolgende Betrachtung der KH-Kennzahlen in Bezug zur Arbeitnehmerüberlassung (» Dia-

Diagramm 3.5.14 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten Diagnoseuntergruppen, mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



gramm 3.5.14) sei wie schon im **III** Kapitel 3.4 angemerkt, dass die Gruppe der Frauen in Arbeitnehmerüberlassung mit Abstand die kleinste Gruppe in diesem Vergleich ist und entsprechend die Kennwerte nur eingeschränkt interpretiert werden können. Allerdings findet sich die für den stationären Sektor zu konstatierende hohe Anzahl an Behandlungstagen aufgrund von affektiven Störungen für Frauen in Arbeitnehmerüberlassung auch in den Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (**III** Kapitel 1.5.4). Bei den männlichen Leih- und Zeitarbeitern stechen hier ebenfalls die Störungen durch psychotrope Substanzen mit einem deutlich überdurchschnittlichen Wert von 92 KH-Tagen je 1.000 Beschäftigte heraus.

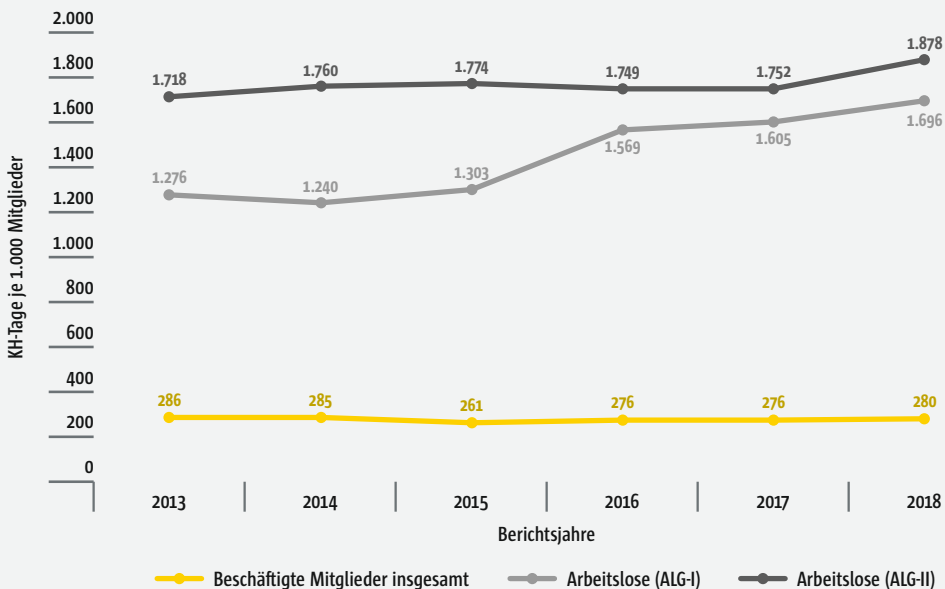
Exkurs Arbeitslosigkeit

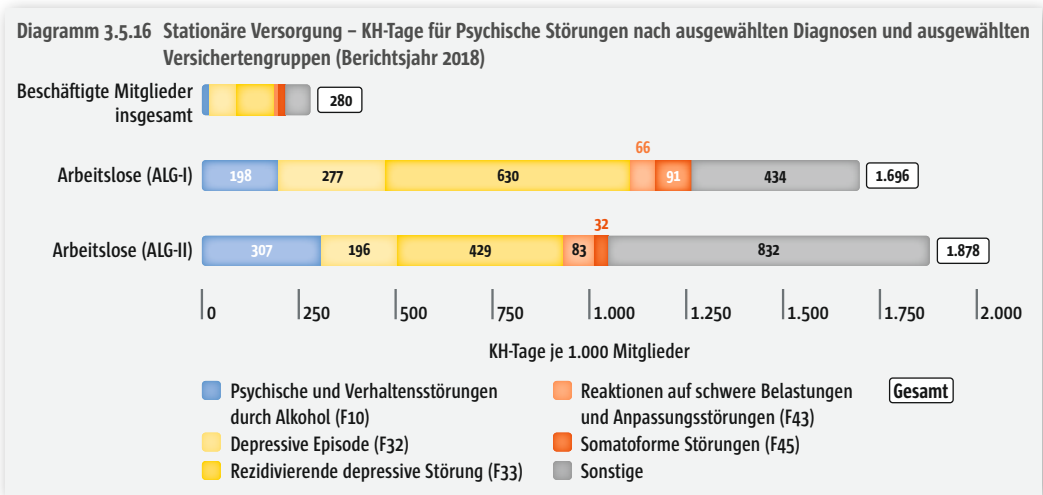
- Arbeitslose sind aufgrund psychischer Störungen ein Vielfaches mehr an Tagen in stationärer Behandlung.
- ALG-I-Empfänger haben dabei recht ähnliche zugrundeliegende Diagnosen wie die Gruppe der Beschäftigten. Bei den ALG-II-Empfängern sind hingegen deutlich mehr Behandlungen aufgrund von Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und opioidinduzierten Störungen erfolgt.

Wie bereits im **III** Diagramm 3.2.9 sehr deutlich erkennbar ist, besteht ein gravierender Unterschied hinsichtlich der KH-Kennzahlen zwischen den Beschäftigten sowie den Arbeitslosen in ALG-I- genauso wie ALG-II-Bezug, sowohl bezogen auf das Gesamtgeschehen als auch insbesondere bezüglich der psychischen Störungen. Wie das **III** Diagramm 3.5.15 noch einmal sehr deutlich macht, besteht hierbei eine deutliche Differenz bei den Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen, die im aktuellen Berichtsjahr 2018 das Sechsfache (ALG-I) bis fast das Siebenfache (ALG-II) beträgt. Die zusätzlich dargestellten Daten der Vorjahre machen zudem deutlich, dass hier insbesondere bei den ALG-I-Empfängern die Anzahl der KH-Tage in den letzten Jahren (+32,9% gegenüber 2013) überproportional gestiegen ist.

Ein Blick in die zugrundeliegenden Einzeldiagnosen offenbart wiederum, dass gegenüber den Beschäftigten (**III** Diagramm 3.5.4) bei den Arbeitslosen (**III** Diagramm 3.5.16) die Zusammensetzung der Anteile ein anderes Bild ergibt. Dargestellt werden hierbei die schon bekannten fünf wichtigsten Einzeldiagnosen der Beschäftigten, diese weisen auch bei den Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug die meisten stationären Behandlungsfälle und -tage auf. Dabei zeigen sich allerdings im Vergleich zu den Beschäftigten nur

Diagramm 3.5.15 Stationäre Versorgung – KH-Tage für Psychische Störungen nach ausgewählten Versichertengruppen im Zeitverlauf (2013–2018)





geringfügige Unterschiede bei den Anteilen – so machen die beiden Depressionsdiagnosen (F32, F33) bei den Arbeitslosen einen leicht geringeren Anteil, die alkoholinduzierten Störungen (F10) hingegen einen leicht größeren Anteil (11,3% vs. 7,3%) aus. Deutliche Unterschiede sind hingegen bei den ALG-II-Empfänger vorzufinden: Auf alkoholinduzierte Störungen (F10) geht hier fast jeder sechste Behandlungstag (16,3%) zurück, außerdem spielen hier andere Störungsbilder eine deutlich größere Rolle, die hier im Diagramm nur unter „Sonstige“ geführt werden: Darunter fallen insbesondere die Schizophrenie (F20; 210 KH-Tage je 1.000 ALG-II-Empfänger), spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60; 122 KH-Tagen je 1.000 ALG-II-Empfänger) und durch Opiode hervorgerufene psychische Störungen (F11; 84 KH-Tagen je 1.000 ALG-II-Empfänger). Somit bleibt zu konstatieren, dass insbesondere die Versichertengruppe der ALG-II-Empfänger oftmals besonders tiefgreifende psychische Störungen aufweisen, die vermutlich häufig ein nicht unerhebliches Hindernis für die Aufnahme bzw. Aufrechterhaltung einer Erwerbstätigkeit darstellen.

■ Mindestens drei Viertel der stationären Fälle mit psychischen Störungen werden im Laufe des gleichen Jahres auch ambulant medikamentös behandelt, immerhin 45% erhalten eine ambulante psychotherapeutische Behandlung.

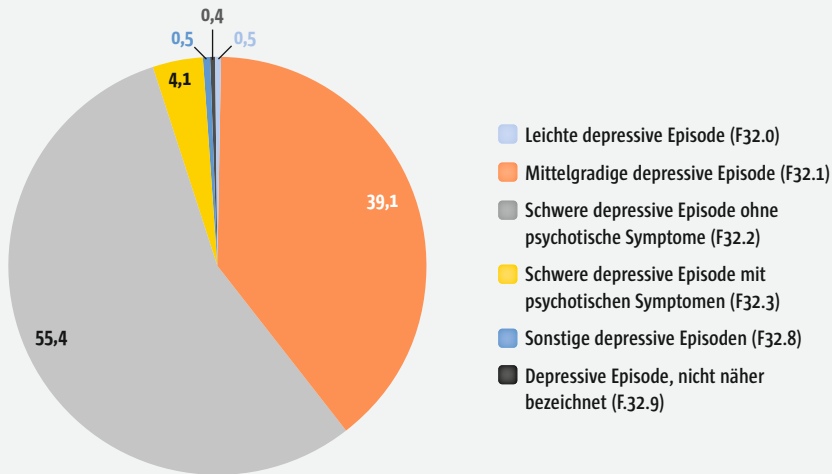
3.5.5 Sektorenübergreifende Auswertungen am Beispiel der Depressiven Episode (F32)

■ Nur knapp über 1% der ambulant diagnostizierten depressiven Episoden (F32) werden auch stationär behandelt. Fast 60% dieser Fälle hatten einen schweren Verlauf.

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln für die dort dargestellten Leistungsbereiche, wird hier im Folgenden die stationäre Versorgung von Beschäftigten mit einer (ambulant diagnostizierten) depressiven Episode dargestellt. Da die depressive Episode (F32) am häufigsten in der eher selten vorkommenden mittelgradigen bis schweren Ausprägung zu einer stationären Behandlung führt, ist die Fallhäufigkeit mit 1,7 Fällen je 1.000 Beschäftigte relativ gering, gleiches gilt auch für die durchschnittlichen Krankenhaustage mit einem Wert von 68,5 Tagen je 1.000 Beschäftigten. Dagegen liegt die Dauer mit durchschnittlich 40,3 Tagen je Fall deutlich über den 29,1 Tagen je Fall für den gesamten Bereich der psychischen Störungen.

Lediglich 1,2% aller ambulant diagnostizierten depressiven Episoden wurden im gleichen Jahr auch stationär behandelt. Umgekehrt ist für 84,6% aller Krankenhausfälle, die durch eine depressive Episode verursacht wurden, auch gleichzeitig eine identische Diagnose im ambulanten Bereich vergeben worden. Die restlichen (hier nicht betrachteten) 15,4% wurden ausschließlich stationär diagnostiziert und behandelt. Betrachtet man die Verteilung der Krankenhausfälle nach dem Schweregrad der Erkrankungen (III) Diagramm 3.5.17), so zeigt sich, dass es sich

Diagramm 3.5.17 Stationäre Versorgung – Anteile der KH-Fälle der beschäftigten Mitglieder nach Schweregrad der depressiven Episode (F32.X) in Verbindung mit mindestens einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode (F32) (Berichtsjahr 2018)



Anteile in Prozent

bei der Mehrheit der KH-Fälle um eine schwere (F32.2/.3: 59,4%) bzw. mittelgradige (F32.1: 39,1%) depressive Episode handelt. Leichte bzw. unspezifische Fälle werden dagegen erwartungsgemäß meist ausschließlich ambulant behandelt.

Aufschlussreich sind in diesem Kontext auch die weiteren Behandlungskombinationen: Insgesamt 45,2% aller durch eine depressive Episode (F32) bedingten Krankenhausfälle erhalten im Laufe des gleichen Jahres auch eine psychotherapeutische Behandlung im Vergleich zu 23,7% bei allen ambulant diagnostizierten depressiven Episoden. Ein ebenfalls deutlich höherer Anteil der Krankenhausfälle erhält, im Vergleich zu allen ambulant diagnostizierten Betroffenen, ein Arzneimittel verordnet (76,7% vs. 37,7%). Vermutlich liegt der Verordnungsanteil in der stationären Versorgung sogar noch höher, da hier nur Antidepressiva aus der ambulanten Versorgung betrachtet werden können. Auch hier ist der höhere Medikations- bzw. Psychotherapieanteil vermutlich durch den hohen Anteil der mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden bedingt und entspricht im Wesentlichen auch den entsprechenden Leitlinien⁹.

Fazit

Die überwiegende Mehrheit der ambulant diagnostizierten depressiven Episoden wird auch ausschließlich ambulant behandelt. Depressive Episoden führen v. a. dann zu einer stationären Behandlung, wenn es sich um Fälle mit mittelgradiger bzw. schwerer Ausprägung handelt. Bei der Mehrzahl dieser Fälle erfolgt die Diagnose parallel auch im ambulanten Bereich. Bei diesen (schwereren) Fällen ist der Anteil der Betroffenen, die eine Pharmako- und/oder Psychotherapie erhalten deutlich höher, als bei den ausschließlich ambulanten Fällen. Ausgehend von den vorliegenden Kennzahlen kann davon ausgegangen werden, dass die stationäre Versorgung von depressiven Episoden mit höherem Schweregrad überwiegend bedarfsgerecht erfolgt.

⁹ DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage, Version 5. 2015. www.depression-versorgungsleitlinien.de.

3.6 Zusammenfassung und Ausblick

Die stationäre Versorgung ist wesentlich auf die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen ausgerichtet. Während mit über 90% der größte Teil der Versicherten irgendwann im Laufe des Jahres in ambulanten Behandlung gewesen ist, so musste sich im Gegensatz dazu nur ein relativ kleiner Teil in stationäre Behandlung begeben: Nur knapp 13% der BKK Versicherten betraf dies im Jahr 2018, darunter vor allem Ältere im Rentenalter. Entsprechend sind die meisten Behandlungsfälle in diesem Versorgungssektor auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen: Jeder siebte Behandlungsfall geht auf diese Erkrankungsart zurück. Aber auch die psychischen Störungen haben in der stationären Versorgung eine besondere Rolle inne: Diese weisen mit im Schnitt fast 4 Wochen je Fall eine deutlich längere Behandlungsdauer auf als andere Erkrankungsarten, entsprechend erfolgen die meisten Behandlungstage (rund 22%) aufgrund einer solchen Erkrankung, außerdem gehen auch viele Langzeitfälle mit mehr als 6 Wochen Dauer darauf zurück. Im Vergleich der Versichertengruppen ist dabei auffällig, dass besonders Arbeitslose deutlich häufiger aufgrund psychischer Störungen in stationärer Behandlung waren, wobei sich zeigt, dass ALG-II-Empfänger in besonderem Maße von sehr tiefgreifenden Störungen wie z.B. Schizophrenie betroffen sind.

Auch in der Gruppe der beschäftigten Mitglieder (von denen nur rund 9% stationäre Versorgungsleistungen in 2018 in Anspruch genommen haben) sind es die psychischen Störungen, welche für die mit Abstand meisten Behandlungstage (rund 30%) ursächlich sind. Insgesamt zeigen die Analysen zur stationären Versorgung bei den Beschäftigten einige Übereinstimmungen mit dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen: Bestimmte Wirtschaftsgruppen und Berufe (wie etwa das Gesundheitswesen und darin tätige Gesundheitsberufe) fallen in beiden Leistungsbereichen durch hohe Kennwerte auf – andere (so etwa die IT-Branche und dementsprechende Berufe) hingegen sind sowohl bei Arbeitsunfähigkeit

als auch von stationärem Behandlungsbedarf deutlich seltener betroffen. Auch zeigt sich ein dem AU-Geschehen ähnliches Muster bei den Krankenhauskennwerten je nach (Aus-)Bildungs-, Anforderungsniveau und Führungs- bzw. Aufsichtsfunktion: Je höher die Qualifikation bzw. das Niveau der entsprechenden Tätigkeit, desto niedriger sind die Fallzahlen und die darauf zurückzuführenden Krankenhaustage. Verschiedene Gründe sind dafür denkbar: Möglicherweise geht mit höherer beruflicher Bildung auch größeres Gesundheitswissen sowie ein stärkeres Bewusstsein für die eigene psychische und physische Gesundheit genauso wie eine höhere Motivation, diese zu erhalten oder zu verbessern, einher. Außerdem bietet ein höheres (Aus-)Bildungsniveau in der Regel vielfältigere Möglichkeiten bei der beruflichen Entwicklung und größeren Aufstiegschancen. Wiederum sind dann bei höherer beruflicher Stellung die Tätigkeiten – aber auch die damit einhergehende Gestaltungsmöglichkeiten bei der Arbeit – andere, die damit verbundenen Belastungen verschieben sich hin zu mehr „Kopfarbeit“, bei gleichzeitig mehr Freiraum in puncto Arbeitsbedingungen und -inhalten. Außerdem sind nicht zuletzt bei diesen Beschäftigten die finanziellen Mittel für gesundes Verhalten genauso wie für die Kompensation von Einschränkungen durch Erkrankungen größer. Zudem hängen weitere Lebensumstände, wie etwa die soziale Unterstützung, das Wohnumfeld etc. ebenfalls letztendlich in großen Teilen von Bildung und Einkommen ab.

Dennoch bleibt weiter zu berücksichtigen, dass die stationäre Versorgung eben nur ein relativ kleiner und – durch den Bezug auf vorwiegend schwere Erkrankungsfälle – exzeptioneller Ausschnitt des Krankheitsgeschehens ist. Dies zeigt sich auch in dem zum Schwerpunktthema betrachteten hinsichtlich der in Versorgungsgeschehen wichtigsten Diagnoseuntergruppen bzw. Einzeldiagnosen: So spielen im stationären Sektor die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen eine deutlich

kleinere Rolle als im AU-Geschehen, hingegen sind deutlich größere Anteile der stationären Behandlungsfälle und -tage auf rezidivierende Depressionen (F33) sowie auf alkoholbedingte Störungen (F10) zurückzuführen. Auch zeigt sich, dass stationär etwa bei depressiven Episoden (F32) vorrangig die mittelgradigen bis schweren Krankheitsverläufe behandelt werden. Weiterhin sind bei der Behandlung von alkoholbedingten Störungen – in der stationären Versorgung deutlich stärker als im AU-Geschehen – Männer wesentlich häufiger betroffen als Frauen. Andererseits weisen die Frauen gerade bei den affektiven Störungen, auf welche die bei weitem meisten Behandlungsfälle und -tage zurückgehen, deutlich höhere Kennwerte auf. Entsprechend weisen auch bei den Vergleichen nach Wirtschafts- bzw. Berufsgruppe die Frauen i. d. R. mehr KH-Tage auf als die Männer. Allerdings ist dieser Geschlechtsunterschied geringer als die jeweiligen Differenzen zwischen den Wirtschafts- bzw. Berufsgruppen. Auffällig ist dabei außerdem, dass eine überdurchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen v. a. in denjenigen Branchen bzw. Tätigkeitsfeldern zu finden ist, die einen hohen Anteil an sozialen Interaktionen beinhalten bzw. entsprechend auch die Wahrscheinlichkeit von psychosozialen Belastungen höher ist: Hierzu gehören beispielsweise die Bereiche Gesundheit und Soziales sowie die öffentliche Verwaltung. Dieses Bild findet sich wiederum auch im AU-Geschehen wieder.

Wie die sektorenübergreifende Auswertung anhand der F32-Diagnose außerdem exemplarisch aufzeigt, erfolgen häufig neben der stationären Behandlung auch weiterführende Therapien, z. B. pharmakologische und/oder ambulante psychotherapeutische. Somit wird aus den Strukturen der medizinischen Versorgung heraus den Betroffenen schon auf verschiedenen Wegen Unterstützung geboten. Wie allerdings beispielsweise der **»»** Beitrag von Flöth im BKK Gesundheitsatlas 2019 dazu eindrücklich aufzeigt, sind auch abseits des reinen Leistungsangebots von medizinischer Versorgung in der Lebenswelt der Betroffenen Angebote sinnvoll und hilfreich. Dadurch können nicht zuletzt stationäre Aufenthalte verhindert werden. Zur Lebenswelt von Betroffenen gehört bei Beschäftigten auch deren Arbeit, schließlich verbringen diese damit einen erheblichen Teil ihrer Zeit im Jahr. Wie die Ergebnisse dieses Kapitels aufzeigen, hat die Tätigkeit und damit einhergehende Belastungen einen Anteil an den Erkrankungen, auf der anderen Seite verweist aber auch beispielsweise die S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien bei schweren psy-

chischen Erkrankungen¹⁰ auf günstige Auswirkungen von Arbeit auf die psychische Gesundheit (u. a. durch soziale Kontakte, Tagesstruktur, Gefühl von Autonomie und Selbstbewusstsein) selbst bei schwer psychisch Erkrankten und empfiehlt verschiedene Ansätze beruflicher Rehabilitation. Nichtsdestotrotz ist gerade im Arbeitsweltkontext der Umgang mit psychischen Erkrankungen schwierig und oftmals problembelastet – wenn z. B. eine persönliche Stigmatisierung und/oder Nachteile bis hin zur Entlassung befürchtet oder real erlebt werden. Hierzu sei auf den **»»** Beitrag von Birner im Schwerpunkt Praxis verwiesen, in dem beispielhaft der positive Umgang mit psychischen Erkrankungen in Unternehmen aufgezeigt wird – was den Betroffenen hilft, aber auch nicht zuletzt ein aktuelles und zukünftiges Schlüsselthema für die Unternehmen ist bzw. sein wird. Weitere Handlungshilfen für die betriebliche Praxis sind außerdem in der vom BKK Dachverband mitherausgegebenen Broschüre „Psychisch krank im Job“¹¹ zu finden.

10 Gühne et al (2018). S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 1. Update. Berlin: Springer.

11 BKK Dachverband, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (2015). Psychisch krank im Job. Münster: MBO-Verlag.

Schwerpunkt Politik



Das Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ – Ergebnisse und Handlungsoptionen

Beate Beermann und Armin Windel
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund

Einleitung

In der arbeitswissenschaftlichen Diskussion dominiert aktuell die Frage nach den Auswirkungen der Digitalisierung bzw. der digitalen Arbeit. Dennoch sollte nicht aus dem Blick geraten, dass psychische Belastungen Beschäftigte, Betriebe und Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes schon seit geraumer Zeit vor erhebliche Probleme stellen [1]. So zeigen z.B. die Ergebnisse der BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung von 2006, 2012 und aktuell von 2018, dass Beschäftigte von konstant hohen Ausprägungen psychischer Belastungsfaktoren berichten (» Abbildung 1).

Um Auskunft darüber zu geben, welches gesicherte Wissen zu den relevanten psychischen Belastungsfaktoren vorliegt, welche Veränderungen aufgrund des Wandels in der Arbeitswelt in Bezug auf die Entwicklung der Belastungsfaktoren zu erwarten sind und welche Erkenntnislücken diesbezüglich bestehen, wurde 2013 das Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – wissenschaftliche Standortbestimmung“ in der BAuA gestartet. Weitere zentrale Anliegen des Projekts bestanden in der Aufbereitung des verfügbaren Gestaltungswissens für die betriebliche Ebene sowie in der Entwicklung von Handlungskonzepten für den Arbeits- und Gesundheitsschutz, betriebliche Akteure, die Arbeitspolitik und angrenzende Politikfelder.

Abbildung 1 Anteil der Beschäftigten (in Prozent), die in der BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung 2006, 2012 und 2018 angaben, „häufig“ diese psychischen Belastungen bei der Arbeit zu haben

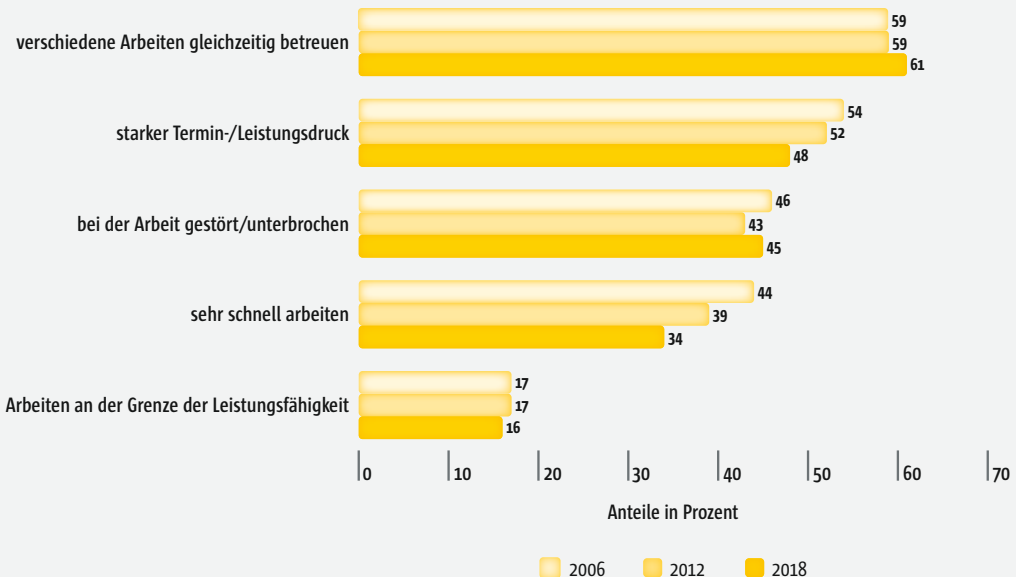
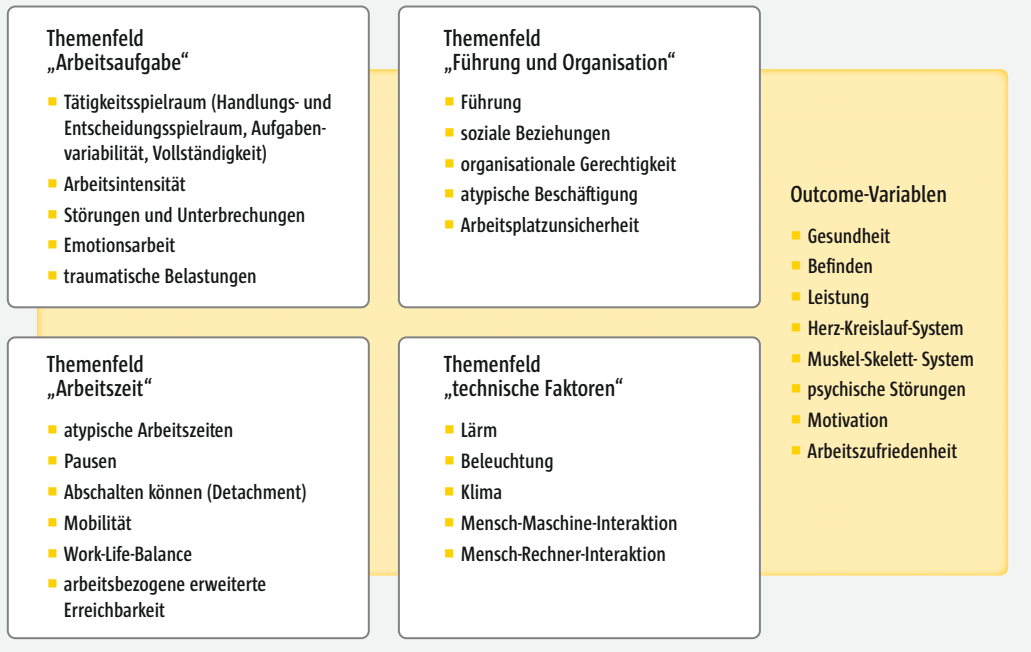


Abbildung 2 Im Projekt berücksichtigte Arbeitsbedingungsfaktoren und Outcome-Variablen, differenziert nach Themenfeldern [1]



Methodische Grundlage des Projekts bildeten Scoping Reviews, die zu mehr als 20 Arbeitsbedingungsfaktoren anfertigt wurden. Dabei wurden neben Arbeiten in den einschlägigen wissenschaftlichen Fachzeitschriften, auch umsetzungs- und gestaltungsorientierte Studien in die Betrachtung einbezogen. Die in Blick genommenen Arbeitsbedingungsfaktoren lassen sich vier thematischen Clustern zuordnen: Arbeitsaufgabe, Führung und Organisation, Arbeitszeit und Technische Faktoren (III Abbildung 2). Ausgehend von einem umfassenden Gesundheitsbegriff wurden diese Faktoren hinsichtlich ihres Zusammenhangs zu kurzfristig eintretenden negativen Effekten wie Ermüdung oder auch positiven Effekten wie Leistungsbereitschaft betrachtet. Auf der Ebene der eher langfristig zu erwartenden Outcomes wurden das gesundheitliche Befinden, verschiedene gesundheitliche Beschwerden und auch die Arbeitszufriedenheit erfasst. Es wurden keine neuen Studien durchgeführt, sondern ausschließlich bereits vorliegende Studienergebnisse ausgewertet.

Zentrale Ergebnisse aus den Themenfeldern

Arbeitsaufgabe

Die Ergebnisse der ausgewerteten Studien bestätigten, dass Merkmale der Arbeitsaufgabe eine zentrale Bedeutung für die Gestaltung menschengerechter Arbeit haben. Erwartungsgemäß kommt dem Handlungs- und Entscheidungsspielraum, der Aufgabenvariabilität und der Vollständigkeit der Arbeitsaufgabe ein großer Einfluss zu. Sie stellen Schlüsselfaktoren im Sinne von positiv wirkenden Ressourcen dar. Der Handlungs- und Entscheidungsspielraum nimmt dabei eine doppelte Funktion ein. Er hat zum einen direkte positive Wirkung auf die Aspekte der psychischen Gesundheit, zudem wirkt er mittelbar auf die Abschwächung der Auswirkung von negativ wirkenden Stressoren.

Ein maßgeblicher Einfluss im Sinne einer Schlüsselfunktion geht von der Arbeitsintensität aus [2]. Hier ist insbesondere der quantitative Aspekt – also die mengenmäßige Anforderung – bedeutsam. Hohe quantitative Anforderungen stehen in deutlichem Zusammenhang mit negativen gesundheitlichen Outcomes wie Depression und Angst, insbesondere, wenn puffernde Ressourcen

fehlen. Gerade für diesen Faktor ist zu erwarten, dass er im Rahmen des Wandels der Arbeitswelt zukünftig eine zunehmende zentrale Rolle einnehmen wird [3].

Vor dem Hintergrund der sich wandelnden Arbeitswelt rücken auch die Ergebnisse zum Arbeitsbedingungsfaktor Emotionsarbeit/Interaktionsarbeit in den Fokus. Wie Ergebnisse aus aktuellen Beschäftigtenbefragungen zeigen, erlebt ein großer Anteil von Beschäftigten hohe Anforderungen in ihrer Arbeit bezogen auf die Interaktionsarbeit [4]. Dabei sind nicht ausschließlich Berufe oder Tätigkeiten betroffen, die typischerweise mit der Arbeit mit Menschen in Verbindung gebracht werden, wie Lehrer, Mediziner etc. Interaktionsarbeit ist ein zunehmend bedeutsamer Teil der Tätigkeit auch für Beschäftigte in anderen Berufsfeldern, wie z.B. in der Produktion etc. [4]. Gerade für die Emotionsarbeit zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zu negativem gesundheitlichem Befinden, reduzierter Arbeitszufriedenheit und Burnout, wobei das Ausmaß der negativen Wirkung von der Verarbeitung abhängig ist.

Führung und Organisation

Die Gestaltung menschengerechter Arbeit gehört zu dem zentralen Aufgabenbereich von Führungskräften. Wie erwartet, nimmt das Verhalten von Führungskräften erheblichen Einfluss auf das gesundheitliche Befinden, die Zufriedenheit und die Motivation der Beschäftigten. Im Kontext des dyadischen Führungsverhaltens (d.h. der jeweiligen Vorgesetzten-Mitarbeiterinteraktion) erweist sich eine aufgaben- und mitarbeiterorientierte Führung als bedeutsame Ressource [5], indem sie zur Rollen- und Zielklärung beiträgt und Unsicherheit reduziert. Der Einfluss der Führung geht aber deutlich über das dyadische Führungsverhalten hinaus, da diese ebenso an der Schnittstelle zur Organisation agiert. Aus organisationaler Perspektive kommt der Führung damit eine Vermittlungs- und Klärungsrolle zu, z.B. bei der „Übersetzung“ von strategischen Vorgaben, Regeln, Normen und Werten. Vorliegende Studien zu Auswirkungen von Restrukturierungsmaßnahmen im betrieblichen Kontext zeigen zudem, dass der Führung gerade in Veränderungsprozessen eine zentrale, moderierende Funktion zukommt [6: 21ff.]. Die in der Arbeitswelt zu beobachtende Veränderungsdynamik macht die Fokussierung dieses Schlüsselfaktors im Kontext der menschengerechten Gestaltung der Arbeit notwendig. Hier liegt erhebliches Potenzial zur positiven Arbeitsgestaltung.

Arbeitszeit

Aus dem Bereich der Arbeitsbedingungsfaktoren des Themenfelds Arbeitszeit haben sich, wie erwartet, die Elemente Dauer, Lage und Verteilung der Arbeitszeit als relevante Gestaltungsgrößen herauskristallisiert. Sie bestimmen zum einen die Dauer der Exposition, d.h. wie lange Beschäftigte den jeweiligen Arbeitsbedingungsfaktoren ausgesetzt sind. Die Lage bestimmt demgegenüber das Zusammenspiel von privaten und beruflichen Belangen, z.B. ob diese grundsätzlich passfähig sind oder ob konfliktäre Bedingungen entstehen. Es zeigen sich insgesamt deutlich Zusammenhänge sowohl zu psychischen Beschwerden als auch zu Leistung und Zufriedenheit, d.h. lange Arbeitszeiten, ungünstige Lage und Verteilung der Arbeitszeit wirken negativ auf die psychische Gesundheit [7, 8].

Maßgeblicher moderierender Einfluss bei der Arbeitszeitgestaltung geht von der Frage der Planbarkeit und Vorhersehbarkeit aus. Mangelnde Vorhersehbarkeit steht in Zusammenhang mit negativen Auswirkungen sowohl auf das gesundheitliche Befinden als auch auf die Work-Life-Balance. Insbesondere flexible Elemente der Arbeitszeit, wie Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst, zeigen deutliche negative Effekte.

Neben den Anforderungen an die Planbarkeit/Vorhersehbarkeit der Arbeitszeit ist die Möglichkeit der Erholung von hoher Relevanz. Um negative Auswirkungen zu vermeiden, müssen Arbeitszeiten so gestaltet sein, dass sie in der Erholzeit die Kompensation der Beanspruchungsfolgen aus der Arbeit ermöglichen. Das setzt voraus, dass ein „Abschalten-von-der-Arbeit“ (sog. Detachment) möglich ist. Dazu muss sowohl die Ruhezeit entsprechend lang sein als auch die Arbeitstätigkeit so angelegt sein, dass sie möglichst abgeschlossen ist und es in der freien Zeit nicht zur sogenannten Ruminaton (Grübeln, kreisende Gedanken) kommt. Deutlich negative Einflüsse auf die psychische Gesundheit gehen dem folgend auch von der Stand-by-Arbeit und der erweiterten arbeitsbezogenen Erreichbarkeit aus [7].

Im Zusammenhang mit der Planbarkeit/Vorhersehbarkeit muss auch auf den Aspekt der Einflussmöglichkeit als bedeutsamer Faktor der Gestaltung hingewiesen werden [8]. Die vorgefundenen Studienergebnisse zu flexiblen Arbeitszeiten machen deutlich, dass nicht ausschließlich die Frage der Flexibilität an sich betrachtet werden muss, sondern auch von Relevanz ist, von wem die Kontrolle über die Flexibilität aus geht.

Mitarbeiterbezogene Arbeitszeitflexibilität im Sinne von Flexibilitätsmöglichkeiten stehen in einem positiven Zusammenhang zu Aspekten der psychischen Gesundheit. So bieten zum Beispiel die Möglichkeiten Anfang- und Endzeit der Arbeit beeinflussen oder aber auch mal ein paar Stunden frei nehmen zu können, Handlungsspielraum und wirken sich positiv auf das Befinden und die Zufriedenheit aus.

Demgegenüber ist die ausschließlich *betriebsbezogene Flexibilität* (Flexibilitätsanforderungen) in einem negativen Zusammenhang zu sehen, wie insbesondere neuere Studien verdeutlichen [8]. Arbeit auf Abruf oder auch kurzfristige Arbeitszeitänderungen wirken sich negativ aus. Planbarkeit und Vorhersehbarkeit gehen hier verloren.

Neben den berichteten Zusammenhängen konkreter Merkmale der Arbeitszeitgestaltung wie langer Arbeitszeiten und Schichtarbeit zur psychischen Gesundheit ergeben sich für diese Merkmale zudem klare Zusammenhänge zu Leistungsaspekten und unter dem Aspekt von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit von besonderer Relevanz zu Unfallrisiken [9]. Mit zunehmender Dauer über die 8 Stunden tägliche Arbeitszeit hinaus steigt das Unfallrisiko überproportional [10].

Technische Faktoren

Für die im Projekt betrachteten technischen Faktoren, für die ein Zusammenhang mit psychischer Belastung angenommen werden kann, liegen insgesamt nur wenige belastbare Studien vor.

Eine Ausnahme bildet der Arbeitsbedingungsfaktor Lärm: Hier belegt eine umfangreiche Studienlage, dass Geräusche, die die Beschäftigten als störend empfinden (insbesondere Sprache oder sprachähnliche Geräusche) auch deutlich unterhalb der gehörschädigenden Schwelle als Stressor wirksam werden [11].

Demgegenüber steht der Faktor Licht eher in einem indirekten Zusammenhang zur psychischen Belastung. Schlechte Beleuchtungsbedingungen führen zu einer erhöhten Anstrengung bei der Aufgabenerledigung und auf diesem Weg zu einer höheren Beanspruchung.

Eindeutige Zusammenhänge bestehen zwischen der Beleuchtung und sogenannten nicht-visuellen Effekten: Die Stärke der Beleuchtung kann zur Aktivierung beitragen und kognitive Effekte, wie Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen und die Gedächtnisleistung beeinflussen. Die Beleuchtung kann damit je nach Ausprägung und Aufgabe unterstützenden oder

aber auch belastenden Einfluss auf die Bewältigung der Arbeit haben. Zu den nicht-visuellen Effekten der Beleuchtung zählen auch der Einfluss auf den zirkadianen Rhythmus, d.h. die körpereigenen, inneren Rhythmen und die Beeinflussung des Schlaf-Wachrhythmus über Lichtexposition, die wiederum Effekte auf Müdigkeit, Schlafqualität und Leistungsfähigkeit zeigen. Insgesamt nimmt die Beleuchtung Einfluss auf die Informationsverarbeitung und Ermüdung und kann in diesem Sinne einen Stressor darstellen, der sich nach aktueller Befundlage primär auf die kurzfristigen Beanspruchungsfolgen wie Wohlbefinden und psychische Beanspruchung auswirkt [12].

Zur Frage der Wirkung klimatischer Faktoren auf die psychische Gesundheit zeigen sich deutliche individuelle Variationen hinsichtlich der Einschätzung des thermischen Wohlbefindens. Liegen die Bedingungen in einem Bereich, der den seit Langem gesicherten ergonomischen Empfehlungen entspricht, ist nicht von negativen Einflüssen auf das psychische Befinden auszugehen. Den wenigen Studien zufolge haben aber „Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit“, z.B. über das Öffnen von Fenstern, einen positiven Einfluss auf die individuelle Einschätzung.

Insgesamt ist für diese technischen Faktoren zu konstatieren, dass die wahrgenommene Kontrolle einen positiven Effekt hat. Zudem stellen die für diesen Bereich bestehenden Richtlinien und arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse eine gute Basis für die menschengerechte Gestaltung dieser Arbeitsbedingungsfaktoren dar.

Lessons learned

Die im Rahmen des Projektes „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – wissenschaftliche Standortbestimmung“ konsolidierten Studienergebnisse und Erkenntnisse aus Konsultationsprozessen mit Wissenschaft und Praxis zeigen, dass die Gestaltung der Arbeit in der betrieblichen Praxis eine komplexe Aufgabe ist und nicht ausschließlich Experten-gesteuert lösbar ist.



Neben den verfügbaren Erkenntnissen zur guten Gestaltung von Arbeit bedarf es eines systematischen, ganzheitlichen betrieblichen Prozesses, in den die betrieblichen Akteure und Beschäftigten systematisch einbezogen werden müssen. Das Zusammenführen von Expertenwissen mit den Einschätzungen der Beschäftigten in einem partizipativen Prozess ist letztendlich eine grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Gestaltung.

Dabei rücken die Ausdifferenzierung der Arbeitstätigkeiten und Rahmenbedingungen der Arbeit vor dem Hintergrund der Digitalisierung, mehr noch als in den 90er-Jahren, die sogenannte differenzielle Arbeitsgestaltung, (wieder) in den Fokus. Zur Nutzung der immanenten Chancen bedarf es dabei sowohl der Qualifikation der Mitarbeiter als auch einer Gestaltung der betrieblichen Organisation, die das Einbringen individueller Kompetenzen ermöglicht.

Insbesondere der Qualifizierung der Beschäftigten kommt im Sinne der Verhaltensprävention vor dem Hintergrund zunehmender geistiger, interaktiver und qualifizierter Arbeit neben der Verhältnisprävention größere Bedeutung zu. Dabei ist Verhaltensprävention nicht einfach zu verstehen als Veränderung des konkreten Verhaltens der Beschäftigten in definierten Situationen, wie z.B. Hebetraining, sondern vielmehr die Nutzung verfügbaren Wissens zur individuellen Gestaltung der Arbeitssituation im Sinne der menschengerechten Gestaltung der Arbeit. Hier muss insbesondere die Qualifizierung zur Nutzung möglicher Ressourcen im Vordergrund stehen.

Die Ergebnisse des Projektes haben zudem gezeigt, dass ein zentraler Ansatzpunkt für die Gestaltung menschengerechter Arbeit die Führung und das Führungshandeln ist. Führungskräfte nehmen zum einen Einfluss auf die direkte Gestaltung der Arbeit und sind mittelbar verantwortlich für die Arbeitsorganisation. Darüber hinaus stellen sie als Unterstützung eine Ressource im Kontext der Verarbeitung von Arbeitsbelastungen dar. Zunehmende Veränderungs- und Restrukturierungsprozesse in den Unternehmen stellen auch die Führungskräfte vor neue Herausforderungen [13], bei deren Bewältigung sie insbesondere vor dem Hintergrund der nicht selten eigenen hohen Belastung [14] systematische Unterstützung benötigen. Um diese Aufgaben in Zukunft erfolgreich wahrnehmen zu können, bedarf es einer gezielten Unterstützung und Qualifizierung von Führung im betrieblichen Kontext. Organisationale Veränderungen wie zunehmende Führungsspanne und virtuelle Führung machen hier Forschungsbedarf sichtbar.

Für die Gestaltung der Arbeitszeit als Einflussgröße im Hinblick auf die Expositionsdauer, die Lage und Verteilung der Arbeitszeit als auch die Gestaltung der Schnittstelle zum Privatleben liegen Standards vor, die eingehalten werden sollten (Arbeitszeitgesetz). Zu Fragen der Wirkung unterschiedlicher Flexibilisierungsaspekte sind modellhafte Erprobungen mit wissenschaftlicher Begleitung sinnvoll.



Zentrale Aspekte im Hinblick auf die Gestaltung menschengerechter Arbeit

- Erfolg durch ein systematisches Vorgehen mit Partizipation der Beschäftigten
- Qualifizierung wird vor dem Hintergrund zunehmender geistiger, interaktiver und qualifizierter Arbeit immer wichtiger.
- Führung ist ein zentraler Ansatzpunkt, da diese direkt Einfluss auf die Arbeitsgestaltung nimmt und zudem wichtige Unterstützung gibt.
- Daher müssen Führungskräfte ebenfalls gezielt unterstützt und qualifiziert werden.
- Für die konkrete Ausgestaltung der Arbeit (Arbeitszeit etc.) liegen Standards bis hin zu gesetzlichen Vorgaben vor, die einzuhalten sind.
- Veränderungen in der Art zu Arbeiten werden auch zukünftig neue Anforderungen an deren gesunde Gestaltung stellen. Weitere Forschung ist notwendig, um eine empirische Grundlage für diesbezügliche Empfehlungen zu geben.

Handlungsempfehlungen für die Umsetzung

Wie in der Einleitung beschrieben, stellen die psychischen Belastungen in den Betrieben weiterhin eine Herausforderung dar. Verstärkt wird dieser Effekt noch durch die Zunahme qualifizierter Tätigkeiten. Dabei wird jedoch auch deutlich, dass die betriebliche Auseinandersetzung mit dem Thema noch immer nicht hinreichend ist. Die Diskussion mit betrieblichen Akteuren im Rahmen des Projektes zeigt, dass es noch immer „Berührungsängste“ bezogen auf das Thema gibt. Das Aufgreifen des Themas im betrieblichen Kontext führt – anders als z.B. bei der Betrachtung der Angemessenheit der Nutzung eines Arbeitsmittels – in der Regel zu systemischen Auswirkungen, die auch die Organisationskultur und nicht selten betriebliche Interessensgefüge betreffen [1]. Hier benötigen die Betriebe Unterstützung durch die bestehende betriebliche und überbetriebliche Arbeitsschutzorganisation. Das betrifft zum einen eine problembezogene und lösungsorientierte Ausbildung der für den Arbeitsschutz und die Sicherheit im Betrieb verantwortlichen Protagonisten wie die Sicherheitsfachkräfte und die Arbeitsmediziner. Zum anderen bedarf es darüber hinaus einer Sensibilisierung der überbetrieblichen Arbeitsschutzakteure wie den Unfallversicherungsträgern oder den Ländern z.B. über eine Schwerpunktsetzung in überbetrieblichen Programmen wie der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA). Hier ist die

Festlegung verbindlicher Standards, Kontrollen und Beratungen anzustreben. Wie die Ergebnisse der GDA Dachevaluationen zeigen, verfügen lediglich 48% der Betriebe über eine angemessene Gefährdungsbeurteilung, und in nur 22% umfasst die Gefährdungsbeurteilung auch psychische Belastungen. Hier bedarf es mehr Nachdruck zur Nutzung dieses Instruments über Sensibilisierung und Kontrolle.

Qualitätsgesicherte Sensibilisierungsinstrumente liegen als Ergebnis umfangreicher Initiativen und Kampagnen wie INQA, PsyGA etc. vor. Es stellt sich aber die Frage, ob insbesondere Kleinbetriebe in der Lage sind, diese Instrumente als Selbstlern-Instrument zu nutzen und gezielte Maßnahmen ableiten zu können.

Eine gute Grundlage für das betriebliche Handeln stellt das bestehende Vorschriften- und Regelwerk, einschließlich der gesichteten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse, dar. Im nationalen Kontext kommt der Berücksichtigung der psychischen Belastung in einer Reihe von Gesetzen und Verordnungen Bedeutung zu. Hier sei als erste das Arbeitsschutzgesetz von 1996 zu nennen. Der Gesetzgeber schreibt verbindlich vor, die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz zu analysieren und ggf. Maßnahmen zur Modifikation zu ergreifen. Wie oben beschrieben, kommt die Mehrzahl der Betriebe dieser Anforderung noch nicht nach.

Neben diesem Gesetz hat für den Bereich der arbeitszeitbezogenen Bedingungsfaktoren insbesondere das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) eine hohe Bedeutung: Das ArbZG definiert Standards, deren Einhaltung vor einer Gefährdung durch ungünstige Anforderungen aus der Arbeitszeitgestaltung schützt. Die gerade aktuell intensiv geführte Diskussion zur Flexibilisierung der Arbeitszeit, die einen neuen gesetzlichen Rahmen fordert, unterschätzt die protektive Wirkung der Arbeitszeitgestaltung bezogen auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten gleichermaßen wie die aktuell im Rahmen des Gesetzes bestehenden Möglichkeiten der Flexibilisierung.

Eine zentrale Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang auch dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) zu. Dieses Gesetz regelt die Kompetenzen, Zuständigkeiten, Aufgaben und Anforderungen an die Akteure der betrieblichen Arbeitsschutzorganisation wie Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte. Stand in diesem Arbeitskontext in der Vergangenheit eher der technische Arbeitsschutz im Fokus, stellt sich nunmehr die Aufgabe, diese betrieblichen Akteure zum Umgang mit der zunehmenden Bedeutung der psychischen Belastungen und deren

komplexen Wechselwirkungen auszubilden und zu befähigen [15].

Ein zusätzlicher positiver Einfluss auf die Entwicklung der psychischen Belastungen in den Betrieben sollte sich durch die im Präventionsgesetz formulierte Verzahnung der unterschiedlichen betrieblichen Akteure im Bereich Gesundheit, Arbeitsgestaltung und Arbeitsschutz ergeben. In welchem Umfang das in 2016 in Kraft getretene Gesetz Einfluss auf die psychischen Belastungen nimmt, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgesehen werden.

Insgesamt stellt das bestehende Regelwerk ein systematisch abgestimmtes Gefüge unterschiedlicher Regelungsebenen dar. Wie das Beispiel der Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung aber auch zeigt, entspricht die betriebliche Umsetzung nur unzulänglich den gesetzlichen Vorgaben. Hier bedarf es sowohl einer verstärkten Sensibilisierung aber insbesondere auch der konsequenten Einforderung der Einhaltung des gesetzlichen Rahmens.



Unterstützung der betrieblichen und überbetrieblichen Arbeitsschutzaktivitäten

- Qualifizierung der Arbeitsschutzakteure und Unterstützung durch gestaltungsorientiertes Wissen
- Sensibilisierung der überbetrieblichen Arbeitsschutzakteure wie Unfallversicherungsträger und Arbeitsschutzaufsicht (GDA)
- Nutzung von Kampagnen und Instrumenten wie z.B. INQA oder PsyGA zur Unterstützung der Betriebe beim Umgang mit dem Thema
- Umsetzung und Einhaltung bestehender Regelungen, wie die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung oder die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes

Literatur

1. Rothe I, Adolph L, Beermann B, Schütte M, Windel A, Grever A, Lenhardt U, Michel J, Thomson, B, Formazin M. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2017.
2. Stab N, Jahn S, Schulz-Dadaczynski A. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Arbeitsintensität. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2016.
3. Meyer SC, Tisch A., Hünefeld L. Arbeitsintensivierung in digitalisierten Arbeitswelten – Herausforderung für das Wohlbefinden von Beschäftigten? Industrielle Beziehungen, Schwerpunkt-Heft „Digitale Arbeitswelten und -beziehungen“ (forthcoming).
4. Holler M. Verbreitung, Folgen und Gestaltungsaspekte der Digitalisierung in der Arbeitswelt. Auswertungsbericht auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit 2016. Hg.: Institut DGB-Index Gute Arbeit, Berlin, 2017.

5. Montano D, Reeske-Behrens A, Franke F. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Führung. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2016.
6. Thomson B, Michel, A. Organisational restructuring and employee health. Job insecurity as a specific stressor in times of change. In: Vakola M, Petrou P. Organizational Change. Psychological effects and strategies for coping. London: Routledge, 21ff, 2018.
7. Amlinger-Chatterjee M. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Atypische Arbeitszeiten. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2016.
8. Wöhrmann AM, Gerstenberg S, Hünefeld L, Pundt F, Reeske-Behrens A, Brenscheidt F, Beermann B. Arbeitszeitreport Deutschland 2016; 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2016.
9. Beermann B, Amlinger-Chatterjee M, Brenscheidt F, Gerstenberg S, Niehaus M, Wöhrmann AM. Orts- und zeitflexibles Arbeiten: Gesundheitliche Chancen und Risiken. 2. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2018.
10. Folkard S, Lombardi DA. Modelling the impact of the components of long working hours on injuries and “accidents”. American Journal of Industrial Medicine, 2006, 49: 953–63.
11. Liebl A, Kittel M. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Lärm. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2016.
12. Krüger J. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Beleuchtung. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2016.
13. Rigotti Th, Otto K, Köper B. Herausforderung Restrukturierung – Bedeutung, Auswirkungen, Gestaltungsoptionen. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014.
14. BIBB/BAuA 2012. Höhere Anforderungen, mehr Ressourcen – Arbeitsbedingungen von Führungskräften. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-22.pdf?__blob=publicationFile&v=2. Stand 18.06.2019
15. Barth C, Eickholt C, Harmacher W, Schmauder M. Bedarf an Fachkräften für Arbeitssicherheit in Deutschland. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2017.



Dr. Beate Beermann

Beate Beermann ist seit mehr als 25 Jahren im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz tätig. Nach dem Studium der Psychologie mit dem Schwerpunkt Arbeits- und Organisationspsychologie begann ihre berufliche Laufbahn im Institut für Arbeitsphysiologie an der Universität Dortmund (IfADo), dem heutigen Leibniz Institut für Arbeitsforschung. Zentraler Gegenstand ihrer Arbeiten waren Fragen der Arbeitszeitgestaltung. 1992 wechselte sie in die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Die BAuA ist eine Ressortforschungseinrichtung, die wissenschaftsbasierte Politikberatung für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales leistet. Dort leitet sie heute den Fachbereich „Grundsatzfragen und Programme“. Eines der zentralen Aufgabengebiete ist die Beobachtung des Wandels der Arbeitswelt.



Dr. Armin Windel

Armin Windel studierte Arbeits- und Organisationspsychologie u.a. an der Ruhruniversität Bochum. Dort forschte und lehrte er als wissenschaftlicher Assistent von 1991 bis 1999. Seit Ende 1999 engagiert er sich für die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in verschiedenen Positionen, unter anderem als Gruppenleiter Ergonomie, wissenschaftlicher Leiter des Fachbereichs „Produkte und Arbeitssysteme“ und als Direktor Forschung und Entwicklung. Seit dem 1.1.2017 leitet er die Stabsstelle „Internationales, wissenschaftliche Kooperationen“, deren wichtigstes Anliegen die Stärkung der nationalen und internationalen Vernetzung der BAuA ist.

Initiativen und Projekte zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt

André Große-Jäger und Oliver Lauenstein
Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn

Mit Ausnahme von Schlaf verbringen Menschen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland – wenig erstaunlich – mit kaum einer Aktivität so viel Zeit wie mit ihrer Arbeit [1]. Wir haben es also nicht nur mit einer von vielen Tätigkeiten zu tun, sondern können mit Recht von einer Lebenswelt sprechen. Wenn wir aber Arbeit als Lebenswelt verstehen, dann reicht es nicht aus, diese arbeitsschutzkonform so zu gestalten, dass sie für Körper und Geist sicher gestaltet ist. Vielmehr sollte sie auch als eine zentrale Ressource verstanden werden, die zu Gesundheit und Wohlbefinden beitragen kann.

Ausgangssituation

Darüber, dass eine menschengerecht gestaltete Arbeit positive Effekte auf unsere Gesundheit entfalten kann, besteht wenig Streit. Dennoch macht Arbeit in den letzten Jahren eher durch negative Schlagzeilen wie „Deutschland arbeitet sich krank.“ [2] von sich reden. Es ist vor allem die psychische Gesundheit, die hier im Mittelpunkt der Berichterstattung steht und das bereits seit Mitte der Nullerjahre. Man denke an Prominente, die offen über die Negativfolgen ihrer Arbeitsbelastung sprachen oder die Veröffentlichung des BAuA-Stressreports 2012. Auch im parlamentarischen Betrieb wird das Thema Arbeit und psychische Gesundheit über kleine Anfragen immer wieder auf die Tagesordnung gehoben und fand in Form der Ergänzung des Arbeitsschutzgesetzes um psychische Belastungen im Jahr 2013 auch einen rechtlichen Niederschlag. Im Mai 2019 konkretisierte die WHO den Zusatzcode „Burn-out“. Ab 2022 wird das Burn-out-Syndrom als „Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz, der unter anderem zu einer negativen Einstellung zum Job und geringerer Leistungskraft führe“, definiert.

Aktuelle Zahlen im Rahmen des Berichts „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ [3] zeigen, dass im Jahr 2017 immerhin 107 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage und über 71.000 Frühverrentungen auf das Konto psychischer Erkrankungen gehen. Die

Psyche steht demnach bei Arbeitsunfähigkeitstagen als Ursache mit 16% an zweiter Stelle hinter Muskel-Skelett-Erkrankungen (über 150 Millionen AU-Tage) und bei Frühverrentungen mit 43% an erster Stelle noch vor Muskel-Skelett- und Kreislauferkrankungen. Gerade die Arbeitsunfähigkeitstage haben verglichen mit 2012 (60 Mio.) und 2007 (48 Mio.) deutlich zugenommen. Diese Entwicklung ist nicht zwingend ein Beleg dafür, dass Arbeit vermehrt krank macht. Epidemiologische Beiträge weisen vielmehr darauf hin [4, 5], dass eine Annäherung an die reale Prävalenz psychischer Erkrankungen stattfindet.

Zweifelsohne, nicht jede psychische Erkrankung hat ihre Ursache in der Arbeit und nicht jede Arbeit trägt unweigerlich zu psychischer Erkrankung bei. Das Ursachengefüge ist wesentlich komplexer. Die Psyche unterscheidet nicht, ob sie bei der Arbeit oder zu Hause ist, d.h. Menschen kommen mit den unterschiedlichsten psychischen Voraussetzungen zur Arbeit und werden dort mit unterschiedlichen, positiven wie negativen, Belastungen konfrontiert. Das bedeutet nicht, dass die Verantwortung der Arbeitgeber für eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung zu relativieren ist.

Aus eigenen Studien wissen wir [6], dass Dreiviertel aller Beschäftigten ihre psychische Gesundheit als gut einschätzen. Aus diesen Studien wissen wir aber auch, dass 24% der Beschäftigten leichte (16%) oder konkrete Hinweise (8%) auf depressive Symptome beschreiben (»»» Abbildung 1).

Datengrundlage

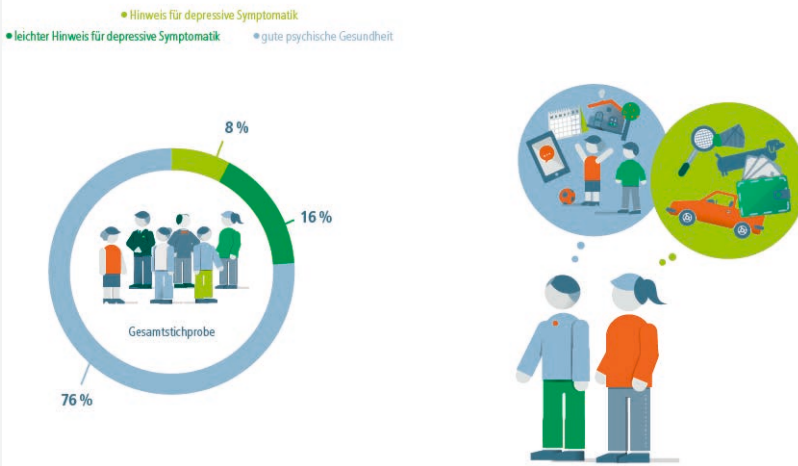
Datengrundlage sind die Wellen 1 und 2 des LPP Linked Personnel Panel (LPP). Der Datenzugang erfolgte über einen Gastaufenthalt am Forschungsdatenzentrum (FDZ) der Bundesagentur für Arbeit im IAB. Die Daten wurden anschließend über eine kontrollierte Datenfernverarbeitung ausgewertet.

Abbildung 1 Selbsteinschätzung der Beschäftigten in Deutschland (Quelle: psyGA Monitor „psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ 2017)

Wie schätzen die Beschäftigten ihre psychische Gesundheit ein?

Drei Viertel der Beschäftigten geht es gut

Bei 24 Prozent der im LPP Befragten liegen leichte Hinweise oder Hinweise auf eine depressive Symptomatik vor. Drei Viertel erreichen dagegen im WHO-5-Index einen Wert von über 50 Punkten und haben somit eine gute psychische Gesundheit.



Zudem wurden die Mannheimer-Industrie-Kohorten-Studie (MICS) sowie aktuelle Daten aus einem Großbetrieb der metallverarbeitenden Industrie (GMI) aus den Jahren 2014 bis 2016 ausgewertet.

Die Daten dieser drei Quellen wurden vom Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin vergleichend ausgewertet.

Dies wohlgermerkt ungeachtet der Betriebsgröße oder Branche. Ein nicht zu vernachlässigender Teil der Beschäftigten mag demnach nicht offiziell erkrankt sein, befindet sich aber im problematischen Bereich, möglicherweise an der Schwelle zur Erkrankung.

Wenn Gewerkschaften zusätzlich darüber berichten, dass Beschäftigte in den letzten Jahren ihre Arbeit zunehmend als belastend empfinden, unterstreicht dies die Notwendigkeit, alle erforderlichen Präventionsmaßnahmen zu ergreifen.

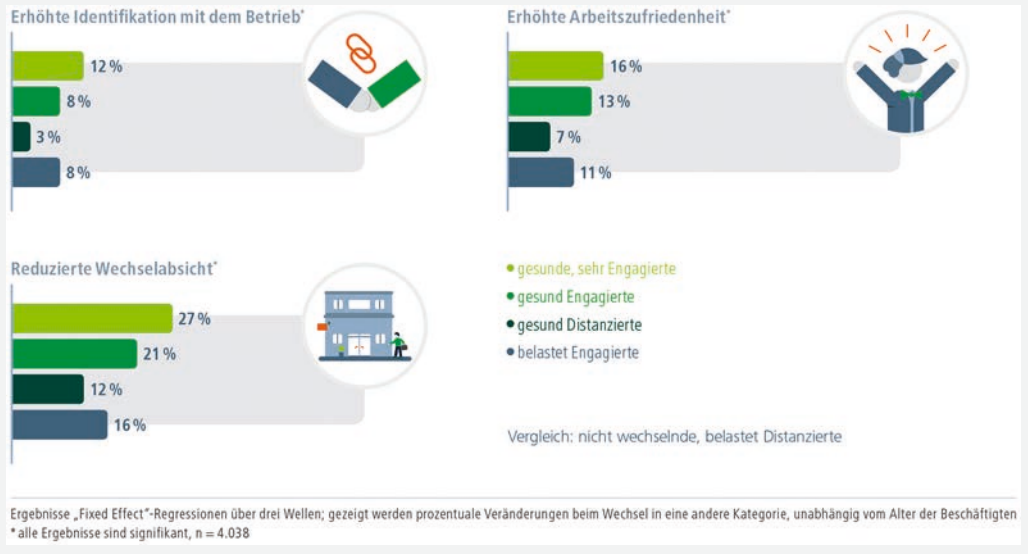
Ressourcen stärken – Gefährdungen reduzieren

Mittlerweile wissen wir, dass es einige Arbeitsbelastungsfaktoren gibt, die in deutlichem Zusammen-

hang zu psychischen und körperlichen Erkrankungen (wie bspw. Herz-Kreislauf- oder Muskel-Skelett-Erkrankungen) stehen. Die umfangreiche „Wissenschaftliche Standortbestimmung“ zu psychischer Gesundheit in der Arbeitswelt der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [7] beschreibt den Tätigkeitsspielraum, die Arbeitsintensität, Arbeitszeitgestaltung, Emotionsarbeit, soziale Beziehungen (insb. im Zusammenhang mit der Führungskraft) und die Gestaltung der Arbeitsumgebung (z. B. hinsichtlich extraauralen Lärms) als zentrale Schlüsselfaktoren, die einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Eine Studie im Rahmen des Arbeitsprogramms „Psyche“ der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) kommt – ergänzt um Arbeitsplatzunsicherheit – zu ähnlichen Ergebnissen [8, 9]. Auch die Ergebnisse des „psyGA Monitor“ zeigen, dass emotionale und quantitative, physische und kognitive Anforderungen als negativ im Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden wirken.

Gern wird daher gefordert, psychische Belastungen „zu reduzieren“. Diese Forderung ist aus zwei Gründen unzureichend. *Erstens* lassen sich viele Arbeitsbelastungsfaktoren nicht einfach reduzieren. Eine zu hohe Arbeitsintensität und Überforderung

Abbildung 2 psyGA Monitor „Arbeitsbezogenes Wohlbefinden“ (2019) (Datengrundlage: Wellen 1 und 2 des LPP Linked Personnel Panel [LPP])



kann ebenso eine Gefährdung darstellen, wie eine zu geringe Arbeitsintensität und Unterforderung. Zu wenig Handlungsspielraum und Monotonie gefährden im Zweifelsfall ebenso wie ein völliger Mangel an Vorgaben. Selbst bei der Arbeitszeitgestaltung macht es einen Unterschied, ob ein bestimmtes Arbeitskonvolut von den Beschäftigten selbst gewählt oder durch Führungskräfte vorgegeben ist [10]. Für soziale Beziehungen oder Führungsverhalten lassen sich schwerlich Grenzwerte definieren, auch wenn diese in bestimmten Fällen „toxisch“ sind.

Zweitens wird bei einem Fokus auf mögliche Gefährdungen übersehen, dass Arbeit auch Ressource ist. Der „psyGA Monitor“ zeigt deutlich den positiven Effekt von Unterstützung durch Vorgesetzte, Kollegialität und Gemeinschaftsgefühl, Fairness, klaren Zielen, Entscheidungsspielraum und Möglichkeiten sich weiterzuentwickeln auf die psychische Gesundheit. Auch ist, wer psychisch gesund arbeitet, zufriedener und engagierter bei der Sache und wechselt seltener den Arbeitsplatz (» Abbildung 2).

Kurzum: Die Aufgabe ist es, Gefährdungen reduzieren und Ressourcen stärken. Dies erfordert einen breiten betrieblichen Ansatz, der Gesundheit und Motivation umfasst.

Umfassendes Verständnis von betrieblicher Prävention

Als Präventionsfeld ist Arbeit sowohl ein Ort für die Umsetzung konkreter, betrieblicher Maßnahmen als auch eine Lebenswelt, die zur Unterstützung der Beschäftigten mehr leisten sollte als nur gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung als umfassendes BGM zu verstehen. Im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sollten Angebote wie beispielsweise Sozialberatung/EAP als Teil guter Prävention integriert werden.

Ein Employee Assistance Program (EAP) ist ein niederschwelliges Angebot, mit dem Unternehmen ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit geben, bei Problemen jeglicher Art einen ersten Ansprechpartner zu kontaktieren. Diese vertrauliche Anlaufstelle hilft bei Problemen und Sorgen aus allen Lebenslagen durch Kurzzeitberatung ohne Wartezeiten. Auf Wunsch vermittelt sie längerfristige Unterstützung und lotst die Mitarbeitenden durch die Krise.

Deutlich wird, dass es eines ganzheitlichen Ansatzes bedarf, der sich nicht ausschließlich als Wahrer eines Mindeststandards versteht, sondern Potenzia-

le und Risiken der Arbeit gleichermaßen berücksichtigt und optimal zu gestalten sucht.

Der politische Rahmen hierfür ist gesteckt. Über das Arbeitsschutzgesetz und die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie auf der einen und das Präventionsgesetz und die Präventionsstrategie auf der anderen Seite existieren Ansätze und Maßnahmen, die Betriebe darin unterstützen, sowohl ihre jeweiligen Gefährdungen zu erkennen und zu vermeiden, als auch Angebote bereitzustellen, die Ressourcen nutzen und stärken. An dieser Stelle alle Handlungshilfen, Leitfäden und Programme des Bundes, der Länder, der Sozialversicherungsträger und Sozialpartner zu nennen, würde den Rahmen sprengen. Allein das Arbeitsprogramm Psyche der GDA, die Initiative Neue Qualität der Arbeit (insb. psyGA), die DGUV und die Krankenkassen haben in den vergangenen Jahren zahlreiche Broschüren und Beratungsangebote auf den Markt gebracht. Die „Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen“, die Reihe „Kein Stress mit dem Stress“ oder Beratungsangebote wie „unternehmenswert: Mensch“ seien nur exemplarisch genannt. Dies allein zeigt: Das Angebot ist groß und das Umfeld der relevanten Akteure engagiert!

Nicht individualisiert, aber individuell handeln

In Betrieben herrscht Vielfalt! In vielen Fällen arbeiten Menschen unterschiedlichen Alters und Geschlechts, mit und ohne Migrationshintergrund, verschiedener Sprachen und Religionen, mit oder ohne Behinderungen etc. zusammen. Diese Vielfalt kann für Betriebe viel Potenzial mit sich bringen, schafft aber auch Herausforderungen. Gerade für psychische Belastungsfaktoren bzw. Ressourcen wie das soziale Miteinander, Gemeinschaftsgefühl und Kollegialität sind Vielfalt und gute Arbeitsgestaltung vermutlich schwerlich über einheitliche Gesamtlösungen unter einen Hut zu bringen.

Ein weiterer Faktor, das wissen wir aus unserer Längsschnittstudie „Arbeitsqualität und wirtschaftlicher Erfolg“ [11] ist die Persönlichkeit einzelner Beschäftigter. Ausgehend von den „Big Five“ (Offenheit, Gewissenhaftigkeit, Extraversion, Verträglichkeit, Neurotizismus), die in der Befragung erfasst wurden, lassen sich fünf verschiedene Persönlichkeitscluster bzw. -typen identifizieren. In Regressionsanalysen zeigt sich, dass die unterschiedlichen Typen sowohl auf verschiedene Belastungsfaktoren als auch auf verschiedene Ressourcen unterschiedlich reagieren. Anders gesagt, wo für einen Typen

speziell „Fairness“ einen positiven Zusammenhang zu Zufriedenheit und Engagement hat und „Weiterentwicklung“ weniger Relevanz hat, ist es für einen anderen Typen genau umgekehrt.

Beim Thema „psychische Gesundheit“ bzw. dem Zusammenhang zwischen neutralen Belastungsfaktoren und individueller Beanspruchung treten individuelle Unterschiede deutlicher zutage als beispielsweise bei Lärm oder Gefahrstoffen. Soviel ist unstrittig. In der betrieblichen Praxis wird hieraus mitunter abgeleitet, dass man wahlweise a) nun mutmaßlich für jede Einzelperson den individuellen Wunscharbeitsplatz zu gestalten habe, b) sich Beschäftigte ausschließlich im Sinne der Verhaltensprävention entsprechend ihrer jeweiligen Ausprägungen um psychische Sicherheit und Gesundheit zu kümmern hätten und es allenfalls einen Blumenstrauß an Yoga-, Resilienz- oder Zeitplanungskurse als betriebliches Angebot zu stellen sind oder – in besonderem Fatalismus – c) Prävention vor diesem Hintergrund schlichtweg nicht möglich ist und daher auch nicht angegangen wird.

Keine dieser Antworten trifft das Problem. Daran, dass es im Bereich psychische Gesundheit keine One-Size-Fits-All-Lösungen gibt, folgt nicht, dass man das Thema Psychische Gesundheit individualisieren kann, sondern die Führungskraft die Aufgabe hat, individuell auf die Mitarbeiter einzugehen und passende Maßnahmen zu vereinbaren.

Es gibt Belastungsfaktoren wie überlange Arbeitszeiten, Arbeitsdichte, mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie, mangelnde Gestaltungsspielräume, denen mit geeigneten Maßnahmen der Verhältnisprävention begegnet werden muss. Andererseits bedürfen bestimmte Belastungen individueller Angebote, bspw. der Sozialberatung. Es wird zunehmend darauf ankommen, in den Unternehmen Person und Situation zusammenzudenken und geeignete Maßnahmen zu entwickeln, die die Individualität der Beschäftigten berücksichtigen.

Reifegrade der Unternehmen berücksichtigen

In der betrieblichen Realität kommt dieses Füllhorn an Angeboten bisher nicht ausreichend an. Nur ca. jeder zweite Betrieb führt die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung durch, insgesamt 21% berücksichtigen hierbei auch psychische Belastungen und lediglich 5% führen infolgedessen Maßnahmen durch, die allerdings in den seltensten Fällen auf ihre Wirksamkeit geprüft werden. Eine jüngst von der BAuA veröffentlichte Studie [12] legt

nahe, dass Betriebe hierbei weniger aus Mangel an Instrumenten keine Gefährdungsbeurteilung durchführen, sondern, weil sie keinen Nutzen erwarten oder keine Notwendigkeit erkennen. In einer Auswertung der GDA-Betriebs- und Beschäftigtenbefragung identifizieren Beck und Lenhardt [13] neben der Betriebsgröße auch das Vorhandensein einer Fachkraft für Arbeitssicherheit und eines Betriebsarztes bzw. einer Betriebsärztin sowie die Beratung durch Aufsichtspersonal als wichtige Treiber für die Umsetzung einer Gefährdungsbeurteilung.

Gefährdungsbeurteilung

Die Gefährdungsbeurteilung ist eine arbeitsschutzgesetzliche Pflicht. Sie dient der **Prävention** von Unfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich der **menschengerechten Gestaltung von Arbeit** und ist ein zentrales **Instrument zur Steuerung** der betrieblichen Arbeitsschutzaktivitäten. Sie soll helfen, diese **zielgerichtet und wirkungsvoll** zu gestalten.

Bei der Gefährdungsbeurteilung im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes geht es immer um die **Beurteilung und Gestaltung der Arbeit**. Auch bei der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung steht die Beurteilung und Gestaltung der Arbeit in Bezug auf die psychische Belastung im Vordergrund. Es geht nicht um die Beurteilung der psychischen Verfassung oder Gesundheit der Beschäftigten. Die Gefährdungsbeurteilung leistet damit einen wichtigen Beitrag zur **menschengerechten Gestaltung von Arbeit** und daraus folgend zum Erhalt der Gesundheit, Motivation und Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten. Sie nimmt u.a. Arbeitsaufgaben und -abläufe sowie die sozialen Beziehungen in den Blick und trägt damit dazu bei, zum Beispiel Störungen von Arbeitsabläufen und Konflikte zu identifizieren und durch entsprechende Maßnahmen zu vermeiden (Quelle: Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, S. 5 [14]).

Diese Ergebnisse decken sich mit dem Eindruck, dass vor allem Großbetriebe mit einer ausreichenden Infrastruktur für Arbeitsschutz und Betriebliches Gesundheitsmanagement betriebliche Präventionsmaßnahmen ergreifen. In einem Beitrag zur „präventiven Versorgung“ beschreibt Pfaff [15] die zwei Achsen „Präventionswille“ und „Präventionsinfrastruktur“, die es ermöglichen, Betriebe verschiedenen Präventionsreifegraden zuzuordnen. Wer sowohl Willen als auch Infrastruktur besitzt, weist einen hohen Reifegrad auf, wer nur über eines verfügt, einen mittleren und wer weder Willen noch In-

frastruktur aufweist, hat einen geringen Reifegrad. Erreicht werden derzeit in erster Linie diejenigen Betriebe, die einen mittleren oder hohen Reifegrad besitzen, sich informieren und versuchen, die Arbeitsgestaltung auch hinsichtlich psychischer Belastungsfaktoren stetig zu verbessern. Die geringen Reifegrade erreichen wir bisher kaum. Hier sind neben einer verstärkten Kontrolle rechtlicher Verpflichtungen geeignete Strategien aller beteiligten Organisationen zu entwickeln, um zumindest eine untere Haltelinie durchzusetzen.

Was ist zu tun?

Eine der größten Herausforderungen der kommenden Jahre wird es nicht mehr sein, die Relevanz des Themas psychische Gesundheit zu verdeutlichen, sondern durch gemeinsame Maßnahmen aller Akteure die erforderliche Präventionskultur in den Unternehmen zu etablieren.

Trotz breiter medialer Präsenz und anhaltendem Interesse der Öffentlichkeit an dem Thema Psychische Gesundheit, sind psychische Themen in der Arbeitswelt weiterhin mit einem Stigma behaftet. Doch dem Chef von der Depression wie von einem Beinbruch zu berichten, ist für viele immer noch undenkbar. Das führt dazu, dass die Berücksichtigung des Faktors psychische Gesundheit bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen von vielen Betrieben noch nicht erkannt oder nur mit „spitzen Fingern“ behandelt wird. Um Überlastungen frühzeitig zu erkennen und die psychische Gesundheit der Beschäftigten zu fördern, ist ein offener Umgang mit dem Thema die Voraussetzung. Um diese Mammutaufgabe zu bewältigen, gilt es, gemeinsames Handeln aller Beteiligten verbindlich zu vereinbaren. Dabei ist – unabhängig vom Reifegrad der Unternehmen – die Einhaltung der gesetzlichen Arbeitsschutzvorschriften einzufordern. Eine gemeinsame Strategie und ein abgestimmtes Vorgehen mit einheitlichen Leitfäden und Handlungsempfehlungen aller Institutionen, die KMU beraten, ist ein notwendiger Schritt, um gerade Unternehmen mit geringem und mittlerem Reifegrad bedarfsgerecht anzusprechen und nicht aus der Verantwortung zu entlassen. Nur Aktivitäten, die nicht auf Imagegewinn der beratenden Organisationen ausgerichtet sind, sondern das gemeinsame Ziel verfolgen, abgestimmt eine umfassende Präventionskultur in den Betrieben zu etablieren, wird erfolgreich sein.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Wie die Zeit vergeht: Analysen zur Zeitverwendung in Deutschland, 2017.
2. Kleine, R. Schock-Studie: Deutschland arbeitet sich krank!: BILD. 2018. online verfügbar unter <https://www.bild.de/politik/inland/politik-inland/depressionen-und-burn-out-so-krank-macht-uns-unsere-arbeit-58958092.bild.html> abgerufen am 17. Juni 2019
3. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, 2017.
4. Eberhard, S. Depression und Burn-out: Epidemie des 21. Jahrhunderts? Hannover: AOK Niedersachsen, 2014.
5. Jacobi, F., Bretschneider, J., Müllender, S. Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland. Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. Gesundheit in Regionen. Blickpunkt Psyche. In BKK Gesundheitsatlas, 2015, 63–71.
6. Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA)“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit. Monitor „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“, 2017.
7. Rothe, I., Adolph, L., Beermann, B., Schütte, M., Windel, A., Grewer, A., Lenhardt, U., Michel, J., Thomson, B., Formazin, M. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2017.
8. Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie Arbeitsprogrammgruppe Psyche. Psychische Arbeitsbelastung und Gesundheit, 2018.
9. Rau, R. Psychische Arbeitsbelastungen – Risiko für Gesundheitsbeeinträchtigungen, Bericht zum iga-Projekt „Identifizierung von Risikobereichen für psychische Belastungen“, 2015
10. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Arbeitszeitreport Deutschland 2016, 2016.
11. Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA)“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit. Persönlichkeitstypen, psychische Gesundheit und Engagement in der Arbeitswelt, in Vorb.
12. Sommer, S. Warum führen Betriebe keine Gefährdungsbeurteilungen durch? sicher ist sicher. 2019; 70(4), 185–188
13. Beck, D., Lenhardt, U. Consideration of psychosocial factors in workplace risk assessments: findings from a company survey in Germany. International archives of occupational and environmental health 2019; 92(3), 435–451
14. Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie Arbeitsprogrammgruppe Psyche. Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, 2018.
15. Pfaff, H. Präventive Versorgung. Prävention und Gesundheitsförderung, 2006; 1(1), 17–23



André Große-Jäger

André Große-Jäger ist Leiter des Referats III b 4 „Gesundheitliche Auswirkungen des Wandels der Arbeit“ im Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Studium an der Technischen Universität Berlin mit Abschluss Diplom-Ingenieur Umwelttechnik. Seit 1989 im BMAS.



Dr. Oliver Lauenstein

Oliver Lauenstein ist Referent im Referat III b 4 „Gesundheitliche Auswirkungen des Wandels der Arbeit“ und seit 2015 im BMAS. Er ist studierter Diplom-Psychologe und promovierte in Politischer Psychologie. Seine Arbeitsschwerpunkte sind psychische Gesundheit in der Arbeitswelt und Arbeitsschutzaufsicht.

Humanzentrierte Gestaltung von Arbeit in der digitalen Transformation als Grundlage für psychische Gesundheit und Innovation

Julia Borggräfe

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin

Digitalisierung und Arbeitswelt

Wer den deutschen Arbeitsmarkt aktuell beobachtet, kann disruptive Veränderungen nicht nur in der Art und Weise des Arbeitens, sondern auch im Hinblick auf die Verschiebung von Anforderungen und Kompetenzen feststellen. Die Digitalisierung fordert uns als Gesellschaft heraus: Einerseits versprechen Automatisierung und Vernetzung eine spürbare Unterstützung für Tätigkeiten – ein Versprechen, das mit der modernen Entwicklung von Robotern, künstlich intelligenten Systemen oder smarten Steuerungsplattformen beständig erneuert wird. Andererseits stellen diese Entwicklungen unsere Rolle in der Arbeitswelt grundsätzlich infrage: Braucht es uns noch und wenn ja: wozu?

Der Fachkräftemonitor [1] des BMAS geht davon aus, dass bis 2025 etwa 1,3 Mio. Arbeitsplätze verloren gehen, weil sie durch Maschinen ganz oder teilweise ersetzt werden. Auf der anderen Seite erwarten die Wissenschaftler, dass 2,1 Mio. Jobs neu entstehen, und zwar sowohl in neuen Berufsfeldern wie der Robotik, der Datenanalyse oder dem 3D-Druck, aber auch in Bereichen, die heute schon einen erheblichen Fachkräftemangel aufweisen wie die sozialen Berufe. In zahlreichen Branchen fehlt es an Arbeitskräften – zumindest derzeit haben wir entschieden mehr Arbeit, als wir bewältigen können.

In nahezu allen Branchen und Tätigkeitsfeldern verändert sich die Arbeit und wird sich weiter verändern, und zwar nicht nur wegen der eingesetzten Technologien und der Unterstützung durch lernende Maschinen. Auch die Kultur unserer Arbeit verändert sich durch den digitalen Wandel fundamental. Dabei werden die Anforderungen an Kommunikation und Kollaboration, Kreativität und kritisches Denken zu Recht als „Kompetenzen des 21. Jahrhunderts“ bezeichnet. Die emanzipierte und souveräne Zusammenarbeit mit lernenden bzw. intelligenten

Maschinen setzt ein grundlegendes Verständnis ihrer Konzeption und Arbeitsweise voraus. Ein solches qualifiziertes Verständnis ermöglicht es uns, die Qualität der Datenanalyse anzuerkennen und dennoch die Souveränität aufzubringen, das eigene Erfahrungswissen, die menschliche Intuition und Empathie gegebenenfalls über die Entscheidung des Automaten zu stellen.

Auch den Organisationen verlangt der digitale Wandel einen radikalen Kulturwandel ab (» Abbildung 1). Der bisher weit verbreitete hierarchische Führungsstil ist von Vorgaben und Kontrolle geprägt, während in digitalen Organisationen Agilität und kooperative, coachende und motivierende Führungskompetenzen erforderlich sind. Kooperatives Verhalten muss institutionell gestützt werden: Es braucht Erfahrungsräume, um Kooperation zu erlernen und zu verankern – und es braucht eine kooperative Organisationskultur, um dies zu incentivieren. Der Erfolg dieser Transformation verlangt von allen die Bereitschaft und Offenheit für Veränderung und eine Fehlerkultur, die Fehler als Chancen zur Entwicklung begreift.

Schließlich führt das Zusammenwirken von Globalisierung und digitaler Transformation zu einem erhöhten Wettbewerbsdruck im Markt, der die Anpassungsfähigkeit von Organisationen – und damit der in ihnen arbeitenden Menschen – zur Grundlage für organisationales Überleben macht. Dieser erhöhte Druck wirkt sich auch auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten aus.

In einer Studie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) aus 2019 zeigt sich, dass digitale Vertriebswege die am weitesten verbreitete Technologie sind (» Abbildung 2) [2]. Drei Viertel aller Betriebe nutzen diese Technologie seit mehr als zwei Jahren, 9% haben sie in den letzten beiden Jahren eingeführt. An zweiter Stelle stehen die cyber-physischen Systeme. Knapp ein Fünftel der

Abbildung 1 Wie sich Organisationen bisher mit Digitalisierung beschäftigt. Ergebnisse IAP Studie 2017 [6, mit freundlicher Genehmigung der ZHAW]

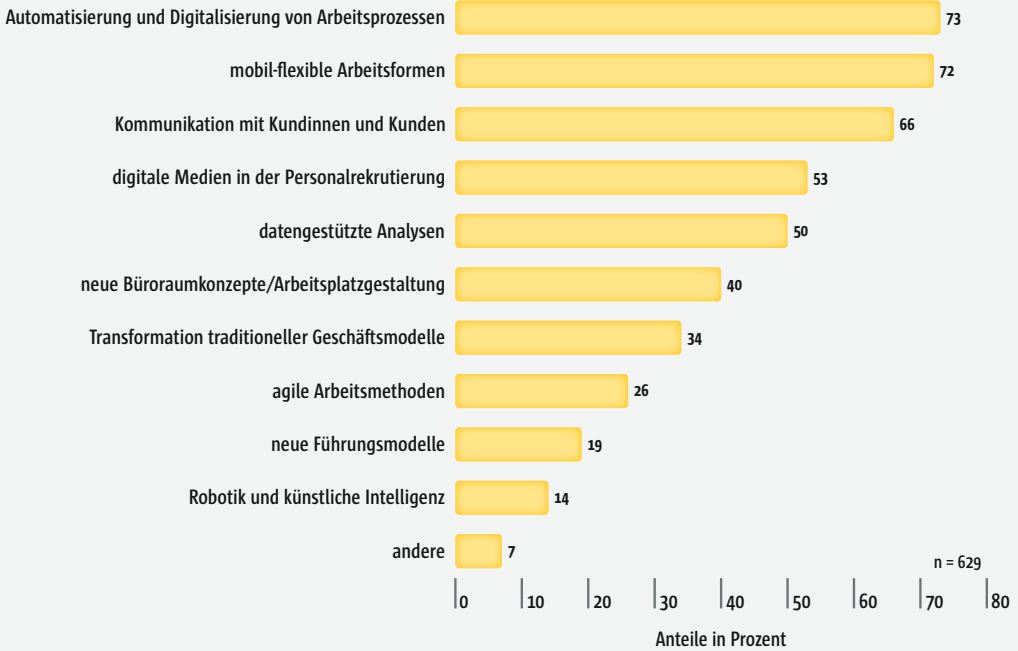
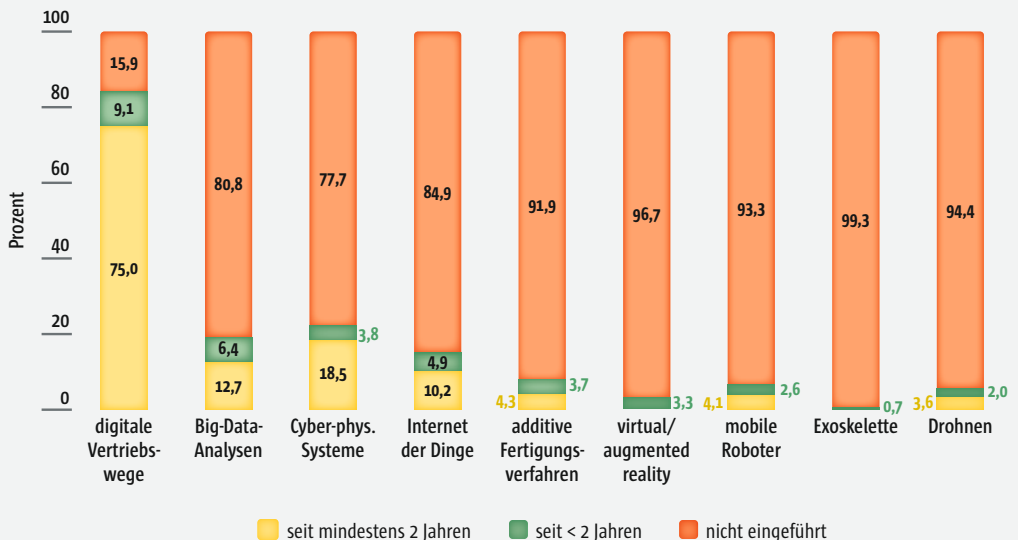


Abbildung 2 Technologieeinsatz im Betrieb. Ergebnisse LPP Betriebsbefragung 2018, gewichtete Werte, N ≥ 751; Frage: „Bitte geben Sie an, ob die jeweilige Technologie in Ihrem Betrieb zum Einsatz kommt und wenn ja, seit wann.“ Einführungszahlen von Virtual Reality und Exoskeletten in den letzten zwei bzw. vor mindestens 2 Jahren wurden wegen geringer Fallzahlen zusammengelegt. [2, mit freundlicher Genehmigung des BMAS]



Betriebe nutzt diese Technologie seit mehr als zwei Jahren. Nur 4% haben allerdings in diesem Bereich kürzlich innoviert (die Innovationsrate liegt bei 21%).

Mit 13% Verbreitung seit mehr als zwei Jahren stehen Big-Data-Analysen an dritter Stelle. Hier liegt die Innovationsrate etwas höher, da mit 6% die Anwendung um etwa die Hälfte der ursprünglichen Verbreitung gestiegen ist. Ein vergleichbares Innovationspotenzial steckt im Internet der Dinge. Jeder zehnte Betrieb nutzt diese Technologie seit mehr als zwei Jahren, in den letzten beiden Jahren kamen noch einmal 5% hinzu. Die restlichen fünf Technologien sind mit maximal 8% insgesamt nur gering verbreitet. Es zeigt sich allerdings auch, dass diese Technologien relativ hohe Innovationsraten aufweisen [2].

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die Digitalisierung von Arbeitsprozessen, deren digitale Vernetzung und die Nutzung digitaler Tools in den vergangenen Jahren massiv zugenommen hat – mit steigender Tendenz.

Auswirkungen der Digitalisierung in der Arbeitswelt auf die psychische Gesundheit und das Arbeiten von Beschäftigten

Die Digitalisierung bietet einerseits vielfältige Chancen für die Gesundheit der Beschäftigten im Sinne einer humanzentrierten Gestaltung der Arbeit. Die Zusammenarbeit mit kollaborativen Robotern ermöglicht es, monotone, körperlich schwere und gesundheitsschädigende Arbeiten an die Maschinen abzugeben und sich qualitativ höherwertigen Aufgaben zuzuwenden. Digital gestützte Arbeitsmodelle geben die Chance, mobil und damit im Sinne einer besseren Work-Life-Integration flexibler zu arbeiten.

Andererseits führen die durch die Digitalisierung unmittelbar und mittelbar herbeigeführten Veränderungen der Arbeitswelt zu einer zunehmenden Belastung der Beschäftigten: etablierte Prozesse und Arbeitsabläufe werden nicht nur einmal, sondern immer wieder infrage gestellt, Hierarchien verlieren in agilen Arbeitsstrukturen ihre Legitimierung und die Erwartungshaltung an Verantwortungsübernahme und Lernbereitschaft steigt dramatisch, die Beschäftigten erleben eine Entgrenzung von Arbeit. Befürchtungen entstehen im Hinblick auf die mögliche Substitution der eigenen Arbeitskraft durch Roboter, das zunehmende Crowdsourcing von Aufträgen, der Anstieg von Anforderungen durch Arbeitsverdichtung oder die Zunahme von Komplexität.

Laut dem DGB-Index „Gute Arbeit“ fühlen sich 60% der Beschäftigten in hohem oder sehr hohem Maße von der Digitalisierung betroffen, 46% empfinden eine höhere Belastung, nur 9% empfinden einen Rückgang der Arbeitsbelastung im Zuge der Digitalisierung. Als belastende Faktoren werden insbesondere die Steigerung der Arbeitsmenge, der Multitasking-Anforderungen, das Gefühl, der Technik ausgeliefert zu sein und keinen Einfluss auf Veränderungen zu haben, genannt. 27% empfinden gleichzeitig größere Entscheidungsspielräume, 21% eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf [3].

Seit einigen Jahren wächst der relative Anteil psychischer Erkrankungen am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Er kletterte in den vergangenen 40 Jahren von 2% auf 16,6%. Die durch psychische Krankheiten ausgelösten Krankheitstage haben sich in diesem Zeitraum verfünffacht. Während psychische Erkrankungen vor 20 Jahren noch nahezu bedeutungslos waren, sind sie heute zweithäufigste Diagnosegruppe bei Krankschreibungen bzw. Arbeitsunfähigkeit. Besondere Bedeutung erhalten psychische Erkrankungen auch durch die Krankheitsdauer: Die durchschnittliche Dauer psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeitsfälle ist mit 38,9 Tagen mehr als dreimal so hoch wie die durchschnittliche Falldauer aller AU-Fälle (13,2 Tage je Fall) [4].

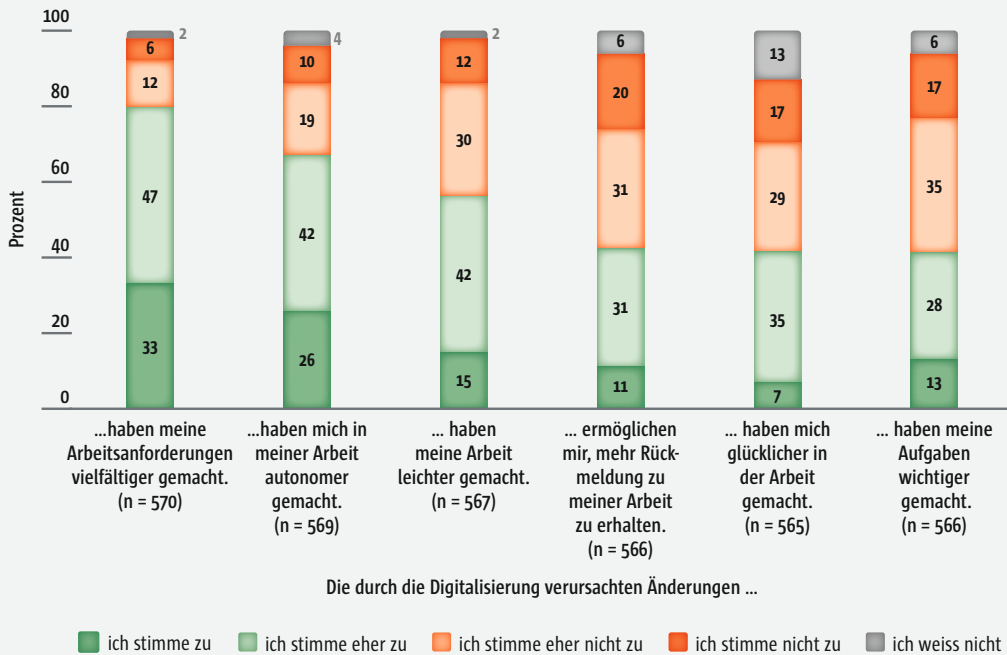
In einer Studie der Universität St. Gallen ergibt sich im Hinblick auf die Gesundheitsimplikationen der digitalen Transformation ein gemischtes Bild: Während die tatsächlichen Krankentage kaum beeinflusst scheinen, ergeben sich unerwünschte Zusammenhänge mit emotionaler Erschöpfung und Konflikten zwischen Arbeit und Familienleben: 23% der Befragten fühlen sich durch ihre Arbeit emotional erschöpft [5].

Viele Beschäftigte erleben ihre Arbeit durch die Veränderungen als vielfältiger und nehmen wahr, dass mehr Autonomie ermöglicht wird (»» Abbildung 3). Eine knappe Mehrheit sagt, Digitalisierung habe ihre Arbeit leichter gemacht. Glücklicher fühlt sich dennoch nur eine Minderheit [6].

Resilienz durch Empowerment stärken – Ansätze zur Gestaltung guter digitaler Arbeit aus Perspektive des BMAS

Um die Risiken für Beschäftigte und damit auch für Wettbewerbsfähigkeit und Innovationskraft des Unternehmens zu minimieren, ist es für Betriebe von großer Bedeutung, sich frühzeitig Gedanken über die Digitalisierungsprozesse, ihre Auswirkungen

Abbildung 3 Antworten auf die Aussage „Die durch die Digitalisierung verursachten Veränderungen...“ Ergebnisse IAP Studie 2017 [6, mit freundlicher Genehmigung der ZHAW]



gen und die Frage zu machen, wie sie ihre Beschäftigten auf dem Weg der Veränderung am besten mitnehmen können. Es ist wichtig zu identifizieren, welche Themen im Rahmen einer „Prävention 4.0“ angegangen werden sollten und welche Handlungs- und Gestaltungsoptionen die Organisation hat, um die digitale Transformation zu einem Erfolg zu machen – und zwar nicht nur aus ökonomischer Perspektive, sondern unter der Prämisse, dass zufriedene, innovative und produktive Mitarbeiter*innen nicht nur eine stärkere Bindung an das Unternehmen entwickeln, sondern die Grundlage für den unternehmerischen Erfolg darstellen. Gelingt dies, lassen sich Krisenrisiken vermeiden und der Wandel der Arbeit als Chance nutzen.

Es gibt verschiedene Aspekte, die im Rahmen einer präventiven Perspektive auf das Thema digitale Transformation der Arbeitswelt berücksichtigt werden sollten. Die vom BMAS geförderte und sozialpartnerschaftlich getragene Initiative „Neue Qualität der Arbeit“ (www.inqa.de) unterscheidet vier Kategorien (»»» Abbildung 4).

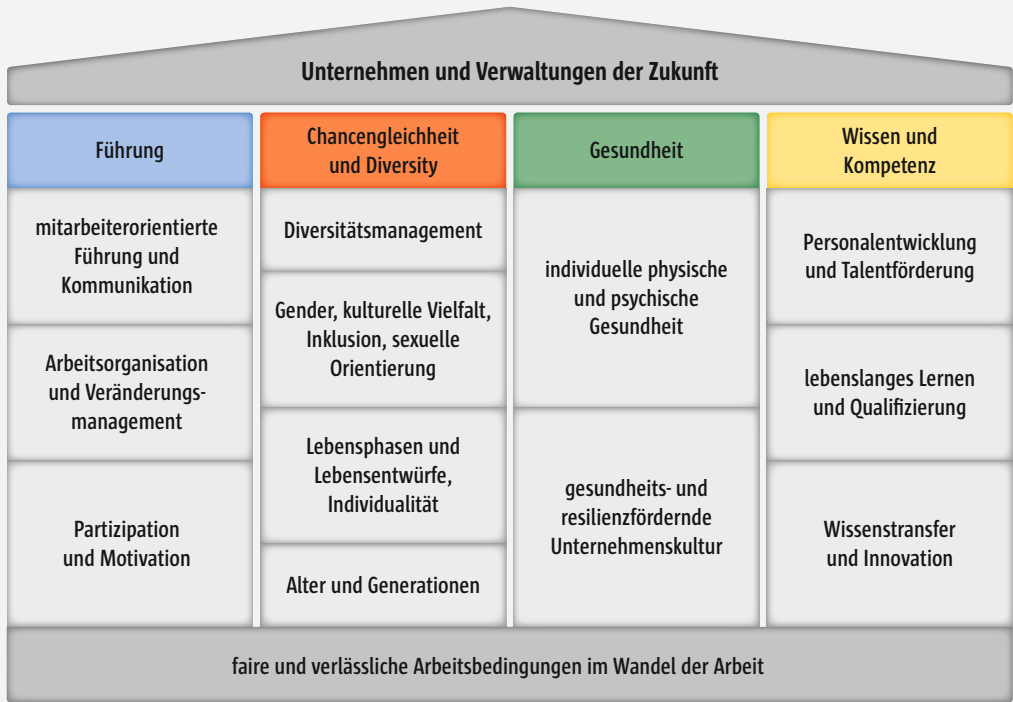
Führung

Führungsverhalten kann sowohl als Ressource als auch als Stressor wirken. Aktive Kontrolle, Laissez-Faire-Führung und schlechtes Konfliktmanagement erhöhen aktuellen Studien zufolge den Stress bei den Beschäftigten [7].

Führungskräfte können, indem sie die gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen für die Arbeit gestalten, aktiv auf die Gesunderhaltung ihrer Beschäftigten einwirken (z.B. Rollenklarheit, Vorhersehbarkeit). Führungskräfte unterschätzen häufig ihren Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden. Regelmäßige Auseinandersetzung mit dem eigenen Führungsverhalten durch Feedback und Coaching hilft Führungskräften, sich dessen bewusst zu werden und diesen Effekt gezielt zu nutzen.

So wird zum Beispiel dem Ansatz transformationaler Führung gesundheitsfördernde Wirkung bescheinigt [7]. Beschäftigte erleben eine intrinsische Motivationssteigerung durch Mitbestimmung und Beteiligungsmöglichkeiten, durch Wertschätzung und Anerkennung, eine aktive und konstruktive Feedback-Kultur sowie einen fairen Umgang. Kommunikationsmöglichkeiten und soziale Unterstüt-

Abbildung 4 Unternehmen und Verwaltungen der Zukunft – das INQA-Themenhaus



zung durch die Führungskraft fördern eine stärken-de Beziehung innerhalb einer Teamkultur.

Teil einer Führungskultur sollte es auch sein, Kreativität systematisch zu nutzen – denn diese kann der entscheidende Katalysator für Innovation sein. Kreativität wiederum entsteht in Personen, nicht in Maschinen – und kreative Ergebnisse sind Ergebnis der Handlungen von Menschen.

Innovationen gedeihen außerdem in der Regel dann, wenn unterschiedliche Menschen zusammenkommen, gemeinsam Ideen entwickeln und diese in einem gemeinsamen Prozess weiterentwickeln. Dies kann auch Spannungen erzeugen – viele Organisationen sind eher Konflikt-avers und versuchen, offen ausgetragene Meinungsverschiedenheiten zu vermeiden. Dies kann dazu führen, dass Innovationen im Keim des Entstehens bereits wieder erstickt werden, denn ohne den freien Austausch von Ideen und die daraus entstehenden produktiven Debatten ist keine Innovation möglich.

Es ist Aufgabe der Führungskräfte, Prozesse zu entwickeln, die es der Organisation ermöglichen, Talente eines jeden einzelnen hinsichtlich seines Innovationspotenzials zu erkennen und gleichzeitig

einen Kulturprozess anzustoßen und zu moderieren, der einen Rahmen schafft, in dem Kreativität zugelassen und gefördert wird.

Für Arbeitgeber kommt es im digitalen Wandel der Arbeitswelt außerdem darauf an, ihre Betriebsräte und Beschäftigten frühzeitig in die Transformation von Arbeitsprozessen einzubinden, eine langfristige Personalstrategie zu entwickeln und die notwendigen Freiräume, Budgets und Werkzeuge für Entwicklung und Weiterbildung bereitzustellen. Agile co-creation-Formate bieten die Möglichkeit, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten, das Schwarm-Wissen zu nutzen und so eine nachhaltige Tragfähigkeit von Veränderungen zu erreichen.

Chancengleichheit & Diversity

Zur psychischen Gesundheit gehört seelisches, geistiges und soziales Wohlbefinden und damit die Akzeptanz und Wertschätzung der Unterschiedlichkeit jeder*s Einzelnen. Dies schafft Sicherheit, Orientierung und Motivation und ermutigt, sich mit den eigenen Stärken und Kompetenzen einzubringen. Organisationen sollten daher eine Arbeitskultur schaffen, in der Augenhöhe und Eigenverantwortung sowie

entsprechende „Spielregeln“ im Umgang miteinander gelten. Chancengleichheit & Diversity beinhaltet ein Leitbild, in dem Würde, Rücksicht und Respekt gegenüber allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verankert ist. Diversity Management als Bestandteil der Unternehmenskultur bedeutet das Anerkennen von Verschiedenheit und kulturelle Offenheit. Hierzu ist ein entsprechendes Verständnis von Vielfalt erforderlich. Mit dem INQA-Audit „Zukunftsfähige Unternehmenskultur“ (www.inqa-audit.de) wird ein Tool zur Verfügung gestellt, das Organisationen ermöglicht, ihre eigene Kultur daraufhin zu überprüfen [10].

Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Führung wurde bereits dargelegt. Insofern ist es wichtig, dass Unternehmen die Qualität der Führungsleistung monitoren und strategisch in die Entwicklung ihrer Führungskräfte investieren.

Auch sollte jedes Unternehmen den eigenen Handlungsbedarf für das Betriebliche Gesundheitsmanagement überprüfen und dabei auch die Einhaltung gesetzlicher Verpflichtungen sicherstellen (z.B. bzgl. des Betrieblichen Eingliederungsmanagements [BEM] und des Arbeitsschutzes).

Darüber hinaus ist die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nicht nur in § 5 Arbeitsschutzgesetz gesetzlich vorgeschrieben, sondern kann auch ein wichtiges Instrument sein, um die psychische Gesundheit der Belegschaft im Blick zu behalten [9]. Insofern sollten Arbeitgeber diese Gelegenheit nutzen und die Gefährdungsbeurteilung entsprechend sorgfältig vorbereiten, durchführen und gemeinsam mit ihren Beschäftigten auswerten sowie entsprechende Maßnahmen umsetzen.

Wissen & Kompetenz

Sich im Hinblick auf die eigene Kompetenzentwicklung und -erweiterung ständig weiterzubilden, stellt den sichersten Weg zur Erhaltung der eigenen Arbeitsfähigkeit dar und gibt damit Sicherheit in Veränderungsprozessen. Erforderliche Kenntnisse und Fähigkeiten sollten für den/die Einzelne*n definiert und in Entwicklungskonzepten umgesetzt werden. Dabei darf es nicht nur um die (Weiter-)Entwicklung technischer, sondern muss es auch um die sozialen Kompetenzen gehen: Kooperationsfähigkeit, Konfliktkompetenz, Fähigkeit zur Selbstreflexion und Zusammenarbeit stellen die Grundlage dafür dar, um in agilen Arbeitsstrukturen gut arbeiten zu können.

Dies gilt auch für die Arbeitnehmer-Vertreter*innen: Betriebsräte, die selbst gut in agilen Methoden ausgebildet sind, über Kenntnisse der betrieblichen Datenverarbeitung verfügen und damit als Verhandlungspartner auf Augenhöhe agieren, können dabei wesentlich zum Gelingen der digitalen Transformation beitragen und die Beschäftigten in der Veränderung effektiv unterstützen und Sicherheit durch eine kompetente Interessenvertretung gewährleisten.

Die Nationale Weiterbildungsstrategie [8], die das BMAS gemeinsam mit dem BMBF, den Ländern und den Sozialpartnern vorantreibt, fokussiert auf die berufliche Weiterbildung. Sie hat zum Ziel, die berufliche Handlungsfähigkeit im Rahmen von Anpassungs- bzw. Erhaltungsqualifizierungen zu sichern oder im Rahmen von Entwicklungs- bzw. Aufstiegsqualifizierungen zu erweitern und berufliche Aufstiege zu ermöglichen. Auch Umschulungen oder der nachholende Erwerb von Grundkompetenzen oder eines Berufsabschlusses lassen sich – in einem weiteren Sinne – zum Bereich der beruflichen Weiterbildung zählen. Die Weiterbildungsstrategie formuliert Antworten auf den Wandel der Arbeitswelt und gibt Impulse für eine neue Weiterbildungskultur in Deutschland, die die selbstbestimmte Gestaltung individueller Bildungs- und Erwerbsbiografien und die gestiegene Verantwortung der Weiterbildungsakteure unterstreicht. Digitale und nachhaltige Transformation muss flankiert werden, um sicherzustellen, dass sie allen Menschen dient. Dabei haben Unternehmen, Beschäftigte und die öffentliche Hand eine geteilte Verantwortung und Verpflichtung [8]. Die Nationale Weiterbildungsstrategie vertritt nicht nur einen ganzheitlichen Bildungsansatz, sondern bündelt Weiterbildungsangebote von Bund und Ländern und will dazu beitragen, einen Kulturwandel beim Thema Weiterbildung zu erreichen. Gleichzeitig ist jede*r Einzelne gefragt, die Weiterbildung auch eigeninitiativ voranzutreiben und dafür zu sorgen, die erforderlichen Kompetenzen ständig weiterzuentwickeln.

Finanzielle Unterstützung bietet das seit Januar 2019 geltende Qualifizierungschancengesetz, durch das insbesondere auch kleinere Betriebe die Möglichkeit haben, finanzielle Unterstützung für ihre Beschäftigten im Rahmen der digitalen Transformation zu erhalten.

Erkenntnisse aus dem Weißbuchprozess des BMAS

Im Rahmen des Weißbuchprozesses, den das BMAS im Rahmen eines partizipativen Prozesses in der letzten

Legislatur durchgeführt hat [10], wurde die Herausforderung konstatiert, den Arbeitsschutz und die arbeitsmedizinische Versorgung nicht nur an den digitalen, sondern auch an den zunehmend spürbaren demografischen Wandel anzupassen sowie die damit einhergehende Notwendigkeit, die psychischen Belastungen mehr in den Fokus der Bemühungen aller Arbeitsschutzakteure zu rücken. Anknüpfend an die „Vision ZeroStrategie“ zur Vermeidung tödlicher und schwerer Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten wurde die Intention formuliert, auch die klassischen Instrumente des Arbeitsschutzes zu einem „Arbeitsschutz 4.0“ mit folgenden Elementen weiterzuentwickeln:

- Anpassung der Schutzkonzepte an neue Technologien, z.B. MenschRoboterKollaboration
- Beratung und Unterstützung von Führungskräften und Beschäftigten bei ortsflexiblem Arbeiten
- präventive Arbeitsgestaltung in enger Zusammenarbeit mit den Entwicklungsabteilungen
- Fortbildung und Befähigung der Beschäftigten zur besseren Vorbereitung auf deren wachsende persönliche Verantwortung für die eigene Gesundheit
- Qualifizierung der Führungskräfte in den Betrieben hinsichtlich der sich ändernden Arbeitsbedingungen (u. a. wachsende Eigenverantwortung der Beschäftigten)
- Vorbereitung der Aufsichtspersonen hinsichtlich eines erweiterten Themenspektrums (z.B. stärkere Bedeutung psychischer Belastungen) sowie klarere Betonung von Beratung und Begleitung gegenüber Kontrolle und Sanktionierung
- Förderung einer nachhaltigen Präventionskultur in den Betrieben

INQA und psyGA

Mit dem im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) seit 2009 geförderten Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (psyGA) wird das BMAS auch weiterhin für einen fundierten Transfer des jetzigen Wissensstands über psychische Gesundheit in die konkrete betriebliche Praxis sorgen. Das Wissen, die Kompetenz und die Sichtweisen der Beschäftigten werden immer wichtiger, um Betriebe zukunftsfähig aufzustellen. INQA wird daher in Zukunft die professionelle Begleitung von beteiligungsorientierten Veränderungsprozessen noch stärker in den Mittelpunkt stellen. Hierzu gehören das Audit „Zukunftsfähige Unternehmenskultur“ sowie das KMU-Beratungsprogramm „unternehmensWert:Mensch“

und die Durchführung von Experimentierräumen mit entsprechendem Themenfokus.

Fazit

Die Digitalisierung bringt im Hinblick auf die psychische Gesundheit von Beschäftigten sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich: Auf der einen Seite bietet der Einsatz digitaler Arbeitsmodelle eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie und reduziert so Stress und steigert das Autonomieerleben. Körperliche Arbeitsbelastungen können durch Mensch-Roboter-Interaktion reduziert und der Anteil qualitativ hochwertiger und interessanter Arbeit gesteigert werden. Auf der anderen Seite entsteht das Risiko, dass die soziale Integration am Arbeitsplatz reduziert wird und Erholungszeiten durch Entgrenzung von Arbeit abnehmen. Darüber hinaus können stetige Veränderungsanforderungen und ständige Erreichbarkeit zu dauerhafter Erschöpfung und damit zu psychischer Erkrankung führen. Das Weißbuch des BMAS hat Themen aufgezeigt, die auf dem Weg zur Entwicklung eines „Arbeitsschutzes 4.0“ diskutiert und implementiert werden sollten, um auch Aspekte der psychischen Belastungen im Rahmen der digitalen Transformation stärker zu berücksichtigen.

Arbeitgeber und Arbeitnehmervertreter*innen sollten außerdem für die Einhaltung gesetzlicher Schutzvorschriften sorgen und gleichzeitig ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass und wie sie die psychische Gesundheit ihrer Beschäftigten mit sinnvollen Instrumenten und gut ausgebildeten Führungskräften stützen können. Schaffen sie es, das Thema nachhaltig in die Unternehmenskultur zu integrieren, werden sie mittel- und langfristig innovativ und erfolgreich sein.

Literatur

1. Zika G, Schneemann C, Grossman A, Kalinowski M, Maier T, Mönig A, Parton F, Winnige S, Wolter M. BMAS-Prognose „Digitalisierte Arbeitswelt“ – Kurzbericht – Februar 2019 (Forschungsbericht 526/1K). Bonn, Berlin: BMAS, 2019.
2. Haepf T, Maier MF, Steffes S. Technologischer Wandel in deutschen Betrieben: Treiber, Hürden und Konsequenzen für das Personalmanagement, Sonderbericht Juni 2019 (Forschungsbericht 532). Bonn, Berlin: BMAS, 2019.
3. DGB-Index Gute Arbeit: Verbreitung, Folgen und Gestaltungsaspekte der Digitalisierung in der Arbeitswelt, Auswertungsbericht auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit 2016, November 2017. <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++1c40dfc8-b953-11e7-8dd1-52540088cada> [abgerufen am 15.7.2019]

4. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.). BKK Gesundheitsreport 2018 – Arbeit und Gesundheit Generation 50+. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2018.
5. Böhm SA, Bourovoi K, Brzykcy AZ, Kreissner LM, Breier C. Auswirkungen der Digitalisierung auf die Gesundheit von Berufstätigen: Eine bevölkerungsrepräsentative Studie in der Bundesrepublik Deutschland. St. Gallen: Universität St. Gallen, 2016.
6. Genner S, Probst L, Huber R, Werkmann-Karcher B, Gundrum E, Majkovic A-L. IAP Studie 2017. Der Mensch in der Arbeitswelt 4.0. Zürich: Institut für Angewandte Psychologie der ZHAW, 2017.
7. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.). Fachkonzept Führung und psychische Gesundheit. Berlin: DGUV, 2014.
8. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Strategiepapier nationale Weiterbildungsstrategie. Bonn, Berlin: BMAS, 2019.
9. Diebig M, Jungmann F, Müller A, Wulf IC. Inhalts- und prozessbezogene Anforderungen an die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung im Kontext Industrie 4.0, in: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, S. 53–67
10. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Weissbuch Arbeiten 4.0 Bonn, Berlin: BMAS, 2017.



Dr. Julia Borggräfe

Dr. Julia Borggräfe ist Abteilungsleiterin im Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und leitet dort seit Mai 2018 die neu geschaffene Abteilung „Digitalisierung und Arbeitswelt“. Ihre Ausbildung und berufliche Laufbahn vervollständigte sie nach dem Abschluss ihres Jurastudiums mit internationalen beruflichen Stationen u.a. in New York, Paris und Tel Aviv sowie mit der Veröffentlichung verschiedener Fachpublikationen zu personalrechtlichen und personalpolitischen Themen.

Sie war vor ihrer Tätigkeit im BMAS u.a. als Senior Vice President Human Resources & Corporate Governance der Messe Berlin und Senior Manager HR Western Europe Sales & Financial Services der Daimler AG Stuttgart sowie als Beraterin mit den Schwerpunkten Change Management, Organisationsentwicklung, Human Resources, Unternehmens- und Führungskultur tätig.

Bevorstehende Änderungen im Bereich der psychischen Störungen im Klassifikationssystem ICD-11

Steffi G. Riedel-Heller¹ und Wolfgang Gaebel²

¹ Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig

² LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Von den Anfängen bis zur ICD-11

Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (ICD) wurde vor 150 Jahren als „Internationale Liste der Todesursachen“ eingeführt [1]. Seither hat sie sich zu einem umfassenden Klassifikations- und Dokumentationssystem entwickelt, das nach rein deskriptiv-phänomenologischen Gesichtspunkten ordnet. Die ICD zählt zu den Kern-Klassifikationen der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen. Seit dem Erscheinen der ersten Todesursachenstatistik erfuhr sie bisher zehn Überarbeitungen, immer wieder wurde der Katalog der Krankheiten auf den Stand des aktuellen Wissens gebracht. Die ICD bildet eine universelle Sprache für Mediziner, Pflegekräfte, politische Entscheidungsträger, Statistiker, Versicherer und Gesundheitsökonom, die weltweit verstanden wird. Auf ihr beruhen Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken, epidemiologische Kennzahlen, es werden Informationen für Prävention und Versorgungsplanung abgeleitet und viele Aspekte in Forschung, Vergütung, Qualitätssicherung und Patientensicherheit wären ohne die ICD nicht denkbar. 1992 trat die ICD-10 in Kraft, nach der wir heute kodieren und die in keinem Bücherregal eines Mediziners fehlt. Viel hat sich seither in Medizin und Gesellschaft verändert. Neben der notwendigen wissenschaftlichen Aktualisierung ist auch eine technische Umstellung auf eine digitale und ontologische Infrastruktur notwendig, die sich für eine digitale Dokumentation eignet, eine bessere Benutzerführung hat, relevante Details besser abbildet und mehrsprachige Anwendungen und Übersetzungen unterstützt. Dieser wichtige Schritt wurde mit der ICD-11 getan [1].

Grundsätzliche Veränderungen in der ICD-11

Die ICD-11 hat 6 Kapitel mehr als die ICD-10 (28 statt 22) und diese werden nun mit arabischen Ziffern bezeichnet. Diese Kapitel ergeben sich zum einen durch Aufgliederung von ehemaligen Kapiteln, zum anderen durch gänzlich neue Kapitel. Die nächste Hierarchieebene sind die Subkapitel, auch hier ist im ICD-10 die Anzahl durch das dezimale Kodierungssystem begrenzt. Deshalb standen maximal 10 Subkapitel im Kapitel der psychischen und Verhaltensstörungen zur Verfügung. Die Nutzung einer alphanummerischen Kodierungsstruktur im ICD-11 ermöglicht eine größere Anzahl von Subkapiteln, die sich besser wissenschaftlich verorten lassen und praktikabler sind. Des Weiteren wurde für die ICD-11 ein Zugang gewählt, der im Aufbau der einzelnen Subkapitel die **Lebensspanne** reflektiert. In der ICD-10 wurden die „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F90–98) noch als eigenes Subkapitel geführt. Dieser Weg wurde mit der ICD-11 verlassen. Die entsprechenden Erkrankungen werden nun in jenen Subkapiteln gelistet, wo sie gemäß der Symptomatik hingehören. Während zum Beispiel die Trennungsangst des Kindesalters (F93) im ICD-10 noch im Extra-Subkapitel für Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend gelistet wurde, findet sie sich in der ICD-11 bei den Angststörungen. Zudem wurden in der ICD-11 **kulturspezifische Aspekte** berücksichtigt. So zeigen sich zum Beispiel beträchtliche kulturelle Unterschiede im Erscheinungsbild von Panikattacken, auf die verwiesen wird. Ein wesentlicher Fortschritt ist die teilweise Berücksichtigung eines zusätzlichen **dimensionalen Ansatzes** innerhalb des kategorialen diagnostischen Systems. Dies ist eine wichtige Ergänzung für die Charakterisierung psychischer Störungen, bei denen

die Berücksichtigung beispielsweise von Symptombdimensionen eine individuellere Beschreibung des jeweiligen klinischen Istzustandes und damit eine gezieltere Therapieindikation und Verlaufskontrolle ermöglicht. Ein dimensionaler Ansatz wurde am konsequentesten bei der Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen berücksichtigt [2].

Neuerungen der ICD-11 im Kapitel der psychischen Störungen

In der ICD-11 finden sich die psychischen Störungen im Kapitel 6, das mit „Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders“ überschrieben ist. Das ICD-10-Kapitel für psychische und Verhaltensstörungen ist zu großen Teilen wie Kraepelins Lehrbuch der Psychiatrie [3] aufgebaut. Es beginnt mit den organischen Störungen, gefolgt von Psychosen, neurotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Die ICD-11 folgt einer anderen logischen Struktur: Sie folgt einer Entwicklungsperspektive. Das kommt darin zu Ausdruck, dass das Kapitel mit den Entwicklungsstörungen beginnt und mit den neurokognitiven Störungen endet. Aktuell gibt es noch keine autorisierte deutsche Übersetzung. Deshalb werden im Folgenden die englischen Bezeichnungen genutzt.

Das Subkapitel „**Neurodevelopmental disorders**“ der ICD-11 umfasst die ursprünglich in ICD-10 verankerte Gruppe der Intelligenzminderungen (jetzt Störungen der intellektuellen Entwicklung genannt) und die Störung der psychischen Entwicklung und die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Das ADHS hat damit die hyperkinetische Störung in der ICD-10 ersetzt und ist bei den Entwicklungsstörungen eingeordnet. Zudem umfasst das Subkapitel die diagnostische Kategorie der Autismus-Spektrum-Störungen. Unter den Autismus-Spektrum-Störungen werden nun der kindliche Autismus und das Asperger-Syndrom zusammengefasst. Chronische Tic-Störungen sind in der ICD-11 primär im Kapitel 8 „Diseases of the nervous system“ klassifiziert.

Das ICD-11-Subkapitel „**Schizophrenia or other primary psychotic disorders**“ ersetzt das ICD-10-Subkapitel Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. Der Begriff „primär“ soll darauf hinweisen, dass diese Störungsgruppe bisher (noch) nicht schlüssig auf einen definierten Krankheitsprozess oder sekundär auf eine andere Erkrankung bezogen werden kann. Die Diagnose einer Schizophrenie erfordert das Vorliegen von zwei Symptomen, von denen mindestens eines Wahn, Halluzinationen, des-

organisiertes Denken oder das Erleben von Beeinflussung, Gemachtem oder externer Kontrolle beinhalten muss. Die bisherige Untergliederung in Subtypen (paranoid, hebephren, kataton etc.) ist aus Gründen mangelnder prognostischer Validität und Verlaufsstabilität aufgegeben worden. Stattdessen wurden symptomspezifische Schweregradimensionen eingeführt (Positiv- und Negativ-Symptomatik sowie depressive, manische, psychomotorische und kognitive Symptomatik), die auch bei den anderen diagnostischen Kategorien dieses Subkapitels Anwendung finden, um deren Symptomprofil und dessen Schweregradausprägung zu erfassen. Schizoaffektive Störung, Schizotype Störung, Akute transiente psychotische Störung und Wahnstörung sind weiter wie bisher Bestandteil des Subkapitels, allerdings mit zum Teil erheblichen weiteren Modifikationen [4].

Während die Katatonie in ICD-10 noch ein Subtyp der Schizophrenie ist und auch als Subkategorie der organischen psychischen Erkrankungen geführt wird, trägt ICD-11 der empirischen Tatsache Rechnung, dass das Syndrom im Zusammenhang mit den verschiedensten psychischen Störungen auftreten kann und somit als eigene diagnostische Kategorie in ICD-11 aufgenommen wurde und ein eigenes Subkapitel „**Catonia**“ bildet.

Unter den „**Mood disorders**“ in der ICD-11 finden sich Depressive sowie Bipolare und „zugehörige“ Störungen. Neu ist eine Einteilung in bipolare Störung Typ I und Typ II. Die bipolare Störung Typ I weist mindestens eine manische Episode im Verlauf auf, während Typ II mindestens eine hypomanische Episode und eine Episode einer „Majoren“ Depression umfasst. Die Episoden einer Stimmungsstörung werden hinsichtlich ihres Verlaufs über die Zeit hin charakterisiert. Als eine der wenigen Störungen in der ICD-10 ist eine minimale Symptomanzahl notwendig – auch hier gibt es eine Veränderung: ICD-11 fordert ein Minimum von fünf von zehn Symptomen für eine depressive Episode, während es in ICD-10 vier von neun waren. Die besonders im primärärztlichen Bereich vergebene Diagnosekategorie „Depression und Angst gemischt“ ist in der ICD-10 unter den Angststörungen zu finden und ist in ICD-11 unter den depressiven Störungen lokalisiert.

Angst- oder furchtbezogene Störungen wurden in der ICD-11 als neues Subkapitel „**Anxiety or fear-related disorders**“ zusammengefasst. Entsprechend dem Zugang über die Lebensspanne sind Trennungsangststörung und Selektiver Mutismus hier subsummiert, während sie in der ICD-10 unter den Störungen im Kindesalter erfasst sind. Diese Veränderung basiert auch auf der Beobachtung, dass sich

ein substanzieller Teil der Trennungsängste von Störungsmaß erst im Erwachsenenalter manifestiert. Entitäten, wie zum Beispiel Generalisierte Angststörung oder Panikstörungen, sind in ICD-11 besser charakterisiert.

Im Subkapitel „**Obsessive-compulsive or related disorders**“ wurden eine Reihe von neuen Störungen integriert. Die Kernsymptome für die Zwangsstörungen blieben erhalten, gleichwohl gibt es hier inhaltliche Ausweitungen. Dagegen wurden die ICD-10-Subtypen der Zwangsstörungen aufgegeben. Zu den neuen Krankheitsentitäten in diesem Subkapitel zählen zum einen die körperdysmorphen Störungen, die in ICD-10 noch unter der Hypochondrie geführt werden. Im Mittelpunkt steht dabei eine übermäßige Beschäftigung mit einem angeblichen körperlichen Mangel, der anderen Menschen nicht auffällt. Neu wurde ebenfalls die als „Olfactory reference disorder“ benannte Störung aufgenommen. Traditionell wird in der deutschen Sprache der Begriff Eigengeruchswahn verwendet. Betroffene sind der Überzeugung, schlecht zu riechen und das Umfeld zu stören. Weiter wurde das Horten neu in diesem Subkapitel aufgenommen. Ebenfalls wurden Störungen eines körperfokussierten Wiederholungsverhaltens aufgenommen, das unter anderem ein sogenannte „skin picking“ umfassen, wobei sich Betroffene wiederholt an der Haut kratzen und diese damit schädigen.

Das Subkapitel „**Disorders specifically associated with stress**“ ersetzt die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen der ICD-10. Das Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wurde dabei etwas enger gefasst als in der ICD-10. Neu wurde eine Komplexe posttraumatische Belastungsstörung eingeführt, die infolge schwerer Stressoren und prolongierter Traumata entsteht, denen kaum oder nicht zu entkommen ist. Neben PTBS-typischen Symptomen kommen Störungen der Affektregulation, des Selbstkonzeptes und der Beziehungsfähigkeit hinzu. Neu wurde ebenfalls die anhaltende Trauerstörung eingeführt. Unterschiede zu normaler Trauer beziehen sich auf Dauer und Intensität: Betroffene verspüren eine Sehnsucht und emotionale Schmerzen wie Verbitterung, Wut und Traurigkeit, die mehr als sechs Monate nach dem Verlust den Alltag und das eigene Leben besonders stark beeinträchtigen. Die Abgrenzung von kulturell sanktionierter Trauer und einer depressiver Episode ist wichtig und behandlungsrelevant.

Eine akute Stressreaktion ist nicht länger eine psychische Störung in ICD-11, sie wird vielmehr als normale Reaktion auf extremen Stress aufgefasst.

Das Subkapitel zu den dissoziativen Störungen „**Dissociative disorders**“ in ICD-11 wurde im Vergleich zu ICD-10 reorganisiert und vereinfacht. Die dissoziative neurologische Symptomstörung in ICD-11 entspricht konzeptuell der dissoziativen Störung der Bewegung oder Empfindung in ICD-10; sie ist als einzige Störung mit zwölf Subtypen repräsentiert.

Das ICD-11 Subkapitel „**Feeding or eating disorder**“ integriert die ICD-10 Essstörungen und die Fütterungsstörung im Kindesalter in eine Kategorie. ICD-11 beruht auf einer weiterentwickelten Konzeptualisierung der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa und weist nicht mehr die atypischen Kategorien auf, die es in ICD-10 gab. Zudem werden neue diagnostische Kategorien einbezogen. Dazu zählt zum einen die Binge Eating Störung, die in den letzten Jahren intensiv beforscht wurde. Menschen mit dieser Störung leiden unter immer wiederkehrenden massiven Essanfällen. Sie nehmen innerhalb kurzer Zeit große Nahrungsmengen zu sich und haben das Gefühl, die Kontrolle über ihr Essverhalten zu verlieren. Zum anderen wird hier eine vermeidende oder restriktive Essstörung bei Kindern („**Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder [ARFID]**“) eingeordnet. Hier handelt es sich um eine Störung, bei der Quantität und Qualität der Nahrungsaufnahme unzureichend sind, um eine kalorisch und diätetisch angemessene Ernährung zu gewährleisten.

Die Konzeption und Terminologie psychosomatischer Störungen ist ebenfalls einer Veränderung unterzogen worden. Viele der Patienten mit subjektiv belastenden Körpersymptomen werden in der primärärztlichen Praxis gesehen. Die neue ICD-11-Terminologie des entsprechenden Subkapitels „**Disorders of bodily distress or bodily experience**“ spiegelt das heutige Verständnis dieser Störungen wider. Die somatische Belastungsstörung ersetzt die somatoforme Störung der ICD-10 und beinhaltet das Neuraesthenie-Konzept. Neu wurde eine sehr seltene Erkrankung aufgenommen, die „**Body integrity dysphoria**“, die durch den Wunsch nach körperlicher Behinderung charakterisiert ist.

Das neue Subkapitel zu den Substanzstörungen „**Disorders due to substance use or addictive behaviours**“ ist ähnlich wie in der ICD-10 organisiert. Bei den Störungen durch Substanzgebrauch werden die klinischen Syndrome entsprechend der jeweiligen Substanzklasse klassifiziert. Die Liste der Substanzen wurde erweitert (z. B. synthetische Cannabinoide, Anxiolytika, Ketamine, u. a.). Neu ist, die einmalige Episode schädlichen Substanzgebrauchs zu kodieren, was die Möglichkeit der Frühintervention

erhöht. ICD-11 erweitert das Konzept von Gesundheitsschädlichkeit auf die (körperliche) Schädigung anderer Menschen, z.B. durch Fahren unter Intoxikation, oder auch psychische Schädigung. Die Kategorie des schädlichen Gebrauchs besteht auch in der ICD-11 weiter, allerdings in einem anderen Kapitel und nicht bei den psychischen Störungen. Hinsichtlich süchtigen Verhaltens gibt es zwei diagnostische Kategorien: zum einen die Glücksspielsucht („gaming disorder“), die in ICD-10 pathologisches Spielen genannt wird. Neu hinzugekommen ist die Videospielesucht („gaming disorder“). Es geht hierbei um anhaltendes oder wiederkehrendes exzessives Spielverhalten in Bezug auf Videospiele, die sowohl online oder offline gespielt werden können.

Das Subkapitel zu den Impulskontrollstörungen „**Impulse control disorders**“ beinhaltet die Pyromanie und Kleptomanie. Neu wurde in diesem Kapitel eine Verhaltensstörung aufgenommen, die im englischen als „Intermittent explosive disorder“ bezeichnet wird. Sie ist durch explosive Ausbrüche von Wut und Aggression oft ausufernd in Raserei, die in keinem Verhältnis zur Situation stehen, gekennzeichnet. Zwanghaftes Sexualverhalten wird in ICD-11 ebenfalls als eigenständige Impulskontrollstörung geführt.

Das ICD-11 Subkapitel „**Disruptive behaviour or dissocial disorders**“ umfasst in seiner englischen Originalfassung 2 Störungen („oppositional defiant disorder“, „conduct-dissocial disorder“). In gewissem Umfang gehören oppositionelles Trotzverhalten und dissoziale Verhaltensweisen (z.B. Lügen, gelegentliche körperliche oder verbale Auseinandersetzungen) zu normalen Entwicklungsphasen. Einem kleinen Teil gelingen Impulskontrolle, Reifung und Sozialisation nicht oder nur unzureichend, durch dieses Verhalten werden grundlegenden Rechte anderer verletzt und Erwartungen an wichtige altersentsprechende Reifungsschritte nicht erfüllt.

Die ICD-10 hat zehn spezifische Persönlichkeitsstörungen angeführt – im ICD-11-Subkapitel „**Personality disorders and related traits**“ geht es beim diagnostischen Zugang zunächst darum, ob generell eine Persönlichkeitsstörung vorliegt und ob diese leicht, moderat oder schwer ausgeprägt ist. Die Schwere wird an den Schwierigkeiten in vier Bereichen gemessen: Funktionsbeeinträchtigung des Selbst (u.a. Selbstbild, -wert), Funktionsbeeinträchtigung interpersoneller Beziehungen (z.B. Empathie, Interesse), Manifestationen bzgl. Emotionalität, Kognition und Verhalten sowie psychosoziale Auswirkungen im privaten und beruflichen Kontext. Je nachdem, wie ausgeprägt die Trait-Domänen

negative Affektivität, Distanz, Dissozialität, Enthemmung und Zwanghaftigkeit sind, lassen sich dimensional Profile der Persönlichkeit aufstellen. Zusätzlich lässt sich ein Borderline-Muster als „Qualifizier“ kodieren.

Das Subkapitel „**Paraphilic disorders**“, also das der paraphilen Störungen, ersetzt in Kapitel 6 der ICD-11 die ICD-10-Kategorie der Sexualpräferenz. Im Kern handelt es sich um atypische sexuelle Interessen, die nur dann krankheitswertig sind, wenn sie in Verhaltensweisen gegen nicht einwilligende oder einwilligungsfähige Personen münden, schwerwiegenden Leidensdruck verursachen oder ein Risiko für Verletzungen und Tod mit sich bringen. Namentlich werden fünf Störungen aufgeführt: Exhibitionistische Störung, Voyeuristische Störung, Pädophile Störung, Frotteuristische Störung und Sexuell sadistische Störung unter Ausübung von Zwang. Gestrichen wurden Diagnosen, die durch konsensuelle sexuelle Verhaltensweisen charakterisiert sind.

Des Weiteren schlägt ICD-11 ein neues Subkapitel „**Factitious disorders**“ vor, in dem artifizielle Störungen beschrieben werden. Das Krankheitsbild äußert sich derart, dass die Symptome (körperlich oder psychisch), die als Anlass für Arztbesuch und Therapiewunsch vorgebracht werden, selbst (auf vielfältige Weise) hervorgerufen werden. Die artifizielle Störung bezieht sich auf die betroffene Person selbst, kann sich aber auch auf andere, meist ein Kind, beziehen.

Das Subkapitel der „**Neurocognitive disorders**“ fokussiert auf erworbene Erkrankungen mit kognitiven Störungen als Leitsymptom und löst damit das Kapitel der Organischen Störungen in ICD-10 ab. Es beinhaltet Delir, Amnestisches Syndrom, Demenzen und die Leichte neurokognitive Störung. Die zusätzliche Differenzierung der Demenzen als psychopathologisches Syndrom richtet sich an psychopathologischen Kriterien aus („Qualifizier“), die im Kapitel 6 mit unter den neurokognitiven Störungen aufgeführt sind. Die ätiopathogenetische Differenzierung ist ebenfalls Bestandteil dieses Subkapitels, wird aber anhand gleichlautender Kriterien auch unter den neurokognitiven Störungen in Kapitel 8 (Diseases of the nervous system) aufgeführt (vgl. [5, 6])

Die Klassifikation der Schlafstörungen in der ICD-10 beruhte auf der Unterscheidung zwischen organischen und nicht-organischen Schlafstörungen. Da diese Unterscheidung obsolet ist, wurde dafür jetzt ein eigenes neues Kapitel geschaffen. So werden zum Beispiel die Schlafstörungen aus dem bisherigen ICD-10-Kapitel V (Psychische und Verhaltensstörungen) herausgenommen und in einem

eigenen Kapitel 7 „**Sleep-wake disorders**“ zusammengeführt. In der ICD-10 gab es ebenfalls eine Dichotomie zwischen organischen und nicht-organischen Störungen der Sexualfunktion. Hier gab es auch grundlegende Veränderungen und es gibt ein neues integriertes Kapitel für alle Aspekte, die mit der sexuellen Gesundheit zu tun haben. Die noch in ICD-10 verankerten Störungen der Geschlechtsidentität (z.B. Transsexualismus) sind nun nicht mehr im Kapitel der psychischen Störungen zu finden, sondern firmieren als „Geschlechtsinkongruenz“ im neuen Kapitel 17 „**Conditions related to sexual health**“.

Die Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme

Die Erscheinungsformen psychischer Störungen sind extrem vielschichtig und werden multifaktoriell von (neuro-)biologischen und psychosozialen Einflussgrößen geprägt. Abgesehen von Extremformen ist der Phänotyp psychischer Störungen selten ein „entweder – oder“ sondern eher ein „mehr oder weniger“ der Ausprägung von Erleben und Verhalten auf einem Kontinuum von gesund und krank. Die Grenzziehung zwischen noch normal oder schon krankheitswertig fällt nicht immer leicht und wird auch vom Lebensumfeld und gesellschaftlichen Kontext mitgeprägt. Damit muss jede Klassifikation zwangsläufig vereinfachend bleiben, auch wenn ihre wichtige Aufgabe darin besteht, die Vielfalt psychischen Lebens zu ordnen und damit der intra- und interprofessionellen Kommunikation zugänglich zu machen.

In diesem Spannungsfeld erfolgt die Weiterentwicklung von globalen Klassifikationssystemen wie der ICD. Dabei haben verschiedene Akteure sehr unterschiedliche Sichtweisen auf die Qualität und Eigenschaften von Diagnosesystemen: Kliniker erwarten höhere klinische Relevanz und Therapieleitung, Wissenschaftler fordern bessere Reliabilität

und vor allem Validität, die Gesundheitswirtschaft mag von einer Ausweitung der Diagnosesysteme profitieren, aber auch präventiv Tätige sind an niedrigen Diagnoseschwellen interessiert, um Frühinterventionen rechtzeitig im Vorfeld der manifesten Erkrankung anbieten zu können.

Mit der ICD-11 liegt nun die erste große Überarbeitung nach fast 30 Jahren vor. Sie ist ein monumentales Gemeinschaftswerk, das in einer beispiellosen internationalen Zusammenarbeit von 270 Institutionen aus fast 100 Ländern entstanden ist, wobei über 10.000 Kommentare von Laien, Experten, Verbänden und Interessensgruppen berücksichtigt worden sind und somit die Entwicklung der ICD-11 als der am meisten globale, multidisziplinäre und partizipative Revisionsprozess gelten kann [2]. Die ICD-11 wurde durch die Weltgesundheitsversammlung am 25. Mai 2019 verabschiedet und soll zum Januar 2022 in Kraft treten. Es ist der aktuelle Stand psychiatrisch-psychotherapeutischen Forschungs- und Erfahrungswissens über fast 30 Jahre – nicht mehr und nicht weniger.

Literatur

1. Jakob R. ICD-11 – Anpassung der ICD an das 21. Jahrhundert. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2018; 61 (7): 771–777. doi:10.1007/s00103-018-2755-6
2. Reed GM, First MB, Kogan CS, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. World Psychiatry 2019; 18 (1): 3–19. doi:10.1002/wps.20611
3. Kraepeling E. Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig; 1899
4. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. Schizophr Bull 2012; 38 (5): 895–898. doi:10.1093/schbul/sbs104
5. Gaebel W, Reed GM, Jakob R. Neurocognitive disorders in ICD-11: a new proposal and its outcome. World Psychiatry 2019; 18 (2): 232–233. doi:10.1002/wps.20634
6. Gaebel W, Jessen F, Kanba S. Neurocognitive disorders in ICD-11: the debate and its outcome. World Psychiatry 2018; 17 (2): 229–230. doi:10.1002/wps.20534



Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH

Steffi G. Riedel-Heller studierte Humanmedizin in Leipzig und ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. In einem Aufbaustudiengang an der Johns Hopkins University, Baltimore/USA erlangte sie den Master of Public Health. Nach ihrer Habilitation zum Thema Epidemiologie demenzieller Erkrankungen bekleidete sie zwischen 2004 und 2010 eine C3-Professur für Public Health und war als Oberärztin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig tätig. Ende 2008 übernahm sie kommissarisch die Leitung der Selbständigen Abteilung für Sozialmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig und ist seit 2010 W3-Professorin für Sozialmedizin und Leiterin des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Public Health: Sie forscht zur Epidemiologie psychischer Störungen und widmet sich der Präventions- und Versorgungsforschung. Zudem ist sie maßgeblich an der Erstellung der S3-Leitlinie „Psychotherapeutische Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ beteiligt. Frau Prof. Riedel-Heller ist DFG-Kollegiatin und geschäftsführende Herausgeberin der Fachzeitschrift „Psychiatrische Praxis“ des Thieme-Verlags.



Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel ist seit 01.10.2016 emeritierter Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und ehemaliger Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität. Von 2014 bis 2016 war er als Gründungsdirektor des LVR-Instituts für Versorgungsforschung (LVR-IVF) tätig.

Professor Gaebel war zweimal Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN; 1995/6, 2007/8), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP; 1999–2002) sowie langjährig Vizepräsident der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Seit 2014 leitet er das WHO Collaborating Centre for Quality Assurance and Empowerment in Mental Health am LVR-Klinikum Düsseldorf.

Er war von 2015–2016 Präsident der European Psychiatric Association (EPA). Er ist seit 2011 Präsident der European Scientific Association on Schizophrenia and other psychotic disorders (ESAS). Ferner ist er Vorsitzender des bundesweiten Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit sowie Vorsitzender der Section on Schizophrenia und der Section on Quality Assurance der WPA (World Psychiatric Association).

Professor Gaebel war Initiator, Sprecher und Projektleiter des BMBF-geförderten Kompetenznetzes Schizophrenie (KNS) sowie Mitglied der WHO Topic Advisory Group für ICD-11, Vorsitzender der ICD-11 Workgroup on Psychotic Disorders sowie Mitglied der DSM-5 Workgroup on Psychotic Disorders. Er ist Mitglied der ICD-11 Field Study Coordination Group sowie Mitglied des WHO FIC Medical Scientific Advisory Committee for ICD-11.

Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der klinischen Schizophrenieforschung und Qualitätssicherung sowie Antistigma- und Versorgungsforschung. Er hat mehr als 800 wissenschaftliche Artikel publiziert und ist Autor/Herausgeber von ca. 50 Büchern, Monografien und Supplementen.

Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – Rückblick und Ausblick

Kerstin Dahlke und Dirk Rennert
BKK Dachverband e.V., Berlin

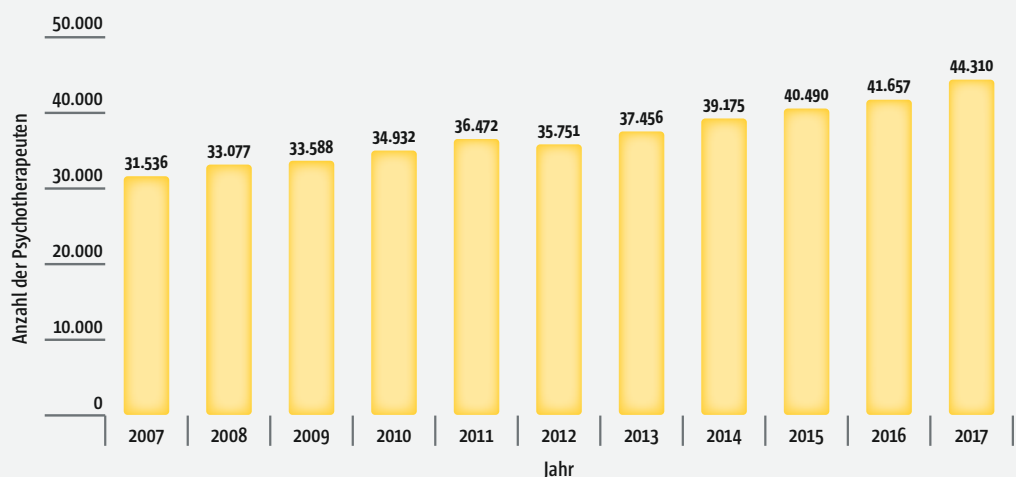
In diesem Jahr feiert das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) seinen zwanzigsten Geburtstag. Dieses war erst in einem zweiten Anlauf 1998 beschlossen worden und trat 1999 in Kraft. Die Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bildeten nun einen neuen, eigenständigen Heilberuf und wurden in die vertragsärztliche Versorgung integriert. Zugleich entstand für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein neuer Anspruch im SGB V auf die direkte Behandlung durch niedergelassene Vertragspsychotherapeuten. Seitdem übernehmen psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einen Großteil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

Die Anzahl der an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten steigt seitdem stetig. Bereits seit 2011 stellt die Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeuten die

drittgrößte Gruppe bei den Niedergelassenen nach Allgemeinmedizinerinnen und Internisten dar [1]. Innerhalb der letzten zehn Jahre (2007–2017) ist allein die Zahl der Psychotherapeuten in Deutschland um insgesamt 40% angestiegen (»»» Abbildung 1).

Die Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen ist – bei relativ konstanter Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung im gleichen Zeitraum – ungebrochen bzw. weiter steigend. Dies zeigt sich z.B. am drastischen Anstieg der durch psychische Erkrankungen begründeten AU-Tage, Behandlungsanlässen und Frühverrentungen [2]. Ob es sich hierbei um einen Effekt der angebotsinduzierten Nachfrage handelt oder ob heute durch eine zunehmende Entstigmatisierung psychischer Störungen und eine verbesserte Diagnostik mehr Betroffene richtig erkannt und auch behandelt werden, ist anhand der aktuellen Daten- bzw. Studienlage schwer zu beurteilen. Vermutlich werden, wie

Abbildung 1 Entwicklung der Anzahl der Psychotherapeuten in Deutschland (2007–2017) (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gbe-bund.de)



häufig, mehrere Faktoren bzw. deren Kombination hierfür verantwortlich sein. Für die Betroffenen selbst ist es aber in erster Linie wichtig, schnell und unkompliziert Hilfe zu erhalten. Hierzu wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Maßnahmen umgesetzt, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Von der Anerkennung seelischer Störungen zum Berufsbild des Psychotherapeuten

Noch vor rund fünfzig Jahren war die Anerkennung einer Berufsunfähigkeit aufgrund einer seelischen Erkrankung ein Novum, erstmals war dies Mitte der 60er-Jahre der Fall. Infolgedessen wurde 1967 die Psychotherapie als Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt, zuerst allein als ärztliche Behandlungsleistung, ab 1972 dann als „Delegationsverfahren“ mit psychotherapeutischer Behandlung durch Psychotherapeuten, aber weiterhin unter Verantwortung des diagnostizierenden Arztes. Auf Basis des PsychThG durften Psychotherapeuten ab 1999 eigenständig diagnostizieren und behandeln. Dennoch blieb ihnen, trotz Integration in die Kassenärztlichen Vereinigungen, eine vollständige Gleichstellung mit ärztlichen Kollegen verwehrt. Anders als bei Vertragsärzten war es ihnen nicht möglich, Überweisungen zu ärztlichen Kollegen oder Verordnungen (z.B. Arzneimittel, Krankenhaus, Krankenfahrten, Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit) auszustellen. Parallel erfolgte im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung eine Ausdifferenzierung der Fachgebiete mit zunehmendem Fokus auf die Behandlung psychischer Erkrankungen unter Einbezug von psychotherapeutischen Verfahren. Seit 2003 gibt es beispielsweise den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Nach der aktuell gültigen Psychotherapierichtlinie sind die Psychoanalyse, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie für die Behandlung von Betroffenen anerkannt. Die Beschlussfassung zum Einbezug eines weiteren Verfahrens, der Systemischen Therapie, befindet sich derzeit in Vorbereitung.

Sektorengrenzen erschweren bedarfsgerechte Versorgung

Insgesamt verfügt das deutsche Gesundheitswesen über ein international beispiellos ausdifferenziertes Versorgungsangebot für psychische Erkrankungen.

Neben den Spezialisten im ambulanten Bereich – Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychiatrischen Institutsambulanzen – existiert ein ebensolches Angebot in der teilstationären und stationären Versorgung mit Universitätskliniken, Fachkliniken, Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und entsprechenden Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung [3].

Bestehende Schnittstellenprobleme, die im deutschen Gesundheitssystem aufgrund der sektoralen Trennung zwischen ambulant und stationär mit einem jeweils separaten Vergütungssystem und unterschiedlichen Verantwortlichkeiten seit Jahrzehnten in der gesundheitspolitischen Diskussion sind, wirken sich insbesondere nachteilig auf die Versorgung von Betroffenen mit psychischen Erkrankungen aus.

Auch die Entwicklung der Behandlung von psychischen Erkrankungen erfolgt in den Sektoren jeweils mit eigenen Schwerpunkten. Während im stationären Sektor, insbesondere ausgehend von der Psychiatrie-Enquete 1975 ein Enthospitalisierungsprozess in Gang gesetzt wurde, der zu einer rechtlichen Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker sowie einer getrennten Versorgung von psychisch Kranken und geistig Behinderten führte, vollzog sich im ambulanten Bereich mit dem zunehmenden Einbezug der neuen Berufsgruppe der Psychotherapeuten eine Fokussierung der Behandlung auf die Richtlinien-Psychotherapie.

Mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Jahr 2012 hat der Gesetzgeber eine eigene gesetzliche Grundlage für Modellvorhaben für die Versorgung psychisch kranker Menschen geschaffen. Ziel ist u.a. die Ausrichtung auf eine sektorenübergreifende Leistungserbringung. Derzeit bilden allerdings Modelle mit einer sektorenübergreifenden Kooperation noch die Ausnahme [17].

Ambulante Psychotherapie – Fortschritte der letzten Jahre

Trotz der bestehenden Koordinations- und Vernetzungsschwierigkeiten, die zu einem großen Teil auf die bestehende Sektorentrennung zurückzuführen sind, werden Probleme bei der Versorgung von

Tabelle 1 Übersicht über die wichtigsten Reformen und Gesetze zur Verbesserung der Versorgung von Betroffenen mit psychischen Erkrankungen

1999	<p>Psychotherapeutengesetz (PsychThG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ neue Heilberufe psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) ■ Direktzugang der Versicherten zu PP und KJP
2012	<p>Bedarfsplanungsreform</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Anhebung Versorgungsniveau in ländlichen Regionen auf Bundesdurchschnitt, ca. 1.300 weitere Kassenarztsitze für psychologische Psychotherapeuten ab 2013
2013	<p>Drittes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (3. AMG-Novelle)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Reform Quotenregelung für ärztliche Psychotherapeuten, ca. 800 weitere Niederlassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten
2015	<p>GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Auftrag für ein DMP Depression ■ Auftrag Reform Psychotherapie-Richtlinie ■ Einbezug Terminservicestelle zur Vermittlung von Terminen bei psychologischen Psychotherapeuten nach Abschluss der Richtlinien-Reform ■ Prüfauftrag kleinräumigere Planung Vertragsarztsitze für psychologische Psychotherapeuten ■ Aufhebung zahlreicher Befugnisbeschränkungen für psychologische Psychotherapeuten: Verordnungsberechtigung für Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, Krankentransporten, Krankenhausbehandlung und Soziotherapie ■ Innovationsfonds: Förderung neuer Versorgungsformen und Versorgungsforschung, Schwerpunktthema u.a. Menschen mit psychischen Erkrankungen
2017	<p>Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) ab 2018 ■ In-Kraft-Treten reformierte Psychotherapie-Richtlinie ■ Einführung psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe ■ Förderung Gruppentherapie (vereinfachtes Antragsverfahren sowie deutliche Höherbewertung der Vergütung) ■ Terminservicestellen vermitteln Termine für psychotherapeutische Sprechstunden sowie zur Akutbehandlung innerhalb von vier Wochen
2018	<ul style="list-style-type: none"> ■ Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen übernehmen ebenfalls Terminvermittlung zu probatorischen Sitzungen
2019	<p>Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ausbau Terminvermittlung durch Terminservicestellen der KBV: 24/7 Erreichbarkeit unter bundeseinheitlicher Rufnummer ■ Vermittlung in Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen <p>Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgungsgesetz – DVG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Verordnungsmöglichkeit digitaler Gesundheitsanwendungen <p>Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychThAusbRefG)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Direktstudium Psychotherapie ■ Erweiterung Verordnungsbefugnisse für Psychotherapeuten um Ergotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege ■ Auftrag eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung in der Psychotherapie-Richtlinie zu regeln ■ Auftrag den psychotherapeutischen Behandlungsbedarf diagnoseorientiert und leitliniengerecht zu konkretisieren <p>Bedarfsplanungsreform</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ca. 780 weitere Niederlassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten (voraussichtlich ab 2020)

psychischen Erkrankungen insbesondere als Zugangsprobleme bzw. (zu lange) Wartezeiten zur ambulanten Psychotherapie thematisiert. Um dem entgegenzuwirken, wurden beispielsweise mit der Reform der Bedarfsplanung im Jahr 2012 ca. 1.300 zusätzliche Kassenarztsitze für psychologische Psychotherapeuten insbesondere in ländlichen Regionen geschaffen, um so das Versorgungsniveau in ländlichen Regionen auf das bundesdurchschnittliche Versorgungsniveau anzuheben. Weitere ca. 800 Niederlassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten kamen 2013 mit einer Reform der Quotenregelungen für ärztliche Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hinzu.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahr 2015 stieß der Gesetzgeber zahlreiche weitere Maßnahmen zur Reform der ambulanten Psychotherapie an. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde u. a. verpflichtet, im Rahmen der Erarbeitung strukturierter Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (Disease-Management-Programm: DMP), eine Richtlinie für ein DMP Depression zu verabschieden. Das DMP Depression wurde am 15. August 2019 vom G-BA beschlossen. Erklärtes gesetzgeberisches Ziel der zusätzlich beauftragten Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinie war eine effektivere psychotherapeutische Versorgung, insbesondere um Wartezeiten zu reduzieren. Durch eine erneute Reform der Bedarfsplanung werden ab 2020 etwa 780 weitere niedergelassene Psychotherapeuten für die Versorgung zur Verfügung stehen. Zugleich wurden durch das GKV-VSG Psychotherapeuten zur Verordnung von Leistungen zu psychotherapeutischer Rehabilitation, Krankentransporten, Krankenhausbehandlung und Soziotherapie berechtigt. Einen zusammenfassenden Überblick über die wichtigsten Reformen und Gesetze insbesondere der letzten Jahre gibt **»** Tabelle 1.

Zentrales Kernstück der Richtlinien-Reform war die Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde. Diese ist als ein neues strukturierendes Element des Zugangs zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bereits im Vorfeld in verschiedenen Konzepten diskutiert worden [4, 5]. Neben der Verbesserung des Erstzugangs zu psychologischen Psychotherapeuten, dient die Sprechstunde einer frühzeitigen diagnostischen Abklärung, Steuerung und Beratung. Bereits vor der Richtlinienreform existierte ein differenziertes niedrigschwelliges Angebot zur Krisenintervention im Sinne einer Akutversorgung neben der Richtlinienpsychotherapie für die relevanten Spezialisten im ambulanten Bereich:

Das psychiatrische Gespräch, das psychosomatische Gespräch und das psychotherapeutische Gespräch. Neu ist ebenfalls die Verankerung verbindlicher persönlicher Erreichbarkeitszeiten für niedergelassene psychologische Psychotherapeuten. Seit die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen die Pflicht haben, Termine für einen Erstkontakt in eine psychotherapeutische Sprechstunde zu einem psychologischen Psychotherapeuten zu vermitteln, nehmen die entsprechenden Vermittlungsanfragen laut Evaluationsbericht der KBV den ersten Platz ein [6].

Reformen zeigen erste positive Wirkung

Die Ergebnisse einer von der Bundespsychotherapeutenkammer initiierten Online-Umfrage ein halbes Jahr nach Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung unter Vertragspsychotherapeuten [7] zeigen deutliche Verbesserungen: Die Wartezeit bis zu einem ersten Gespräch zur Diagnostik und Beratung hat sich nach Eigenauskünften der Psychotherapeuten zwischen 2011 und 2017 im Mittel um die Hälfte von 12,5 Wochen auf 5,7 Wochen reduziert, ebenso würden Patienten in einer psychischen Krise innerhalb von drei Wochen einen Behandlungstermin zur Akutbehandlung erhalten. Für die Niedrigschwelligkeit der neuen Elemente spricht dieser Studie zufolge auch, dass sich das Spektrum der Patienten, die einen ersten Termin verabreden, deutlich zugunsten von Patienten mit chronischen Erkrankungen, bestehender Arbeitsunfähigkeit und sozialer Benachteiligung verschoben hat. Auch die durchschnittliche Wartezeit auf den Beginn einer Richtlinienpsychotherapie hat sich signifikant verkürzt. Belastbare Ergebnisse über die Wirkungen der Richtlinienreform werden allerdings frühestens erst nach Abschluss einer vom G-BA beauftragten Evaluation vorliegen.

Psychische Störungen: Krankheitsbegriff im Wandel

Sowohl psychische als auch somatische Erkrankungen unterliegen einem stetigen Wandel, was gestern noch als „normal“ galt (z.B. die Dauer von Trauerreaktionen oder Blutdruckwerte) kann heute schon einen Krankheitswert haben. Inwieweit es sich hierbei um auf wissenschaftlicher Evidenz basierende Erkenntnisse oder die Pathologisierung eines vormals als gesund definierten Zustandes handelt, ist oftmals nicht eindeutig zu klären. Das stellt

die Versorgungsstrukturen und -prozesse im Gesundheitswesen immer wieder vor neue Herausforderungen. Neben einer kontinuierlichen Anpassung ist unter den gegebenen Umständen eine prognostische Planung von Gesundheitsversorgung nur begrenzt möglich. So wird z.B. in der elften Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11), die ab dem Jahr 2022 in Kraft treten soll, u. a. Spielsucht, zwanghaftes Sexualverhalten und Trennungsangst neu in den Katalog der psychischen Störungen aufgenommen werden (vgl. auch der **»** Beitrag von Riedel-Heller et al.).

Das in den bereits thematisierten Wartezeiten zum Ausdruck kommende verstärkte Nachfrageverhalten kann in Teilen ebenfalls auf ein verändertes Krankheitsverständnis, auf eine sich veränderte Gesellschaft bzw. Arbeitswelt und damit verbundene individuelle Anforderungen zurückgehen. Daten aus der medizinischen Versorgung enthalten meist nur wenige Informationen über die Validität der Diagnosen oder die Qualität der Patientenversorgung [8]. So wurde z.B. anhand des Faktenchecks Depression ein auffällig hoher Anteil an unspezifischen Depressionsdiagnosen in den Routinedaten thematisiert, der nicht mit den Prävalenzangaben großer epidemiologischer Studien übereinstimmt [9, 10].

Aktuelle Gesetzgebung zur weiteren Verbesserung der Versorgung

Seit 2018 ist die durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eingeführte stationsäquivalente psychiatrische Behandlung neu in der Versorgung. Diese ermöglicht eine Krankenhausbehandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen im häuslichen Umfeld. Ziel ist die Stabilisierung der Patienten im Lebensumfeld und die Förderung der Teilhabe an der Gesellschaft, einschließlich Selbstversorgungs- und Arbeitsfähigkeit [11].

Neben zahlreichen Initiativen der gesetzlichen Krankenkassen im Selektivvertragsbereich und Projekten im Rahmen des Innovationsfonds, die sich der Versorgung von psychischen Erkrankungen widmen, werden mit drei weiteren aktuellen Gesetzen bzw. Gesetzesvorhaben zusätzliche Verbesserungen der Versorgung von psychischen Erkrankungen initiiert.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das am 11.05.2019 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber den Umfang der Terminvermittlung

zur fachärztlichen und auch psychotherapeutischen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgebaut. Terminservicestellen sollen zudem ab 2020 täglich 24 Stunden unter einer bundeseinheitlichen Telefonnummer erreichbar sein und Termine in eine Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen vermitteln.

Die Digitalisierung erfasst alle Lebensbereiche und bei der Versorgung psychischer Erkrankungen wird auch in Deutschland zunehmend der Einsatz von online- und mobile-basierten Interventionen diskutiert [12, 13, 14]. Bislang werden entsprechende Programme auf freiwilliger Basis insbesondere von Krankenkassen angeboten. Mit dem Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) soll künftig die Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen unter bestimmten Voraussetzungen durch Ärzte und Psychotherapeuten ermöglicht werden.

Aktuell wird gerade der Entwurf des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes (PsychThAusbRefG) diskutiert. Das Gesetzesvorhaben dient in der Hauptsache der berufspolitisch lang geforderten Einführung eines Direktstudiums Psychotherapie, das zur Approbation und damit zur Befugnis der eigenverantwortlichen Patientenbehandlung führt. In Analogie zur Medizinerbildung soll die Weiterbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren erst im Anschluss erfolgen. Damit einhergehend werden die Verordnungsbefugnisse von Psychotherapeuten nochmals um Ergotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege erweitert [15, 16]. Forderungen vonseiten des Bundesrats und der BPTK, ebenfalls die Verordnung von Arbeitsunfähigkeit durch Psychotherapeuten vorzusehen, wurde vom Gesetzgeber (noch) nicht entsprochen.

Die Psychotherapie-Richtlinie definiert die Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie im ambulanten Sektor und macht deutlich, dass Psychotherapie zur beruflichen oder sozialen Anpassung, zur beruflichen oder schulischen Förderung sowie Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist. In der Realität allerdings sind die Grenzen nicht eindeutig zu ziehen. Zwischen behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen und Unterstützungs- und Beratungsbedarf aufgrund individueller Überforderungen existiert ein recht großer Graubereich. Die überproportionale Betroffenheit von psychischen Erkrankungen bei Arbeitslosen zeigt z.B., dass die den Hilfesystemen zugrunde liegende Trennung zwischen Gesundheit und Sozialem in der Realität für die Betroffenen wenig hilfreich ist.

Fazit

Inbesondere in der jüngsten Vergangenheit sind zahlreiche Schritte unternommen worden, um die Versorgung von Betroffenen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Neben einem deutlichen Zuwachs insbesondere bei den Psychotherapeuten, sind auch niederschwelligere und schnellere Zugangswege geöffnet bzw. neu geschaffen worden. Weitere Schritte, die z.B. im Zuge der Digitalisierung aber auch bei der Reform der Psychotherapeutenausbildung angestoßen wurden, werden ihre Wirksamkeit in den kommenden Jahren noch unter Beweis stellen müssen. Gleichzeitig muss aber auch die Diagnose- und Therapiequalität wieder mehr in den Fokus rücken, um eine Fehlversorgung zu vermeiden. Kritisch zu betrachten ist in diesem Kontext auch die zunehmende Pathologisierung vormals gesunden Verhaltens, deren Behandlungskosten nachfolgend zulasten der Solidargemeinschaft gehen.

Ziel aller Bemühungen muss es aber am Ende sein, dass der von einer psychischen Erkrankung Betroffene schnell und unkompliziert versorgt wird und dabei neben dem reinen Gesundheitsbezug auch alle anderen Lebensbereiche im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung nach dem ICF-Modell der WHO (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) einbezogen werden. Die Betriebskrankenkassen haben die Relevanz des Themas schon lange erkannt und setzen sich deshalb in zahlreichen Initiativen wie psyGA (psychische Gesundheit und Arbeit) oder SeGeL (Seelische Gesundheit leben) seit Jahren für die Betroffenen ein.

Literatur

1. KBV (2012) Geschäftsbericht 2011/12. Berlin
2. SVR Gesundheit (2015) Psychische Gesundheit – Versorgung von Menschen mit Depression. Kapitel 10.1 SVR Sondergutachten, Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Bonn/Berlin
3. DGPPN (2018) Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. Kapitel 3. URL: <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/dossier.html>
4. GKV SV (2013) Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_GKV-SV_Ambulante_Psychotherapie.pdf
5. A. Walendzik, S. Hebrok (2015) Neugestaltung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. G + S 1/2015
6. KBV (Hrsg.) Evaluationsbericht Terminalservicestellen. URL: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/35781.php> (abgerufen am 01.07.2019)
7. BPTK (2018) Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. Studie der BPTK. Berlin
8. F. Jacobi et al. (2015) Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland – Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In: Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) BKK Gesundheitsatlas 2015 – Blickpunkt Psyche. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin. S. 66
9. Bertelsmann Stiftung (2014) Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Seite 104. Gütersloh
10. SVR Gesundheit (2015) Psychische Gesundheit – Versorgung von Menschen mit Depression. Exkurs: Validitätsprobleme von ICD-Routinedaten, S. 182f. Bonn/Berlin
11. BVDN et al. (2018) Gemeinsames Eckpunktepapier zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)
12. J.P. Klein et al. (2016) Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen. Der Nervenarzt 87(11): 1185–1193
13. N. Bauereiß et al. (2017) Internet- und mobile-basierte Interventionen für Personen mit psychischen Belastungen und Störungen. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2017. Digitale Arbeit – Digitale Gesundheit. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin.
14. R. Schuster et al. (2018) Computer und Psychotherapie – geht das zusammen? Psychotherapeut 4–2018
15. BMG (2019) Stellungnahmen zum Referentenentwurf PsychThGAusbRefG. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/stellungnahmen-refe/psychthgausbrefg.html>
16. Deutscher Bundestag (2019) Stellungnahmen anlässlich der Sachverständigenanhörung zur Psychotherapeutenausbildung im Gesundheitsausschuss am 15.05.2019. URL: <https://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoeerungen/stellungnahmen-inhalt-637810>
17. GKV-SV, PKV DKG (Hrsg.) (2019) Gemeinsamer Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG. Berlin: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/pepp_bericht_2019/2019_06_28_PEPP-Bericht_17d_KHG_DKG_GKV_PKV.pdf



Dipl.-Soz. Kerstin Dahlke

Kerstin Dahlke ist Diplom-Soziologin und arbeitet seit rund zwanzig Jahren im Gesundheitswesen. Nach einer Tätigkeit am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung erfolgte der Einstieg in das Gesundheitswesen zunächst als Sachgebietsleiterin stationäre Pflege. Im Anschluss begleitete sie aktiv als Referentin ambulante Versorgung u. a. die Umsetzung des PsychThG. Aktuell betreut sie beim BKK Dachverband Themen der ambulanten Versorgung mit besonderem Fokus auf Bedarfsplanung und ambulanter Psychotherapie. In ihrer Funktion wirkt sie an der Erarbeitung von Positionen der Betriebskrankenkassen mit und vertritt diese in zahlreichen Gremien auf Bundesebene.



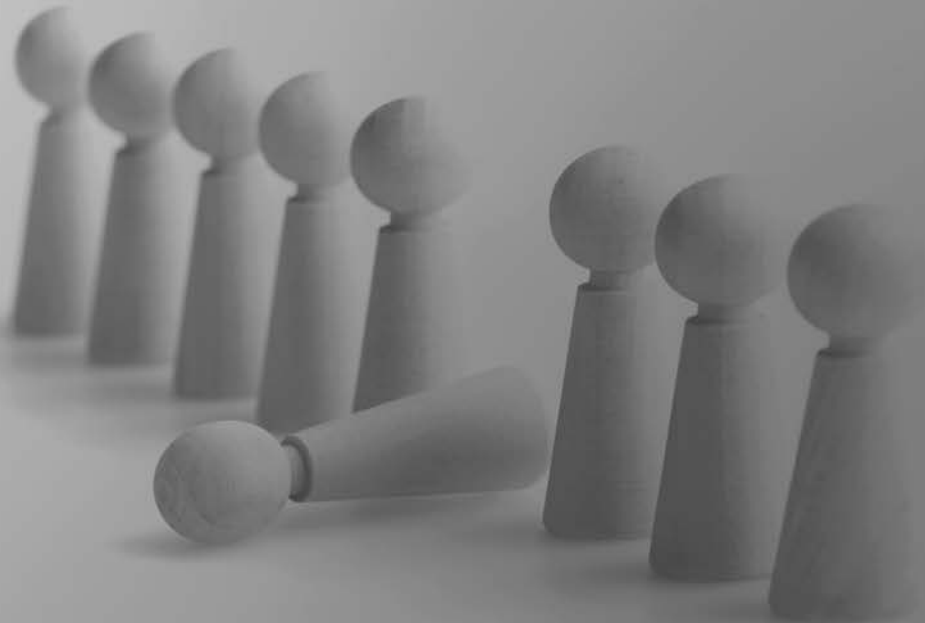
Dipl.-Psych. Dirk Rennert

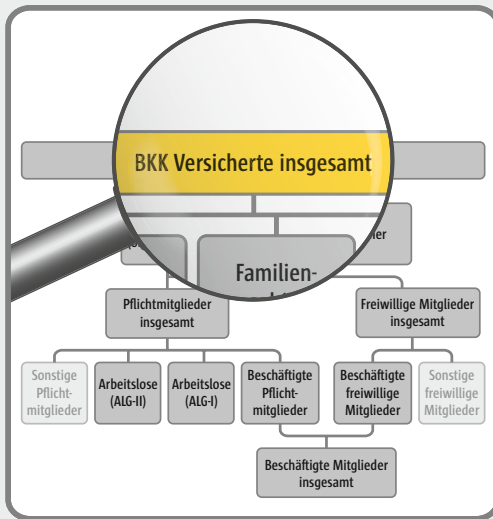
Als Projektleiter Gesundheitsberichterstattung ist Herr Rennert seit 2014 beim BKK Dachverband e.V. u. a. für den BKK Gesundheitsreport und den BKK Gesundheitsatlas verantwortlich. Nach seinem Abschluss als Diplom-Psychologe war er zuvor mehrere Jahre in der Versorgungsforschung, insbesondere in den Bereichen Prävention sowie in der beruflichen und medizinischen Rehabilitation, an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg tätig. Von besonderem Interesse sind für Herrn Rennert die komplexen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Arbeit sowie daraus ableitbare Handlungsempfehlungen für die betriebliche Praxis.

4

Arzneimittelverordnungen

Dirk Rennert, Karin Kliner und Matthias Richter





Nach dem AU-Geschehen sowie der ambulanten und stationären Versorgung schließen die Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen die Analysen der Routedaten ab und ergänzen somit das Gesamtbild zum Krankheitsgeschehen der BKK Versicherten. Neben den Versicherten insgesamt wird wiederum insbesondere im Zusammenhang mit den arbeitsweltlichen Analysen die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder betrachtet.

Die Auswertung der Arzneimittelverordnungen erfolgt anhand ihrer anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (kurz: ATC-Klassifikation). Eine Auflistung der anatomischen Hauptgruppen bzw. der therapeutischen Untergruppen ist in **»»»** Tabelle B.2 zu finden. Diese Klassifikation systematisiert Wirkstoffe anhand ihrer chemischen Eigenschaften, ihres therapeutischen Einsatzgebietes sowie anhand anatomischer Kriterien. Deren Anwendungsgebiete sind nach Organsystemen in 14 Hauptgruppen unterteilt.

4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

4.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2018

Insgesamt sind im Jahr 2018 59,4 Millionen Einzelverordnungen (EVO) an rund 8 Millionen BKK Versicherten vergeben worden. Das entspricht einem durchschnittlichen Wert von 7,5 EVO je BKK Versicherten, der zugehörige Wert bei den definierten Tagesdosen (DDD) beläuft sich auf 478 DDD je BKK Versicherten. Etwas weniger als drei Viertel (73,3%) aller BKK Versicherten haben im Jahr 2018 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten. Dieser Anteil hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur leicht verändert (2017: 73,0%).

In **III** Tabelle 4.1.1 sind die wichtigsten Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen nach Versichertengruppen im Jahr 2018 dargestellt. Der mit deutlichem Abstand größte Anteil der Versicherten (91,1%) mit mindestens einer Arzneimittelverordnung ist, wie auch in den Vorjahren, in der Gruppe der Rentner zu finden. Gleiches gilt auch für die Anzahl der Einzelverordnungen (18,7 EVO je Rentner) sowie auch für die definierten Tagesdosen (1.380 DDD je Rentner). Mit großem Abstand folgen dann die Familienversicherten, bei denen 68,5% mindestens eine Verordnung im Berichtsjahr erhalten haben. Allerdings

sind hier die Einzelverordnungen (4,8 EVO je Familienversicherten) und v.a. die definierten Tagesdosen (186 DDD je Familienversicherten) im Vergleich zu allen anderen Versichertengruppen am niedrigsten. Begründet ist dies vor allem damit, dass in dieser Gruppe zum Großteil Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren (70,4%) zu finden sind. Da in dieser Altersgruppe häufig akute Erkrankungen von kurzfristiger Dauer auftreten, ist zwar der Verordnungsanteil relativ groß, es werden aber meist nur Medikamente mit einer geringen Applikationsdauer verschrieben, was in einer durchschnittlich geringen Anzahl an definierten Tagesdosen (DDD) resultiert. Nicht einmal die Hälfte (47,2%) aller Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug hat im aktuellen Berichtsjahr eine Arzneimittelverordnung erhalten. Damit ist für diese Gruppe der niedrigste Anteil von allen zu verzeichnen, sie hat hingegen bei den Einzelverordnungen (7,6 EVO je Arbeitsloser im ALG-I-Bezug) sowie auch bei den definierten Tagesdosen (496 DDD je Arbeitsloser im ALG-I-Bezug) zusammen mit den ALG-II-Empfängern die zweithöchsten Verordnungsmengen nach den Rentnern. Weitere Detailbetrachtungen der Arzneimittelverordnungen nach Versichertengruppen sind auch im **III** Kapitel 4.2.2 zu finden.

Tabelle 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2018)

Versichertengruppen	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	4,6	289	67,0
Rentner	18,7	1.380	91,1
Arbeitslose (ALG-I)	7,6	496	47,2
Arbeitslose (ALG-II)	7,1	433	60,5
Familienangehörige	4,8	186	68,5
BKK Versicherte insgesamt	7,5	478	73,3

4.1.2 Langzeittrends

- Im Jahr 2018 ist für alle Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen im Vergleich zum Vorjahr ein Zuwachs – insbesondere bei den definierten Tagesdosen – zu beobachten.
- Vermutlich ist für diesen Anstieg ein Kombinationseffekt aus demografischem Wandel sowie Grippe- und Erkältungswelle (mit-)verantwortlich.

Da bei den Arzneimittelverordnungen ab dem Berichtsjahr 2012 eine Umstellung der Auswertungsmethodik stattfand, ist eine Betrachtung der Verordnungskennzahlen im Zeitverlauf erst ab diesem Zeitpunkt möglich (»»» Tabelle 4.1.2).

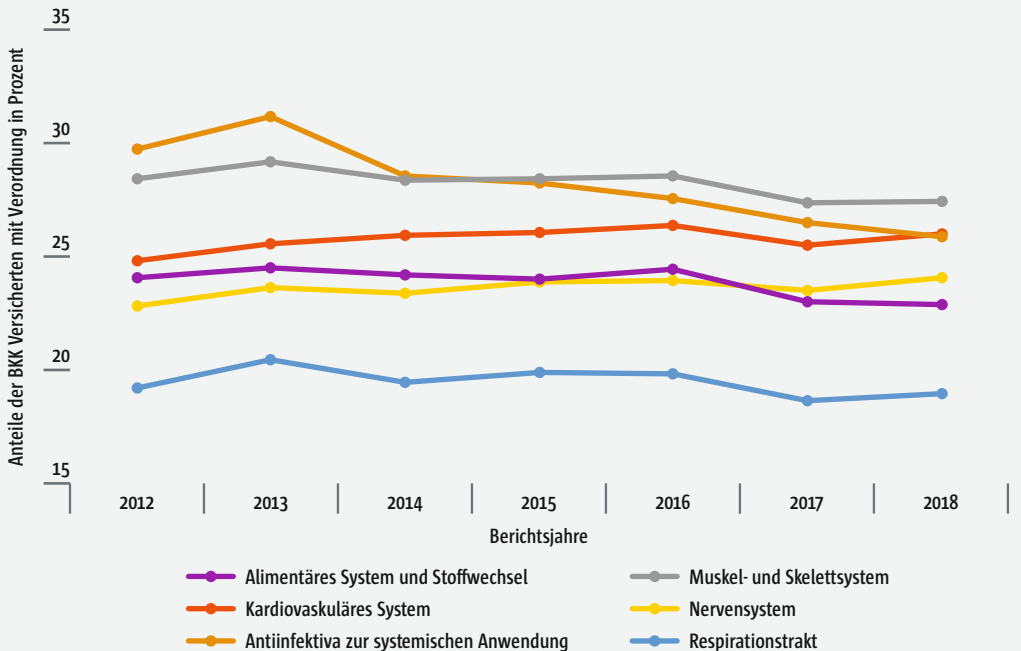
Wie zu erkennen ist, hat sich der Anteil der Versicherten, die mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten haben, von 2012 bis 2018 nur wenig verändert und schwankt im Bereich zwischen 73 bis 75%. Ein etwas höherer Anteil an Versicherten mit einer Verordnung ist im Jahr 2013 zu erkennen. Dieser ist, wie nachfolgend noch zu sehen sein wird, vor allem durch die im Jahr 2013 sehr ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle verursacht und wird aber für die ebenfalls

Tabelle 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2018)

Berichts-jahre	EVO je BKK Versicherten	DDD je BKK Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
2012	7,4	434	73,7
2013	7,5	447	74,9
2014	7,5	462	74,0
2015	7,6	470	73,8
2016	7,7	486	74,0
2017	7,3	465	73,0
2018	7,5	478	73,3

starke Grippe- und Erkältungswelle im Jahr 2013 nicht in gleichem Maße sichtbar. Dagegen sind im Jahr 2018 die Einzelverordnungen sowie v.a. die definierten Tagesdosen bei den Versicherten angestiegen. Vermutlich handelt es sich bei der Zunahme der Tagesdosen um

Diagramm 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf (2012–2018)



einen Effekt, der zusätzlich zum demografischen Wandel durch die Grippewelle in 2018 beeinflusst wird.

In **»»** Diagramm 4.1.1 sind die jeweiligen Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung für ausgewählte Verordnungshauptgruppen im Zeitverlauf zwischen 2012 und 2018 dargestellt. Sowohl in der Reihung als auch in der Ausprägung der Anteile ist im Betrachtungszeitraum für die meisten hier dargestellten Wirkstoffgruppen nur wenig Dynamik zu erkennen. Die deutlichste Änderung zeigt sich bei den Verordnungen von Antiinfektiva zur systemischen Anwendung, die im Berichtszeitraum um -3,9 Prozentpunkte zurückgegangen sind. Vermutlich ist diese Abnahme insbesondere in den vergangenen Jahren auf eine erhöhte Sensibilisierung gegenüber (häufig unnötigen) Antibiotikaverschreibungen, die dieser Wirkstoffgruppe zuzuordnen sind, zurückzuführen. Zugenommen haben hingegen die Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem (+1,3 Prozentpunkte). Neben den Analgetika (No2: z.B. Schmerzmittel) sind es v.a. die Psychoanaleptika (No6: z.B. Antidepressiva), die in dieser Gruppe den Hauptteil der Verordnungen bedingen und somit auch primär für die genannte Zunahme verantwortlich sind. Zur Gruppe der Psychoanaleptika sind im Rahmen des diesjährigen Schwerpunktthemas weitere Detailauswertungen in **»»** Kapitel 4.5 zu finden.

4.1.3 Die wichtigsten Arzneimittelverordnungen

- Mehr als jede vierte Einzelverordnung (27,1%) sowie mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (45,0%) gehen auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zurück.
- Zusammen mit den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie das Nervensystem sind diese drei Wirkstoffgruppen für mehr als die Hälfte (54,8%) aller Einzelverordnungen bzw. für über zwei Drittel (69,6%) aller Tagesdosen verantwortlich.

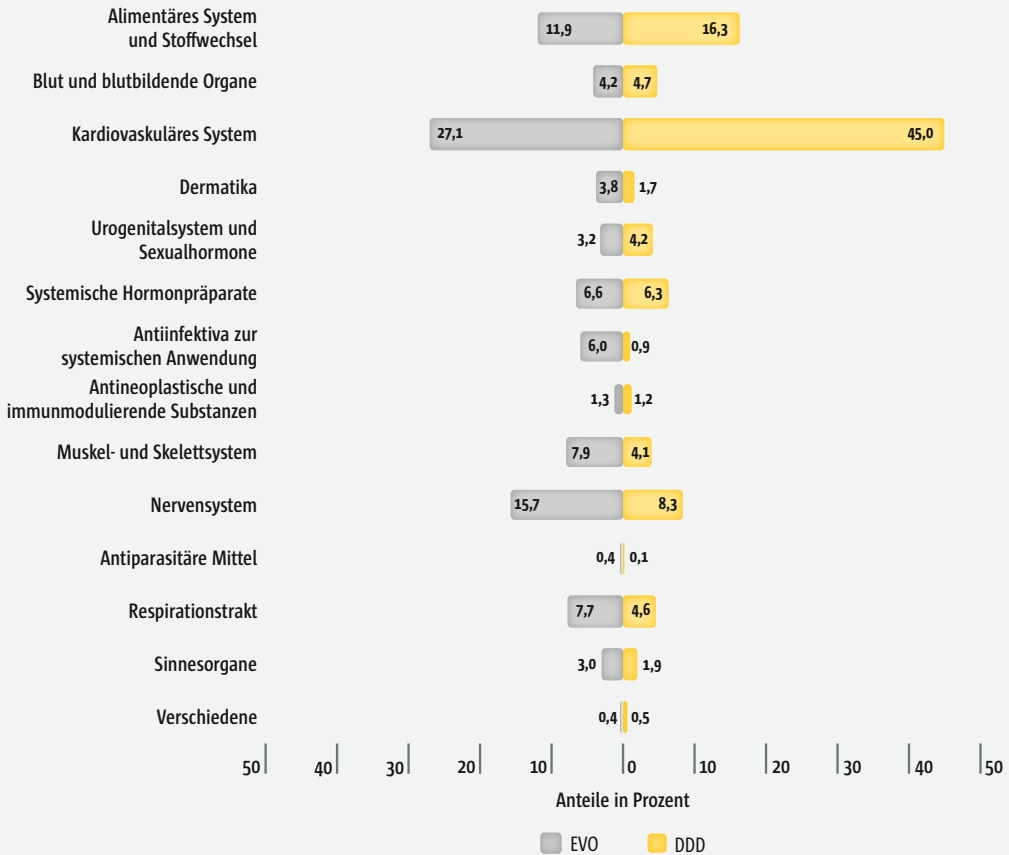
Neben den Verordnungsanteilen der BKK Versicherten gibt ein Blick auf die Einzelverordnungen sowie die definierten Tagesdosen getrennt nach den anatomischen Hauptgruppen weiteren Aufschluss über das Verordnungsgeschehen im Arzneimittelbereich.

Wie in **»»** Diagramm 4.1.2 zu erkennen ist, dominieren auch im Jahr 2018 die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System die Anteile der Einzelverordnungen sowie der definierten Tagesdosen. Mehr als jede vierte Einzelverordnung (27,1%) sowie 45,0% aller definierten Tagesdosen gehen insgesamt allein auf diese anatomische Hauptgruppe zurück. Im Vergleich zum Jahr 2017 sind diese Anteile tendenziell angestiegen (2017: EVO: 26,6%; DDD: 44,3%). Ähnlich verhält es sich mit den Medikamenten mit

Tabelle 4.1.3 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen im Zeitverlauf (2012–2018)

ATC-Code	Therapeutische Untergruppen	Berichtsjahre						
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent						
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	25,4	26,3	25,5	25,5	25,6	24,4	24,3
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	28,4	29,7	27,2	26,8	26,0	25,0	24,2
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	16,7	17,5	18,0	18,2	18,6	18,1	18,6
N02	Analgetika	14,7	15,5	15,2	16,0	16,0	15,9	16,5
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	13,5	14,1	14,8	15,0	15,3	14,0	13,9
C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	12,6	12,9	13,0	12,9	12,9	12,2	12,3
H03	Schilddrüsentherapie	9,6	10,2	10,5	10,7	11,1	11,0	11,1
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	8,8	9,3	9,3	9,4	9,5	9,2	9,5
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	7,9	8,2	8,4	8,5	8,9	8,6	8,9
S01	Ophthalmika	8,5	8,9	9,0	8,8	8,9	8,8	8,8

Diagramm 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)



Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel: Diese verursachen mit 11,9% den drittgrößten Anteil der Einzelverordnungen und sind für 16,3% aller verordneten Tagesdosen verantwortlich. Im Vorjahresvergleich zeigen sich hier nur geringe Änderungen (2017: EVO: 12,1%; DDD: 16,5%). Auch die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem haben sich mit 15,7% aller Einzelverordnungen und 8,3% aller Tagesdosen im Vergleich zum Vorjahr nur wenig verändert (2017: EVO: 15,6%; DDD: 8,4%). Zusammen sind allein diese drei Wirkstoffgruppen im Jahr 2018 für mehr als die Hälfte (54,8%) aller Einzelverordnungen und über zwei Drittel (69,6%) aller verordneten Tagesdosen der BKK Versicherten verantwortlich.

Neben der allgemeinen Übersicht zum Arzneimittelverordnungs geschehen soll im Folgenden ein de-

taillierter Blick auf die nach Verordnungsanteilen wichtigsten therapeutischen Untergruppen erfolgen.

In Tabelle 4.1.3 sind die zehn Wirkstoffgruppen, die bei den BKK Versicherten die größten Anteile an allen Verordnungen ausmachen, auf Ebene der therapeutischen Untergruppen im Verlauf zwischen 2012 bis 2018 dargestellt. Zunächst lässt sich feststellen, dass sowohl bei den zu den Top 10 gehörenden Wirkstoffgruppen selbst, als auch in ihrer Reihung im Berichtszeitraum nahezu keine Änderungen aufgetreten sind.

Die Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) werden im aktuellen Berichtsjahr mit einer Verordnungsquote von 24,2% erstmals durch die Antiphlogistika und Antirheumatika (24,3%) verdrängt. Hinzu kommt, dass die Verordnungsanteile für die Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) im

gesamten Beobachtungszeitraum mit $-4,2$ Prozentpunkten den stärksten Rückgang zu verzeichnen haben. Es ist davon auszugehen, dass die Aufklärungs- und Informationskampagnen der letzten Jahre hier erste positive Wirkung zeigen und weitere Rückgänge in den kommenden Jahren zu verzeichnen sein werden.

Bis auf die Ophthalmika (Mittel für Augenerkrankungen; S01) und die Wirkstoffe zur Schilddrüsen-therapie (H03), entstammen die anderen häufigsten Verordnungen ausnahmslos den sechs Verordnungs-

hauptgruppen, die bereits in **»»** Diagramm 4.1.1 dargestellt sind. Allein drei der Einzelverordnungen entstammen dabei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System. Dass es sich hierbei um Arzneimittel handelt, die in einem deutlichen Zusammenhang mit dem Lebensalter der Versicherten stehen, wird im folgenden Kapitel näher betrachtet. Aus der Gruppe der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem sind noch die Analgetika (N02) zu nennen, deren Verordnungsanteile im Beobachtungszeitraum um $+1,8$ Prozentpunkte zugelegt haben.

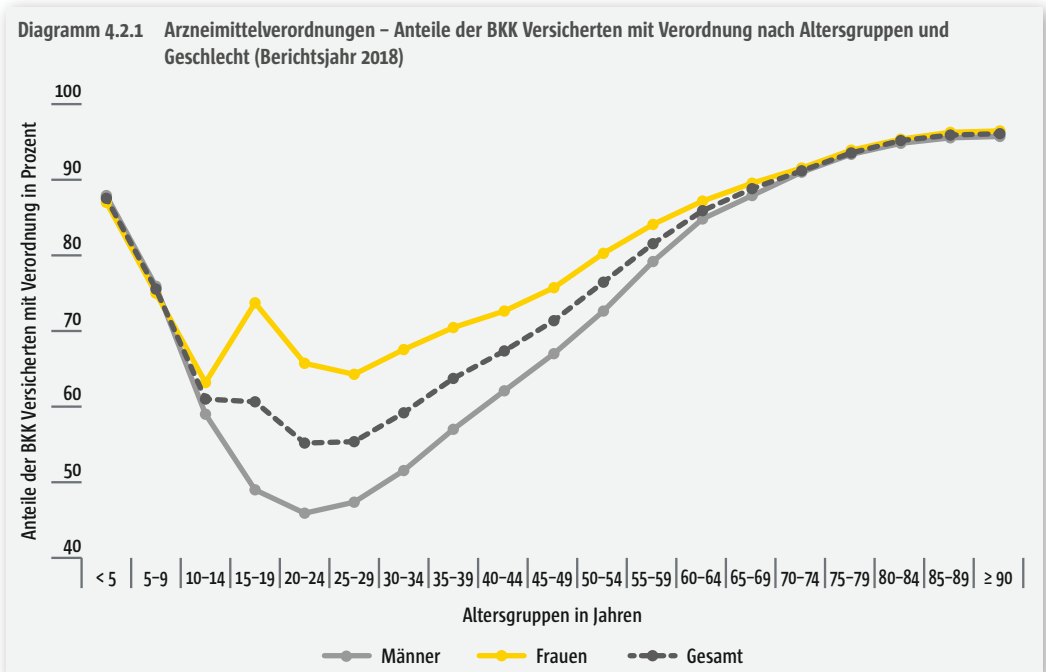
4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Wie auch schon in den vorhergehenden Kapiteln dieses Buches deutlich wurde, steht die Soziodemografie der BKK Versicherten in einem engen Zusammenhang mit dem Versorgungsgeschehen bzw. der gesundheitlichen Lage. Dass dies auch für die Verordnungen von Arzneimitteln gilt, soll im folgenden Abschnitt näher beleuchtet werden. Parallel zu den bereits berichteten Leistungsbereichen werden neben dem Alter und dem Geschlecht auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe sowie der höchste schulische bzw. berufliche Abschluss betrachtet.

4.2.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

Das **»»** Diagramm 4.2.1 stellt die Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung im Jahr 2018 differenziert nach Alter und Geschlecht dar.

Arzneimittelverordnungen bei Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 14 Jahren sind bei beiden Geschlechtern nahezu gleich häufig, wobei die Anteile vom Kleinkind- bis zum frühen Jugendalter deutlich abnehmen. In dieser Altersgruppe sind – analog zu den ambulanten Diagnosedaten (**»»** Kapitel 2.2.1) – vor allem den Respirationstrakt



betreffende, entzündungshemmende und fiebersenkende Arzneimittel die am häufigsten verordneten Wirkstoffe. Eine Begründung für den hohen Anteil von Verordnungen bei jungen BKK Versicherten wird vermutlich auch die Erstattungsfähigkeit beispielsweise von Mund- und Rachentherapeutika sowie Erkältungsmedikamenten für Kinder bis zu zwölf Jahren sein. Durch die Verordnung auf ein Kassenrezept werden dabei auch solche Medikamente erfasst, die für Patienten anderer Altersklassen i. d. R. nicht erstattungsfähig sind und somit durch die Statistik nicht abgebildet werden.

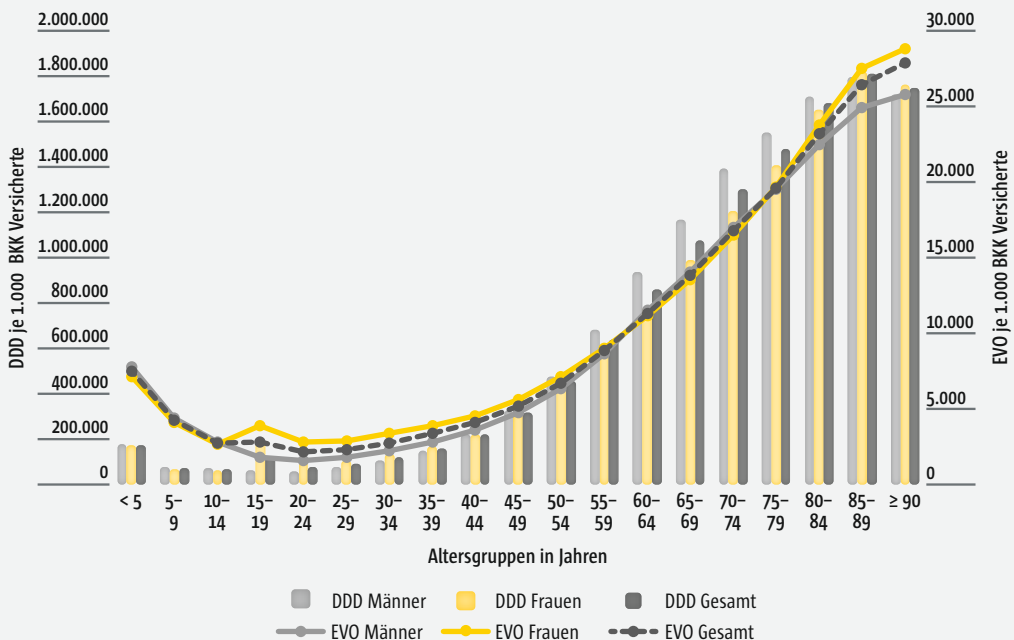
Ab einem Alter von 15 Jahren unterscheiden sich die geschlechtsspezifischen Verordnungshäufigkeiten deutlich. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen ist dieser Unterschied am auffälligsten – die jungen Frauen erhalten hier +24,8 Prozentpunkte mehr Arzneimittelverordnungen als die jungen Männer, was vor allem durch Verordnungen im Bereich der Kontrazeptiva (Verhütungsmittel) begründet ist. Die insbesondere bei den Frauen dann folgende deutliche Abnahme des Verordnungsanteils ist wiederum dadurch erklärbar, dass Kontrazeptiva ab dem 20. Lebensjahr i. d. R. nicht mehr zulasten der GKV verordnet werden dürfen, es sei denn deren Wirkung er-

streckt sich auf weitere behandlungsrelevante Indikationen, wie z.B. verstärkter Haarwuchs (ICD-10-Code: L68) oder Menstruationsstörungen (ICD-10-Code: N92).

Seit Ende März 2019 haben gesetzlich Krankenversicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr (2 Jahre länger als bisher) Anspruch auf Kostenerstattung für Kontrazeptiva durch die GKV (§ 24a SBG V). Diese Änderung wurde im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Informationen über einen Schwangerschaftsabbruch eingeführt. Diese Gesetzesänderung wird sich allerdings erst auf die Arzneimittelstatistiken des Berichtsjahres 2019 auswirken.

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung insgesamt an, wobei gleichzeitig der Geschlechtsunterschied immer mehr abnimmt. Insbesondere ab dem 80. Lebensjahr erhält nahezu jeder BKK Versicherte mindestens ein Arzneimittel (Gesamt: 95,1–96,1%) pro Jahr verordnet. Entsprechend der in der ambulanten Versorgung (Kapitel 2.2) in dieser Altersgruppe vorherrschenden Dominanz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen geht die Mehrzahl der Verordnungen

Diagramm 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



somit auch auf die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zurück.

Auch bei der Betrachtung der Einzelverordnungen sowie definierten Tagesdosen der BKK Versicherten zeigt sich sowohl bezogen auf das Alter als auch auf das Geschlecht ein ähnliches Muster, wie es schon bei den Verordnungsanteilen zu erkennen ist (III Diagramm 4.2.2). Auch hier ist ein großer Geschlechtsunterschied bei den 15- bis 19-jährigen bzgl. der EVO und DDD mit den höchsten Werten für die Frauen zu finden. Für die Einzelverordnungen wird außerdem ein Unterschied bei den Frauen ab dem 85. Lebensjahr erkennbar, während die Männer insbesondere zwischen dem 60. und dem 75. Lebensjahr mehr Einzelverordnungen und v.a. deutlich mehr definierte Tagesdosen erhalten. Maßgeblich werden diese altersbedingten Geschlechtsunterschiede v.a. durch die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System verursacht.

Besonders eindrucksvoll steigen beide Verordnungskennzahlen ab dem 60. Lebensjahr an, was unter anderem mit dem Übergang von der Arbeits- in die Ruhestandsphase zusammenhängt. Ein ähnliches Verlaufsmuster ist in der ambulanten (III Kapitel 2.2) und in der stationären (III Kapitel 3.2) Versorgung v.a. in Bezug zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten.

Exkurs Medikation von Hyperkinetischen Störungen

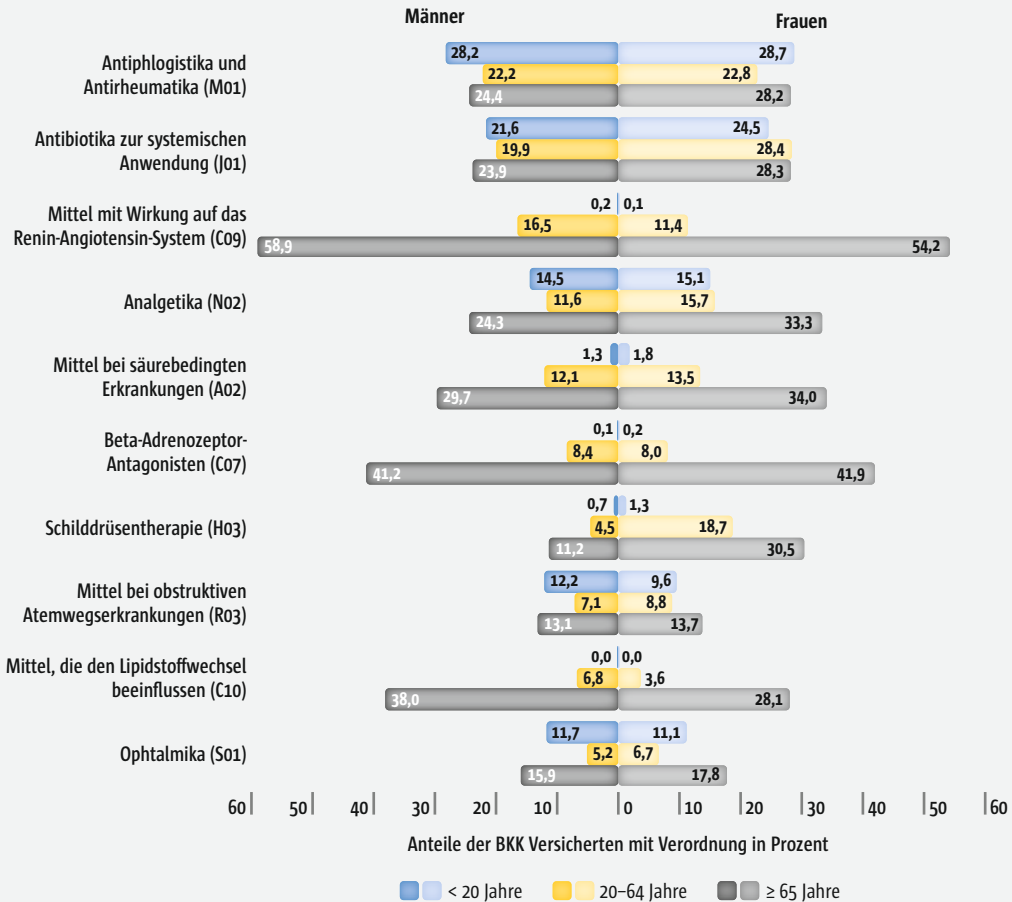
Bei der Diagnose ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung) handelt es sich nicht nur um ein öffentlich breit diskutiertes Krankheitsbild, sondern auch um eines, das in den Arzneimittelverordnungen erkennbar ist. Der hierfür vorrangig verwendete Wirkstoff Methylphenidat (No6BA04) wird in der Gruppe der 10- bis 14-jährigen am häufigsten v.a. bei den männlichen Versicherten verordnet (Männer: 4,4% vs. Frauen 1,3% mit Verordnung). Entsprechend finden sich in dieser Altersgruppe auch die höchsten ambulanten Diagnoseraten für das zugrunde liegende Krankheitsbild (F90) mit einem ebenfalls deutlich höheren Anteil bei den männlichen im Vergleich zu den weiblichen Versicherten (9,9% vs. 6,8% mit Diagnose). Insgesamt sind sowohl der Großteil aller ADHS-Diagnosen sowie der entsprechenden Pharmakotherapie in den Altersgruppen zwischen 5 und 20 Jahren zu finden. Entgegen den Empfehlungen der Leitlinien wird bereits bei 0,3% der Kinder unter 5 Jahren eine solche Diagnose gestellt, allerdings zeigt sich nur in seltensten Fällen eine entsprechende Medikation (ca. 0,003% in

dieser Altersgruppe erhalten eine solche Verordnung). Zunehmend wird auch über eine Ausweitung der ADHS-Diagnose auf das Erwachsenenalter diskutiert. Es überrascht deshalb wenig, dass sowohl bei den Diagnoseraten (0,1-1,8%) als auch bei den Verordnungsanteilen (0,02-0,5%) bei den 20- bis unter 65-Jährigen ebenfalls noch substanzielle Anteile im Versorgungsgeschehen zu erkennen sind.

- Bei Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zeigt sich mit zunehmendem Lebensalter der deutlichste Anstieg bei den Verordnungsmengen.
- Dieser Anstieg korrespondiert mit den altersabhängigen Prävalenzen entsprechender chronischer Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck oder anderen häufig vorkommenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Dagegen unterscheiden sich die Verordnungsanteile bei den Antibiotika zwischen den Altersgruppen bzw. Männern und Frauen nur geringfügig.

In III Diagramm 4.2.3 sind die zehn bereits in III Tabelle 4.1.3 aufgeführten und nach Anteilen häufigsten Verordnungen auf Ebene der therapeutischen Untergruppen nochmals differenziert nach Alter und Geschlecht dargestellt. Deutlich vom Alter der Versicherten abhängige Verordnungsanteile sind primär für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System (u.a. Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System: C09; Beta-Adrenozeptor-Antagonisten: C07; Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen: C10) erkennbar, die unter anderem im Zusammenhang mit der höheren Prävalenz von Herz- und Kreislauferkrankungen in der Gruppe der älteren Versicherten erklärbar sind (III Kapitel 2.2). Diese drei therapeutischen Untergruppen werden faktisch in der Gruppe der unter 20-jährigen nicht verordnet, da in dieser Altersgruppe die zugrunde liegenden Krankheitsbilder nur sehr selten auftreten. Ein ähnliches Altersmuster ist auch für die Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (A02) zu beobachten, die u.a. bei Sodbrennen oder häufig auch als Regulanzien bei gleichzeitiger Einnahme weiterer, potenziell magenschädigender Wirkstoffe eingesetzt werden. Wesentlich geringere Altersunterschiede sind dagegen bei Arzneimitteln, die beispielsweise bei Atemwegserkrankungen verordnet werden (Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen: R03), erkennbar. Gleiches gilt auch für die Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) und die Antiphlogistika und Antirheumatika (M01). Auch Geschlechtsunterschiede treten deutlich zutage: Frauen weisen z.B. bei der Schilddrüsen-

Diagramm 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



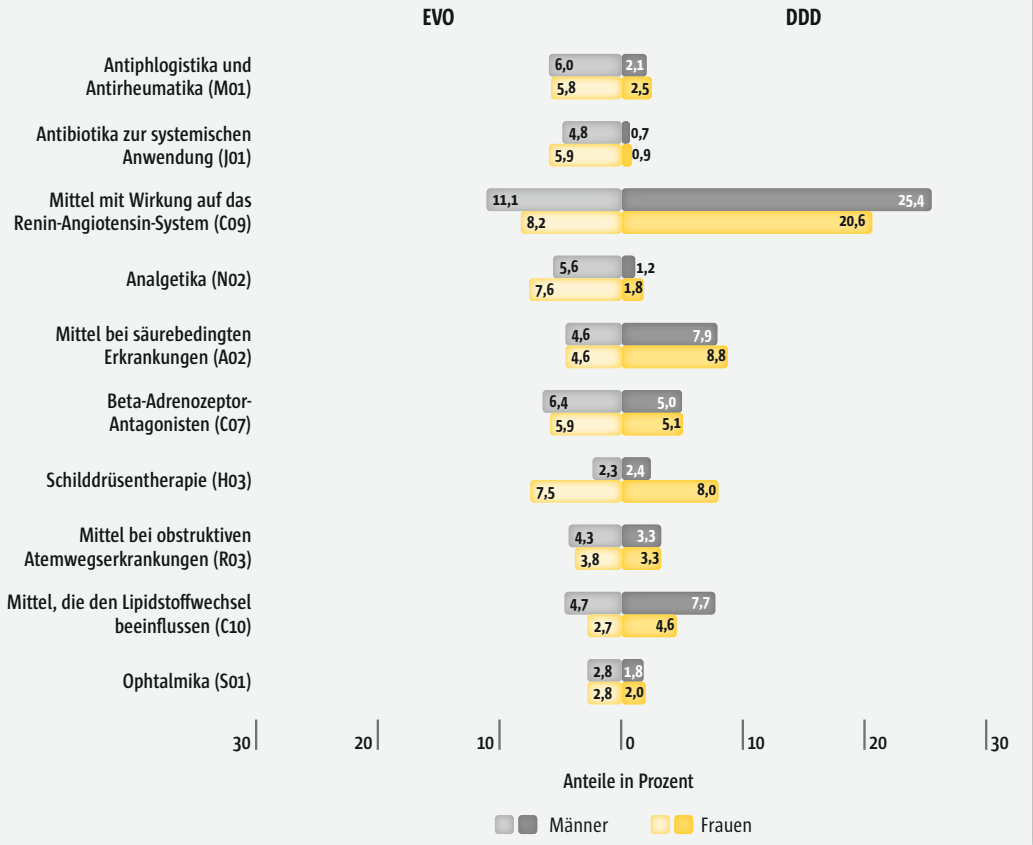
therapie (H03) in allen Altersgruppen einen vielfach höheren Verordnungsanteil als Männer auf. Begründet ist dies durch die Tatsache, dass Frauen im Vergleich zu den Männern wesentlich häufiger von Schilddrüsenerkrankungen betroffen sind.

- Auf die zehn am häufigsten verordneten Wirkstoffuntergruppen gehen jeweils mehr als die Hälfte aller Einzelverordnungen (53,7%) bzw. definierten Tagesdosen (57,5%) zurück.
- Mit jeder fünften Einzelverordnung (19,4%) und jeder dritten Tagesdosis (34,2%) nehmen die drei Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System unter den zehn häufigsten Verordnungen den Spitzenplatz ein.

Für die zehn Wirkstoffgruppen mit den höchsten Verordnungsanteilen (III Tabelle 4.1.3) sind in III Diagramm 4.2.4 die jeweiligen Anteile der Einzelverordnungen bzw. definierten Tagesdosen dargestellt. Neben den Verordnungsanteilen geben diese Kennzahlen in ihrem Verhältnis zueinander u.a. Aufschluss darüber, ob es sich primär um Arzneimittel für die Therapie von Kurz- oder Langzeiterkrankungen handelt. Zudem werden, im Vergleich zu den Verordnungsanteilen, die ja lediglich die Anteile der BKK Versicherten mit mindestens einer Verordnung zählen, hier auch Mehrfachverordnungen derselben Wirkstoffklasse abgebildet.

Allein diese 10 therapeutischen Untergruppen vereinen mehr als die Hälfte aller Einzelverordnungen (53,7%) bzw. aller definierten Tagesdosen (57,5%)

Diagramm 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten für die zehn wichtigsten therapeutischen Untergruppen nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



bei den BKK Versicherten auf sich. Nahezu jede zehnte Einzelverordnung (9,6%) bzw. mehr als jede fünfte definierte Tagesdosis (23,0%) geht auf ein Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09) zurück. Insgesamt vereinen die hier aufgeführten drei Arzneimittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (ATC-Hauptgruppe C) allein 19,4% aller Einzelverordnungen und 34,2% aller definierten Tagesdosen auf sich. Dabei liegen die Verordnungskennzahlen dieser drei Wirkstoffe – äquivalent zu den höheren Prävalenzen der Herz- und Kreislauf-erkrankungen (Kapitel 2 und 3) – bei den Männern (EVO: 22,2%; DDD: 38,1%) deutlich über denen der Frauen (EVO: 16,9%; DDD: 30,2%). Auch die Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (A02), die der mit der Einnahme verbundenen magenschädlichen Wir-

kungen einer Vielzahl der Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System vorbeugend entgegenwirken, sind dieser Erkrankungsart indirekt zuzuordnen und weisen mit 4,6% aller Einzelverordnungen bzw. 8,3% aller definierten Tagesdosen ebenfalls einen nicht unerheblichen Anteil an allen Arzneimittelverordnungen auf. Die beiden nach dem Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung am stärksten vertretenen Wirkstoffgruppen, die Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) sowie die Antiphlogistika und Antirheumatika (M01), weisen zwar relativ viele Einzelverordnungen (5,4% bzw. 5,9%), aber gleichzeitig niedrige Anteile an Tagesdosen (0,8% bzw. 2,3%) auf, da es sich hier um Mittel handelt, die meist zur Behandlung von Kurzzeiterkrankungen verwendet werden.

4.2.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus

- Weniger als einem von zehn Rentnern (8,9%) wird pro Jahr kein Arzneimittel verordnet.
- Dagegen ist es bei den Arbeitslosen (ALG-I) mehr als jeder Zweite (52,8%), der im Jahr 2018 keine Arzneimittelverordnung erhalten hat.

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben, ist der Versichertenstatus bzw. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe u. a. auch ein mittelbarer Indikator der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht des Versicherten, die einen nicht unerheblichen Einfluss auf dessen gesundheitliche Lage nehmen kann. Dass sich dies auch auf die Arzneimittelverordnungen auswirkt, ist in **»»** Tabelle 4.2.1 zu sehen.

Erwartungsgemäß sind insgesamt die meisten Verordnungsanteile (91,1%) bei der Gruppe der Rentner zu finden, was weniger durch deren soziale Lage, als durch das höhere Lebensalter und die damit verbundene höhere Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung und somit auch einer Medikation gegeben ist. In ähnlichem Maße gilt dies auch für die Familienangehörigen, da diese Gruppe zum Großteil aus Kindern bzw. Jugendlichen besteht. In dieser Gruppe erhalten mehr als zwei Drittel (68,5%) aller Versicherten mindestens eine Verordnung im Jahr 2018 – Frauen deutlich häufiger als Männer. Insgesamt nur geringfügig weniger Verordnungsanteile (67,0%) sind bei den beschäftigten Mitgliedern zu finden, wobei auch hier Frauen die höheren Verordnungsanteile im Vergleich zu den Männern aufweisen. Weniger Verordnungsanteile (60,5%) fallen hingegen bei Arbeitslosen mit ALG-II-Bezug an, mit 47,2% sind es sogar die geringsten Verordnungsanteile bei den Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug. Ein ähnliches Muster findet sich auch in der ambulanten Versorgung wieder (**»»** Kapitel 2.2.2): Dort weisen die Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug den niedrigsten Anteil von Personen mit mindestens einer Diagnose auf, gefolgt von den Arbeitslosen mit ALG-II-Bezug und den beschäftigten Mitgliedern. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass die Arbeitslosen, insbesondere bei (häufig vorkommenden) Kurzzeiterkrankungen, seltener ambulante Leistungen in Anspruch nehmen, für die zum Beispiel Beschäftigte in der Regel eine AU-Bescheinigung benötigen und zudem häufiger Arzneimittel verordnet bekommen.

Tabelle 4.2.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Versichertengruppen	Geschlecht	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
BKK Versicherte insgesamt	Männer	68,8
	Frauen	77,9
	Gesamt	73,3
<i>davon:</i>		
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Männer	62,0
	Frauen	73,2
	Gesamt	67,0
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	42,5
	Frauen	52,5
	Gesamt	47,2
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	53,0
	Frauen	67,9
	Gesamt	60,5
Familienangehörige	Männer	63,9
	Frauen	71,7
	Gesamt	68,5
Rentner	Männer	90,2
	Frauen	91,9
	Gesamt	91,1

- Langzeitarbeitslose (ALG-II) erhalten deutlich häufiger Verordnungen für Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem (26,1%) als Beschäftigte (18,5%).
- Altersbedingt ist bei der Gruppe der Rentner mit 71,3% der mit Abstand größte Verordnungsanteil für Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zu finden.

Altersbedingt sind für nahezu alle anatomischen Hauptgruppen die meisten Verordnungsanteile bei der Gruppe der Rentner zu finden (**»»** Tabelle 4.2.2). Besonders auffällig ist hier wiederum der hohe Anteil der Verordnungen bei den Mitteln mit Wirkung

Tabelle 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)

Verordnungshauptgruppen	BKK Versicherte insgesamt	davon				
		Beschäftigte Mitglieder insgesamt	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familien- angehörige	Rentner
Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent						
Alimentäres System und Stoffwechsel	22,9	16,4	12,6	19,6	16,9	46,0
Blut und blutbildende Organe	10,0	5,7	4,8	7,3	3,4	29,6
Kardiovaskuläres System	26,0	18,5	16,0	16,9	6,6	71,3
Dermatika	15,3	11,4	6,2	10,1	17,9	20,4
Urogenitalsystem und Sexualhormone	8,3	6,3	4,1	6,3	6,5	15,7
Systemische Hormonpräparate	16,0	14,3	10,4	10,9	9,4	28,3
Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	25,9	24,7	11,6	21,4	24,2	27,1
Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	2,6	1,8	1,6	1,5	2,1	5,3
Muskel- und Skelettsystem	27,4	23,7	12,8	21,2	25,8	36,3
Nervensystem	24,1	18,5	17,4	26,1	18,3	43,0
Antiparasitäre Mittel	1,8	1,2	0,7	2,1	2,6	1,7
Respirationstrakt	19,0	12,6	7,5	12,5	31,0	18,6
Sinnesorgane	10,1	6,7	3,4	4,8	11,5	16,5
Gesamt	73,3	67,0	47,2	60,5	68,5	91,1

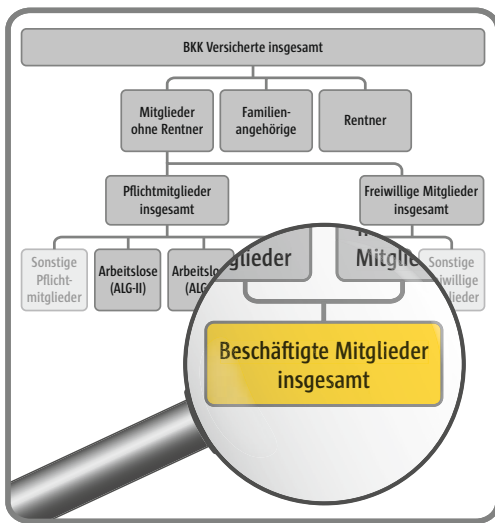
auf das kardiovaskuläre System (71,3%). Ebenfalls die mit Abstand höchsten Werte sind in dieser Gruppe bei den Verordnungsanteilen für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel (46,0%) sowie den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem (43,0%) zu finden. Andere Schwerpunkte zeigen sich für die Familienangehörigen, da zu dieser Gruppe zum Großteil mitversicherte Kinder und Jugendliche zählen, was sich unter anderem an den hohen Anteilen der Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt (31,0%) zeigt. Interessanterweise sind in dieser Gruppe auch die Verordnungsanteile für die Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (25,8%) hoch, da hierzu auch Schmerzmittel wie z. B. Ibuprofen (ATC-Code: Mo1AE01) gehören, die bei Kleinkindern häufig als Fiebersenker Anwendung finden.

Das Verordnungsgeschehen bei Rentnern bzw. Familienangehörigen wird vor allem durch das Alter der jeweiligen Versichertengruppe definiert und ist somit nur bedingt mit dem der Arbeitslosen bzw. beschäftigten Mitglieder vergleichbar. Die beiden letztgenannten Gruppen unterscheiden sich hingegen in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur weniger stark, sodass hier zu beobachtende Unterschiede bei den Arzneimitteln maßgeblich auch von der sozialen Lage der jeweiligen Gruppe bestimmt werden.

Von diesen drei Gruppen erhalten ALG-II-Empfänger Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem am häufigsten verordnet, mehr als jeder Vierte aus dieser Gruppe (26,1%) erhält mindestens eine Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe im Berichtsjahr. Dagegen sind die entsprechenden Verordnungsquoten bei den ALG-I-Empfängern (17,4%) bzw. den beschäftigten Mitgliedern (18,5%) wesent-

lich geringer. Nahezu unabhängig von der Mitgliedschaft in einer der drei Versichertengruppen und somit relativ ähnlich sind hingegen die Verordnungsanteile bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, die zwischen 16,0% und 18,5% liegen. Für diese Wirkstoffgruppe hat zumindest im Vergleich zwischen diesen drei Versichertengruppen das Alter, welches zwischen 39,3 bis 44,7 Jahren liegt, einen größeren Einfluss auf die Verordnungsanteile als der zugehörige Sozialstatus. Indirekt zeigt sich allerdings auch hier die größte Krankheitslast insbesondere bei den Arbeitslosen im ALG-II-Bezug, liegen doch deren Werte für Einzelverordnungen (1,8 vs. 1,1 EVO je BKK Versicherten) bzw. definierte Tagesdosen (194 vs. 124 DDD je BKK Versicherten) deutlich über den entsprechenden Werten der Beschäftigten.

4.2.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Wie auch in den vorangegangenen Kapiteln werden im Folgenden die Arzneimittelverordnungen im Zusammenhang mit dem höchsten Schul- bzw. Berufsabschluss analysiert. Da diese ausschließlich für die beschäftigten Mitglieder vorliegen, ist ein Vergleich der Kennzahlen in den vorhergehenden Abschnitten dieses Kapitels nur innerhalb dieser Versichertengruppe möglich.

Höchster Schulabschluss

- Mit einem höheren Schulabschluss eines Beschäftigten gehen geringere Arzneimittelverordnungen bzw. -anteile einher.
- Dies wird besonders für die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie für die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System deutlich.

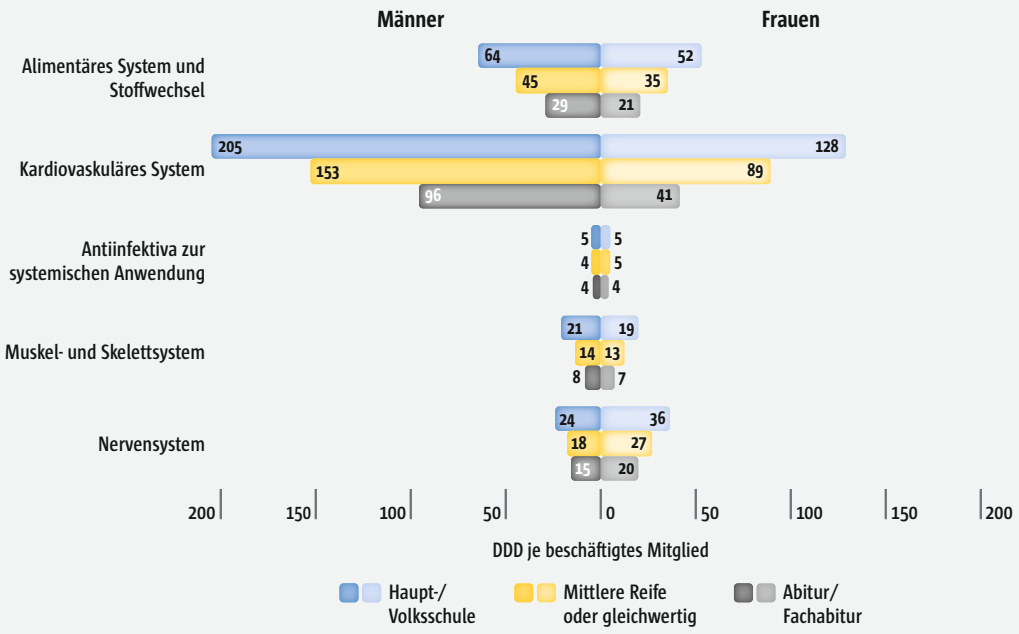
Welchen Einfluss der höchste Schulabschluss der beschäftigten Mitglieder auf die Arzneimittelverordnungen ausübt, ist in **III** Tabelle 4.2.3 zu sehen. Für den Anteil der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung im Jahr 2018 zeigt sich für beide Geschlechter, dass die Berufstätigen mit einem Haupt- bzw. Volksschulabschluss jeweils die höchsten Anteile aufweisen. Die geringsten Verordnungsanteile finden sich hingegen bei den Beschäftigten mit (Fach-)Abitur. Bezogen auf die Einzelverordnungen und die definierten Tagesdosen zeigt sich ebenfalls ein eindeutiges Muster: Je höher der Schulabschluss, desto weniger EVO und DDD werden im Durchschnitt verordnet. Dieser Zusammenhang deckt sich auch mit den Befunden zur Arbeitsunfähigkeit (**III** Diagramm 1.2.15). Lediglich bei den Frauen wird erkennbar, dass Beschäftigte mit einem Haupt-/Volksschulabschluss marginal mehr EVO und DDD aufweisen als die Beschäftigten ohne Schulabschluss. Vermutlich ist dieser Effekt aber altersbedingt, da beschäftigte Frauen mit Haupt-/Volksschulabschluss im Mittel älter sind (45,6 Jahre) als solche ohne Schulabschluss (42,5 Jahre). Bei den Männern tritt hingegen für beide Schulabschlussformen nur ein geringer Altersunterschied von ca. einem Jahr bei den Beschäftigten auf. Zudem zeigen sich bei Beschäftigten ohne Schulabschluss in der ambulanten Versorgung (**III** Kapitel 2.2.3) auch die niedrigsten Inanspruchnahmekoten. Die daraus resultierenden geringeren Verordnungsanteile gehen aber mit in Relation dazu höheren Werten bei den Einzelverordnungen und Tagesdosen einher. Vermutlich ist dies dadurch begründet, dass Männer meist später als Frauen einen Arzt aufsuchen, was häufig mit einer längeren bzw. höheren Dosierung von Arzneimitteln verbunden ist.

In **III** Diagramm 4.2.5 sind die definierten Tagesdosen der Beschäftigten für die wichtigsten anatomischen Hauptgruppen sowie die drei wichtigsten Schulabschlussformen nach Geschlecht dargestellt. Auch hier zeigt sich relativ deutlich, dass mit

Tabelle 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

Höchster Schulabschluss	Männer			Frauen		
	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD
Abschluss unbekannt	59,0	4.643	328.364	71,0	5.385	303.257
Ohne Schulabschluss	57,7	5.559	395.662	63,6	5.815	322.072
Haupt-/Volksschulabschluss	67,8	5.479	390.715	77,1	6.351	365.784
Mittlere Reife oder gleichwertig	62,0	4.183	292.406	74,8	5.110	281.889
Abitur/Fachabitur	53,3	3.067	202.798	66,3	3.723	182.425
Gesamt	62,0	4.348	304.259	73,2	4.949	270.006

Diagramm 4.2.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen, höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



höherem Schulabschluss durchschnittlich weniger Arzneimittel verordnet werden. So weisen berufstätige Frauen mit einem Haupt-/Volksschulabschluss mehr als dreimal so viele Tagesdosen bei den Mitteln

mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System auf wie solche mit einem (Fach-)Abitur. Bei den Männern unterscheiden sich beide Gruppen immerhin noch um mehr als das Doppelte. Ebenfalls große Unter-

schiede zeigen sich zwischen o.g. Schulabschlüssen auch bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimenterä System und den Stoffwechsel. Lediglich bei den Antiinfektiva sind keine Unterschiede zwischen den betrachteten Schulabschlüssen zu beobachten, was auch mit den entsprechenden gleichgroßen Anteilen der von einer Atemwegserkrankung betroffenen Männer und Frauen in der ambulanten Versorgung korrespondiert. Da es sich in der Regel um akute bzw. übertragbare Erkrankungen, wie z.B. die saisonale Erkältung, handelt, sind hier alle Beschäftigten, unabhängig von der Höhe des Schulabschlusses, in gleichem Maße betroffen und zeigen entsprechend auch keine relevanten Unterschiede bei den Verordnungsmengen.

Höchster Berufsabschluss

- Auch beim beruflichen Ausbildungsabschluss der Beschäftigten zeigt sich – äquivalent zum Schulabschluss – dass mit zunehmender Qualifikation gleichzeitig niedrigere Verordnungsanteile und -mengen für Arzneimittel einhergehen.

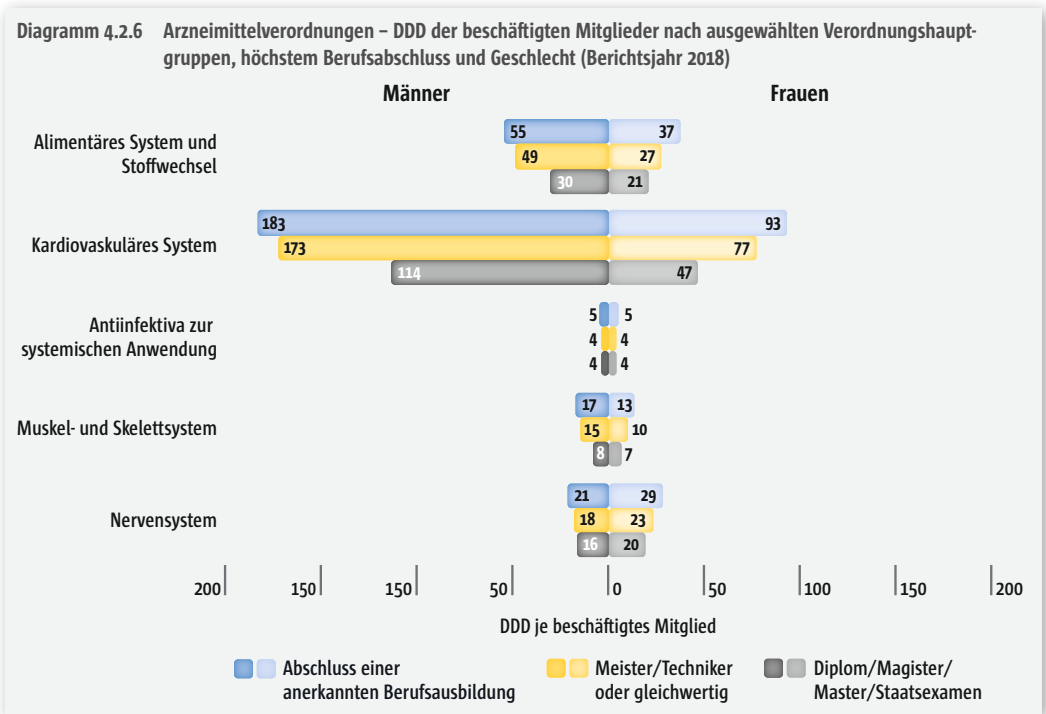
- Beschäftigte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss bzw. mit Bachelorabschluss weisen v.a. aufgrund ihres niedrigeren Durchschnittsalters im Vergleich wesentlich geringere Verordnungsmengen auf.

Ähnlich wie beim höchsten Schulabschluss zeigt sich auch im Vergleich der Kennzahlen bei den Arzneimittelverordnungen, dass ein höherer beruflicher Abschluss mit geringeren Einzelverordnungen und Tagesdosen einhergeht. Beschäftigte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss sowie solche mit einem Bachelorabschluss fallen aus dem beschriebenen Muster heraus, da hier im Vergleich zu den anderen dargestellten Gruppen das deutlich niedrigere Durchschnittsalter den größeren Einfluss auf die Verordnungsmengen ausübt (»»» Tabelle 4.2.4).

Das im »»» Diagramm 4.2.6 dargestellte Muster der verordneten Tagesdosen für die drei ausgewählten Berufsabschlussarten ist nahezu identisch mit dem des höchsten Schulabschlusses. Beschäftigte mit einer anerkannten Berufsausbildung erhalten zum Teil wesentlich mehr Tagesdosen verordnet als die beiden anderen betrachteten Gruppen. Auch hier ist v.a. bei den Mitteln mit Wirkung auf das

Tabelle 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Berufsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

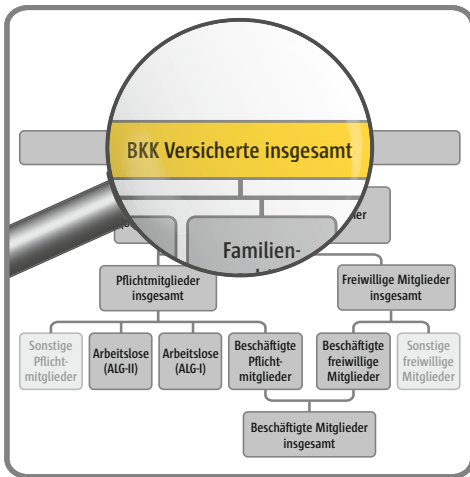
Höchster Berufsabschluss	Männer			Frauen		
	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO je 1.000 beschäftigte Mitglieder	DDD
Abschluss unbekannt	52,0	3.982	269.991	67,3	5.073	278.234
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	50,4	3.655	226.121	69,8	5.327	286.242
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	65,9	4.851	347.169	74,9	5.191	287.401
Meister/Techniker oder gleichwertig	65,2	4.530	325.740	71,9	4.548	247.635
Bachelor	44,7	2.134	119.844	58,1	2.883	118.471
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	55,5	3.278	228.446	64,5	3.699	190.097
Promotion	51,2	2.895	201.971	59,4	3.323	166.760
Gesamt	62,0	4.348	304.259	73,2	4.949	270.006



kardiovaskuläre System ein deutlicher Geschlechtsunterschied innerhalb der einzelnen Berufsabschlüsse erkennbar. Dabei gilt, dass die Männer jeweils durchschnittlich mehr als die doppelten Tagesdosen im Vergleich zu den Frauen erhalten. Ebenfalls zeigt sich, dass Verordnungsgruppen (z.B.

Antiinfektiva zur systemischen Anwendung), die eher bei akuten und kurzfristigen Erkrankungen Anwendung finden, im Verordnungsgeschehen nahezu unabhängig vom beruflichen Bildungsgrad sind, wie auch durch die Analysen der ambulanten Daten bestätigt wird (» Kapitel 2.2).

4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen



Für die Arzneimittelverordnungen zeigen sich im regionalen Vergleich ebenfalls Unterschiede, die neben den soziodemografischen Merkmalen der Versicherten auch maßgeblich von den medizinischen Versorgungsstrukturen und den sozioökonomischen Bedingungen vor Ort bestimmt werden. Im Folgenden werden hierzu entsprechende Vergleiche auf Ebene der Bundesländer bzw. der Kreise vorgenommen. Dieser Abschnitt betrachtet wiederum alle BKK Versicherten insgesamt.

4.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- Bezogen auf den Anteil der Versicherten, die im Jahr 2018 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten haben, weist Hamburg mit 67,8% den geringsten Anteil von allen Bundesländern auf.
- Die mit Abstand geringsten Verordnungsmengen – gemessen an den definierten Tagesdosen – sind dagegen in Baden-Württemberg und Bayern zu finden.

- Auf Landkreisebene gibt es zudem innerhalb der einzelnen Bundesländer große Unterschiede bei den Arzneimittelverordnungen, die v.a. für die regionale Versorgungsgestaltung von Bedeutung sind.

In **III** Tabelle 4.3.1 sind zunächst die Verordnungsanteile sowie die Tagesdosen der BKK Versicherten im Vergleich zwischen den Bundesländern für das Jahr 2018 zu sehen. Während 78,0% der BKK Versicherten im Saarland mindestens einmal im Berichtsjahr ein Arzneimittel verordnet bekommen haben, liegt dieser Anteil in Hamburg lediglich bei 67,8%. Diese Anteile korrespondieren dabei in hohem Maße mit der Regionalverteilung in der ambulanten Versorgung (**III** Kapitel 2.3). Ein eindeutiges regionales Muster zeigt sich bezogen auf die Verordnungsanteile zwar nicht, allerdings tritt dies deutlicher bei der Betrachtung der definierten Tagesdosen zutage, da hier Mehrfachverordnungen berücksichtigt werden. Vier der fünf neuen Bundesländer weisen die mit Abstand meisten verordneten Tagesdosen auf. Spitzenreiter ist hierbei Sachsen-Anhalt mit durchschnittlich 726 DDD je BKK Versicherten, wohingegen der mit 400 DDD je BKK Versicherten geringste Wert in Baden-Württemberg zu finden ist. Dies ist zum Teil auch mit der Altersstruktur der dort wohnhaften BKK Versicherten zu begründen. So sind die in Baden-Württemberg wohnhaften Versicherten im Durchschnitt 40,7 Jahre alt, die in Sachsen-Anhalt hingegen 47,7 Jahre (**III** Tabelle 0.1.2). Wie auch bereits im **III** Kapitel 4.2.1 gezeigt werden konnte, nehmen insbesondere die verordneten Tagesdosen mit dem Lebensalter zu. Die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und tendenziell auch Bremen fallen aus dem oben beschriebenen Regionalmuster insofern heraus, da sie bei beiden Verordnungskennzahlen im Bundeslandvergleich im unteren Drittel zu finden sind. Zu vermuten ist, dass in Großstädten bzw. Ballungsräumen mehr nichtmedikamentöse Therapiemöglichkeiten (z.B. Physio- bzw. Psychotherapie) zur Verfügung stehen und entsprechend häufiger genutzt werden.

Tabelle 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – DDD und Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Bundesländern (Wohnort) (Berichtsjahr 2018)

Bundesländer	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je BKK Versicherten
Baden-Württemberg	71,1	400
Bayern	72,0	413
Berlin	67,9	460
Brandenburg	72,8	559
Bremen	73,2	516
Hamburg	67,8	433
Hessen	71,9	433
Mecklenburg-Vorpommern	75,7	589
Niedersachsen	75,0	521
Nordrhein-Westfalen	75,4	535
Rheinland-Pfalz	75,9	560
Saarland	78,0	568
Sachsen	72,9	628
Sachsen-Anhalt	77,7	726
Schleswig-Holstein	72,4	492
Thüringen	73,8	596
Gesamt	73,3	478

Die verordneten Tagesdosen für alle Verordnungen der BKK Versicherten auf Ebene der Landkreise sind im **▣** Diagramm 4.3.1 dargestellt. Zunächst zeigt sich das bereits auf Ebene der Bundesländer erkennbare generelle Muster: In den neuen Bundesländern werden im Mittel wesentlich mehr Tagesdosen verordnet als im Altbundesgebiet. Aber auch im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-Westfalen sowie in Niedersachsen sind für eine nicht unerhebliche Anzahl von Kreisen deutlich überdurchschnittliche Verordnungsmengen zu erkennen. Spitzenreiter mit durchschnittlich 875 DDD je BKK Versicherten ist, wie schon in den vergangenen Jahren, der Saalekreis in Sachsen-Anhalt. Im Verhältnis dazu nicht einmal ein Drittel dieser Menge sind es dagegen im Unterallgäu in Bayern (295 DDD je BKK Versicherten).

Wie heterogen das Verordnungsgeschehen auch innerhalb eines Bundeslandes sein kann, wird am Beispiel von Nordrhein-Westfalen deutlich: Herne liegt mit durchschnittlich 733 DDD je BKK Versicherten weit über dem Bundesdurchschnittswert (478 DDD je BKK Versicherten), dagegen sind in Bonn gerade einmal 382 DDD je BKK Versicherten zu verzeichnen. An diesem Beispiel zeigt sich, dass eine differenzierte Regionalbetrachtung für eine gezielte Steuerung und Planung der Versorgung vor Ort hilfreich sein kann.

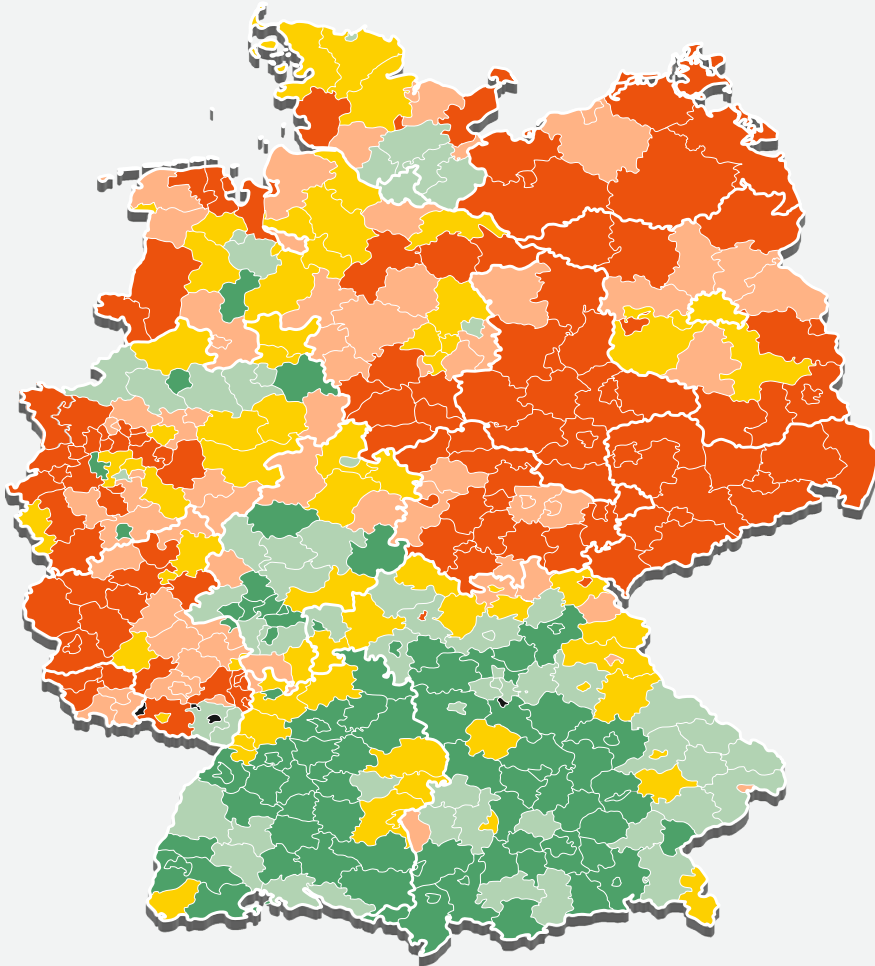
4.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Verordnungen

- Insbesondere in den neuen Bundesländern sowie im Süden Bayerns und Baden-Württembergs werden die wenigsten Tagesdosen bezogen auf die Antibiotika verordnet.
- Von den zehn Landkreisen mit den meisten verordneten Tagesdosen von Psychoanaleptika liegen sieben in Bayern, von den zehn Landkreisen mit den geringsten Werten dagegen sieben beim Nachbarn Baden-Württemberg.

Neben der Betrachtung der Gesamtverordnungen, lohnt es sich, zusätzlich einen Blick auf die regionalen Variationen von verordneten Tagesdosen bezogen auf einzelne therapeutische Untergruppen zu werfen. Dies ist insbesondere dann von Interesse, wenn diese Wirkstoffgruppen im Zusammenhang mit der Behandlung von ausgewählten Krankheitsarten stehen.

Betrachtet man zunächst die durchschnittliche Anzahl der Tagesdosen der BKK Versicherten auf Landkreisebene für Antibiotika zur systemischen Anwendung (Jo1), so zeigt sich ein beeindruckender Ost-West-Unterschied. In den neuen Bundesländern liegen die verordneten Tagesdosen deutlich unter denen der Altbundesländer mit Ausnahme von Teilen Bayerns und Baden-Württembergs (**▣** Diagramm 4.3.2). Die Spannweite reicht dabei von durchschnittlich 2,1 DDD je BKK Versicherten in Weimar (Sachsen) bis hin zu 6,4 DDD je BKK Versicherten in Cochem-Zell (Rheinland-Pfalz). Dabei zeigen sich allerdings keine relevanten regionalen Zusammenhänge mit der Auftretenshäufigkeit einschlägiger Diagnosen im ambulanten Bereich, wie zum Beispiel bei den akuten Infektionen der oberen Atemwege (Jo6) oder der Mittelohrentzündung (H66). Als Ursache dieses Regionalmusters kann ein nach wie vor unterschiedlich sozialisiertes Ordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte in Ost

Diagramm 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2018)



Prozentuale Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (478 DDD je BKK Versicherten)

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

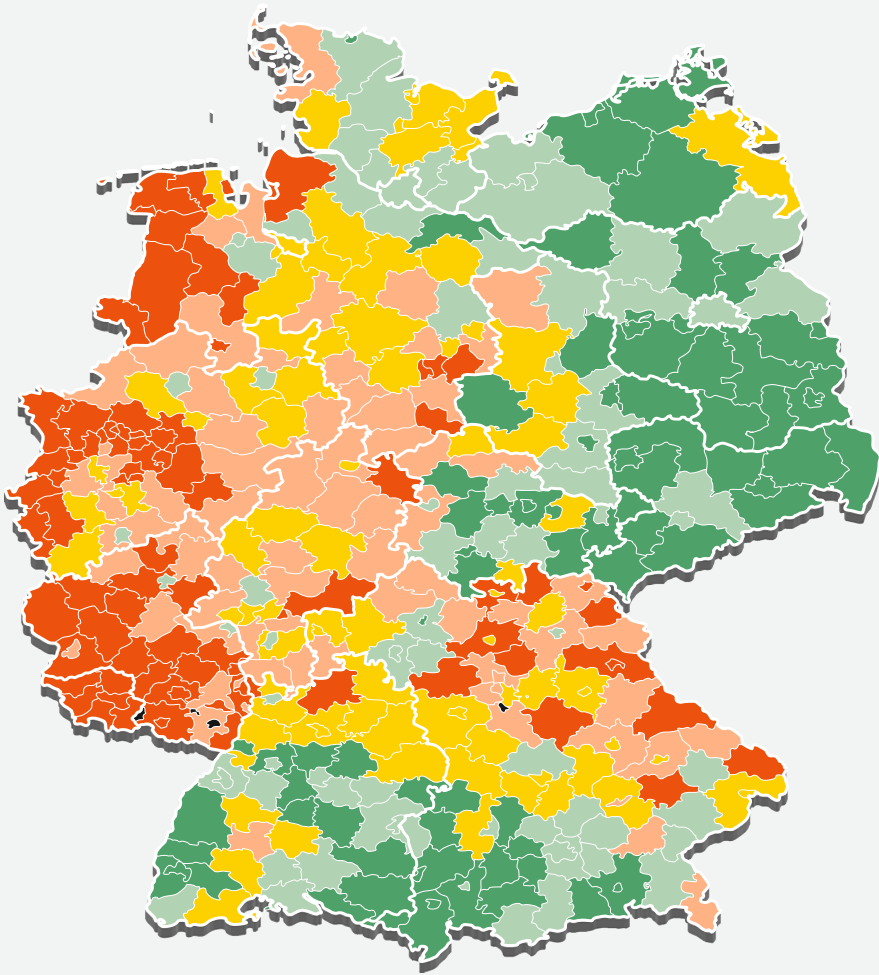
* Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

und West bzw. auch eine unterschiedliche Erwartungshaltung der Patienten vermutet werden¹. Er-

gänzend sei noch erwähnt, dass auch bei den Verordnungsanteilen ein gleiches Regionalmuster mit ähnlich großen Unterschieden zu finden ist. So erhalten gerade einmal 15,8% der BKK Versicherten in Weimar eine Antibiotikaverordnung, während es dagegen in Vechta (Niedersachsen) mehr als doppelt so viele (33,3%) sind.

1 Hering R, Schulz M, Bätzing-Feigenbaum J. (2014). Entwicklung der ambulanten Antibiotikaverordnungen im Zeitraum 2008 bis 2012 im regionalen Vergleich. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

Diagramm 4.3.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2018)



Prozentuale Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (3,8 DDD je BKK Versicherten)

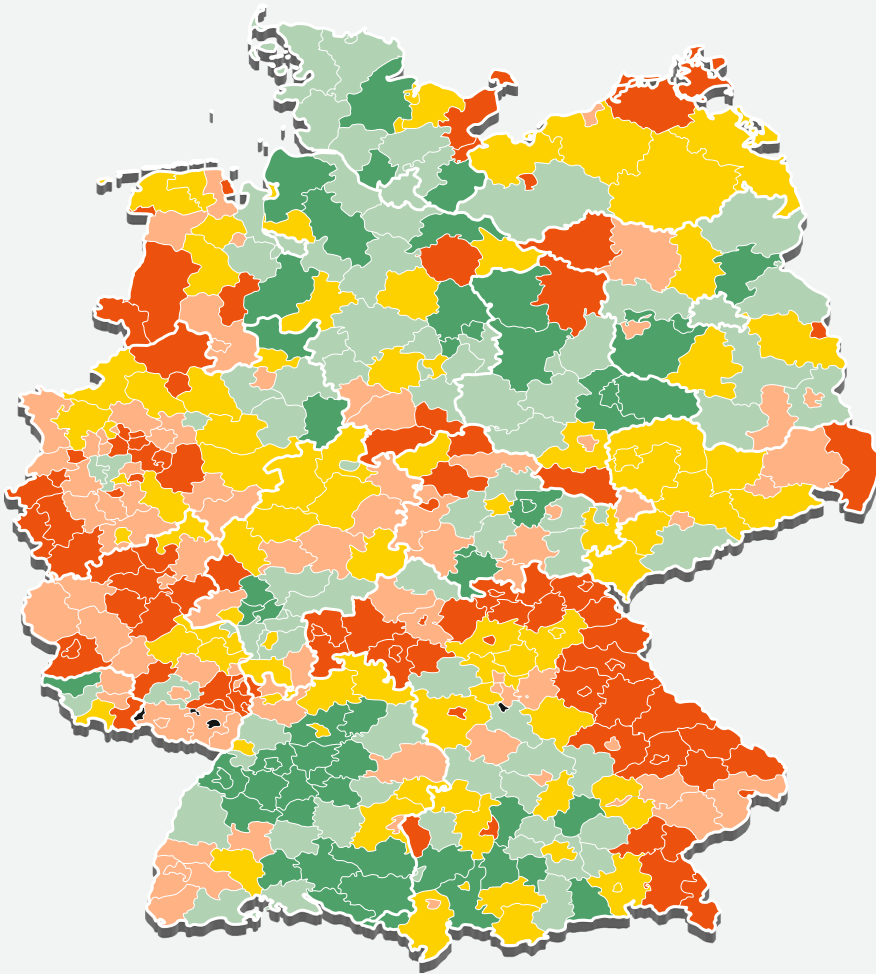
- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- 5–15% unter dem Bundesdurchschnitt
- ± 5% um den Bundesdurchschnitt
- 5–15% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben*

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

Unabhängig von den berichteten regionalen Unterschieden bleibt insgesamt festzuhalten, dass Antibiotika insbesondere bei Erkrankungen mit primär viralem Ursprung, wie zum Beispiel der erwähnten akuten Infektion der oberen Atemwege (J06) immer noch zu häufig fälschlicherweise verord-

net werden, obwohl sie in diesen Fällen keine Wirkung zeigen, sondern eher unerwünschte Nebenwirkungen verursachen und sogar eine Zunahme von Resistenzen begünstigen können. Die positive Nachricht ist, dass es v.a. verschiedenen Aktivitäten der letzten Jahre zu verdanken ist, dass zumindest ins-

Diagramm 4.3.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten für Psychoanaleptika (No6) nach Landkreisen (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2018)



Prozentuale Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt (20,5 DDD je BKK Versicherten)

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

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

gesamt ein Rückgang der Verordnungsmengen und -anteile für Antibiotika (»»» Tabelle 4.1.3) zu beobachten ist, was für eine zunehmende Sensibilisierung und Aufklärung zur Thematik spricht.

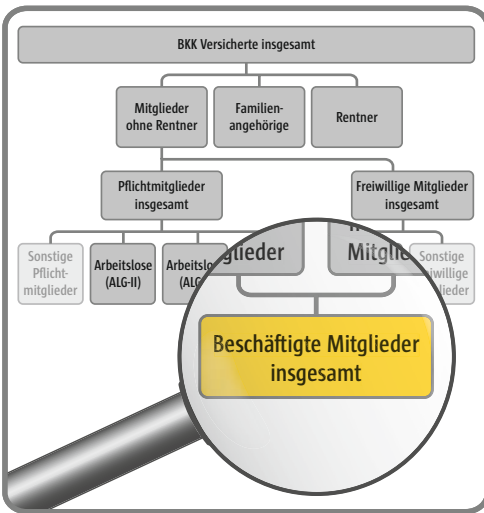
Abschließend soll noch ein Blick auf die regionale Variation der verordneten Tagesdosen bezogen auf

die Psychoanaleptika (No6) geworfen werden, deren überwiegender Anteil sich aus Verordnungen aus dem Bereich der Antidepressiva (No6A) speist. Wie in »»» Diagramm 4.3.3 zu sehen ist, sind besonders hohe Verordnungsmengen in den Landkreisen Nordrhein-Westfalens sowie in Rheinland-Pfalz

zu verzeichnen. Wie schon bei den Antibiotikaverordnungen zeigen sich ebenfalls die Kreise im östlichen bzw. südlichen Bayern mit besonders hohen durchschnittlichen Tagesdosen. Im Jahr 2018 ist es allerdings wiederum der Landkreis Herne in Nordrhein-Westfalen, der mit durchschnittlich 36,0 DDD je BKK Versicherten die Rangliste anführt. Das sind mehr als dreimal so viele Tagesdosen wie in dem Landkreis in Baden-Württemberg mit den

wenigsten Verordnungen (Baden-Baden: 11,3 DDD je BKK Versicherten). Allein sieben der zehn Landkreise mit den meisten verordneten Tagesdosen in dieser Wirkstoffgruppe sind im Bundesland Bayern zu finden. Dagegen sind sieben der zehn Landkreise mit den wenigsten Tagesdosen je BKK Versicherten beim Nachbarn in Baden-Württemberg verortet – die restlichen drei stammen wiederum aus Bayern.

4.4 Arzneimittelverordnungen in der Arbeitswelt

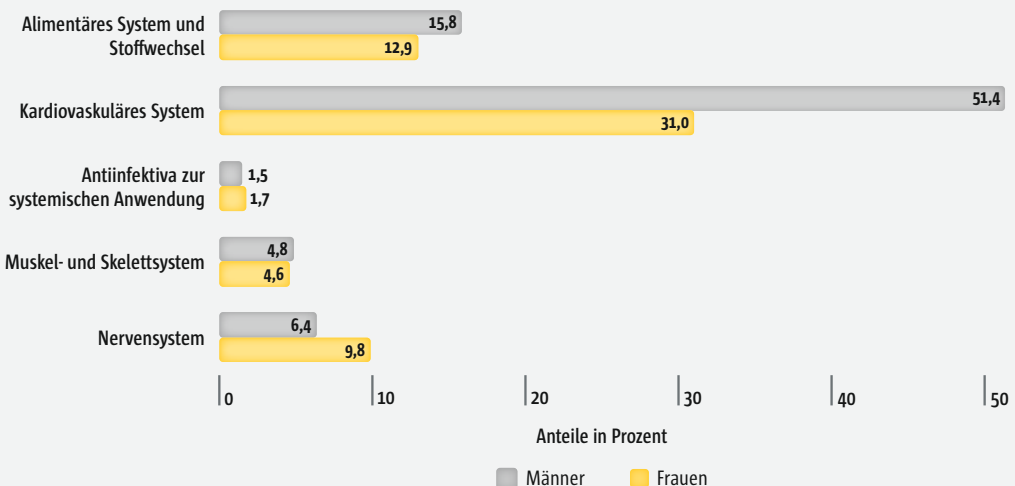


- Mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (42,9%) gehen bei den Beschäftigten auf Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zurück.
- Dieser Anteil liegt bei den Männern mit 51,4% erwartungsgemäß höher als bei den Frauen (31,0%).

Die folgenden arbeitsweltlichen Betrachtungen nehmen alle beschäftigten BKK Mitglieder in den Fokus.

In **»»** Diagramm 4.4.1 sind zunächst die Anteile der Tagesdosen für die wichtigsten anatomischen Hauptgruppen nach Geschlecht dargestellt. Wie bei den BKK Versicherten insgesamt bilden auch hier die Tagesdosen von Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System für beide Geschlechter den größten Anteil an allen verordneten Arzneimitteln. Im Schnitt gehen mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (42,9%) allein auf diese Wirkstoffgruppe

Diagramm 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



zurück, bei den Männern liegt deren Anteil dabei deutlich über dem der Frauen (51,4% vs. 31,0%). Auf Rang 2 folgen mit deutlichem Abstand die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel, die insgesamt 14,6% aller verordneten Tagesdosen auf sich vereinen. Mit etwa jeder zehnten Tagesdosis (9,8%) nehmen die Verordnungsmengen der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem bei berufstätigen Frauen einen größeren Stellenwert als bei den Männern (6,4%) ein. Den größten Anteil haben hierbei – sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern – die Psychoanaleptika (ATC: No6) inne, die insbesondere bei psychischen Erkrankungen Anwendung finden. Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem sowie Antiinfektiva werden zwar relativ häufig, allerdings meist nur für Kurzzeiterkrankungen und somit in geringeren Dosierungen verordnet, was sich in den entsprechend niedrigen Anteilen an allen Tagesdosen widerspiegelt. Erwähnenswert ist an dieser Stelle noch, dass sich zwar die Gesamtmenge der Tagesdosen für alle Wirkstoffgruppen im Vergleich zum Vorjahr erhöht hat, insbesondere bei den Antiinfektiva zur systemischen Anwendung aber ein Rückgang um ca. 10% zu verzeichnen ist.

4.4.1 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

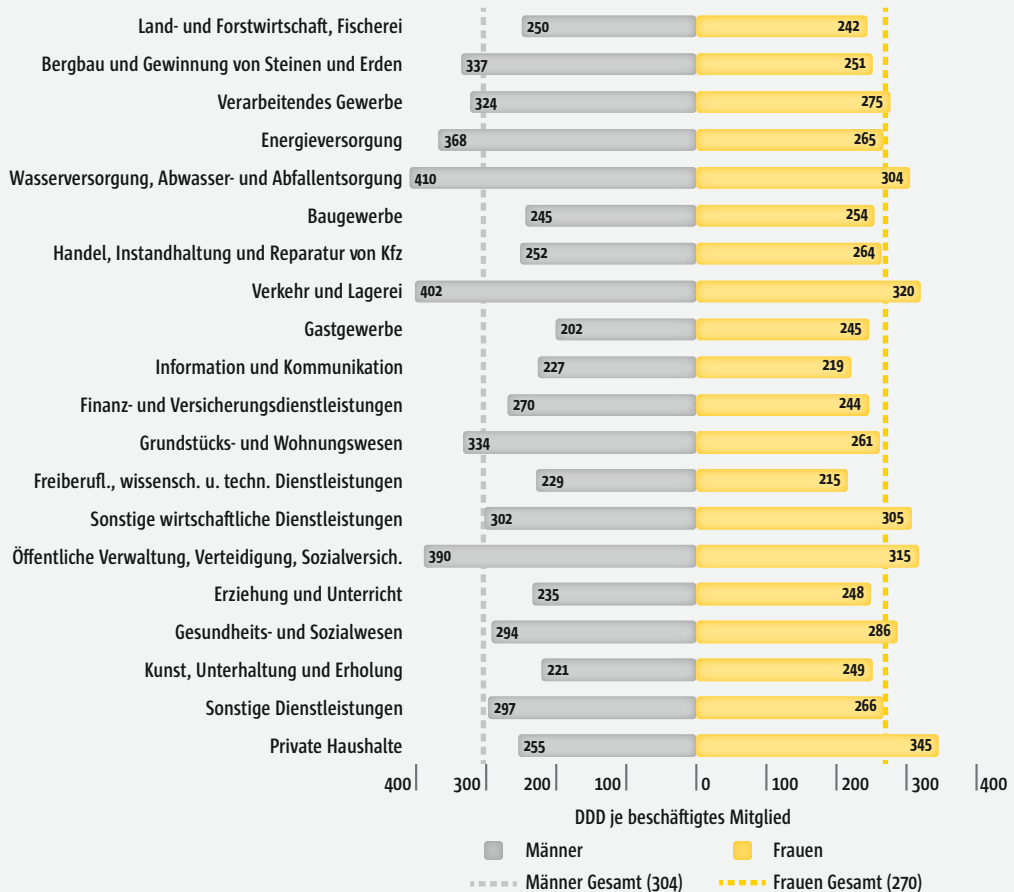
- Bedeutsame Unterschiede bei den Verordnungsmengen gibt es sowohl zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen als auch innerhalb dieser zwischen den beschäftigten Männern und Frauen.
- Diese Geschlechtsunterschiede rühren v.a. daher, dass Männer und Frauen innerhalb einer Wirtschaftsgruppe oftmals völlig unterschiedliche Tätigkeiten ausüben, die sich auch im Ausmaß ihrer Arbeitsbelastung und somit auch in den Medikationsmengen unterscheiden.
- Die Unterschiede bei den Verordnungsmengen zwischen den Wirtschaftsgruppen werden ebenfalls durch die unterschiedlichen Arbeitsbelastungen verursacht.

Wie sich die verordneten Tagesdosen zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen in Abhängigkeit vom Geschlecht unterscheiden, zeigt das **»»** Diagramm 4.4.2. Wie zu erkennen ist, differieren die Verordnungsmengen zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen zum Teil deutlich. Bei den Frauen sind es die im Bereich der privaten Haushalte Tätig-

gen, die mit durchschnittlich 345 DDD je Beschäftigten die meisten Tagesdosen aufweisen – im Vergleich zu den beschäftigten Frauen in der Gruppe der freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (215 DDD je Beschäftigten) mit den wenigsten Tagesdosen. Eine ähnlich große Spannweite ist auch bei den Männern zu beobachten. Erhalten Beschäftigte in der Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung im Schnitt 410 DDD je Beschäftigten verordnet, so sind es im Gastgewerbe lediglich 202 DDD je Beschäftigten. Für beide Geschlechter sind zudem überdurchschnittliche Verordnungsmengen für den Bereich Verkehr und Lagerei zu beobachten. Die Spannweite der Verordnungsmengen zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen, aber auch innerhalb einer Wirtschaftsgruppe zwischen den Geschlechtern zeigt, dass u.a. die dort vorzufindenden Arbeitsbedingungen der unterschiedlichen Tätigkeiten von Männern und Frauen einen Einfluss auf Höhe und Umfang des Arzneimittelverbrauchs der jeweiligen Beschäftigten ausüben. Die hier vorliegenden Ergebnisse decken sich zum Teil auch mit den Auswertungen zum Fehlzeitengeschehen (**»»** Diagramm 1.4.3).

In **»»** Diagramm 4.4.3 sind die Verordnungsmengen für die wichtigsten Wirkstoffgruppen im Vergleich zwischen den Wirtschaftsgruppen dargestellt. Beschäftigte in der Wasserversorgung, bzw. Abwasser- und Abfallversorgung sowie auch im Bereich Verkehr und Lagerei weisen die höchsten Verordnungsmengen bei Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System auf. Dies gilt auch für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie für das Muskel- und Skelettsystem. Dagegen zeigen sich bei den systemischen Hormonen und den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem v.a. solche Wirtschaftsgruppen mit hohen Verordnungsmengen, die einen relativ hohen Frauenanteil unter den Beschäftigten haben (u.a. Gesundheits- und Sozialwesen sowie öffentliche Verwaltung). Während insgesamt die größte Abweichung bei den definierten Tagesdosen zwischen den Wirtschaftsgruppen für die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System besteht, zeigen sich bei den Mitteln für den Respirationstrakt nur geringe Variationen, was u.a. mit der unterschiedlichen Verordnungshäufigkeit bzw. Einnahmedauer zusammenhängen dürfte.

Diagramm 4.4.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



- Die geringsten regionalen Schwankungen der verordneten Tagesdosen gibt es bei den Beschäftigten im Maschinenbau bzw. im Gesundheitswesen.
- Vor allem in wirtschaftlich starken Regionen wie Bayern, Baden-Württemberg und Hamburg sind im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich unterdurchschnittliche Mengen an verordneten Tagesdosen bei den Beschäftigten zu finden.

Arbeitsbedingungen variieren nicht nur zwischen verschiedenen Wirtschaftsgruppen, sondern auch regional innerhalb dieser. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern bezogen auf die verordneten Tagesdosen für ausgewählte Wirtschaftsgruppen sind in ►► Tabelle 4.4.1 zu sehen. Die größte regio-

nale Spannweite zeigt sich bei den Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und zwar zwischen Thüringen (523 DDD je Beschäftigten) und Hamburg (308 DDD je Beschäftigten). Ebenfalls deutliche regionale Variationen sind im Bereich der Postdienste zwischen Sachsen-Anhalt (461 DDD je Beschäftigten) und Hessen (251 DDD je Beschäftigten) zu finden. Die geringsten Abweichungen sind hingegen im Gesundheitswesen (Thüringen: 291 DDD je Beschäftigten; Hamburg: 207 DDD je Beschäftigten) zu beobachten. Insgesamt zeigt sich, dass für nahezu alle betrachteten Wirtschaftsgruppen die Ostbundesländer jeweils die höchsten Verordnungsmengen aufweisen, während bei den Beschäftigten in Bayern und Baden-Württemberg aber auch in Hamburg meist Verordnungsmengen unterhalb des Durch-

Diagramm 4.4.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)

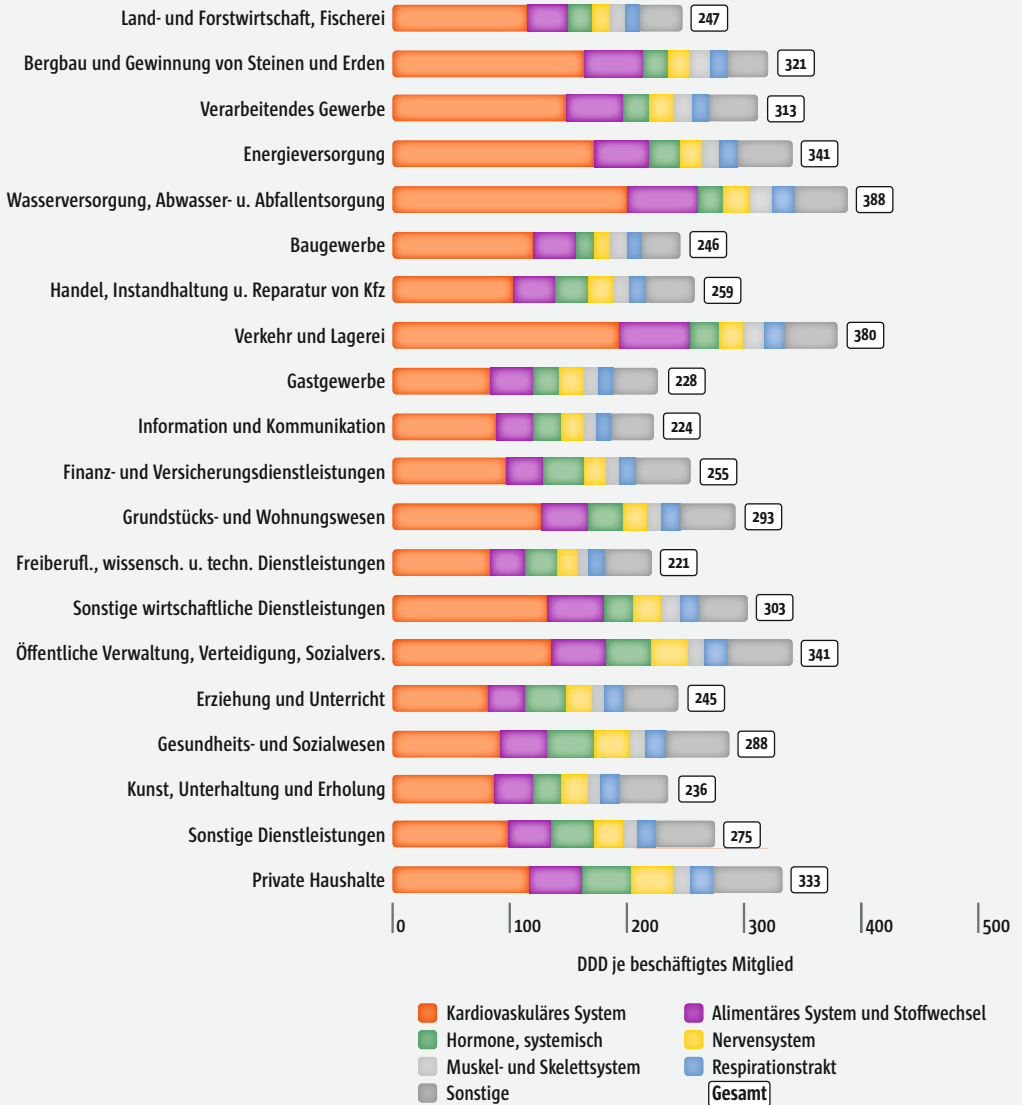


Tabelle 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabteilungen (Berichtsjahr 2018)

Bundesländer	Wirtschaftsabteilungen					Gesamt
	Maschinenbau	Finanzdienstleistungen	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen	Post-, Kurier- und Expressdienste	Gesundheitswesen	
DDD je beschäftigtes Mitglied						
Baden-Württemberg	258	240	352	272	223	252
Bayern	264	245	327	287	221	260
Berlin	290	251	498	269	253	285
Brandenburg	318	272	490	351	263	348
Bremen	249	267	361	330	233	299
Hamburg	291	189	308	271	207	229
Hessen	300	272	373	251	259	283
Mecklenburg-Vorpommern	310	287	489	377	277	361
Niedersachsen	307	269	348	324	253	314
Nordrhein-Westfalen	327	277	400	275	286	315
Rheinland-Pfalz	340	267	404	320	271	316
Saarland	338	251	362	318	219	316
Sachsen	310	245	423	290	267	322
Sachsen-Anhalt	336	298	461	461	279	389
Schleswig-Holstein	324	273	398	309	241	292
Thüringen	333	272	523	362	291	362
Gesamt	284	259	401	293	250	289

schnitts der jeweiligen Wirtschaftsgruppe zu finden sind. Mögliche Erklärungsansätze für diese regionalen Unterschiede wurden bereits in **III** Kapitel 4.3 thematisiert.

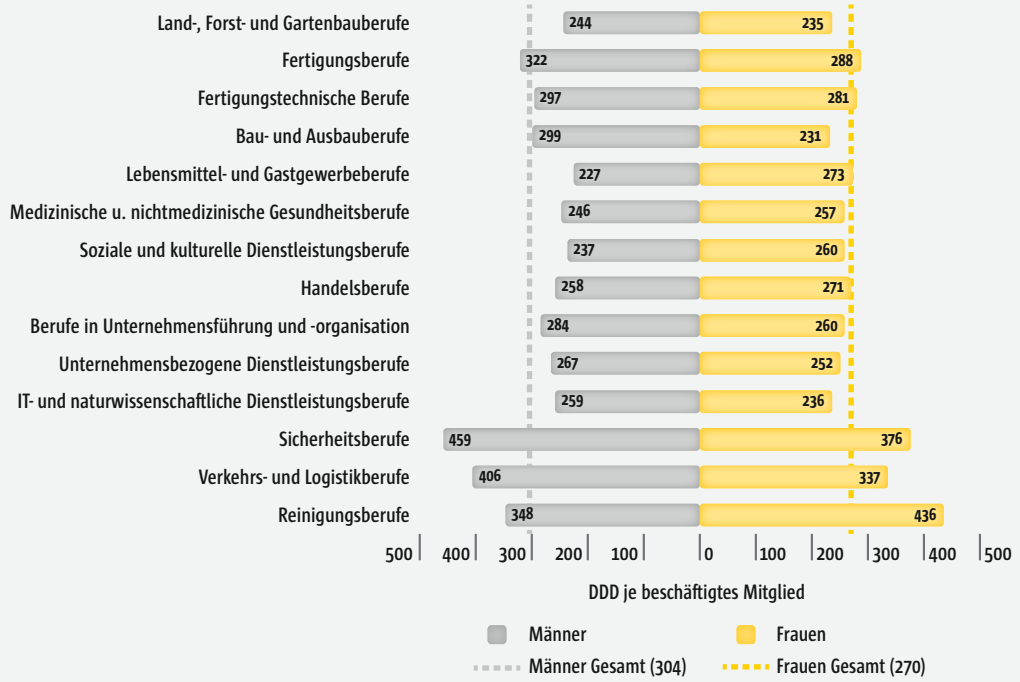
4.4.2 Auswertungen nach Berufen

- Wie auch in den Vorjahren sind die meisten verordneten Arzneimitteltagesdosen bei den Beschäftigten der Sicherheitsberufe, der Reinigungsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe zu finden.

- Besonders hohe durchschnittliche Tagesdosen weisen die drei genannten Berufsgruppen bei solchen Arzneimitteln auf, die im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen verordnet werden.

Innerhalb einer Wirtschaftsgruppe sind oftmals Beschäftigte vieler verschiedener Professionen zu finden. So sind zum Beispiel im Bereich der Postdienste neben den Postzustellern auch Personen aus dem IT-Bereich oder der Verwaltung tätig. Die genannten Berufsgruppen sind dabei deutlich unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und somit auch

Diagramm 4.4.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

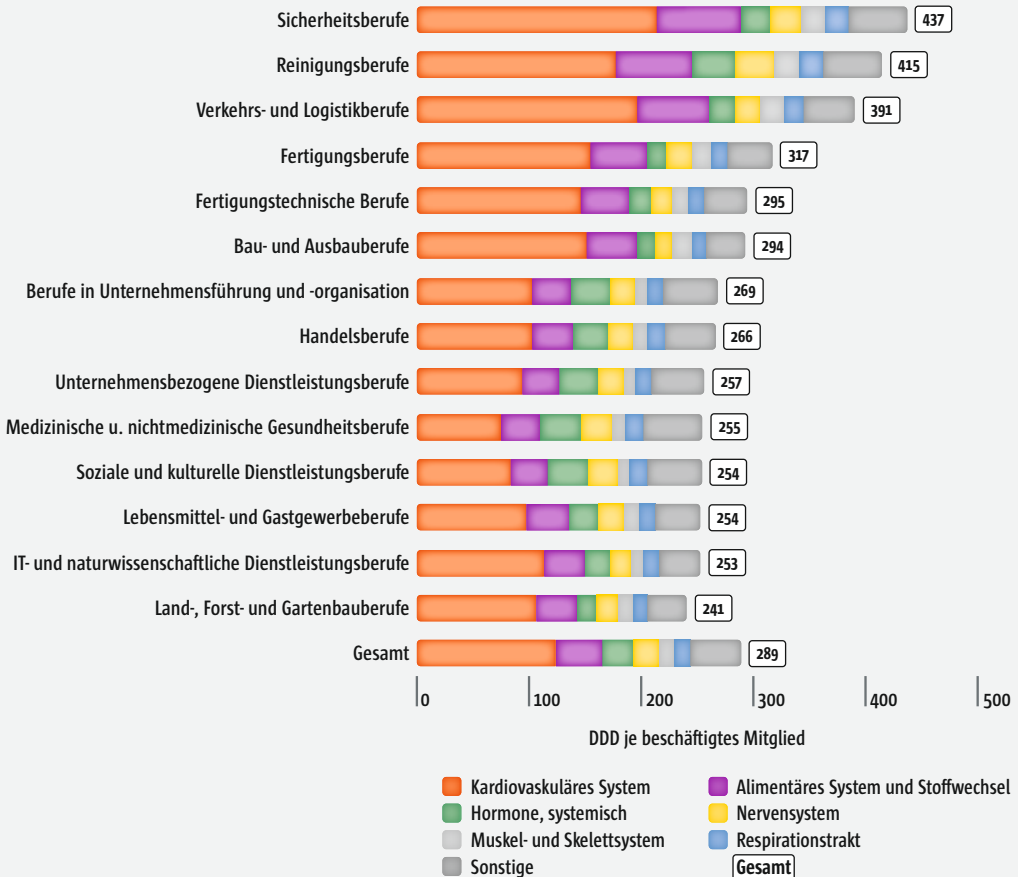


anderen Beanspruchungen und Belastungen ausgesetzt. Dass sich diese Unterschiede in einem unterschiedlich hohen Arzneimittelverbrauch widerspiegeln, soll in den folgenden Betrachtungen gezeigt werden.

Einleitend werden zunächst die verordneten Tagesdosen der beschäftigten Männer und Frauen in den unterschiedlichen Berufssegmenten allgemein betrachtet (»» Diagramm 4.4.4). Mit insgesamt 437 DDD je Beschäftigten erhalten die in Sicherheitsberufen Tätigen die meisten Tagesdosen verordnet, wobei die entsprechenden Werte der Männer die der Frauen deutlich übersteigen. Auch bei Beschäftigten in den Reinigungsberufen sind überdurchschnittlich viele Tagesdosen zu finden (415 DDD je Beschäftigten), wobei hier die Werte der Frauen deutlich über denen der Männer liegen. Es folgen mit 391 DDD je Beschäftigten die Verkehrs- und Logistikberufe (zu denen auch die Postdienste zählen), wobei hier wiederum die Männer höhere Werte aufweisen. Die wenigsten Tagesdosen sind hingegen bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen sowie in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen zu finden.

Die Betrachtung der einzelnen Wirkstoffgruppen innerhalb der Berufssegmente lässt zusätzliche Rückschlüsse auf deren Schwerpunkte bezogen auf die verordneten Tagesdosen zu (»» Diagramm 4.4.5). Die sechs hier ausgewählten Verordnungshauptgruppen bilden bei den Beschäftigten insgesamt 84,8% aller verordneten Tagesdosen im Jahr 2018 ab. Für die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System sind die identischen drei Berufssegmente, wie auch schon in der Gesamtbetrachtung, an der Spitze nach Verordnungsmengen zu finden. Es zeigt sich wiederum eine enorme Spannweite: Die Beschäftigten der Sicherheitsberufe weisen fast dreimal so viele verordnete Tagesdosen in dieser Wirkstoffgruppe auf wie die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (214 DDD vs. 75 DDD je Beschäftigten). Die Beschäftigten der Reinigungsberufe, der Sicherheitsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe weisen zudem auch die höchsten Verordnungsmengen bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel, auf das Muskel-Skelett-System und auf den Respirationstrakt auf. Bei den Hormonen zur systemischen Gabe und den Mit-

Diagramm 4.4.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)

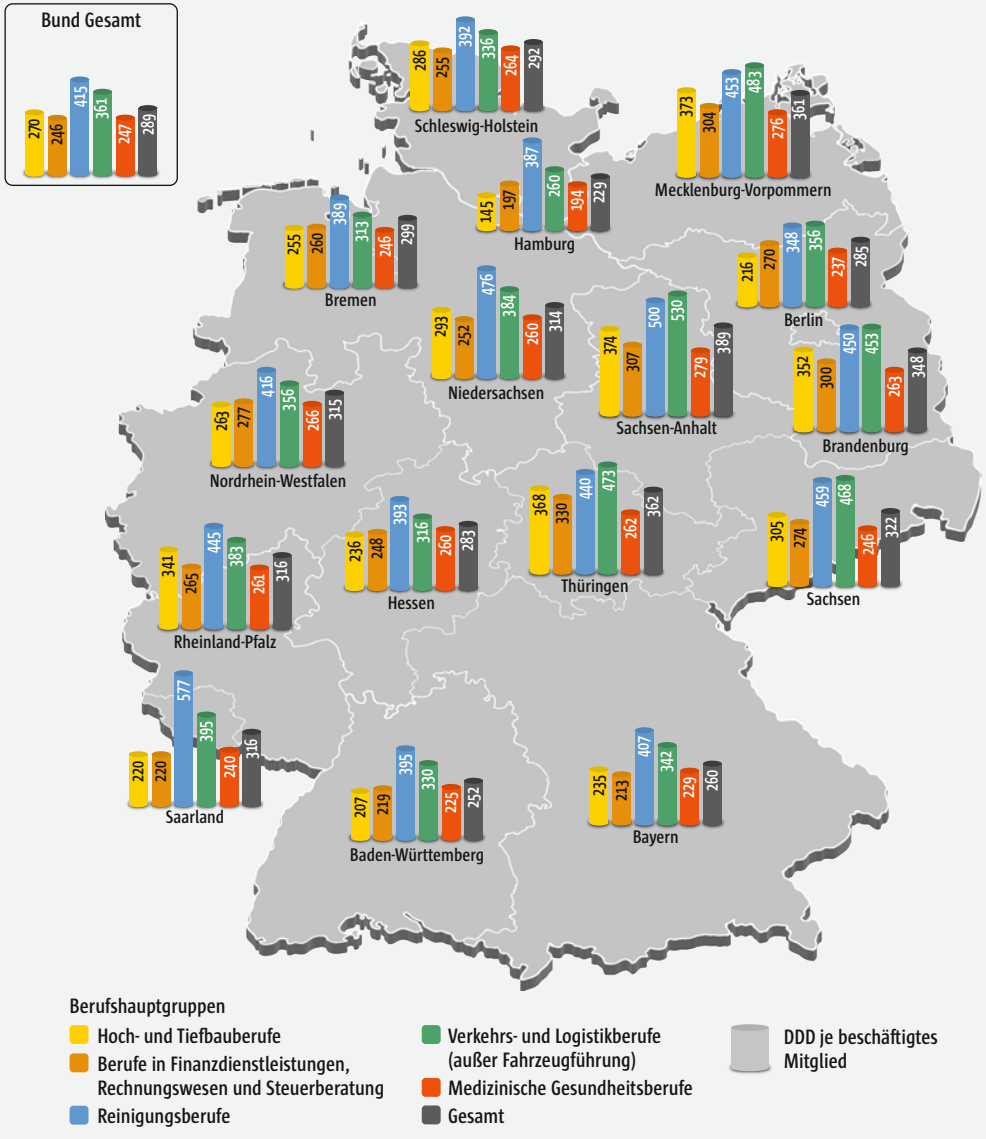


teln mit Wirkung auf das Nervensystem sind wiederum die Berufssegmente mit hohen Verordnungsmengen auffällig, in denen überproportional viele Frauen beschäftigt sind (z.B. Reinigungsberufe oder medizinische und nichtmedizinische Gesundheitsberufe), da die weiblichen Beschäftigten entsprechend häufiger von für die Medikation ursächlichen Krankheiten (z.B. Erkrankungen der Schilddrüse sowie psychische Störungen) betroffen sind.

In [Diagramm 4.4.6](#) sind für ausgewählte Berufshauptgruppen die verordneten Tagesdosen im Vergleich zwischen den Bundesländern dargestellt. Die mit einer Spanne von 270 DDD je Beschäftigten größte Differenz zwischen den Bundesländern findet sich bei den Beschäftigten der Verkehrs- und

Logistikberufe. Mit 530 DDD je Beschäftigten ist hier Sachsen-Anhalt an der Spitze zu finden, während in Hamburg mit 260 DDD je Beschäftigten nur fast die Hälfte der Tagesdosen in dieser Berufsgruppe verordnet werden. Mit einer ähnlich großen Differenz von 230 DDD zwischen dem Saarland (577 DDD je Beschäftigten) und Berlin (348 DDD je Beschäftigten) gibt es auch für die Reinigungsberufe bedeutsame regionale Variationen. Die mit 85 DDD geringste Abweichung ist dagegen bei den medizinischen Gesundheitsberufen zu finden. Für nahezu alle betrachteten Berufshauptgruppen fällt wiederum auf, dass die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg bei den definierten Tagesdosen jeweils unterhalb des Bundesdurchschnitts liegen.

Diagramm 4.4.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2018)



4.4.3 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

- Mit zunehmendem Anforderungsniveau einer Tätigkeit geht eine Abnahme der verordneten Tagesdosen von Arzneimitteln einher.
- Dieser Zusammenhang ist bei den weiblichen Beschäftigten, insbesondere bei Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, stärker ausgeprägt als bei den männlichen Berufstätigen.

In **III** Diagramm 4.4.7 sind die definierten Tagesdosen für drei ausgewählte anatomische Hauptgruppen nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit und dem Geschlecht dargestellt. Es zeigt sich, dass ein zunehmendes Anforderungsniveau der Berufstätigkeit mit einer Abnahme der durchschnittlich verordneten Tagesmengen der hier dargestellten Wirkstoffgruppen einhergeht. Deutlich wird, dass dieser Zusammenhang bei den Frauen insgesamt ausgeprägter als bei den Männern ist. So ist bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zu erkennen, dass männliche Beschäftigte mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten im Vergleich die höchsten durchschnittlichen Tagesdosen erhalten. Nur bei den männlichen Beschäftigten mit hoch komplexen Tätigkeiten

Tätigkeiten sind im Vergleich zu den anderen Anforderungsniveaustufen deutlich geringere Tagesdosen aus dieser Wirkstoffgruppe feststellbar. Nehmen bei den Männern zwischen niedrigstem und höchstem Anforderungsniveau besagte Tagesdosen nur um 20,6% ab, so beträgt diese Abnahme bei den Frauen 61,2%. Ähnliche geschlechtsspezifische Zusammenhänge sind auch in der ambulanten und stationären Versorgung sowie dem AU-Geschehen nachweisbar.

Aufsichts- und Führungsverantwortung

- Männliche Aufsichts- und Führungskräfte weisen v.a. aufgrund ihres höheren Lebensalters größere Verordnungsmengen bei den Herz-Kreislauf-Medikamenten auf.
- Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. das Nervensystem bekommen hingegen männliche und weibliche Beschäftigte ohne Führungsverantwortung tendenziell mehr Tagesdosen verordnet.

Auf den ersten Blick überrascht es, dass berufstätige Männer, die als Aufsichts- bzw. Führungskräfte tätig sind, deutlich mehr Verordnungsmengen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre

Diagramm 4.4.7 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

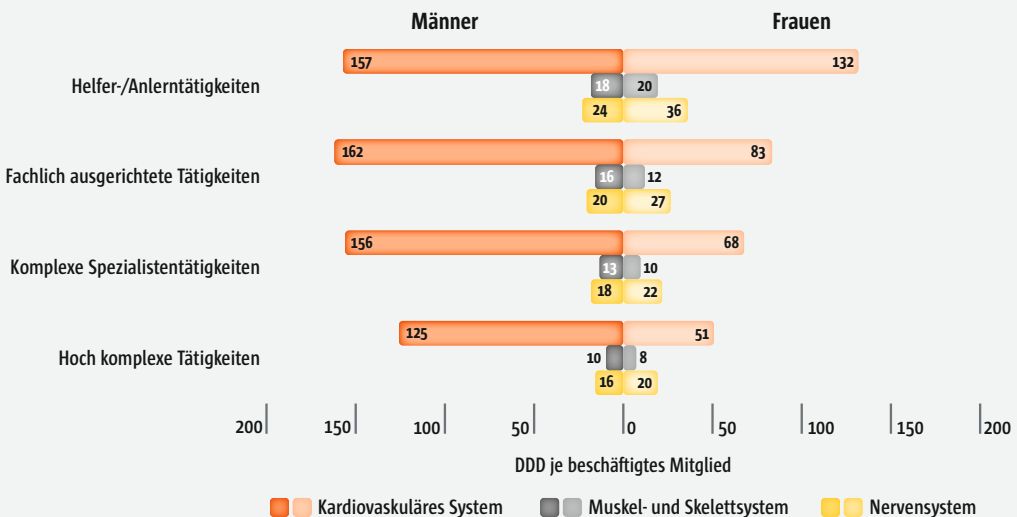
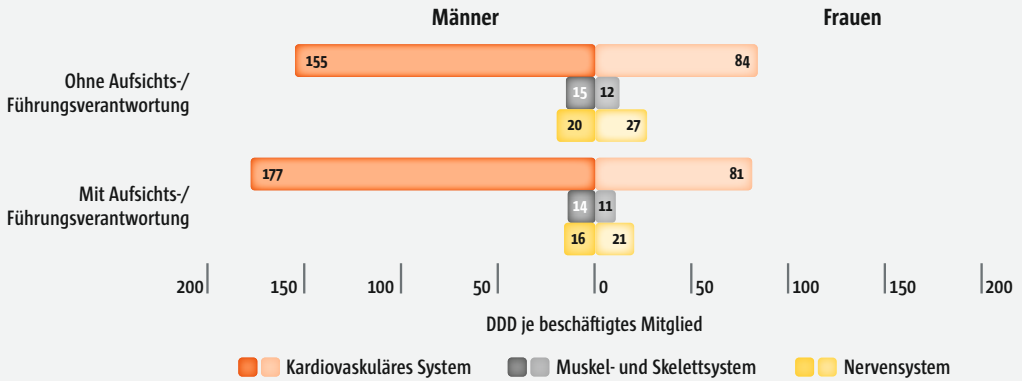


Diagramm 4.4.8 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



System zu verzeichnen haben, als solche ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung (»» Diagramm 4.4.8). Verantwortlich dafür ist v.a. das höhere Durchschnittsalter der männlichen Beschäftigten im Vergleich zu denen ohne eine Aufsichts- bzw. Führungsposition (47,2 vs. 42,2 Jahre). Äquivalent hierzu finden sich auch in der ambulanten Versorgung bei den männlichen Führungskräften höhere Anteile mit einer Herz- und Kreislauferkrankung im Vergleich zu den Beschäftigten ohne Führungsverantwortung. Dass das Alter nicht der alleinige Grund für höhere Verordnungsmengen sein kann, zeigt sich im Vergleich der Tagesmengen bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. auf das Nervensystem. Hier sind nahezu keine Unterschiede zu beobachten. Etwas anders stellt sich das Bild bei den weiblichen Beschäftigten dar. Hier weisen die Berufstätigen ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung für alle dargestellten Verordnungshauptgruppen höhere Tagesdosen als die Beschäftigten mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion auf. Hierbei ist anzumerken, dass der Altersunterschied zwischen Frauen mit bzw. ohne Führungsverantwortung (43,8 vs. 42,0 Jahre) deutlich geringer ausfällt.

Vertragsform

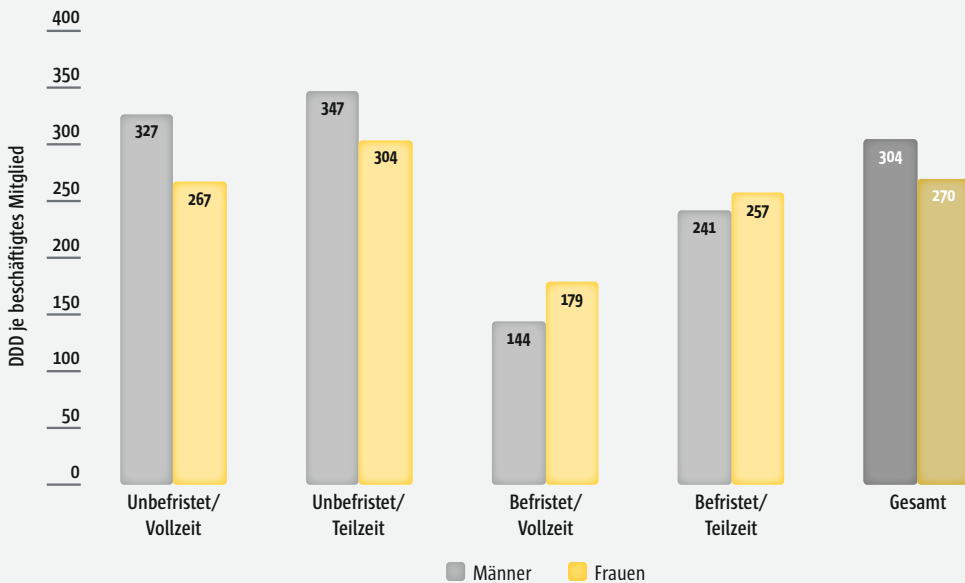
- Die mit Abstand geringsten verordneten Tagesdosen sind bei den befristet Vollzeitbeschäftigten – meist junge Berufsanfänger oder Auszubildende – zu finden.

- Unbefristet in Teilzeit Beschäftigte – zum überwiegenden Teil (85,3%) Frauen – erhalten die meisten Tagesdosen verordnet. Vermutlich spielt hier – neben dem bestehenden Altersunterschied – auch eine in vielen Fällen bestehende Doppelbelastung durch Beruf und Familie (Betreuung von Kindern und/oder Pflege von Angehörigen) eine Rolle.

Die nach Vertragsform und Geschlecht der Beschäftigten verordneten Tagesdosen sind in »» Diagramm 4.4.9 dargestellt. Die geringsten Verordnungsmengen sind – wie auch bei der Betrachtung der krankheitsbedingten Fehltagte – bei den Vollzeitbeschäftigten mit einer befristeten Anstellung zu finden, was maßgeblich mit dem niedrigen Durchschnittsalter (Männer: 31,1 Jahre; Frauen 30,2 Jahre) in dieser Gruppe begründet ist. Beschäftigte in dieser Vertragsform sind vorrangig Personen, die meist noch am Anfang ihres Berufslebens stehen und sich entweder noch in der Berufsausbildung befinden bzw. mit ihrem Berufseinstieg zunächst eine befristete Anstellung (z.B. Probezeit) erhalten haben.

Unbefristet Teilzeitbeschäftigte weisen tendenziell größere Verordnungsmengen auf als unbefristet Vollzeitbeschäftigte, wobei dieser Unterschied insbesondere bei den Frauen teilweise auf Altersdifferenzen zwischen beiden Gruppen zurückgehen kann (unbefristet Vollzeit: 41,4 Jahre vs. unbefristet Teilzeit: 46,5 Jahre). Aber auch unter Berücksichtigung dieses Alterseffekts zeigt sich, dass eine Teilzeitbeschäftigung nicht zwangsläufig zu einer Entlastung bezogen auf die Gesundheit im Sinne der verordneten Tagesdosen der Beschäftigten wirkt.

Diagramm 4.4.9 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsformen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Beschäftigte sind meist deshalb in Teilzeit, weil ihnen entweder kein anderer Beschäftigungsumfang angeboten wird oder weil sie sich (überproportional oft Frauen) zusätzlich bzw. gleichzeitig um die Betreuung von Kindern bzw. die Pflege von Angehörigen kümmern.

Arbeitnehmerüberlassung

- Männer, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, erhalten insbesondere bei den Herz-Kreislauf-Mitteln weniger Arzneimittel verordnet, als solche in einem regulären Anstellungsverhältnis.
- Starke Variationen gibt es bei den Verordnungsmengen insgesamt zudem in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf – ein Indiz dafür, dass berufsbezogene Belastungen mehr Einfluss auf die Gesundheit Beschäftigter als das Anstellungsverhältnis ausüben.

Wie sich die Verordnungsmengen in Abhängigkeit von einer Beschäftigung über eine Arbeitnehmerüberlassung darstellen, zeigt ►► Diagramm 4.4.10. Vor allem bei den Männern ist deutlich zu erkennen,

dass Beschäftigte, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, deutlich weniger Tagesdosen insbesondere von Herz-Kreislauf-Mitteln verordnet bekommen als solche in einem regulären Anstellungsverhältnis. Im Unterschied zum AU-Geschehen, wo Leih- bzw. Zeitarbeiter deutlich mehr AU-Fälle und -Tage aufweisen, scheint sich hier das Lebensalter der Beschäftigten stärker auszuwirken als die Anstellungsform. Männer, die als Leiharbeiter angestellt sind, sind im Schnitt 3,8 Jahre jünger als solche ohne Leiharbeitsvertrag, während der Altersunterschied bei den Frauen lediglich 2,4 Jahre beträgt. Besonders deutlich zeigt sich dies bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System: Erhalten über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellte Männer hier im Mittel nur 110 DDD je Beschäftigten verordnet, so sind es bei den regulär Angestellten mit 156 DDD je Beschäftigten ca. 42% mehr. Bei den Frauen ist der Unterschied hingegen deutlich geringer ausgeprägt (72 vs. 84 DDD je Beschäftigte).

Dass dieser Unterschied nicht für alle Beschäftigten mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung in gleichem Maße gilt, zeigt sich in ►► Diagramm 4.4.11. Bei der Betrachtung nach Berufssegmenten ist der größte Unterschied zwischen Beschäftigten mit und ohne Arbeitnehmerüberlassung bei den Verkehrs- und

Diagramm 4.4.10 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

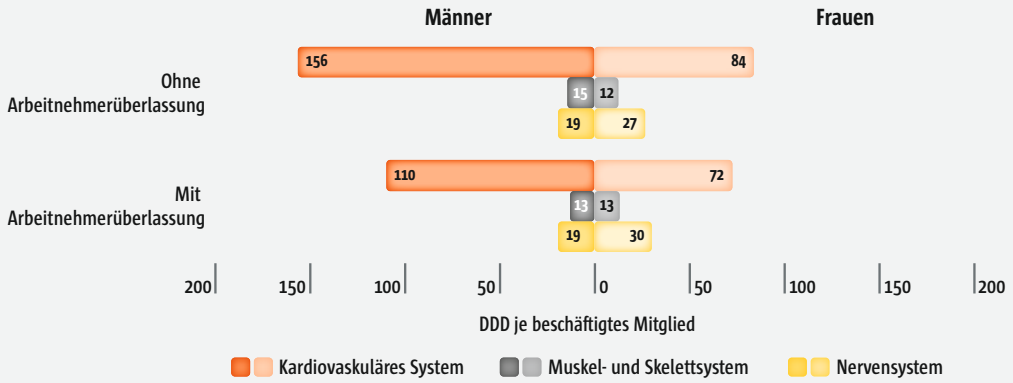
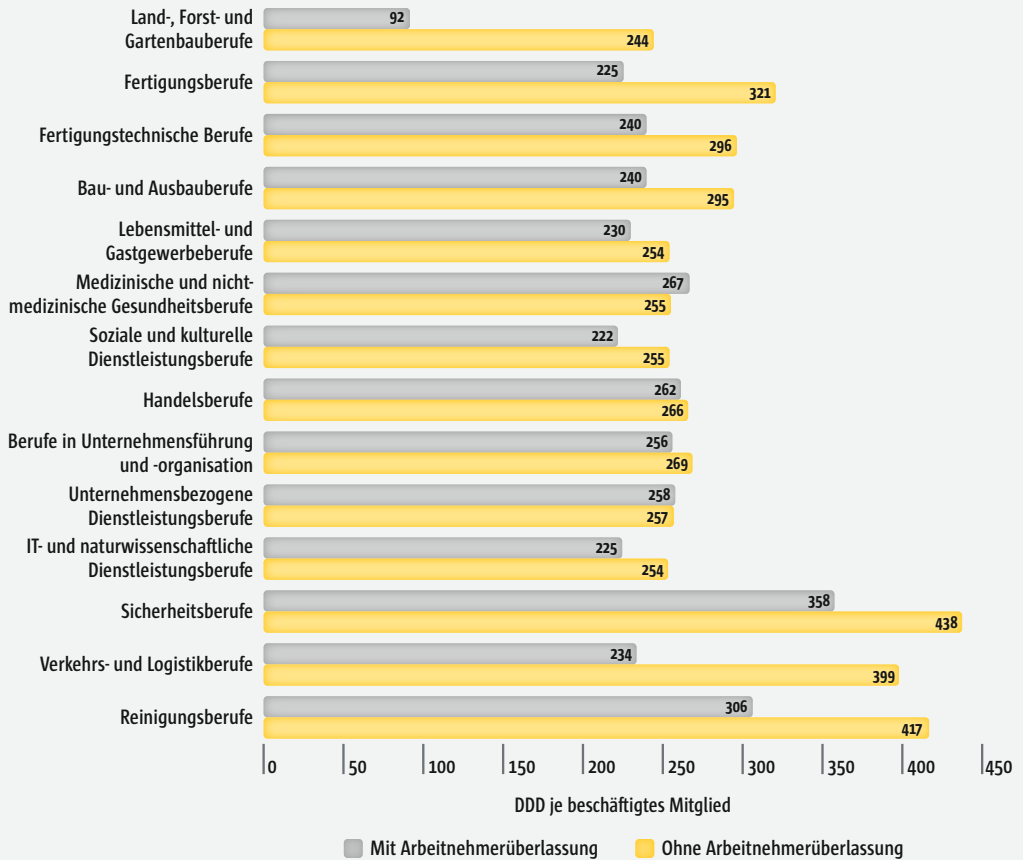


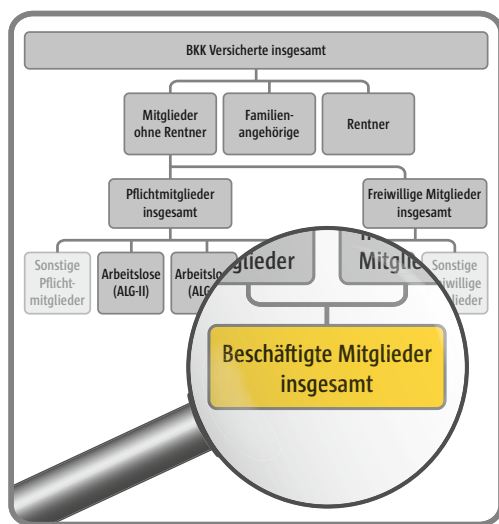
Diagramm 4.4.11 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)



Logistikberufen zu finden. In diesem Berufssegment erhalten die Beschäftigten mit einer regulären Anstellung im Schnitt 164 Tagesdosen pro Jahr und Beschäftigten mehr verordnet als die in Leih- bzw. Zeitarbeit Tätigen. Ähnliche Unterschiede in gleicher Richtung sind auch bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, den Fertigungsberufen sowie den Sicherheitsberufen zu finden. Für diese Berufssegmente zeigen sich auch im AU-Geschehen bei den Leiharbeitern deutlich niedrigere Fehltagelast als bei den regulär angestellten Berufstätigen (»» Diagramm 1.4.17). Andererseits gibt es aber auch Beru-

fe, deren Verordnungsmengen sich zwischen beiden Anstellungsformen nahezu nicht unterscheiden (z.B. [nicht-]medizinische Gesundheitsberufe, Handelsberufe, Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe). Es ist davon auszugehen, dass auch hier die berufsbezogenen Arbeitsbedingungen und Belastungen, aber auch die berufsspezifische Arbeitsmarktlage und der Fachkräftebedarf einen wesentlichen Einfluss auf die gesundheitliche Lage und somit auf den Arzneimittelverbrauch bei den verschiedenen Berufssegmenten in Kombination mit den bereits erwähnten Altersunterschieden haben.

4.5 Schwerpunktthema psychische Gesundheit und Arbeit



Der folgende Abschnitt fokussiert insbesondere auf die Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem, wobei explizit die Teilgruppe der Psychopharmaka betrachtet wird.

4.5.1 Einleitung

- Die unter den Psychopharmaka nach Verordnungsmengen wichtigsten Wirkstoffgruppen sind die Antipsychotika sowie die Antidepressiva.
- Zusammen sind diese beiden Wirkstoffgruppen für mehr als ein Drittel aller Einzelverordnungen (36,1%) sowie mehr als zwei Drittel aller definierten Tagesdosen (67,0%) innerhalb der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem verantwortlich.
- Antidepressiva werden dabei mit Abstand am häufigsten verordnet. 7,4% der beschäftigten Frauen sowie 4,4% der beschäftigten Männer erhalten mindestens einmal im Jahr eine solche Verordnung.

Die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem sind bei den Beschäftigten für insgesamt 13,1% aller Einzelverordnungen (EVO) sowie 7,8% aller definierten Tagesdosen (DDD) verantwortlich. Rund jeder Fünfte (18,5%) erhält mindestens einmal im Jahr 2018 ein solches Arzneimittel verordnet. Von besonderer Bedeutung für die Gruppe der Psychopharmaka sind zum einen die Psycholeptika (N05) zu denen die Antipsychotika (N05A – z.B. zur Behandlung von Wahnvorstellungen, Halluzinationen bzw. Schizophrenie) die Anxiolytika (N05B – v.a. zur Therapie von Ängsten/Phobien sowie Panikattacken) und die Hypnotika und Sedativa (N05C – z.B. bei Schlafstörungen) gehören. Aus dieser Gruppe wird folgend die nach Verordnungsmengen bedeutende Gruppe der Antipsychotika (N05A) im Detail betrachtet.

Die zweite wichtige Wirkstoffgruppe sind die Psychoanaleptika (N06) zu denen u.a. die Mittel zur Behandlung von ADHS (N06B) und die nach Verordnungskennzahlen wichtigste Gruppe der Antidepressiva (N06A) gehören. Die Antidepressiva (N06A) sind allein für knapp jede dritte EVO (30,9%) bzw. fast zwei Drittel aller DDD (62,5%) innerhalb der Gruppe der Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem verantwortlich. Bezogen auf die Arzneimittelverordnungen bei den Beschäftigten insgesamt gehen allein 4,3% aller EVO und 5,0% aller DDD nur auf die Antidepressiva (N06A) zurück. Mehr als einer von zwanzig Beschäftigten (5,8%) erhält mindestens einmal im Jahr ein Antidepressivum verordnet. Damit sind die Antidepressiva nicht nur innerhalb der zugeordneten Wirkstoffgruppe im Verordnungsgeschehen von großer Bedeutung, sondern auch in Relation zu anderen Mitteln unter den Top 10 der Verordnungen bei den Beschäftigten zu finden (» Tabelle 4.5.1). Entsprechend werden auch die Antidepressiva (N06A) zusammen mit den Antipsychotika (N05A) im weiteren detailliert im Zusammenhang mit arbeitsweltlichen Merkmalen betrachtet.

Dass die Verordnungsmengen von Arzneimitteln im Zusammenhang mit dem Alter der Beschäftigten

Tabelle 4.5.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem nach Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

ATC-Code	Bezeichnung	Männer			Frauen			Gesamt		
		Anteile mit Verordnung in %	EVO	DDD	Anteile mit Verordnung in %	EVO	DDD	Anteile mit Verordnung in %	EVO	DDD
N	Nervensystem	16,0	508	19.416	21,6	721	26.552	18,5	603	22.586
<i>davon</i>										
N05	Psycholeptika	1,7	56	1.544	2,4	68	1.549	2,0	61	1.546
<i>davon</i>										
N05A	Antipsychotika	0,8	31	1.077	0,9	32	919	0,8	31	1.007
N05B	Anxiolytika	0,6	12	213	1,0	18	268	0,8	14	237
N05C	Hypnotika und Sedativa	0,5	13	254	0,8	19	362	0,7	16	302
N06	Psychoanaleptika	4,5	156	11.701	7,5	246	18.001	5,8	196	14.499
<i>davon</i>										
N06A	Antidepressiva	4,4	144	11.227	7,4	239	17.750	5,7	186	14.125
N06B	Psychostimulanzien, Mittel zur Behandlung der ADHS und Nootropika	0,2	12	453	0,1	7	236	0,2	10	357

stehen, konnte bereits im **III** BKK Gesundheitsreport 2018 gezeigt werden, welcher sich explizit mit dem Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheit von Beschäftigten befasste. Wie sich dieser Zusammenhang für die beiden benannten Wirkstoffe darstellt, wird im Folgenden näher betrachtet.

Das **III** Diagramm 4.5.1 zeigt die altersbezogene Verteilung der Verordnungsmengen für die Antipsychotika (N05A) bei den beschäftigten Mitgliedern. Gut zu erkennen ist, dass die Anzahl der EVO und DDD bis zur Gruppe der 55- bis 59-Jährigen zunimmt und der *healthy worker effect* etwas eher als sonst (meist erst bei den 65-Jährigen und älteren Beschäftigten) mit einem deutlichen Rückgang der Verordnungsmengen in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen eintritt. Weiterhin wird deutlich, dass in nahezu allen Altersgruppen die Werte für die definierten Tagesdosen sowie die Einzelverordnungen für Männer und Frauen ähnlich ausfallen, lediglich in den mittleren Altersgruppen sind die definierten Tagesdosen bei den Männern etwas höher ausgeprägt. Die Ursache für den Altersverlauf dürfte u. a. darin liegen, dass die für die Medikation zugrunde liegenden Erkrank-

kungen (z. B. Schizophrenie: F20²) bei beiden Geschlechtern nahezu gleich häufig, allerdings in etwas höherer Ausprägung im mittleren Lebensalter auftreten. Entsprechend finden sich mit einem Anteil von 1,1% bei den Männern und 1,3% bei den Frauen die meisten Beschäftigten, die mindestens eine Verordnung von Antipsychotika im Jahr erhalten haben in der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen. Über alle Altersgruppen hinweg erhalten 0,8% der Männer bzw. 0,9% der Frauen pro Jahr mindestens ein Antipsychotikum verordnet.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei den Verordnungen von Antidepressiva (N06A) im Zusammenhang mit dem Alter und dem Geschlecht der Beschäftigten (**III** Diagramm 4.5.2). Zum einen sind es hier die Frauen, die über alle Altersgruppen hinweg die im Mittel meisten Einzelverordnungen bzw. Tagesdosen erhalten. Dieses Bild korrespondiert mit den Ergebnissen epidemiologischer Studien, die zeigen

2 Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010) Schizophrenie. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 50.

Diagramm 4.5.1 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der beschäftigten Mitglieder für Antipsychotika (N05A) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

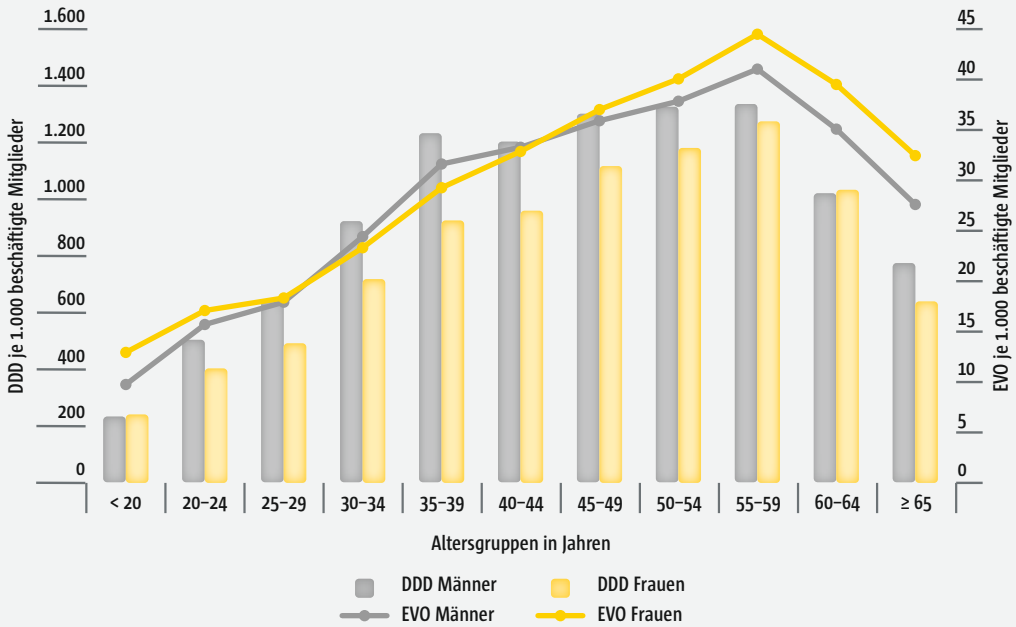
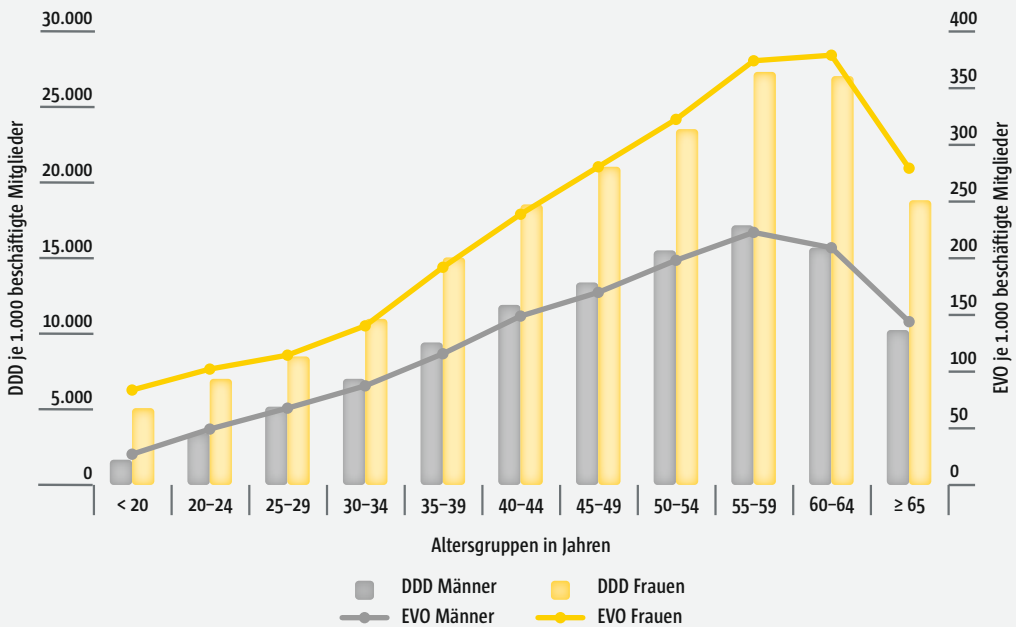


Diagramm 4.5.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



konnten, dass die Depressionsprävalenz der Frauen über derjenigen der Männer liegt³. Zum anderen steigt der Geschlechtsunterschied bezogen auf beide Verordnungskennzahlen mit zunehmendem Lebensalter sogar noch an und zeigt sowohl für die Einzelverordnungen als auch für die Tagesdosen die größte Differenz in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen, um in der Gruppe der 65-Jährigen und älteren sowohl insgesamt als auch bezogen auf den Geschlechtsunterschied im Sinne des *healthy worker effects* wieder sprunghaft abzunehmen. Auch für die (hier nicht dargestellten) Anteile der Beschäftigten mit Verordnung zeigen sich die gleichen Alters- und Geschlechtseffekte: Mehr als jede neunte beschäftigte Frau (11,7%) sowie 6,4% aller beschäftigten Männer im Alter zwischen 60 und 64 Jahren erhalten mindestens einmal im Jahr ein Antidepressivum verordnet. Über alle Altersgruppen hinweg liegt dieser Anteil mit 4,4% bei den Männern und 7,4% bei den Frauen deutlich über denen der Antipsychotika.

4.5.2 Auswertungen nach Wirtschaftsgruppen

- Die meisten verordneten Tagesdosen von Antipsychotika bzw. Antidepressiva sind in Branchen mit einer besonders hohen psychosozialen Belastung, z.B. im Gesundheits- und Sozialwesen, zu finden.
- Im Vergleich zwischen den Wirtschaftsgruppen zeigt sich, dass männliche Beschäftigte tendenziell höhere Mengen Antipsychotika verordnet bekommen als Frauen, während sich das Bild bei den Antidepressiva in höherer Ausprägung umgekehrt darstellt.
- Regional variieren die verordneten Tagesdosen der Antidepressiva innerhalb der Branchen stark. Mehrheitlich sind die höchsten Werte dabei in den Westbundesländern zu finden.

Zur Vervollständigung des Gesamtbildes der gesundheitlichen Versorgung Beschäftigter mit psychischen Erkrankungen, wird an dieser Stelle parallel zu den vorhergehenden Kapiteln ebenfalls der Zusammenhang mit der Zugehörigkeit der Beschäftig-

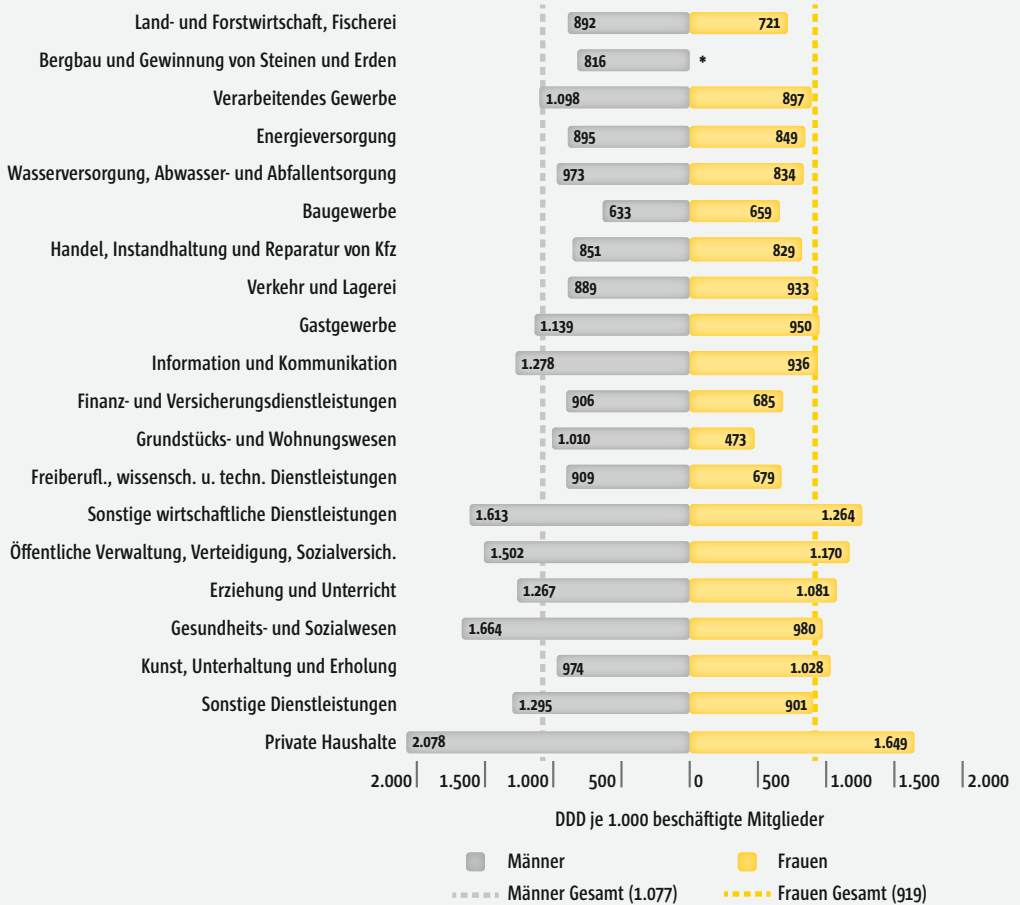
ten zu einer bestimmten Wirtschaftsgruppe im Kontext der Arzneimittelverordnungen betrachtet.

Das **III** Diagramm 4.5.3 zeigt die durchschnittlichen Tagesdosen für Antipsychotika im Zusammenhang mit Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht. Zunächst wird auch hier erkennbar, dass innerhalb einer Wirtschaftsgruppe die Männer fast durchgängig höhere Mengen Antipsychotika als die Frauen verordnet bekommen. Während die in den privaten Haushalten tätigen Männer den größten Einzelwert aufweisen, sind es hingegen die männlichen Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen, die neben einem überdurchschnittlich hohen Wert bei den Verordnungsmengen auch den größten Abstand zu ihren Kolleginnen aufweisen. Ebenfalls überdurchschnittlich viele Verordnungen sind in den Wirtschaftsgruppen öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (u.a. Sicherheitsdienste) zu finden. Diese Beschäftigtengruppen fallen auch in den anderen Leistungsbereichen fast durchgehend mit überdurchschnittlich hohen Versorgungskennzahlen auf. Auch hier zeigt sich als Muster, dass insbesondere die Wirtschaftsgruppen mit besonders viel zwischenmenschlicher Interaktion als Arbeitsinhalt meist überdurchschnittlich viele Tagesdosen Antipsychotika verordnet bekommen.

Der Zusammenhang zwischen den Tagesdosen verordneter Antidepressiva, Wirtschaftsgruppen und Geschlecht ist in **III** Diagramm 4.5.4 dargestellt. Neben den deutlich höheren Verordnungsmengen zeigt sich hier, im Gegensatz zu den Antipsychotika, dass Frauen über alle Wirtschaftsgruppen hinweg im Durchschnitt wesentlich mehr Tagesdosen als ihre männlichen Kollegen verordnet bekommen. Gleiches gilt auch für die Verordnungsanteile für Antidepressiva insgesamt, die bei den Frauen im Vergleich zu den Männern wesentlich höher ausfallen (**III** Tabelle 4.5.1). Aber auch hier sind es in der Mehrzahl die bereits benannten Wirtschaftsgruppen (u.a. Gesundheits- und Sozialwesen; öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung sowie private Haushalte) die aufgrund ihrer Tätigkeitsschwerpunkte überdurchschnittliche Werte aufweisen, während zum Beispiel Beschäftigte im Baugewerbe weit unter dem Durchschnitt liegen. Insofern lässt sich anhand dieser Auswertung die Aussage ebenso bestätigen, dass Branchen mit einer besonders hohen psychosozialen Belastung nicht nur viele Fehltag, Diagnosen und Klinikaufenthalte, sondern auch überdurchschnittlich hohe Verordnungskennwerte von Psychopharmaka aufgrund psychischer Störungen aufweisen.

3 Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*; 85:77-87.

Diagramm 4.5.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antipsychotika (N05A) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

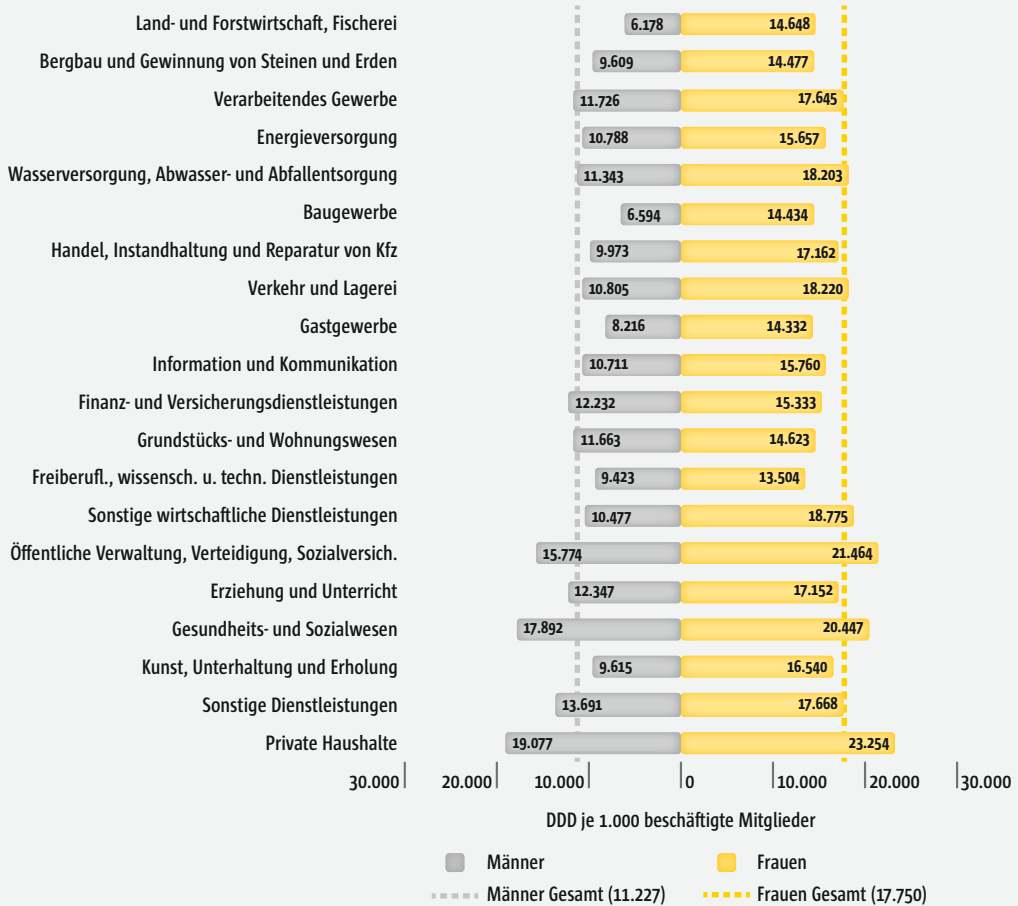


* keine Angaben vorhanden

In **III** Tabelle 4.5.2 sind exemplarisch für die Gruppe der Psychopharmaka die regionalen Unterschiede für ausgewählte Wirtschaftsabschnitte anhand der verordneten Tagesdosen der Antidepressiva dargestellt. Innerhalb einer Wirtschaftsgruppe zeigen sich zwischen den einzelnen Bundesländern deutliche Schwankungen, die von einer Spanne von 5,3 DDD je Beschäftigten im Bereich Verkehr und Lagerei bis zu 7,3 DDD je Beschäftigten im verarbeitenden Gewerbe reichen. Überraschend ist, dass bei den Verordnungen von Antidepressiva in fast allen Wirtschaftsgruppen die höchsten Verordnungsmengen in den Westbundesländern zu finden sind. So sind Beschäftigte mit Wohnort in Bayern in vier der fünf Wirtschafts-

gruppen unter den Top-3-Bundesländern mit den meisten Tagesdosen zu finden. Allein 12 der insgesamt 15 Top-3-Positionen mit den meisten Verordnungen finden sich in den Altbundesländern, neben Bayern, weitere drei in Rheinland-Pfalz sowie zwei in Nordrhein-Westfalen. Dagegen sind in insgesamt neun von 15 Fällen die niedrigsten Verordnungsmengen in den neuen Bundesländern (allein in Sachsen-Anhalt bei vier der fünf betrachteten Wirtschaftsgruppen) zu finden. Die einzige Ausnahme bildet Bremen, das in drei der fünf Wirtschaftsgruppen jeweils unterdurchschnittliche Verordnungsmengen von Antidepressiva aufweist. Dieses regionale Verteilungsmuster, wie es sich auch schon in

Diagramm 4.5.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



»» Diagramm 4.3.3 andeutet, zeigt sich z.B. im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nicht. Wie die sektorenübergreifenden Analysen in den vorhergehenden Kapiteln schon zeigen konnten, ist der Anteil der Beschäftigten groß, die bei einer Depressionsdiagnose ein Antidepressivum verordnet bekommen. Vermutlich spielt auch hier, wie schon bei den Antibiotika, das unterschiedlich sozialisierte Ordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte in Ost und West eine Rolle. Ein weiterer Einflussfaktor kann aber auch die regional unterschiedliche Anzahl niedergelassener (Fach-)Ärzte sein.

4.5.3 Auswertungen nach Berufsgruppen

- Bei der Betrachtung der konkreten Berufstätigkeit tritt der Zusammenhang zwischen psychosozialer Belastung und der Anzahl bzw. Menge der Arzneimittelverordnungen v.a. bei den Antidepressiva noch deutlicher zutage.
- Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen sind dabei sowohl insgesamt als auch regional stärker ausgeprägt als bei den Wirtschaftsgruppen. Die konkrete berufliche Tätigkeit übt somit einen stärkeren Einfluss auf die Gesundheit aus als die Branche, in der man diesen Beruf ausübt.

Tabelle 4.5.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsabschnitten (Berichtsjahr 2018)

Bundesländer	Wirtschaftsabschnitte					Gesamt
	Verarbeitendes Gewerbe	Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	Verkehr und Lagerei	Gesundheits- und Sozialwesen	
DDD je 1.000 beschäftigte Mitglieder						
Baden-Württemberg	11.887	13.119	17.604	12.810	18.644	13.059
Bayern	15.136	15.489	20.573	14.796	22.250	15.818
Berlin	10.716	11.203	20.667	10.076	17.675	12.067
Brandenburg	9.788	11.979	19.141	10.296	17.906	12.119
Bremen	10.776	10.894	16.272	11.292	16.843	11.852
Hamburg	10.915	12.652	19.484	10.463	15.427	12.227
Hessen	13.641	13.628	18.575	12.745	20.198	14.261
Mecklenburg-Vorpommern	7.858	10.562	16.051	10.801	17.286	11.670
Niedersachsen	12.107	12.471	18.139	11.930	18.068	12.952
Nordrhein-Westfalen	13.410	14.299	21.258	14.892	20.751	15.050
Rheinland-Pfalz	14.521	16.399	20.403	12.705	20.865	15.448
Saarland	11.672	15.403	18.345	11.368	17.526	13.118
Sachsen	9.600	11.734	19.369	9.588	20.162	12.359
Sachsen-Anhalt	8.333	11.043	19.577	10.250	16.824	11.345
Schleswig-Holstein	10.012	12.178	16.120	12.372	19.183	12.585
Thüringen	12.273	13.217	22.317	11.646	21.908	14.118
Gesamt	13.119	13.771	19.505	12.742	20.002	14.125

Die nun folgenden Auswertungen beziehen sich auf die konkrete Berufstätigkeit der Beschäftigten. In **»»»** Diagramm 4.5.5 sind die durchschnittlichen definierten Tagesdosen für Antipsychotika nach Berufssegmenten und Geschlecht dargestellt. Wie schon bei der Betrachtung nach Wirtschaftsgruppen in **»»»** Diagramm 4.5.3 sichtbar wurde, liegen auch hier die Werte der Männer innerhalb eines Berufssegments zum Großteil über denen der Frauen. Am deutlichsten wird dieser Unterschied bei den Reinigungsberufen, die gleichzeitig für beide Geschlechter die höchsten Werte aufweisen. Ebenfalls überdurchschnittlich hohe Verordnungsmengen finden sich bei den Sicherheitsberufen, den sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen und, zumindest bei den männlichen Beschäftigten, auch bei den

medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen sowie bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen. Handelsberufe sowie Bau- und Ausbauberufe sind hingegen weniger stark betroffen. Neben der Tatsache, dass wiederum Berufe mit einer hohen psychosozialen Belastung besonders hohe Verordnungsmengen aufweisen, dürfte insbesondere bei den Reinigungsberufen das überdurchschnittlich hohe Alter im Vergleich zu allen Beschäftigten (**»»»** Tabelle o.2.2) einen zusätzlichen Einfluss auf die Menge der verordneten Tagesdosen ausüben.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei den Verordnungen von Antidepressiva im Zusammenhang mit der Berufstätigkeit und dem Geschlecht (**»»»** Diagramm 4.5.6). Neben der Tatsache, dass es wiederum

Diagramm 4.5.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antipsychotika (N05A) nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

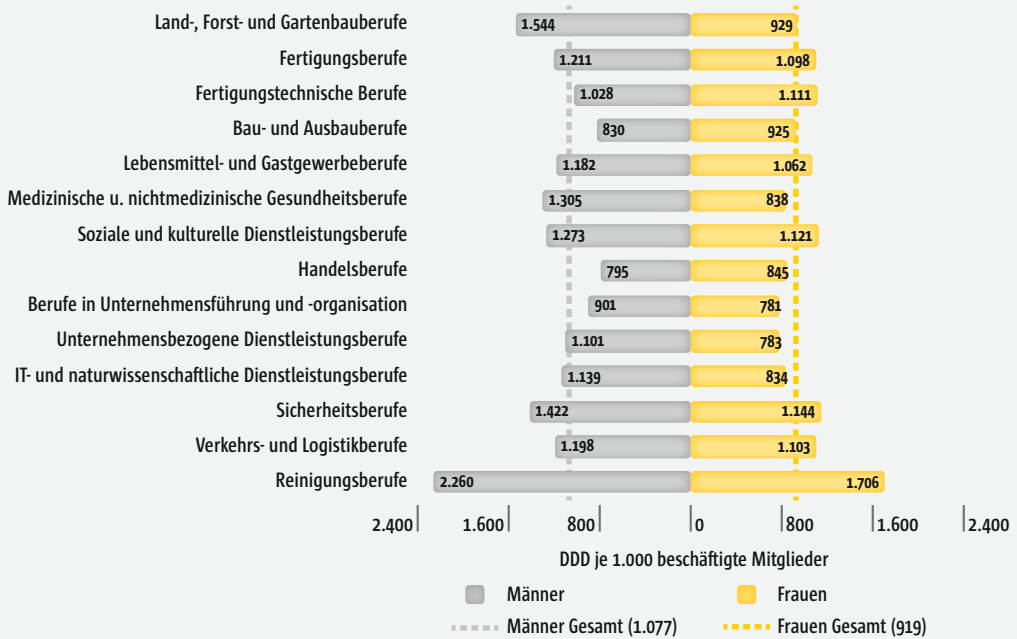


Diagramm 4.5.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach Berufssegmenten und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

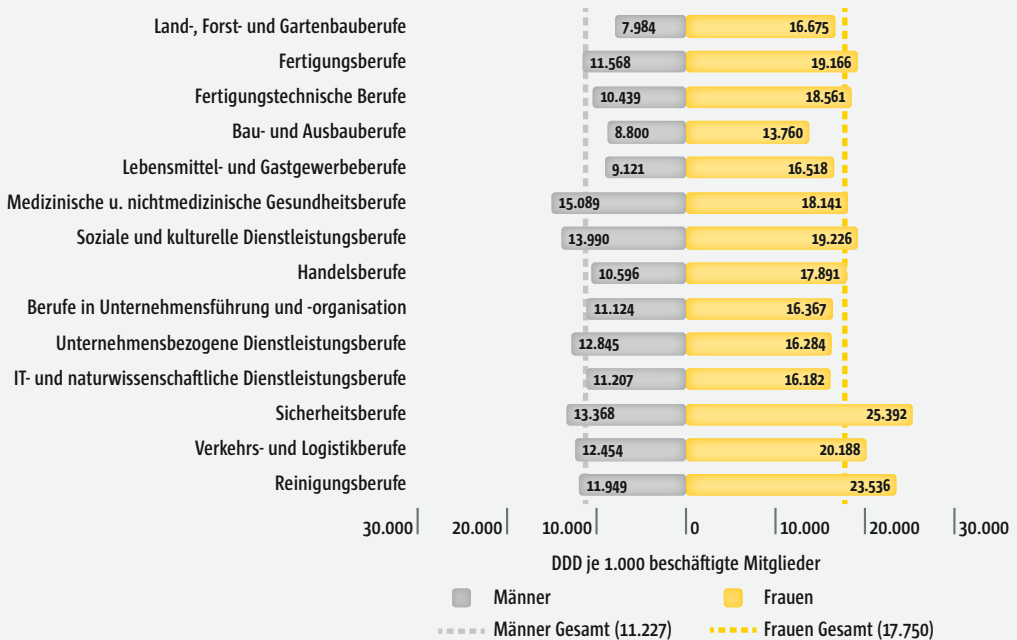


Tabelle 4.5.3 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder für die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten DDD von Antidepressiva (N06A) (Berichtsjahr 2018)

KldB- 2010- Code	Berufsgruppen	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
821	Altenpflege	345	26.018	9,9
832	Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	351	25.260	9,6
733	Medien-, Dokumentations- und Informationsdienste	296	24.036	8,3
533	Gewerbe- und Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	308	22.910	7,6
541	Reinigung	290	20.756	8,0
831	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	259	20.164	7,5
732	Verwaltung	262	20.031	7,8
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	250	19.703	7,3
214	Industrielle Keramikherstellung und -verarbeitung	245	19.293	5,7
115	Tierpflege	231	18.739	6,4
	Gesamt	186	14.125	5,7
342	Klempnerei, Sanitär-, Heizungs- und Klimatechnik	96	7.212	2,9
332	Maler- und Lackierer-, Stuckateurarbeiten, Bauwerksabdichtung, Holz- und Bautenschutz	97	7.001	2,8
815	Tiermedizin und Tierheilkunde	106	6.932	3,8
943	Moderation und Unterhaltung	80	6.713	2,7
331	Bodenverlegung	87	6.620	2,6
117	Forst- und Jagdwirtschaft, Landschaftspflege	91	6.507	2,5
261	Mechatronik und Automatisierungstechnik	82	6.207	2,3
321	Hochbau	73	5.434	2,0
333	Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	69	5.155	2,2
942	Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	55	3.818	1,2

die beschäftigten Frauen sind, die jeweils mit Abstand die höchsten Werte aufweisen, sind es hier noch deutlicher diejenigen Berufe, die aufgrund einer hohen psychosozialen Belastung wesentlich mehr Antidepressiva verordnet bekommen (Gesundheitsberufe, soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe, Sicherheitsberufe), im Gegensatz zu Berufen aus dem Bau- und Fertigungsbereich. Wie sich dieses Muster auf der differenzierten Ebene der Berufsgruppen darstellt, wird in **»** Tabelle 4.5.3 erkennbar.

Wie schon in den anderen Leistungsbereichen zu beobachten ist, sind es v.a. die Beschäftigten aus den Gesundheitsberufen (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege) sowie aus den sozialen und erzieherischen Berufen (Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege, Hauswirtschaft und Verbraucherberatung), die am häufigsten unter den Berufsgruppen mit den meisten Antidepressivaverordnungen zu finden sind. Die geringsten Verordnungsmengen sind wiederum vorrangig in den handwerklich-produzie-

Tabelle 4.5.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufssegmenten (Berichtsjahr 2018)

Bundesländer	Berufssegmente					
	Fertigungs- berufe	Unternehmens- bezogene Dienstleistungs- berufe	Reinigungs- berufe	Verkehrs- und Logistikberufe	Medizinische und nichtmedizinische Gesundheitsberufe	Gesamt
	DDD je 1.000 beschäftigte Mitglieder					
Baden-Württemberg	11.926	13.935	20.197	14.251	16.730	13.059
Bayern	15.310	15.349	27.637	17.605	19.895	15.818
Berlin	10.066	14.870	11.650	9.235	15.971	12.067
Brandenburg	9.416	15.688	14.261	9.203	16.031	12.119
Bremen	9.294	13.918	20.675	11.755	14.301	11.852
Hamburg	12.728	12.641	17.459	11.886	13.901	12.227
Hessen	12.899	14.623	20.954	13.977	17.727	14.261
Mecklenburg-Vorpommern	8.823	14.753	15.403	9.605	16.129	11.670
Niedersachsen	11.167	13.863	20.966	14.077	15.850	12.952
Nordrhein-Westfalen	13.153	16.175	20.639	15.261	17.982	15.050
Rheinland-Pfalz	13.080	16.112	24.092	16.012	17.089	15.448
Saarland	11.614	14.268	29.278	14.216	16.067	13.118
Sachsen	9.832	16.096	12.246	9.185	19.630	12.359
Sachsen-Anhalt	6.555	16.503	16.994	9.369	14.875	11.345
Schleswig-Holstein	10.849	13.697	17.789	10.847	16.596	12.585
Thüringen	11.676	18.385	21.778	12.043	20.589	14.118
Gesamt	12.743	15.074	20.756	14.131	17.679	14.125

renden bzw. künstlerischen Berufen zu finden. Zwischen der Berufsgruppe mit den meisten verordneten Tagesdosen (Altenpflege) und derjenigen mit den geringsten Werten (Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst) beträgt der Unterschied bei den EVO und den DDD jeweils mehr als das 6-Fache. Hinzu kommt, dass Beschäftigte in der Altenpflege im Vergleich zu denen in Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst mehr als achtmal häufiger ein Antidepressivum verordnet bekommen (9,9% vs. 1,2% Beschäftigte mit Verordnung). Diese enormen Unterschiede werden zum Großteil durch die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und -belastungen in den jeweiligen Berufen verursacht.

Äquivalent zu den Wirtschaftsgruppen werden auch bei den Berufen die regionalen Unterschiede am Beispiel der Antidepressiva-Verordnungen deutlich

(» Tabelle 4.5.4). Im Vergleich zu den Wirtschaftsgruppen zeigen sich für die ausgewählten Berufsgruppen noch größere Schwankungen zwischen den Bundesländern. Am deutlichsten wird das bei den Reinigungsberufen: Werden bei den in Berlin wohnhaften Beschäftigten dieser Berufsgruppe 11,6 DDD je Berufstätigen verordnet, so sind es im Saarland mit durchschnittlich 29,3 DDD je Beschäftigten mehr als doppelt so viele Tagesdosen. Da das Alter innerhalb der Gruppe der Reinigungsberufe nur sehr wenig variiert, ist auch hier davon auszugehen, dass v.a. die regional unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen ausschlaggebend für die unterschiedlich ausgeprägten Verordnungsmengen sind. Wie schon bei den Wirtschaftsgruppen, zeigt sich auch bei den Berufsgruppen in 12 von 15 Fällen, dass die meisten

Verordnungen von Antidepressiva in den Altbundesländern zu finden sind. Unter den Top-3-Plätzen steht bei vier der Berufsgruppen Bayern sowie in drei Fällen Rheinland-Pfalz an der Spitze.

4.5.4 Auswertungen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Ein höherer Komplexitätsgrad der Tätigkeit sowie Führungsverantwortung gehen mit niedrigeren Verordnungsmengen von Antipsychotika bzw. Antidepressiva einher.
- Arbeitslose weisen ein Vielfaches mehr an Verordnungsmengen von Antidepressiva und Antipsychotika im Vergleich zu den Beschäftigten auf.
- Beschäftigungsbedingungen beeinflussen zwar die Verordnungskennzahlen bei Psychopharmaka stark, Arbeit kann allerdings insgesamt auch als Ressource für die eigene psychische Gesundheit verstanden werden, wie ein Vergleich mit den Arbeitslosen zeigt.

Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

Nicht nur die Zugehörigkeit zu einer Wirtschafts- oder Berufsgruppe, sondern auch weitere Tätigkeitsmerkmale beeinflussen das Arzneimittelverord-

nungsgeschehen bei den Psychopharmaka, wie am Beispiel des Anforderungsniveaus der Tätigkeit (»» Diagramm 4.5.7) eindrucksvoll gezeigt werden kann. Sowohl bei den Antipsychotika als auch bei den Antidepressiva zeigt sich in der Gesamttendenz, dass die Verordnungsmengen mit zunehmendem Anforderungsniveau abnehmen. Während diese Abnahme bei den Männern bezogen auf die Antipsychotika stärker ausgeprägt ist, trifft dies bei den Frauen v.a. auf die Antidepressiva zu. Zu vermuten ist, dass bei den (hoch-)komplexen Tätigkeiten der Handlungs- und Gestaltungsspielraum als ein(e) wichtige(r) Ressource bzw. Schutzfaktor für die psychische Gesundheit wirksam wird.

Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung

Auch der in »» Diagramm 4.5.8 dargestellte Zusammenhang zwischen der Aufsichts- und Führungsverantwortung und den Verordnungsmengen der ausgewählten Psychopharmaka zeigt sowohl insgesamt als auch geschlechtsspezifisch für die einzelnen Wirkstoffgruppen ein zum »» Diagramm 4.5.7 sehr ähnliches Muster. Die Übertragung von (Führungs-) Verantwortung ist also ebenso, wie ausreichender Handlungsspielraum bei der Arbeit, eine weitere wichtige Ressource zur Aufrechterhaltung der eigenen psychischen Gesundheit.

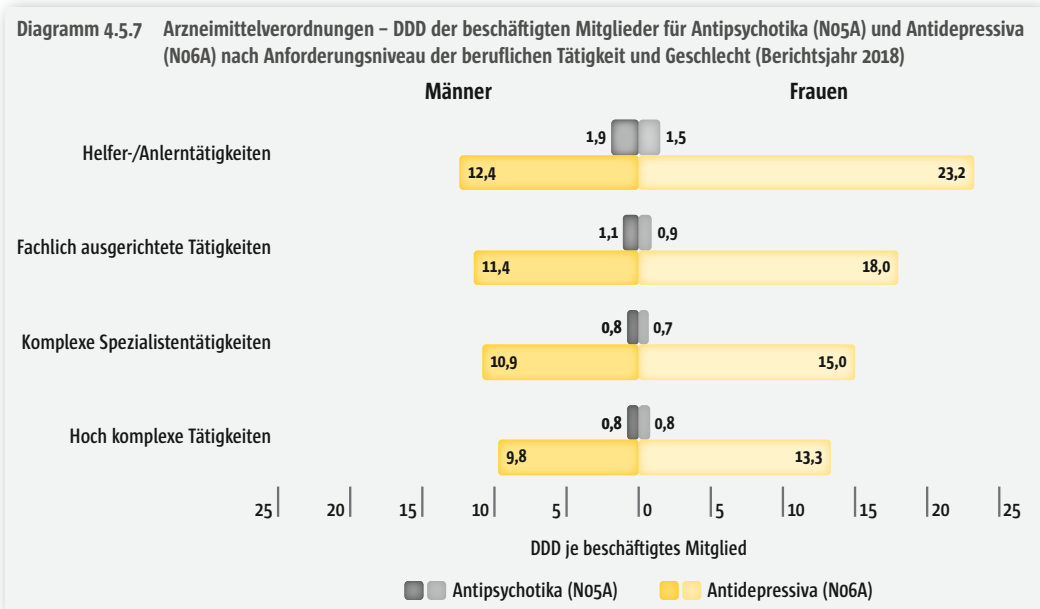
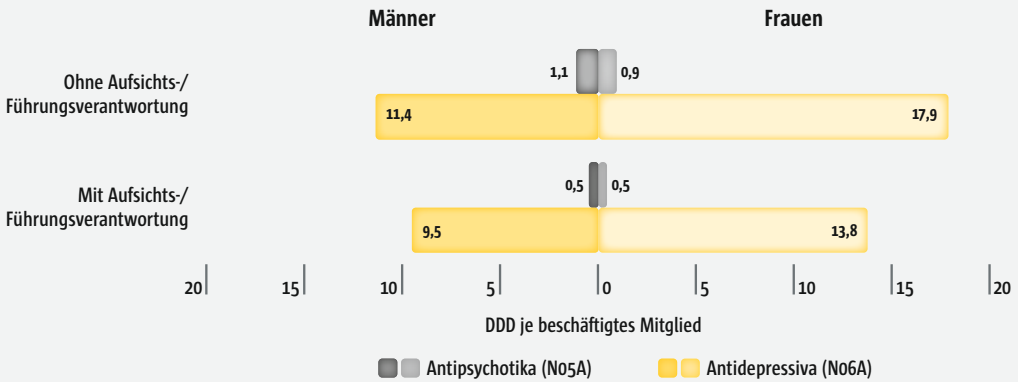


Diagramm 4.5.8 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antipsychotika (N05A) und Antidepressiva (N06A) mit bzw. ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)



Arbeitnehmerüberlassung

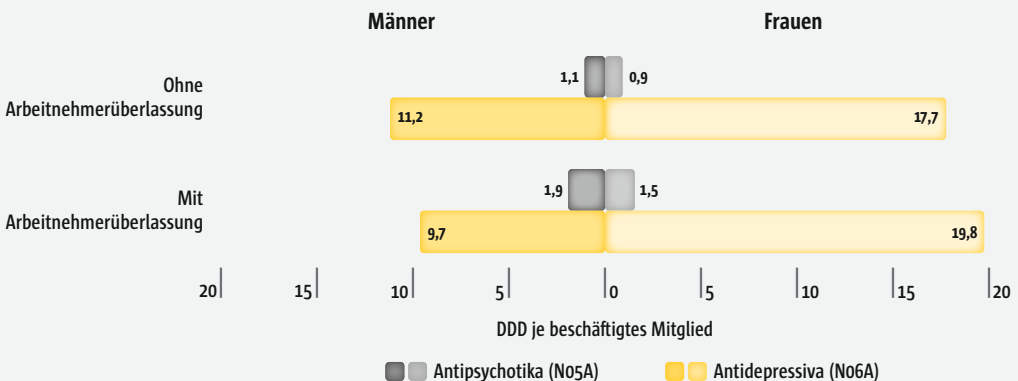
Abschließend soll in diesem Abschnitt noch der Zusammenhang zwischen Leih-/Zeitarbeit und den Verordnungen von Psychopharmaka betrachtet werden (»» Diagramm 4.5.9). Während weibliche Beschäftigte, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, tendenziell mehr Antipsychotika und Antidepressiva verordnet bekommen als solche mit einer regulären Anstellung, zeigt sich bei den Männern zumindest bei den Antidepressiva ein in Ansätzen umgekehrtes Bild. Zieht man in Betracht, dass sowohl Männer als auch Frauen, die über Leih-/ bzw. Zeitarbeit beschäftigt sind, im Schnitt drei Jahre jünger sind als solche mit regulärer Anstellung,

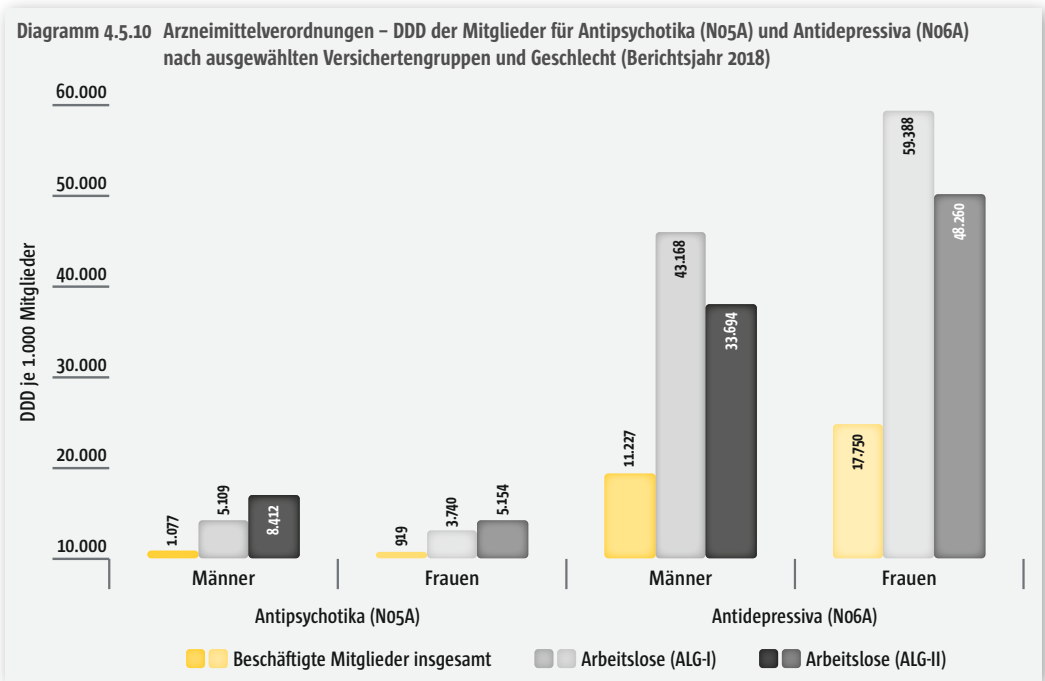
so wären bei der erstgenannten Gruppe allein aufgrund des Altersunterschieds niedrigere Kennwerte zu erwarten gewesen. Insofern lassen die dargestellten Ergebnisse den Schluss zu, dass ein atypisches Beschäftigungsverhältnis als Risikofaktor für die psychische Gesundheit zu bewerten ist.

Exkurs Arbeitslosigkeit

Die bisherigen Vergleiche verdeutlichen v.a., wie sehr die durch die Merkmale der Tätigkeit ableitbaren Beanspruchungen und Belastungen sowie Ressourcen das Verordnungsgeschehen insbesondere bei den Psychopharmaka beeinflussen können. In

Diagramm 4.5.9 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antipsychotika (N05A) und Antidepressiva (N06A) mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)





» Diagramm 4.5.10 sind erweitert zu diesen Betrachtungen die definierten Tagesdosen für Antipsychotika und Antidepressiva der Beschäftigten sowie der Arbeitslosen mit ALG-I- bzw. ALG-II-Bezug gegenübergestellt. An dieser Stelle wird, wie auch im AU-Geschehen (» Diagramm 1.5.24) bzw. der stationären Versorgung (» Diagramm 3.5.16) deutlich, dass Arbeitslose nicht nur wesentlich mehr Fehlzeiten und Krankenhausaufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen als Beschäftigte haben, sondern auch deutlich mehr Psychopharmaka verordnet bekommen. Ein anderes Bild ergibt sich dagegen in der ambulanten Versorgung, wo zwar die Arbeitslosen im ALG-II-Bezug nicht aber die im ALG-I-Bezug höhere Diagnoseanteile aufgrund psychischer Störungen aufweisen (» Diagramm 2.5.15). Bei den Antipsychotika ist dabei für beide Geschlechter feststellbar, dass mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit die Verordnungsmengen nahezu linear ansteigen. Bei den Männern beträgt der Unterschied zwischen den Beschäftigten und den Arbeitslosen mit ALG-II-Bezug fast das 8-Fache, bei den Frauen rund das 6-Fache. Für die Antidepressiva zeigt sich ein etwas anderes Bild: Zum einen weisen hier über alle Versichertengruppen hinweg die Frauen die höheren durchschnittlichen Verordnungsmengen auf und zum anderen sind es hier die ALG-I-Empfänger,

die für beide Geschlechter die höchsten Werte aufweisen. Obwohl hier der Anteil der ALG-II-Empfänger mit einer entsprechenden Depressionsdiagnose im ambulanten Bereich deutlich höher als bei den ALG-I-Empfängern ist, sind vermutlich bei erstgenannter Gruppe die Komorbiditäten zu anderen Störungsbildern größer, was sich u. a. bei den hier nicht dargestellten Verordnungen für Mittel zur Behandlung von Suchterkrankungen (No7B) zeigt, die bei den ALG-II-Empfängern mit Abstand am höchsten sind.

4.5.5 Sektorenübergreifende Auswertungen am Beispiel der Depressiven Episode (F32)

- Mehr als ein Drittel (37,7%) der Beschäftigten mit einer diagnostizierten depressiven Episode bekommt gleichzeitig mindestens einmal ein Antidepressivum verordnet.
- Während etwa zwei Drittel (64,7%) aller Beschäftigten mit einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome mindestens einmal ein Antidepressivum verordnet bekommen, ist es bei der leichten depressiven Episode nur ein knappes Drittel (31,7%).

Wie bereits in den jeweiligen sektorenübergreifenden Auswertungen der vorhergehenden Kapitel festgestellt werden konnte, nimmt die Pharmakotherapie eine zentrale Rolle bei der Behandlung der depressiven Episode ein. Betrachtet man alle Beschäftigten insgesamt, so wurde bei 5,7% im Jahr 2018 mindestens einmal ein Antidepressivum (N06A) verordnet, deutlich häufiger bei Frauen (7,4%) als bei Männern (4,4%).

Verordnungsanteile in Kombination mit anderen Leistungen

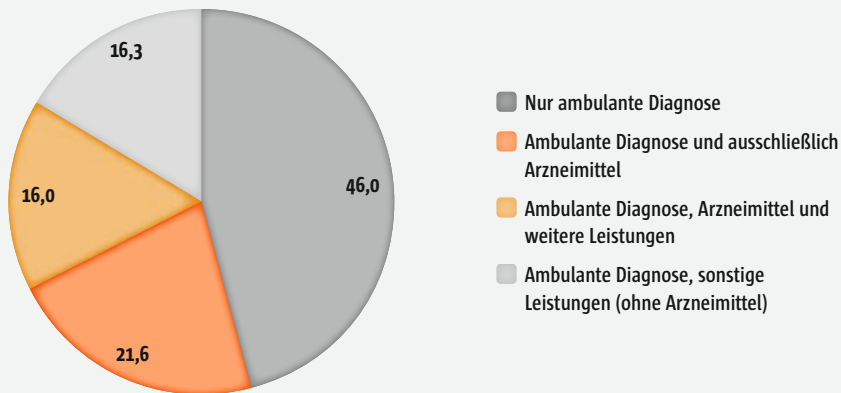
Neben der bereits festgestellten Tatsache, dass bei knapp der Hälfte aller diagnostizierten depressiven Episoden (46,0%) keine weiteren therapeutischen Maßnahmen dokumentiert sind, findet bei etwas mehr als jedem fünften Betroffenen (21,6%) eine ausschließliche Pharmakotherapie statt. In Kombination mit weiteren therapeutischen und/oder kurativen Maßnahmen (z. B. Klinikaufenthalt oder ambulante Psychotherapie) sind weitere 16,0% mit der Gabe von Antidepressiva verbunden, am häufigsten in der Kombination mit ambulanter Psychotherapie (12,3%).

Bezogen auf die insgesamt 37,7% der Betroffenen, die nach **III** Diagramm 4.5.11 mindestens ein Antidepressivum im Jahr verordnet bekommen, lässt sich ein Verordnungsvolumen von durchschnittlichen 3,2 Einzelverordnungen pro Beschäftigten feststellen.

Antidepressivaverordnungen in Abhängigkeit vom Schweregrad der Depression

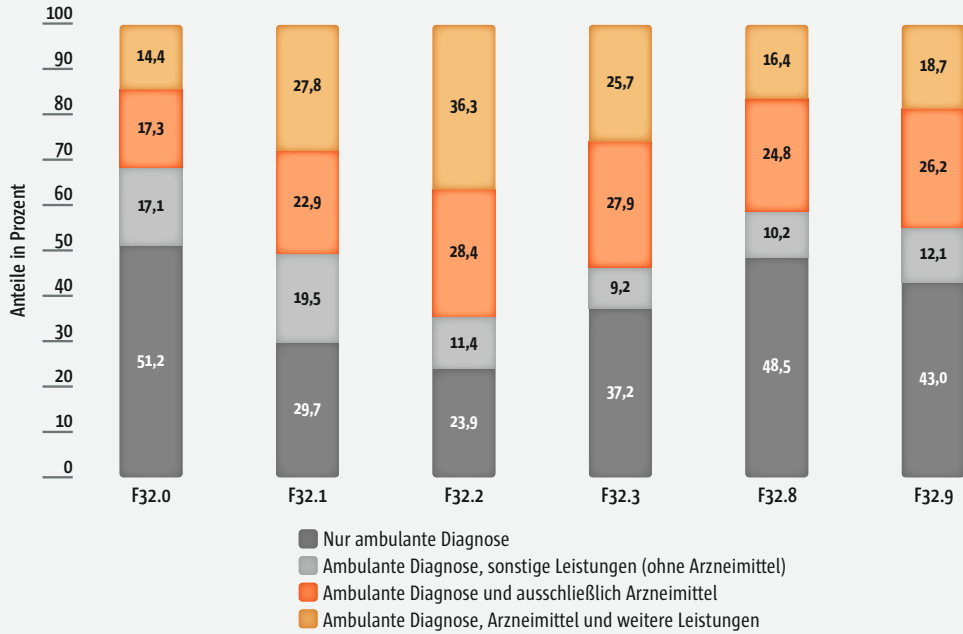
Wie sich die Verordnungen von Antidepressiva nach Schweregrad der depressiven Episode verteilen, zeigt **III** Diagramm 4.5.12. Erwartungsgemäß steigt der Anteil derjenigen, die ein Antidepressivum verordnet bekommen, mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankung an. So erhalten fast zwei Drittel (64,7%) aller Beschäftigten mit einer diagnostizierten schweren depressiven Episode (F32.2) mindestens ein Antidepressivum im Jahr verordnet, während der mit 31,7% geringste Anteil der Betroffenen bei einer leichten depressiven Episode (F32.0) zu finden ist. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch bei der Betrachtung der Anteile, die in Kombination mit einem Antidepressivum noch andere Versorgungsleistungen (z. B. ambulante Psychotherapie, stationäre Versorgung usw.) erhalten. Während dies auf mehr als ein Drittel (36,3%) der von einer schweren depressiven Episode (F32.2) Betroffenen zutrifft, gilt diese für nur 14,4% der Beschäftigten mit einer leichten depressiven Episode (F32.0). Vermutlich wird v. a. bei den schweren Formen der depressiven Episode die Gabe von Antidepressiva eher unterschätzt, da die 4% bis 6% der Betroffenen, die zusätzlich in stationärer Behandlung sind, währenddessen ebenfalls Pharmakotherapie erhalten, diese aber aufgrund der hierfür nicht zur Verfügung stehenden Daten in der stationären Versorgung nicht separat ausgewertet werden können.

Diagramm 4.5.11 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode (F32) mit bzw. ohne Antidepressivaverordnungen (N06A) und weiteren Behandlungsmaßnahmen (Berichtsjahr 2018)



Anteile in Prozent

Diagramm 4.5.12 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit einer ambulant diagnostizierten depressiven Episode (F32) nach Schweregrad, mit bzw. ohne Antidepressivaverordnungen (N06A) und weiteren Behandlungsmaßnahmen (Berichtsjahr 2018)



Fazit

Die Verordnung von Antidepressiva ist die am häufigsten angewendete Therapieoption bei einer depressiven Episode, besonders häufig (und somit leitliniengerecht) findet sie bei den mittelgradigen bzw. schweren Formen Anwendung. Überraschend ist dagegen der relativ hohe Verordnungsanteil bei den unspezifischen Diagnosen (F32.8/F32.9). Vermutlich spielen hierfür mindestens zwei Gründe eine Rolle: Zum einen werden diese ungewöhnlich häufig vorkommenden unspezifischen Diagnosen (vgl. Kapitel 2.5.5) u.a. durch fehlende Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich verursacht. Andererseits ist im

positiven Sinne hier der Anteil derjenigen relativ groß, der mit bzw. aufgrund einer Medikation weiterhin am Arbeitsleben teilnehmen kann (Kapitel 1.5.5). Inwieweit die Gabe eines Antidepressivums im Einzelfall angebracht ist oder nicht, lässt sich aus den Routinedaten nicht ableiten. Dennoch liegt die Vermutung nahe, dass eher von einer Überdenn einer Unterversorgung mit Antidepressiva auszugehen ist, insbesondere, wenn man bei den leichten/unspezifischen Formen der depressiven Episode davon ausgehen kann, dass hier abwartendes Beobachten oder bei Verschlechterung eher eine Psychotherapie den Behandlungsempfehlungen nach Leitlinie entsprechen.

4.6 Zusammenfassung und Ausblick

Insgesamt hat sich in den vergangenen Jahren sowohl der Anteil der BKK Versicherten mit einer Arzneimittelverordnung sowie die durchschnittliche Anzahl der Einzelverordnungen wenig verändert. Gestiegen sind dagegen die mit diesen Verordnungen verbundenen definierten Tagesdosen. Für diesen Anstieg sind mindestens zwei Ursachen zu benennen. Zum einen ist durch den fortschreitenden demografischen Wandel und eine zunehmende Lebenserwartung davon auszugehen, dass im Zuge von häufig jenseits des Rentenalters auftretenden chronischen bzw. Langzeiterkrankungen auch die Verordnungsmengen zunehmen. Dies belegen auch unsere Analysen, die zeigen, dass die Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System sowie auf das alimentäre System und den Stoffwechsel mit Abstand die Verordnungen dominieren. Zum anderen ist gerade in den sogenannten „Grippejahren“, wie auch im Jahr 2018, davon auszugehen, dass es dann insbesondere zu vermehrten Verordnungen von Grippe- bzw. Erkältungsmedikamenten kommt. Erfreulich ist – trotz dieses Anstiegs – der deutliche Rückgang von (meist unnötigen) Antibiotikaverordnungen im ambulanten Bereich.

Neben den bereits benannten Wirkstoffgruppen sind es die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem, die an dritter Stelle der Arzneimittelverordnungen gemessen an den Tagesdosen zu finden sind. Zu dieser Gruppe gehören unter anderem die Psychopharmaka, die im Kontext des diesjährigen Themenschwerpunkts vertiefend betrachtet werden. Der Fokus liegt dabei auf der Gruppe der Antipsychotika sowie der Antidepressiva. Bei den Beschäftigten zeigt sich, dass über alle Betrachtungen hinweg Männer tendenziell mehr Verordnungen als Frauen bezogen auf die Antipsychotika erhalten, während sich dies bei den Antidepressiva genau umgekehrt darstellt.

In der arbeitsweltlichen Betrachtung lassen sich für beide Wirkstoffgruppen u. a. deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Branchen und Berufen aufzeigen. Tätigkeitsfelder, in denen Beschäf-

tigte einem hohen psychosozialen Stress ausgesetzt sind bzw. deren Hauptinhalt in der Arbeit mit bzw. am Menschen besteht, weisen meist überdurchschnittlich hohe Verordnungskennzahlen für Psychopharmaka auf. Dagegen wirkt sich ein ausgeprägter Verantwortungs- bzw. Handlungsspielraum positiv auf Beschäftigte im Sinne geringerer Verordnungsmengen von Psychopharmaka aus. Für Unternehmen gilt es also zum einen den psychosozialen Stress der Tätigkeit selbst zu reduzieren und andererseits Beschäftigte mit einem hohen Maß an Eigenverantwortung und Handlungsfreiheit auszustatten (vgl. **»»** Bogert et al. im **»»** Schwerpunkt Praxis). Darüber hinaus zeigt der Vergleich zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen, dass Beschäftigung an sich schon ein gesundheitsförderlicher Faktor sein kann. Insofern ist jeder Versuch, insbesondere Langzeitarbeitslose wieder am Sozial- und Arbeitsleben teilhaben zu lassen, nicht nur eine gesellschaftliche, sondern auch eine gesundheitspolitische Notwendigkeit. Modellprojekte, wie das gerade in Berlin für Langzeitarbeitslose gestartete solidarische Grundeinkommen können hierfür ein erster Ansatz sein.

Ergänzend zu den auf die einzelnen Leistungsbezüge bezogenen Analysen kann die sektorenübergreifende Betrachtung deutlich aufzeigen, dass Pharmakotherapie mit Antidepressiva bei einer diagnostizierten depressiven Episode die am häufigsten angewendete Therapieform ist, wobei deren Anteil mit steigendem Schweregrad sogar noch zunimmt. Inwieweit die Verordnung von Antidepressiva in jedem Fall angezeigt ist, kann die sektorenübergreifende Analyse zwar nicht beantworten, sie kann aber zumindest einen ersten Eindruck der Gesamtversorgung psychischer Erkrankungen am Beispiel der depressiven Episode vermitteln.

Wie sich der Bereich der Arzneimittelverordnungen in den nächsten Jahren entwickeln wird, ist schwer zu prognostizieren. Trotz des demografischen Wandels ist aber davon auszugehen, dass die jüngeren Generationen im Rentenalter einen anderen

Gesundheitszustand haben werden, als die jetzigen Rentner, die nicht nur unter anderen Bedingungen arbeiten, sondern auch ihr Leben bestreiten mussten. Sicher existieren noch weitere unbekannte bzw. unbenannte Einflussfaktoren, die wichtigste Stell-schraube bleibt aber nach wie vor die Prävention zur

Vermeidung bzw. Bewältigung der zugrunde liegenden Erkrankungen. Eine essenzielle Voraussetzung für gesundheitsbewusstes Verhalten des Einzelnen ist deshalb die Schaffung bzw. der Ausbau gesundheitsförderlicher Verhältnisse in der Lebens- und Arbeitswelt.

Schwerpunkt Praxis



Beratungsstandards zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt – Worauf kommt es an?

Thomas Moormann¹, Martin König¹ und Barbara Pöhlmann²

¹ BKK Dachverband e.V., Berlin

² NOVITAS BKK, Duisburg

Erfolgreiches Scheitern. „Fuckup Nights“. Burn-out- und Stressprävention. Wege aus der Depression. Die Suche nach dem wahren Selbst. ... Kaum ein anderes Thema hat in den letzten Jahren eine so dauerhafte und mediale Präsenz erfahren wie das der psychischen Gesundheit. Die Gesellschaft wird sensibel für diejenigen, die unter psychischen Belastungen leiden oder gar von einer psychischen Störung betroffen sind, gleichwohl wir noch weit entfernt sind von einer Enttabuisierung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen.

Betriebe müssen sich mit der psychischen Gesundheit ihrer Beschäftigten auseinandersetzen

Befragungen zufolge verfügen etwa drei Viertel der Beschäftigten über eine gute psychische Gesundheit. Im Umkehrschluss heißt das: Bei immerhin einem Viertel ist dies nicht der Fall [1]. Ein Blick auf die Arbeitsunfähigkeit (AU) in Deutschland zeigt uns einen seit rund zehn Jahren stetigen und weit überdurchschnittlichen Anstieg der AU-Tage, die auf die psychischen und die Verhaltensstörungen entfallen. Diese sind mit 16% (von allen Ursachen) inzwischen der dritthäufigste Grund für eine Arbeitsunfähigkeit bei den Beschäftigten (» Kapitel 1). Bei den Erwerbsminderungsrenten sind psychische Störungen mit 43% und großem Vorsprung vor allen anderen Ursachen der häufigste Grund [2]. Für arbeitsbedingte Arbeitsunfähigkeit und arbeitsbedingte Erwerbsunfähigkeit schlagen die psychischen Störungen jedes Jahr mit etwa 5,6 Milliarden Euro zu Buche [3]. Und es spricht nicht viel dafür, dass die psychischen Erkrankungen diesen unrühmlichen Status bald verlieren würden. Denn die sich schnell wandelnde Arbeitswelt bringt viele gesundheitliche und besonders psychische Herausforderungen mit sich.

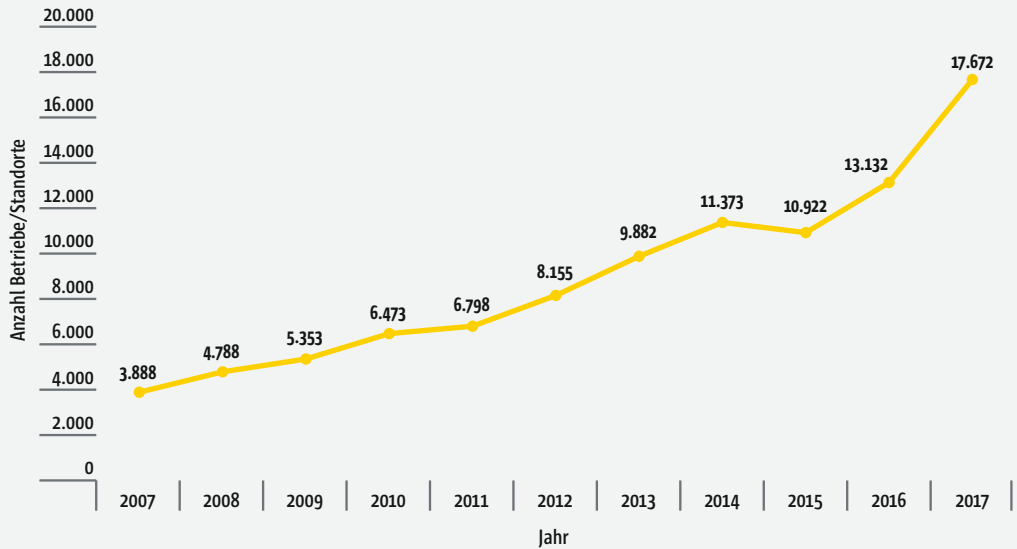
In Arbeitsbereichen, die standardisierte, strukturierte Arbeitsabläufe haben, muss die Psyche nicht viel steuern. Doch die Arbeitsbereiche nehmen zu, in denen Beschäftigte es mit wenig standardisierten, mit unstrukturierten Aufgaben und Abläufen zu tun haben. Sie müssen vermehrt Entscheidungen treffen, flexibel auf Veränderungen reagieren und auf hohem Niveau mit Kolleginnen und Kollegen kooperieren. Um das leisten zu können, müssen die Beschäftigten psychisch gesund sein. So drückt es der Arbeitsforscher Holger Pfaff aus [4].

Das Belastungsspektrum in der Arbeitswelt verändert sich in rasantem Tempo, die Digitalisierung verstärkt die psychische Belastung. Umso wichtiger ist es, dass sich Unternehmen mit der psychischen Gesundheit ihrer Beschäftigten auseinandersetzen. Dafür spricht ein weiterer Faktor – die Erwerbstätigen- und Fachkräftelücke, die die Unternehmen zu bewältigen haben und die aus der anhaltend niedrigen Geburtenrate und der Verschiebung der Altersstruktur (demografischer Wandel) resultiert. Mit zunehmendem Alter der Belegschaft steigt die Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen und Fehlzeiten. Die Gesunderhaltung der Beschäftigten, besonders der Älteren unter ihnen, wird daher zur kritischen Größe und ist eine gemeinsame Aufgabe von Unternehmen wie Beschäftigten. Dafür stehen Maßnahmen und Strategien eines modernen und umfassenden Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zur Verfügung, etwa die (psychische) Gefährdungsbeurteilung, eine der wichtigsten BGM-Maßnahmen des Unternehmens [5].

Psychische Gesundheit benötigt spezifische und umfassende Handlungskompetenzen – in den Betrieben wie bei den Beratern

Es ist heute keine neue Erkenntnis mehr, dass schlecht gestaltete Arbeitsbedingungen die Motivation und die Leistungsbereitschaft, aber auch die Gesundheit

Abbildung 1 Mit Betrieblicher Gesundheitsförderung erreichte Betriebe/Standorte (verändert nach [6])



der Beschäftigten, deren Ausfallquote und die Produktivität eines Unternehmens beeinträchtigen. Die Einflüsse besonders auf die psychische Gesundheit sind zahlreich und deren Steuerung nicht banal. Der Umgang damit erfordert spezifische Kompetenzen. Es macht daher Sinn, die Betriebe bei dieser Aufgabe gezielt zu unterstützen und zu beraten.

Mit Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) erreichten die Beraterinnen und Berater der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2017 knapp 18.000 Unternehmen und insgesamt über 1,85 Mio. Beschäftigte (■ Abbildung 1). Das ist ein Anstieg um 35% allein zum Vorjahr. Weitere knapp 550.000 Beschäftigte profitierten indirekt von diesen BGF-Maßnahmen, z. B. durch Umgestaltung zu gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen oder durch Schulung von Führungskräften zur gesundheitsgerechten Führung. Unternehmen der verschiedenen Branchen nutzen die Unterstützung der Krankenkassen in sehr unterschiedlichem Ausmaß. Mit Abstand am häufigsten – bei einem Drittel aller BGF-Aktivitäten der Krankenkassen – nahm das verarbeitende Gewerbe Maßnahmen der BGF in Anspruch [6]. Die im Jahr 2017 eingerichteten BGF-Koordinierungsstellen verzeichneten von Mai 2017 bis November 2018 33.400 Besuche auf dem Online-Portal. Daraus gingen 4.560 Kontaktaufnahmen von Unternehmen für eine BGF-Beratung hervor [7].

Vor diesem Hintergrund hat die Initiative „BGM 4.0“ des BKK Dachverbandes jüngst einen Leitfaden für Beratungskräfte der Betriebskrankenkassen zusammengestellt [8]. Der Leitfaden soll den Beratern das Faktenwissen sowie praxisnahe, leicht nutzbare Methoden und Instrumente für die Beratung an die Hand geben und eine hohe Beratungsqualität sichern helfen, speziell im anspruchsvollen Handlungsfeld der psychischen Gesundheit. Der vorliegende Beitrag gibt einen kleinen Ausschnitt aus dem Leitfaden wieder, indem er einige der dort aufgeführten zentralen Beratungsstandards skizziert.

Belastungen und Bewältigungsstrategien in ein gesundes Gleichgewicht bringen

Psychische Belastungen sind in ihrer Wirkung auf den Menschen zunächst neutral. Erst die verfügbaren bzw. nicht verfügbaren oder nicht aktivierbaren Bewältigungsstrategien (Ressourcen) entscheiden darüber, ob ein von außen kommender Einfluss zu einer psychischen Beanspruchung führt. Für die betriebliche Debatte zudem sehr wichtig ist die Erkenntnis, zu welchen Anteilen Belastungssituationen arbeitsbedingt sind oder aus dem privaten Umfeld stammen. Ziel betrieblicher Interventionen muss es sein, ein sprichwörtlich „gesundes Gleichgewicht“ zwischen Belastung und Ressource (wieder)herzustellen. Es

Tabelle 1 Arbeitsbezogene Ressourcen und Belastungen (Beispiele) (verändert nach [9])

Ressourcen	Belastungen
<ul style="list-style-type: none"> ■ gesundes Führen ■ gutes Arbeitsklima ■ Wertschätzungskultur ■ guter Informationsfluss ■ faire Bezahlung ■ Pausen/Distanzierungsmöglichkeiten ■ soziale Unterstützung ■ organisationale Stabilität ■ herausfordernde Tätigkeit ■ Handlungsspielräume ■ Entwicklungsmöglichkeiten ■ Mitbestimmung der Beschäftigten ■ Rückmeldung über Arbeitsergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Termin- und Zeitdruck ■ ungünstiges Führungsverhalten ■ angespanntes Betriebsklima ■ Angst vor Arbeitsplatzverlust ■ mangelnder Informationsfluss ■ unklare Zuständigkeiten ■ Über-/Unterforderung ■ Umstrukturierungen ■ mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten ■ ungeklärte Konflikte ■ Entgrenzung der Arbeit (Handy) ■ Arbeitsverdichtung ■ mangelnde Planbarkeit der Arbeitszeit

gilt, die im Betrieb entstehenden Belastungen und die nutzbaren Ressourcen zu erkennen und nach Möglichkeit zu gestalten. »»» Tabelle 1 nennt einige Beispiele.

treuung im Rahmen von Netzwerken und Gemeinschaftsberatungen zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Beratung zur psychischen Gesundheit ist kein Hexenwerk

Nein, das ist es sicher nicht. Positive Veränderungen müssen nicht zwangsläufig hochschwellig und hochkomplex sein. In den Beratungsgesprächen bedarf es allerdings eines systematischen Vorgehens.

Besonders effektiv ist die BGF, wenn sie in die Unternehmensziele der Betriebe integriert ist und die Unternehmenskultur mitprägt. Sie fragt nicht nur danach, was die Gesundheit der Beschäftigten belastet, sondern auch, was sie gesund und leistungsfähig hält. Für BGF obligatorisch ist das ganzheitliche Vorgehen unter Berücksichtigung von verhaltens- wie verhältnispräventiven Maßnahmen. Verhältnispräventive Maßnahmen gehören zum Handlungsfeld der Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung. Verhaltenspräventive Maßnahmen zielen auf einen gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstil. Ein drittes Handlungsfeld, die überbetriebliche Vernetzung und Beratung, birgt besondere Bedeutung für kleinere Unternehmen, gemeint sind die sogenannten KMU (kleine und mittlere Unternehmen) und die KKV (Klein- und Kleinstunternehmen). Diese Betriebe haben aufgrund geringerer wirtschaftlicher Spielräume einen besonderen Unterstützungsbedarf, weshalb neben der individuellen Beratung die überbetriebliche Be-

Die Einführung von BGF hat Voraussetzungen und Grenzen

Die Förderung von BGF durch die Krankenkasse unterliegt verschiedenen Voraussetzungen und Grenzen. Darüber sollten die Beratenden die Betriebe umfassend informieren. Den Unternehmen sollte klar sein, welche Leistungen sie erwarten dürfen und welche nicht. Grundlage für einen Einstieg der Krankenkasse ist die Bereitschaft des Unternehmens, BGF in der Unternehmensstrategie oder als Unternehmensleitlinie dauerhaft zu verankern, denn BGF ist kein (zeitlich befristetes) Projekt. Die Beschäftigten sind am Aufbau der gesundheitsförderlichen Strukturen zu beteiligen (Partizipation), das ist in den Führungsgrundsätzen zu verankern und in die Unternehmenskultur einzubinden. Bewährt hat sich ein Steuerungsgremium mit allen für BGM relevanten betrieblichen und außerbetrieblichen Akteuren. Wichtig für ein umfassendes, gut abgestimmtes und koordiniertes BGM ist – neben der Krankenkasse (BGF) – die Einbindung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) und auch der medizinischen Leistungen zur Prävention (Rentenversicherungsträger). Ein solches Steuerungsgremium unterstützt die betriebsinterne Kommunikation und damit die Einführung von BGF (bzw. BGM).

Ein seriöser Umgang mit klassischen ökonomischen Erfolgsparametern von BGF hilft, Enttäuschungen zu vermeiden. Untersuchungen belegen zwar, dass ein gut durchgeführtes BGM oder BGF die krankheitsbedingten Fehlzeiten, also die AU-Quote, um durchschnittlich 25% senken kann, und dass sich pro in BGM investierten Euro ein Return on Investment (ROI) von 2,50 bis 4,90 Euro erzielen lässt. Das sind starke Argumente für einen Einstieg in BGF. Doch hier ist Vorsicht geboten! Nicht alle Einflussfaktoren auf den Krankenstand sind kontrollierbar. So kann z.B. eine große Grippe, welche die erhofften Kennzahlen schnell „zunichtemachen“. Ökonomisch ausgerichtete betriebliche Entscheider wollen häufig wissen, wann der Nutzen die Kosten übersteigt, also wann der Break-even-Point für die Investitionen erreicht wird. Auf solche Spekulationen sollte man sich nicht festlegen lassen. Wann die Effekte eintreten, ist abhängig von der Ausgangssituation und der Stringenz, mit welcher der Maßnahmenplan umgesetzt wird. In der Kommunikation mit dem Betrieb empfiehlt es sich daher, den Blick stärker auf die Ergebnisse der einzelnen Interventionen zu lenken. Die Beratern sollten sich zudem stets mit guten Praxisbeispielen wappnen, was in anderen Unternehmen geschehen ist und welche Veränderungen dort bewirkt wurden.

Ausgangssituation und Analyse-Instrumente klären

Bevor es an die Planung von BGF-Maßnahmen geht, ist zu ergründen, wie es um die Beschäftigtengesundheit steht und welche Faktoren die psychische Gesundheit positiv und welche sie negativ beeinflussen. Im „BGF-Instrumentenkoffer“ befinden sich zahlreiche Analyse-Instrumente, deren jeweilige Vor- und Nachteile abzuwägen sind: AU-Daten des Unternehmens, Gesundheitsbericht der Krankenkasse, Altersstrukturanalyse, schriftliche Befragungen, persönliche Interviews, Gesundheitszirkel, Arbeitssituationsanalyse, Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen.

Hat das Unternehmen noch wenig Erfahrung mit BGM, bietet sich z.B. der „psyGA-Check ‚Psychische Gesundheit‘“ der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) [10] an. Er eignet sich gut als Standortbestimmung und Bedarfserhebung für mögliche Präventionsangebote. Anhand etablierter Qualitätskriterien weist das Ergebnis des Checks die Handlungsfelder aus, die bereits gut umgesetzt sind und bei denen noch Bedarf besteht. »»» Tabelle 2 gibt einen ausschnitthaften Eindruck aus dem psyGA-Check für den Bereich der Strukturen und der Organisation (weitere Kriterienbereiche, hier nicht dargestellt, sind: Prozesse und Maßnahmen, Ergebnisse und Gesamtbewertung).

Tabelle 2 Qualitätskriterien für Betriebliche Gesundheitsförderung für den Bereich Strukturen und Organisation [8]

Qualitätskriterium	Beispielfrage
Gesundheitsförderliche Unternehmenskultur	Stellt das Unternehmen durch seine Werte und sein Leitbild sicher, dass der Beitrag jedes Beschäftigten zum Unternehmenserfolg wertgeschätzt und die Förderung der psychischen Gesundheit unterstützt wird?
Betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik	Stellt das Unternehmen sicher, dass eine systematische Personalentwicklung für alle Beschäftigten betrieben wird?
Beteiligung	Stellt das Unternehmen sicher, dass die wichtigsten Geschäftsziele und -strategien allen Beschäftigten bekannt sind und von ihnen verstanden werden?
Verantwortlichkeit, Zuständigkeiten, Aufgaben, Abläufe und Ressourcen	Stellt das Unternehmen ausreichende Personal- und Sachmittel zur Förderung psychischer Gesundheit zur Verfügung?
Informations-, Beratungs- und Qualifizierungsangebote	Können sich Beschäftigte über die wichtigsten Fragen im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz informieren? Schafft das Unternehmen Unterstützungsstrukturen und hält z.B. spezifische Informations- und Beratungsangebote für psychisch belastete Beschäftigte bereit?
Wandel	Stellt das Unternehmen sicher, dass in Veränderungsprozessen, insbesondere in wirtschaftlichen Krisen, die Belange der Beschäftigten berücksichtigt und diese an Veränderungsprozessen beteiligt werden?

Ist BGM im Unternehmen bereits implementiert und soll die Analyse zur psychischen Gesundheit tiefer gehen, bietet sich ein umfassenderes Instrument an wie etwa das „Deutsche Siegel Unternehmensgesundheit“ – ein Verfahren zur Beurteilung der Qualität und Wirksamkeit des BGM von Unternehmen, das speziell für die Betriebskrankenkassen entwickelt wurde. Wie der psyGA-Check setzt auch das Siegel auf Qualitätskriterien für die Gestaltung von gesunden Arbeitsbedingungen. Es arbeitet mit einer Kombination aus Arbeitgeberfragebögen, einer Beschäftigtenbefragung und der Berücksichtigung von Kennzahlen. Das Siegel in der Stufe Bronze, Silber oder Gold erhält ein Unternehmen, das die festgelegten und wissenschaftlich erarbeiteten Standards für ein ganzheitliches und nachhaltiges BGM im Rahmen des Verfahrens nachweislich erfüllt. Die Prüfung der Standards erfolgt durch unabhängige Prüferinnen und Prüfer in Zusammenarbeit mit der Technischen Universität Chemnitz. Aufbauend auf den Ergebnissen schließt sich eine bedarfsorientierte Beratung und Begleitung zum BGM durch die Präventions- und Gesundheitsberater/-innen der Betriebskrankenkassen an, um die identifizierten Handlungsfelder kontinuierlich anzugehen.

Über die Verhältnisse zum Verhalten

Auch wenn viele Gewohnheiten von Dauer sind, lassen Menschen ihr persönliches Verhalten den äußeren Umständen und Gegebenheiten, den sogenannten Umweltfaktoren an. Deshalb können in den Arbeitsverhältnissen grundlegend erwünschte Bedingungen vorgelebt, eingeführt oder verändert werden. Über die Verhältnisse werden Verhaltensweisen positiv angeregt, sie prägen das Verhalten (mit). Das machen sich BGM und BGF bei Interventionen zunutze.

Verhaltenspräventive Maßnahmen, die über Information und Wissensvermittlung direkt den Lebensstil (z. B. ein Ernährungsstil mit viel Gemüse und Obst, hinreichend Bewegung und Sport, der richtige Umgang mit Stress) adressieren, bewirken allenfalls kleine und kurzfristige Verhaltensveränderungen und diese in aller Regel nicht bei den Personen, bei denen der gesundheitsbezogene Handlungsbedarf am größten ist und entsprechend der gesundheitliche Nutzen am größten wäre wie bei psychisch stark belasteten Menschen (Präventionsdilemma).

Verhältnispräventive Maßnahmen im betrieblichen Kontext, die beispielsweise auf größere Handlungs- und Entscheidungsspielräume, klar festgelegte Zuständigkeiten, eine angemessene Arbeitszeit

und Pausenregelung, „gesundes“ Führen und ein gutes Betriebsklima setzen, zeigen langfristig gute Effekte auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten. Deshalb muss eine effektive Förderung der psychischen Gesundheit vorrangig auf Verhältnisänderung setzen und sollte keinesfalls ausschließlich aus Verhaltensprävention bestehen. Auf die richtige Mischung kommt es an. Anders formuliert: Die gesundheitsförderliche Anpassung der Arbeitsbedingungen ist unabdingbar, um der Belegschaft ein gesundheitsförderliches Verhalten zu ermöglichen.

» Abbildung 2 zeigt, auf welche Themen die in Anspruch genommenen BGF-Aktivitäten der Krankenkassen im Jahr 2017 überwiegend ausgerichtet waren. Ein großer Schwerpunkt lag in der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitstätigkeit und Arbeitsbedingungen.

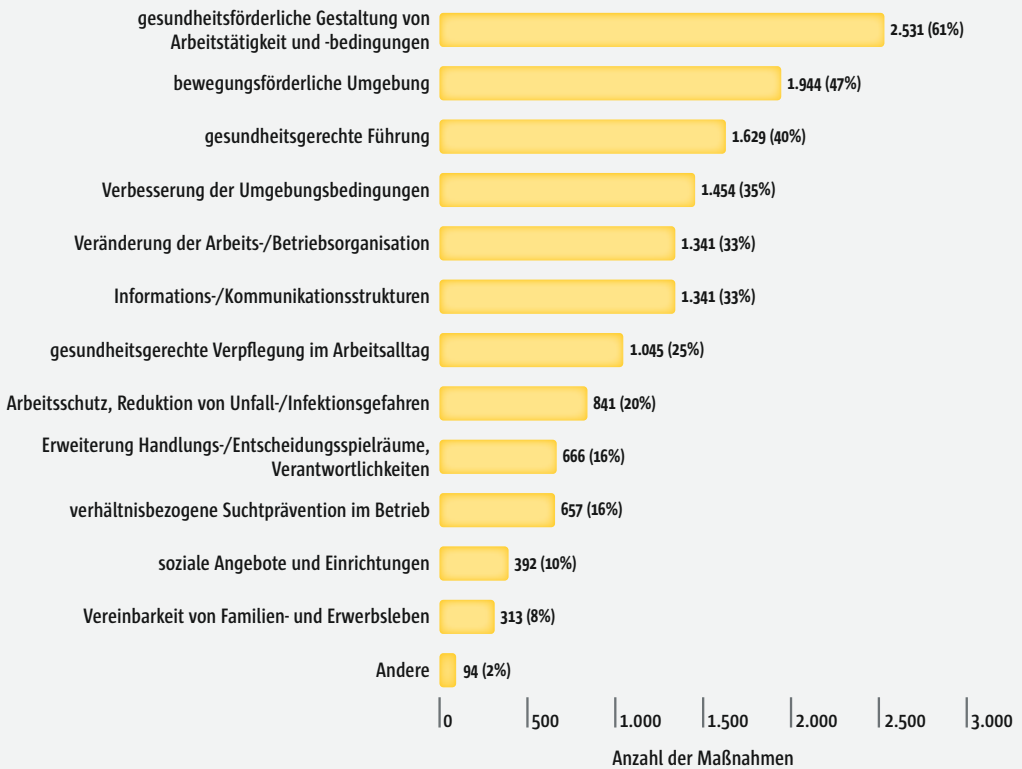
Nachhaltige Veränderungen können BGF-Leistungen zudem nur dann bewirken, wenn das Unternehmen die eingeleiteten Interventionen im Anschluss fortführt. So können zum Beispiel Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation im Unternehmen wie schriftliche Befragungen, Gesundheitszirkel oder Mitarbeitergespräche dauerhaft nur dann etwas bewegen, wenn sie nicht nur einmalig stattfinden, sondern in eine neue Kommunikationskultur des Unternehmens übergehen.

Welche Funktion erfüllt Beratung?

Der Beratungsauftrag sollte widerspiegeln, welche Funktionen dem Unternehmen und den Beteiligten besonders wichtig sind. Es ist daher nützlich und wichtig, sich der grundlegenden Aufgaben und Funktionen der Beratung bewusst zu sein.

- Die Beratenden transferieren **Wissen**: Unternehmen greifen gern auf fachliche Expertise von außen zurück. Hierzu gehört neben dem Erfahrungswissen auch die Erwartung, „best practice“ vermittelt zu bekommen.
- Die Beratenden bieten **Wirtschaftlichkeit**: Außer ihrem Fachwissen bringen sie zeitliche und finanzielle Ressourcen mit. Dem Unternehmen fehlt es oft an einem „Kümmerer“, der sich mit den gesundheitlichen Themen auseinandersetzt. In der Perspektive braucht das Unternehmen allerdings eine Lösung, welche Akteure wie künftig für psychische Gesundheit sorgen.
- Die Beratenden sind **neutral**: Inmitten der unterschiedlichen und kontroversen Meinungen in der Organisation nehmen sie eine beobachtende Perspektive ein, positionieren sich nicht gegenüber

Abbildung 2 Inhaltliche Ausrichtung verhältnisbezogener Interventionen (verändert nach [6])



Konflikten, sondern unterstützen die Lösungssuche der Beteiligten.

- Die Beratenden generieren *Legitimation*: Unternehmen treffen Entscheidungen häufig unter Unsicherheit und benötigen für diese eine fachlich-argumentative Unterfütterung. Wichtig ist klarzustellen, dass die Verantwortung für den eingeschlagenen Weg beim Unternehmen bleibt.

Um sich der Unterstützung bei der Umsetzung sicher zu sein und unausgesprochene Aufträge zu vermeiden, sollte der Interventionsauftrag genau geklärt sein.

Die richtige Haltung

Großen Einfluss auf die Wahrnehmung von Situationen und auf die Beratungstätigkeit haben die eigenen Erwartungen, die eigene Haltung und das Bewusstsein darüber. So können persönliche Einstel-

lungen und Erwartungen – zum Beispiel zum Thema psychische Gesundheit – ganz unerwartet und plötzlich Emotionen hervorrufen. Man spricht von Übertragungen und Gegenübertragungen, die sich in die Kommunikation einschleichen. Ist man sich dieser Phänomene nicht bewusst, kann das zu gravierenden Missverständnissen führen und die Beratungssituation erschweren. Wichtig ist es daher, die eigenen Einstellungen und Erwartungen zu kennen und sich in Gesprächssituationen in die Lage der anderen hineinzusetzen, z. B. „Wie würde es mir an seiner Stelle gehen? Wie würde ich mich fühlen?“ oder „Was ist bisher übersehen worden? Was könnte im Raum sein, das nie ausgesprochen wird?“

Nicht zuletzt ist es für die eigene Beratungstätigkeit hilfreich, wenn die einzelnen Prozessschritte vorhersehbar und verstehbar sind und nach Abschluss der Planungen transparent für alle Beteiligten dargestellt werden. Wenn die Anforderungen, die auf das Unternehmen zukommen, mit Unterstützung der Beratenden und den sonstigen zur Ver-

fügung gestellten Ressourcen bewältigbar erscheinen. Und wenn das Unternehmen die Sinnhaftigkeit für ein verstärktes Engagement für die psychische Gesundheit erkennt und den Prozess als positive Herausforderung versteht, für die sich der Einsatz lohnt.

Aufbauend auf dem erstellten Handlungsleitfaden wird der BKK Dachverband praxisorientierte und begleitende eLearning-Formate für die BGM-Beraterinnen und -Berater entwickeln. Sie sollen die Inhalte der Handlungshilfe verstetigen und die Beratungstermine bei Unternehmen vorbereiten helfen. Das zusammengetragene Wissen, das Erfahrungswissen und die Praxistipps sollen auf diese Weise allen von den Betriebskrankenkassen betreuten Unternehmen zugutekommen.

Literatur

1. Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.) (2017). Monitor Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Aktuelle Erkenntnisse zu betrieblichen und individuellen Einflussfaktoren nach Einschätzung der Beschäftigten. Berlin. <http://www.psyga.info> (Zugriff am 18.07.2019).
2. Deutsche Rentenversicherung (2018). Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2018. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. <https://www.deutsche-rentenversicherung.de> (Zugriff am 18.07.2019).
3. Bödeker W (2018). Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland. Unveröffentlichtes Manuskript.
4. Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.) (2015). Kein Stress mit dem Stress – Eine Handlungshilfe für Führungskräfte. Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – psyGA“. Berlin.
5. Pfaff H, Zeike S (2018). Arbeit und Gesundheit in der Generation 50+: Ein Überblick. S. 22–33. In: Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) Arbeit und Gesundheit Generation 50+. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
6. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (Hrsg.) (2018). Präventionsbericht 2018. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2017. Essen und Berlin.
7. GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2019). Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. <https://www.npk-info.de/> (Zugriff am 18.07.2019).
8. BKK Dachverband (Hrsg.) (2019). Beratungsleitfaden für BKK-Berater*innen im Handlungsfeld „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“. Berlin.
9. Kuhn D, Naumann F, Patzwald P, Volkhammer A, Weißleder U-M, Will H (2018). Das gesunde Unternehmen. Betriebliches Gesundheitsmanagement aus der Praxis für die Praxis. Frankfurt: Mabuse-Verlag.
10. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (Hrsg.) (o.J.). Check: Psychische Gesundheit. Förderung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt. <https://psyga.inqa-check.de/startseite/> (Zugriff am 18.07.2019).



Thomas Moormann, MPH

Studium der Oecotrophologie (Uni Bonn) und der Gesundheitswissenschaften (Uni Bielefeld). Seit über 20 Jahren im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik, Projektmanagement und Öffentlichkeitsarbeit (u.a. Krankenkasse, Deutscher Bundestag, Universität, AIDS-Hilfe). Seit Dezember 2013 Referent beim BKK Dachverband in den Bereichen Versorgungsmanagement und Gesundheitsförderung. Seit April 2017 Projektleiter BGM-innovativ.



Martin König

Martin König verantwortet und begleitet fachlich als Referent im Bereich Gesundheitsförderung systemrelevante Initiativen und Projekte, die sich unter anderem mit den Auswirkungen neuer Technologien und der Digitalisierung sowie dem Transfer von Präventionskonzepten für die Arbeitsbedingungen der Zukunft (BGM 4.0, BGM Labs) beschäftigen. Und verantwortet außerdem die Geschäftsstelle des Deutschen Siegels Unternehmensgesundheit. Zuvor war der Diplom-Gesundheitswirt und Sozialversicherungsfachangestellte in verschiedenen Positionen bei Krankenkassen und in Wirtschaftsunternehmen tätig.



Barbara Pöhlmann

Barbara Pöhlmann leitet seit 30 Jahren die Betriebliche Gesundheitsförderung der NOVITAS BKK. Sie ist Diplom-Pädagogin (Uni Bonn und Dortmund) und war vor ihrer Tätigkeit bei der NOVITAS BKK psychologische Sachverständige für Sorgerechtsgutachten sowie Mitarbeiterin der Universität Dortmund. Seit mehr als zwei Jahren engagiert sich die Diplom-Pädagogin in den BGM Labs der Initiative BGM 4.0 des BKK Dachverbands.

Prävention und Gesundheitsförderung bei Auszubildenden – Nachhaltigkeit durch betriebliche Integration

Rüdiger Schüller
pronova BKK, Leverkusen

„Gesundheit von Anfang an“: So könnte das Motto der gemeinsamen Initiative der CURRENTA GmbH & Co. OHG und der pronova BKK lauten, denn sie widmen ihre Aufmerksamkeit ganz besonders den Auszubildenden und ihrer Gesundheit. Im letzten Jahr nahmen 1.395 Auszubildende aus allen drei Jahren und verschiedenen Berufsgruppen an einem betrieblichen Präventionsprojekt teil und teilten nach Beendigung ihre Erfahrung in einem Feedback-Bogen.

Die CURRENTA ist der CHEMPARK-Betreiber an den Orten Leverkusen, Dormagen und Krefeld-Uerdingen. An diesen drei Standorten und am Bayer-Standort Wuppertal-Elberfeld bildet CURRENTA unter anderem für Bayer, Covestro, Lanxess, Tectrion und sich selbst aus. Dabei ist es Ziel der Maßnahme, Impulse zu geben, um die Verantwortung für die eigene Gesundheit bewusster zu machen. Die Kunden und Kundinnen beziehungsweise Ausbildungspartner von CURRENTA profitieren dabei vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung von leistungsfähigen und motivierten zukünftigen jungen Mitarbeitenden.

Aktuelle Situation

„Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmer mehr!“ Ist an diesem Spruch etwas dran? Ist es nicht die Grundlage jeder Präventionsarbeit? Verträgt sich dieser Ansatz mit dem neuen Anspruch an lebenslanges Lernen? Wir denken ja. Der Einstieg in das Berufsleben ist ein Umbruch, bei dem die bisherigen Lebensgewohnheiten hinterfragt werden. Zum einen geht es um die veränderte Umgebung und ggf. einen kompletten Ortswechsel des Lebensmittelpunkts, zum anderen fällt die persönliche Veränderung der Entwicklungsphasen häufig in diesen Zeitraum. Die Frage, was beeinflusst was – also gab es zuerst das Huhn oder das Ei – soll uns hier nicht weiter beschäftigen. Die Handlung ist wichtiger!

Anlass dazu besteht mehr als genug, denn die Bewerberinnen und Bewerber um einen Ausbildungs-

platz, die bereits gesundheitliche Einschränkungen haben, nehmen zu. Schon bei Jugendlichen bestehen – teilweise sogar erhebliche – gesundheitliche Risikofaktoren.

- So ist die Raucherquote bei den 12- bis 17-jährigen seit 2001 zwar kontinuierlich zurückgegangen und betrug im Jahr 2015 nur noch rund 10%. Bei den 18- bis 25-jährigen ist sie mit etwa 30% aber deutlich höher. Illegale Drogen haben laut Selbstauskunft etwa 10% der Jugendlichen zwischen zwölf und 17 Jahren ausprobiert. Von den 18- bis 25-jährigen sind wesentlich mehr, nämlich 35%, drogenerfahren, davon haben immerhin knapp 16% auch in den letzten zwölf Monaten konsumiert [1].
- Bei fast 30% der 11- bis 17-jährigen Mädchen besteht ein Verdacht auf eine Essstörung. Bei den männlichen Altersgenossen ist der Anteil zwar nur etwa halb so groß, aber alles andere als unbedeutend. Ein Drittel der Jugendlichen ist übergewichtig, rund 60% bezeichnen sich als „häufig gestresst“ und etwa 30% bewerten sogar ihren Gesundheitszustand als schlecht [2].
- Die übermäßige Nutzung elektronischer Medien, z.B. die Nutzung internetbasierter Spiele, kann dazu führen, dass die Spielzeiten nur noch schwer gesteuert werden können (Internet-spiel-Problematik: 13,6 bis 16% [3, 4] der 14- bis 24-jährigen) oder gar nicht mehr kontrolliert werden, wohinter sich möglicherweise die Entwicklung einer „Internetspielabhängigkeit“ (1,4% bis 3,2% der 14 bis 25-jährigen) verbirgt [5, 6].¹

1 Zahlen zusammengetragen von: Prof. Dr. Rainer Riedel (Institut für Medizinökonomie und Medizinische Versorgungsforschung der Rheinischen Fachhochschule Köln), 2019

Bereits 2015 bestätigte der Gesundheitsbericht am Standort Wuppertal mit Zahlen der pronova BKK die gesundheitlichen Risiken von Jugendlichen: Hier waren die Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle höher als in den darüber liegenden Altersgruppen. Dieser Verlauf ist untypisch und Anlass genug, genauer hinzuschauen.

Es ergeben sich also wichtige Präventionsfelder für die Zielgruppe der Auszubildenden. Wenn es darum geht, die Jugendlichen zu einer gesunden Lebensführung zu motivieren und die Selbstverantwortung zu stärken, sollte beim Ess- und Bewegungsverhalten, beim Thema „Drogen“ sowie beim Umgang mit Stresssituationen angesetzt werden. Der Bayer-Standort Wuppertal hat das Programm pilotiert. Später kamen auch die Themen des zweiten und dritten Lehrjahres zum Tragen. 2018 nahmen zum ersten Mal alle Lehrjahre komplett an allen Programmen teil.

Um alle Auszubildenden mit dem Gesundheitsförderungsprogramm zu erreichen, werden zu diesen Themen jeweils ganztägige Fortbildungen verpflichtend in das Ausbildungsprogramm integriert.

Warum gerade diese Zielgruppe?

Ein Lebensabschnitt mit vielen Herausforderungen

Der Übergang von der Schulausbildung in ein betriebliches Umfeld stellt für viele junge Menschen eine große Umstellung dar. Der Alltag wird deutlich strukturierter, die frei verfügbare Zeit geht zurück. Es besteht die Gefahr, dass gewohnte gesundheitsförderliche Verhaltensmuster – wie aktive Mitgliedschaft in einem Sportverein, Ausgleich und Entspannung in der Freizeit sowie gesunde Ernährung im häuslichen Umfeld – verloren gehen. Unter den neuen Bedingungen halten leicht gesundheitsschädliche Muster Einzug. Dazu gehören vor allem Bewegungsmangel und Essen unter Zeitdruck.

Deshalb startet das Gesundheitsförderungsprogramm mit dem Thema „Bewegung und Ernährung“ jeweils im Herbst, unmittelbar nach dem Einstieg in die Ausbildung. Ein Nebeneffekt ist die Vertrauensbildung zum Betriebsarzt, der für Gespräche zu den Screeningergebnissen zur Verfügung steht.

Das zweite Lehrjahr steht schließlich unter dem Einfluss der kommenden Zwischen- und Abschlussprüfungen und behandelt die Themen „Stress“, „Arbeitsorganisation“ und „Prüfungsvorbereitung“ sowie „Lernen lernen“. Zusätzlich werden die betrieblichen Instrumente der CURRENTA-Abteilung „Gesunde Arbeitswelt“ und Unterstützungsmöglichkeiten angesprochen. Dieses können motivierende Einzelgespräche mit Psychologinnen und

Psychologen sein oder auch die Hinweise zu den bestehenden Angeboten des Gesundheitsmanagements in den Firmen. Hier gibt es beispielsweise häufig Angebote zum Erlernen von Entspannungsverfahren.

Im dritten Lehrjahr werden Suchtmittel und Konsumverhalten thematisiert. Der Fokus liegt hier nicht auf der Belehrung über die gesundheitlichen Folgen, sondern auf der Hinterfragung der zugrundeliegenden Motive. Zusätzlich werden die betrieblichen Instrumente wie Suchberatung und Unterstützungsmöglichkeiten angesprochen, aber auch arbeitsrechtliche Themen und Vorschriften aus der Arbeitsordnung. Die Abteilung „Gesunde Arbeitswelt“ der CURRENTA und die beteiligten Unternehmen bieten hier qualifizierte Beratung und Gespräche an.



Mit der Ausbildung entwickeln sich oft gesundheitsschädliche Muster wie Bewegungsmangel und Essen unter Zeitdruck.

Wie ist das Prinzip?

Alle Thementage folgen einem ähnlichen Format (» Abbildung 1). Geboten werden Fachvorträge, Gruppenarbeiten, Rollenspiele, Einzelarbeiten, Screenings und Praxisübungen. Die Gruppengrößen richten sich nach der methodischen Notwendigkeit. Es erfolgt jeweils eine Abschlussdiskussion im Plenum und eine Evaluation durch eine unmittelbare Befragung der Teilnehmenden zu den Inhalten sowie zur Relevanz für die eigene Lebensplanung (paper/pencil).

Es gibt also verschiedene Ansätze, um ein Thema zu vermitteln. Die Veranstalter legen sehr viel Wert auf die Handhabbarkeit des Gelernten, praktische Übungen und den Transfer in das berufliche und private Leben. Viele beteiligte Unternehmen nutzen die Azubi-Tage für Fortführungsangebote in ihrem eigenen Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM). Hieraus ist das gesamte Angebot ursprünglich entstanden.

Die Aktionen

Diese Firmen beteiligen sich mit ihren Auszubildenden:

- Bayer AG
- Covestro AG
- CURRENTA GmbH & Co. OHG
- Lanxess AG
- Tectrion GmbH

Abbildung 1 Beispiel Struktur Azubi-Tag (hier 3. Lehrjahr)

Ablaufplan	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
08:00	Begrüßung aller Gruppen		
08:30	Kleingruppenarbeit: Teamtraining/ Risikofaktoren	Kleingruppenarbeit: Teamtraining/ Risikofaktoren	Kleingruppenarbeit: Teamtraining/ Risikofaktoren
09:00			
09:30	Kurze Pause		
10:00	Großgruppenarbeit: Drogen & Gehirn - Teambalken zu den Gefahren von Drogenkonsum - Riskanter Konsum: Das Sucht-Phasen-Modell – Zahlen/Daten/Fakten		
10:30			
11:00	„Rauschparcours“	„Rauschparcours“	„Rauschparcours“
	Kurze Pause		
11:30	„Smombies und Gamer“	„Smombies und Gamer“	„Smombies und Gamer“
12:00	gemeinsames Mittagessen		
12:30	„Energizer“ und Begrüßung der „Suchtkrankenhelfer/Sozialberatung“		
13:00	Fasziniert oder süchtig?	Körperkult - physiologische Risiken	Betriebliche Hilfssysteme vor Ort Arbeitssicherheit
13:30			
14:00	Betriebliche Hilfssysteme vor Ort Arbeitssicherheit	Fasziniert oder süchtig?	Körperkult - physiologische Risiken
14:30			
15:00	Körperkult - physiologische Risiken	Betriebliche Hilfssysteme vor Ort Arbeitssicherheit	Fasziniert oder süchtig?
15:30			
16:00	Großgruppenarbeit: Rückfragen und Zusammenfassung		
16:30	Abschlussrunde und Feedback		

Erstes Ausbildungsjahr: Bewegung und Ernährung

Die Auszubildenden erhalten in einem rollierenden Verfahren einen arbeitsmedizinischen Gesundheitscheck. Es werden Blutzucker, Blutdruck, Cholesterin, Körperfett und der BMI ermittelt. Daraufhin folgen eine individuelle ergonomische Analyse und eine Haltungsdiagnostik mittels eines bildgebenden Verfahrens sowie eine symmetrische Kraftanalyse der Rumpfmuskulatur. Die beim Gesundheitscheck gesammelten Informationen werden anschließend für ein motivierendes Gespräch mit dem Werksarzt genutzt. Dieser bespricht die Risikolage aufgrund der vorliegenden Daten und empfiehlt die ersten Schritte bei Veränderungsbedarf. Voraussetzung für

eine qualifizierte Beratung ist, dass im Anschluss eine geeignete Maßnahme angeboten werden kann, falls sich herausstellt, dass eine solche angezeigt ist. Bereits bestehenden betrieblichen Maßnahmen ist dabei der Vorzug vor allgemeinen Maßnahmen zu geben. Das Angebot der pronova BKK zur Unterstützung von qualitätsgesicherten Präventionskursen in der Umgebung rundet das Beratungsangebot ab.

Der zweite Themenblock dieses Tages widmet sich gesundheitsförderlichen Ernährungsgrundlagen. Der theoretische Teil ist betont kurz gehalten, die Praxis steht im Vordergrund. In Gruppen von rund zwölf Personen wird z.B. am Standort Elberfeld unter Anleitung ein gesundes Frühstück zubereitet.

Bei allen Thementagen machen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine einstündige Pause und erhalten in angenehmer Atmosphäre eine gesunde Mahlzeit. Viele nutzen die Gelegenheit, hier mit den betrieblichen Akteuren und Organisatoren ins Gespräch zu kommen.

Zweites Ausbildungsjahr: Gesundes Lernen & Stressregulation erleben

Nach dem dritten Ausbildungsjahr folgt in der Regel die Abschlussprüfung. Deshalb liegt in der Prüfungsvorbereitung und der Entspannungsfähigkeit der Schwerpunkt. Zunächst werden Lerntypen und Lernverfahren vorgestellt und exemplarisch ausprobiert. Mittels Konzentrationstests, kleinen Experimenten und Übungen wird der Zusammenhang zwischen Ausgeglichenheit/Entspannung und dem Arbeitsergebnis/Resultat verdeutlicht. Ebenso wichtig ist die Erkenntnis, dass ein Zusammenhang zwischen mentaler Anspannung und körperlichen Auswirkungen besteht. Dazu bietet sich die Messung der Herzratenvariabilität an, denn damit kann dargestellt werden, dass Anspannung direkte Auswirkungen auf körperliche Parameter hat. Das Lernziel ist die Erkenntnis, dass bereits der Gedanke an belastende Situationen zu körperlichen Effekten führt – und zwar fast ebenso stark wie in der belastenden Situation selbst. Die so am eigenen Leib gemachten Erfahrungen bilden einen gelungenen Übergang zum Thema „Entspannungsmethoden“. Die Auszubildenden erhalten eine theoretische und praktische Einweisung zu verschiedenen Techniken. Besonderer Wert wird hier auf die Möglichkeit gelegt, konkrete Stress-Situationen für sich selbst neu zu deuten und so den Weg aus einer Spirale negativer Gedanken und Bewertungen zu finden.

Drittes Ausbildungsjahr: Suchtmittel

In das Thema „Suchtmittel“ führt der Suchtberater der CURRENTA-Abteilung „Gesunde Arbeitswelt“ ein. Er weist auf Unfallrisiken und die mögliche Gefährdung von sich und anderen durch die Einnahme von Medikamenten und Suchtmitteln hin und erläutert entsprechende Regelungen in der Arbeitsordnung. In diesem Zusammenhang erfahren die Auszubildenden auch alles über die bestehenden betrieblichen Unterstützungsmöglichkeiten, wie etwa die Beratung durch ausgebildete Suchtkrankenhelferinnen und Suchtkrankenhelfer, die es im Unternehmen gibt. Bedeutender ist jedoch der thematische Umgang mit dem Suchtmittelkonsum.

Aktuellen Einfluss erhält die Veranstaltungsreihe durch die Hinzunahme des Themas „Smombies und Gamer“, in dem der Medien- und Handykonsum

kritisch hinterfragt wird. Beim Thema „Körperkult – physiologische Risiken“ werden gesellschaftliche Schönheitsideale angesprochen, die je nach Geschlecht sehr unterschiedlich ausfallen, aber bei Frauen und Männern ihre eigenen Extreme finden können.

Seit 2015 sind Gesundheitstage für Auszubildende bei CURRENTA in der Ausbildung integriert. Pro Jahr werden inzwischen mehr als 1.500 Auszubildende zu den Themen „Bewegung und Ernährung“ (im 1. Ausbildungsjahr), „Lernen lernen“ inklusive Entspannungstechniken (im 2. Ausbildungsjahr) sowie „Fasziniert oder süchtig?“ (im 3. Ausbildungsjahr) geschult.

„Den Rücken macht man sich nicht mit 60 Jahren ‚kaputt‘, das entsteht im Arbeitsleben durch falsches Verhalten. Da wollen wir frühzeitig aufklären,“ sagt Wilhelm Heuken, Leiter der Bildung.

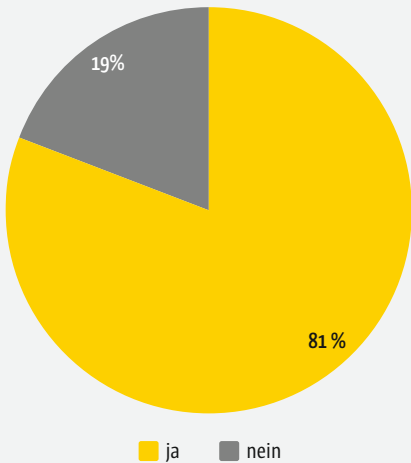
Ziel der Maßnahme bei CURRENTA ist: Impulse geben, um die Verantwortung für die eigene Gesundheit bewusster zu machen. Die Kunden und Kundinnen beziehungsweise Ausbildungspartner von CURRENTA profitieren dabei vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung von leistungsfähigen und motivierten zukünftigen jungen Mitarbeitenden.

Gibt es messbare Ergebnisse? Resultate bestätigen Eignung des Konzepts

Die Azubi-Tage sind nach der Pilotierung in Wuppertal nach und nach auch an anderen Standorten eingeführt worden. 2018 waren alle Ausbildungsjahrgänge in allen drei Modulen komplett vertreten. Uns liegen 1.395 Auswertungsbögen vor, was einer Teilnahmequote von ca. 85% entspricht. Alle Jahrgänge sind entsprechend der vorhandenen Personalpolitik der beteiligten Unternehmen gleichmäßig vorhanden. Auch die Unternehmensgröße (Anteil der beteiligten Auszubildenden) lässt aussagekräftige Rückschlüsse zu. Die Auszubildenden verteilen sich weiter auf Fachrichtungen (naturwissenschaftlich, technisch, sonstige), Standorte der Ausbildung, Geschlecht und Alter (Gruppen: 16–17 J./18–19 J./20 J. und älter).

Bei der betrachteten Stichprobe lässt sich zum einen feststellen, dass es wenig erkennbare Unterschiede der Auszubildenden nach Unternehmen gibt, und zum anderen sich die Rückmeldungen kaum nach dem Geschlecht der Teilnehmenden unterscheiden: 21,3% der Auszubildenden (n = 296) sind weiblich.

Abbildung 2 Bewertung „Würden Sie diese Veranstaltung anderen Auszubildenden weiterempfehlen?“



81% der Befragten bejahen die Frage, ob sie die Veranstaltung weiter empfehlen würden (»»» Abbildung 2). Beim ersten Lehrjahr (Bewegung & Ernährung) sind es sogar 90%, beim zweiten Lehrjahr (Stress & Lernen) 77% und beim dritten Lehrjahr (Suchtmittelkonsum) noch 74%.

Die Einschätzungen lassen sich mit drei weiteren Fragen in Beziehung setzen.

1. Waren die Informationen neu für Sie?
2. Können die gewonnenen Erkenntnisse im Arbeitsalltag umgesetzt werden?
3. Können die gewonnenen Erkenntnisse im Privatleben umgesetzt werden?

Je neuer (unbekannter) die Informationen sind, desto größer ist die Quote der Empfehlung. Gleiches gilt für die Umsetzbarkeit in den beruflichen sowie privaten Alltag (»»» Abbildung 3).

Die allgemeinen Bewertungen liegen auf einer vierstufigen Skala (stimmt – stimmt nicht) unter dem positiven Punktwert von 2. Es ist eine Tendenz zu erkennen (»»» Abbildung 4), dass die jüngeren Auszubildenden günstigere Bewertungen abgeben als die älteren Auszubildenden.

Innerhalb der Themenschwerpunkte erkennen wir auch Unterschiede. Es werden die Angebote am besten bewertet, die eine direkte Rückmeldung geben und Mitmach- bzw. Aufforderungscharakter haben. Die Auswertung, beispielhaft an den Themen des ersten Lehrjahres (Ernährung & Bewegung), zeigt, dass die Angebote „Screening Bewegungs-

Abbildung 3 Bewertung der Umsetzbarkeit und Neuigkeit nach Thema

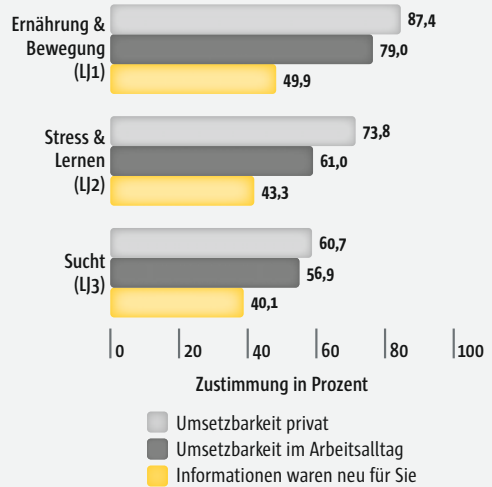
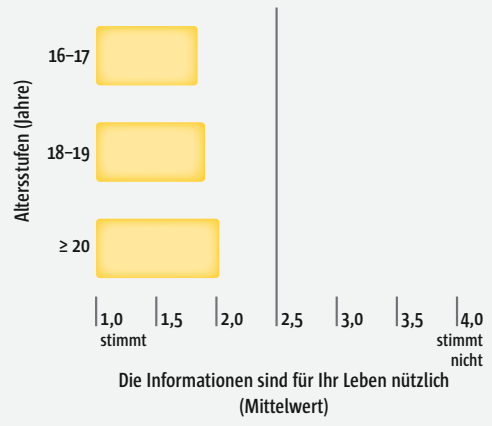


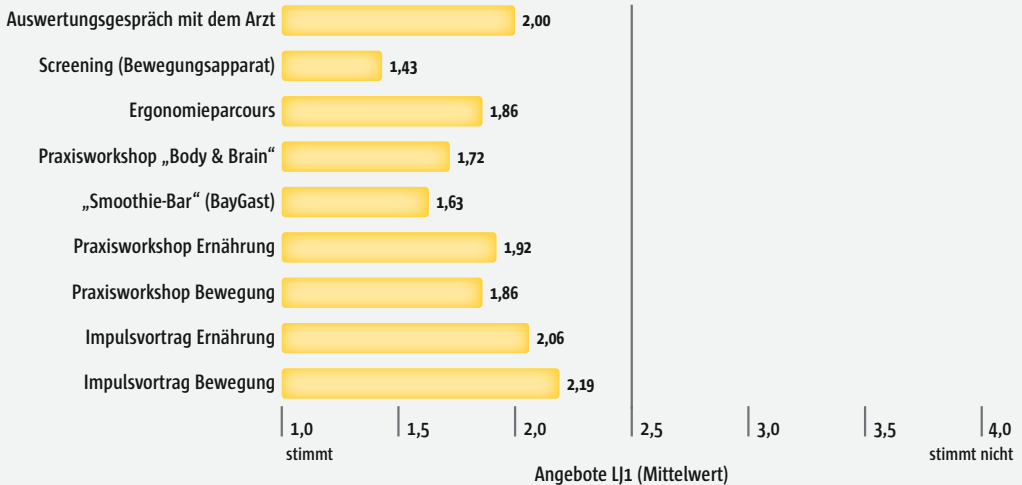
Abbildung 4 Bewertung „Waren die Informationen nützlich für Ihr Leben?“



apparat“, „Praxis Workshop ‚Body & Brain““ und die „Smoothie-Bar“ die besten Bewertungen bekommen (Skala von 1–4, Thema war interessant, stimmt – stimmt nicht) (»»» Abbildung 5).

Das bedeutet allerdings ausdrücklich nicht, dass die Planer der Reihen nur die Themen planen, die bei den Auszubildenden positiv bewertet werden. Beispielweise ist das Thema „Lernen lernen“ (Lernformen, Zeitmanagement, Teilziele, Tools, etc.) im Grunde auch Inhalt des Lehrplans der Ausbildung. Die Inhalte im Azubi-Konzept werden gut bewertet,

Abbildung 5 Bewertung der Angebote im ersten Lehrjahr



allerdings mit einem Abstand zu den interaktiveren Inhalten des zweiten Lehrjahrs. Trotzdem kommt die Entwicklergruppe, die die Inhalte des gesamten Konzepts jährlich aufgrund der Rückmeldungen und dieser Evaluation bewertet, zu dem Schluss, dieses Thema beizubehalten. Der Fokus liegt hier weniger auf dem erneuten Lernen von Techniken, sondern vielmehr auf der Erkenntnis, dass bei der rasanten Fortschrittentwicklung lebenslanges Lernen unerlässlich ist und auch das Hinterfragen des bereits Gelernten ständig erfolgen sollte.

Was muss stimmen, damit es funktioniert? Erfolgsfaktoren für Azubi-Präventionsangebote

Die inhaltliche Dichte der Thementage ist unterschiedlich. Auch ist der Zugang zu den Themen nicht für jede Teilnehmerin und jeden Teilnehmer gleich. Unterschiedliche Hemmschwellen und Vorerfahrungen bremsen oder fördern die Bereitschaft, sich mit den Themen zu beschäftigen. Die Bewertungen zeigen, dass es günstiger zu sein scheint, jeweils einen praktischen Zugang zu ermöglichen. Auch eine gewisse Schutzatmosphäre durch eine geringe Gruppengröße bietet gute Voraussetzungen für einen intensiven Austausch.

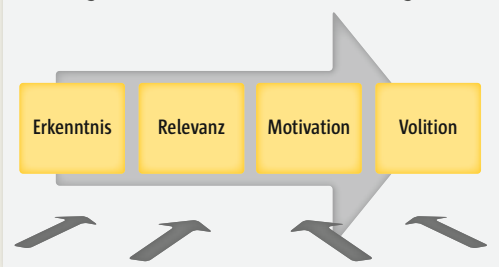
Der Anschluss an das bestehende BGM scheint eine weitere Erfolgsgröße zu sein. Das Angebot sollte nicht singular platziert sein, sondern von anderen Maßnahmen flankiert werden. Dabei ist der Fokus auf die (jun-

ge) Zielgruppe nicht entscheidend. Präventionsbedarfe bilden sich zunehmend nicht nach dem Alter aus, sondern nach der Lebenssituation, der sozialen Unterstützung und dem eigenen Antrieb, also der eigenen Motivation. Diese entwickelt sich – das wissen wir aus der Forschung zur Entscheidungsfindung – aus dem Zusammenspiel von Kenntnis, Relevanz, Motivation und Umsetzbarkeit (Volition) (»»» Abbildung 6). Deshalb gibt es im günstigsten Fall für einen Präventionsbedarf zu jedem dieser Faktoren einen Input.

An jeder Stelle dieses Prozesses helfen unterstützende Maßnahmen:

- Informationen zu dem, was gerade auch benötigt wird
- Beiträge zur Güterabwägung (Einsatz/Gewinn)
- Emotionalisierung des Vorhabens
- Planung, Zwischenziele, Rückschlagprophylaxe (Volition)

Abbildung 6 Wie komme ich zu einer Handlung?



Günstig sind auch plakative Ansätze, die gesundheitliche Zusammenhänge plastisch darstellen und damit eine Initialzündung für eine Verhaltensänderung sein können. Ebenso wichtig ist, dass die Maßnahmen durch weitere Angebote im Betrieb begleitet und anschlussfähig gehalten werden. Es bleibt eine ständige Herausforderung, solche Angebote zu organisieren und die Teilnehmenden dorthin zu leiten. Die bisher erzielten Erfolge haben jedoch gezeigt, dass sich der Aufwand lohnt, und so zu der Entscheidung geführt, das hier beschriebene Azubi-Präventionsangebot alljährlich zu wiederholen.

„Nachdem wir das Konzept bereits vor einigen Jahren am Standort Wuppertal initiiert haben, sind wir stolz, dass es inzwischen breiten Anklang findet und von verschiedenen Ausbildungsunternehmen gemeinsam mit der pronova BKK erfolgreich eingesetzt wird. 2017 wurde die bei uns unter dem Namen ‚Azu-Be Fit‘ laufende Maßnahme sogar mit dem Innovationspreis des BKK Dachverbands ausgezeichnet. Beteiligt waren an der Ausgestaltung insbesondere die Bayer-Sportvereine und die Bayer-Auszubildendenvertretung. Die Prävention bereits zu Ausbildungsbeginn ist mit ‚Azu-Be Fit‘ ein fester Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements bei Bayer.“

(Dr. Dirk Pfenning, Head of Vocational Training/Health Management, Bayer AG, Leverkusen)

Literatur

1. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2015) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Köln
2. Hölling, S., Schlack, R. (2007) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter: Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Ernährungsumschau 9, 514–518
3. Rumpf, H.-J. et al. (2011) Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA).
4. Büsching, U., Riedel, R. (2017) BLIKK-Medien: Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_BLIKK_Medien.pdf [abgerufen: 17.6.2019]
5. Meixner, S. (2009) Stress und Sucht im Internet – Exzessive Internetnutzung in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter.
6. Hahn, A., Jerusalem, M. (2001) Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In: J. Raitel (Hrsg.) Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Erklärungen, Formen und Prävention. Opladen: Leske + Budrich



Rüdiger Schüller

Der Diplom-Sportlehrer studierte bis 1994 an der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) mit dem Schwerpunkt Sportsoziologie und Trainingslehre. Anschließend hatte er 1995/1996 eine Tutorenstelle am Soziologischen Institut der DSHS und war ab 2007 Doktorand am Institut für Arbeitsmedizin und Hygiene der Universitätsklinik Duisburg-Essen. Seit 1998 ist er als Berater für Betriebliches Gesundheitsmanagement in verschiedenen Betriebskrankenkassen tätig, seit 2010 bei der pronova BKK in der Abteilung Gesundheitsförderung.

Psychischen Belastungen in der Pflege durch eine wertschätzende Gesundheitskultur begegnen – Erfahrungen bei den St. Gereon Seniorendiensten

Bernd Bogert¹, Paul Fuchs-Frohnhofen² und Gerd Palm¹

¹St. Gereon Seniorendienste gGmbH, Hückelhoven

²MA & T GmbH, Würselen

Einführung und Ausgangssituation

In diesem Beitrag wird berichtet, wie es den St. Gereon Seniorendiensten, einem gemeinnützigen Altenhilfeträger aus NRW, gelingt, psychischen Belastungen der Beschäftigten durch eine wertschätzende Gesundheitskultur erfolgreich zu begegnen. Dabei wird u. a. auf das vom Bundesforschungsministerium geförderte Verbundprojekt „Pflege-Prävention 4.0“ Bezug genommen, an dem die St. Gereon Seniorendienste von 2016 bis Anfang 2019 als Praxispartner beteiligt waren (www.praevention-fuer-pflegende.de).

Die Pflegebranche steht vor besonderen Herausforderungen. Waren es noch im Jahr 2017 ca. 3,4 Millionen Pflegebedürftige, so prognostiziert die Bertelsmann Stiftung in ihrem „Pflegerreport 2030“, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 um 50 Prozent auf ca. 5 Millionen steigen wird [1, 8].

Es werden also in Zukunft deutlich mehr Pflegekräfte benötigt und es ist unerlässlich, die Perspektiven für eine „Beschäftigung bis 67“ in der Alten- und Krankenpflege zu verbessern.

Denn die Gewinnung einer steigenden Anzahl junger Menschen für die Pflegeberufe ist schon deswegen schwierig, weil in den letzten Jahren gar nicht genügend junge Menschen geboren wurden, um die Bedarfe in den nächsten 20 Jahren abzudecken [2]. Trotzdem ist die St. Gereon Seniorendienste GmbH als einer der größten Pflege-Ausbildungsbetriebe in Deutschland hier sehr erfolgreich – mit zurzeit ca. 250 Auszubildenden in der dreijährigen Altenpflege-Ausbildung, womit St. Gereon nicht nur für den Eigenbedarf ausbildet. Möglich wird eine so hohe Zahl an Auszubildenden auch dadurch, dass auch jungen Menschen ohne ausreichende (Vor-)Qualifizierung eine Chance gegeben wird. Auf ein Bewerber-

verfahren wird ausdrücklich verzichtet und stattdessen im Rahmen einer sogenannten „Assistierten Ausbildung“ eine intensive Begleitung durch ausbildungsbegleitende Hilfen angeboten, um auch für schwächere Azubis die Ausbildungserfolgsquote zu erhöhen. Damit wird einer großen Zahl von jungen Menschen mit ansonsten sehr geringen Berufschancen eine qualitativ hochwertige und individuell orientierte Ausbildung ermöglicht. Dabei zeichnet sich die „Assistierte Ausbildung“ durch viele besondere Elemente aus, so unter anderem durch

- die Betreuung durch Ausbildungskoordinatorinnen, die als persönliche Ansprechpartner dienen,
- gezielte Lernförderung u. a. durch Peer-Lerngruppen,
- eine eigene e-Learning-Plattform,
- zusätzliche Schülerarbeitsräume mit entsprechenden Computerarbeitsplätzen,
- eigene Zwischenprüfungen zusätzlich zu denen des Fachseminars,
- externe Praktika schon während der Ausbildung,
- umfassende praktische Ausbildung in allen Bereichen der Altenhilfe,
- Förderung der aktiven Teilnahme an Messen und weiteren Veranstaltungen, sowie
- diverse Förderungen und Vergünstigungen, um die Ausbildung jeweils passend zu den persönlichen Verhältnissen zu ermöglichen und attraktiv zu machen.

Doch gute Ausbildung allein reicht nicht, es ist wichtig, auch den Arbeits- und Gesundheitsschutz für die in der Pflege beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Altersstufen zu verbessern. Denn körperliche wie psychische Belastungen sowie eine unzureichende Arbeitszufriedenheit wirken sich altersunabhängig negativ auf die Arbeitsfähigkeit der Pflegenden aus und gefährden den Beschäftigungsverbleib.

Zu typischen Belastungen zählen dauerhafte Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates durch ungünstige Körperhaltungen bei der Pflgetätigkeit ebenso wie erlebter Zeitdruck und mangelnder Gestaltungsspielraum bei der Ausführung der Arbeitstätigkeit; auch kann sich die berufsbedingte Konfrontation mit Leiden, Tod sowie Aggression und Gewalt auf Dauer ungünstig auf die Psyche auswirken.

Berufsbedingte Erkrankungen treten im Vergleich unter Berufsgruppen überdurchschnittlich häufig bei Pflegenden auf: So waren in einer Erhebung aus dem Jahr 2016 52% aller bestätigten Fälle dieser Berufskrankheitskategorie Angehörige von Pflegeberufen [3: 33–34]. Im BKK Gesundheitsatlas 2017 [4] werden zur gesundheitlichen Situation der Beschäftigten in Pflegeberufen folgende Besonderheiten beschrieben:

- Die Arbeitsunfähigkeitstage der Altenpfleger/-innen lagen in 2015 um 49% höher als beim Durchschnitt der BKK Mitglieder (Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen: 20%).
- Bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen liegen die Altenpflegenden um 65% über dem Durchschnitt der BKK-Mitglieder (Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen: 18%).
- Die AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen der Altenpflegenden liegen sogar um 96% über dem Durchschnitt der BKK-Mitglieder (Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen: 49%).

Auch die Befragung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) bei den St. Gereon Seniorendiensten sowie bei zwei stationären Altenpflegeeinrichtungen der Johanniter Seniorendienste im Rahmen des Projektes Pflege-Prävention 4.0 machte die hohe psychische und körperliche Arbeitsbelastung der Beschäftigten deutlich. So wollten die St. Gereon Seniorendienste im Rahmen des Projektes Pflege-Prävention 4.0 das eigene System von Prävention und Gesundheitsförderung so weiterentwickeln, dass es jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter individuell unterstützt.

Gesundheitsförderung nicht nur für Pflegekräfte

Bereits zu Projektbeginn war man sich rasch einig, dass die Projektmaßnahmen nicht nur auf die Pflegekräfte orientiert sein dürfen, sondern alle Beschäftigtengruppen umfassen müssen, um die Ziele glaubhaft verfolgen zu können. Denn bei der Ausgangsbefragung im Projekt in den Einrichtungen der

St. Gereon Seniorendienste wurde deutlich, dass insbesondere bei den Hauswirtschaftskräften und bei den niedrig qualifizierten Betreuungskräften ein großer Bedarf bestand, die eigene Gesundheitssituation zu verbessern.

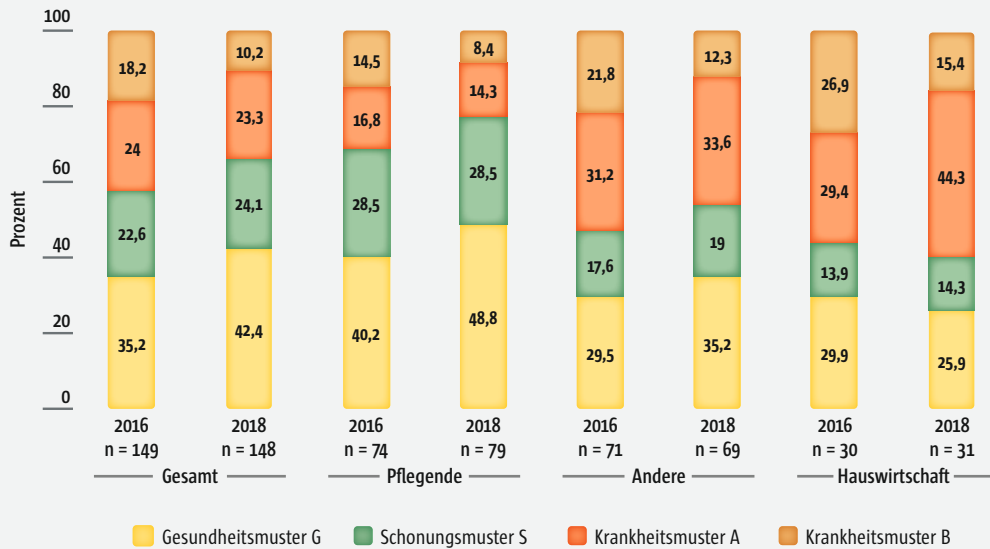
Zu Beginn und zum Ende des Projektes wurden durch den Projektpartner DIP Beschäftigte aus allen organisationalen Funktionsbereichen zu ihrem persönlichen Arbeitsempfinden befragt. Das eingesetzte Instrument „Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Lebensmuster“ (AVEM) [5] unterscheidet

- ein **Gesundheitsmuster G** = hohes berufliches Engagement, ausgeprägte Widerstandskraft gegenüber Belastungen, hier gelb dargestellt,
- ein **Schonungsmuster S** = ebenfalls positives Gesundheitsmuster, aber Schonungstendenz gegenüber beruflichen Anforderungen, hier grün dargestellt,
- ein **Krankheitsmuster A** = überhöhtes Engagement bei verminderter Widerstandsfähigkeit und eher eingeschränktem Lebensgefühl, hier rot dargestellt, und
- ein **Krankheitsmuster B** = Resignation und deutliche verminderte Belastbarkeit, einhergehend mit reduziertem Engagement, hier orange dargestellt.

Es geht in diesen Beschäftigungsfeldern vor allem um eine Aufwertung der Person und der Tätigkeit als zentraler Beitrag zur Gesundheitsprävention. Bearbeitet wurden mit dieser Mitarbeitergruppe in verschiedenen Workshops mit externer Unterstützung die subjektiv hoch empfundene Arbeitsbelastung und die Möglichkeiten der Reduktion. Weiterhin ging es um die Steigerung der Selbstwertschätzung, die mit zum Teil geringer Ausgangsqualifikation oft nicht in der Tätigkeit erfahren wird. Diesbezüglich fanden auch Hospitationen in anderen Einrichtungen statt. Dadurch konnten die Beschäftigten ihre eigene berufliche Praxis im Sinne einer Fremdreferenz abgleichen und die Erkenntnisse im Weiteren auf den eigenen Berufsalltag angepasst anwenden. Ebenso wurde nach technischen Unterstützungsmöglichkeiten zur Arbeitserleichterung gesucht.

Wie man im Vergleich 2016 zu 2018 in **III** Abbildung 1 sieht, ist es gelungen, das resignative Krankheitsmuster B auch bei den Hauswirtschaftskräften deutlich zu reduzieren. Es wurde aber auch deutlich, dass es einige grundsätzliche Probleme in dieser Beschäftigtengruppe z.B. im Vergleich mit den Pflegenden gibt, die insbesondere im Bereich Selbst- und Fremdwertschätzung, Qualifikation und Arbeitsinhalte liegen, was sich deutlich in durchgeführten Workshops gezeigt hat.

Abbildung 1 Ergebnisse der AVEM-Befragung bei den St. Gereon Seniorendiensten (Quelle DIP, Köln, Projekt Pflege-Prävention 4.0) (Angaben in Prozent)



Grundsätzliche Überlegungen zu Gesundheit und Motivation der Beschäftigten

In einem weiteren Schritt haben wir uns als Organisation daher gefragt, warum die derzeitigen Beschäftigten überhaupt bei St. Gereon arbeiten wollen und was uns als Arbeitgeber von anderen Mitbewerbern der Branche unterscheidet. Darüber hinaus wurde hinterfragt, ob alle Funktionsbereiche gleichermaßen vom Krankheitsmuster B betroffen bzw. belastet sind oder ob es hinsichtlich des gesundheitlichen Bewusstseins und dem damit verbundenen Verhalten Unterschiede gibt.

Dabei setzen wir ganz bewusst und konsequent auf die Einbindung vieler Mitarbeitenden aus allen Unternehmensteilen. Schnell wurde deutlich, dass es die motivierten Mitarbeitenden sind, die über den Erfolg oder aber auch über den Misserfolg entscheiden. Es wurde deutlich, dass Arbeitsbedingungen, in denen Mitarbeitende entsprechend ihrem Können und ihrem Wollen eingesetzt werden, die Arbeitsbelastungen reduzieren. Die Möglichkeit, autonom, selbstständig und eigenverantwortlich agieren zu können, wirkt sich sehr motivierend aus und erzeugt mitunternehmerisches Denken und Verhalten.

Daher verstehen wir unser Gesundheits- und Präventionsmanagement als partizipativ und ganzheitlich, indem alle Mitarbeitende in ihrer Funktion als

Mitunternehmer eingebunden werden und mitwirken können. Somit steht das Gesundheitsmanagement bei St. Gereon nicht vorwiegend aus einer Vielzahl an Einzelaktionen, sondern ist in erster Linie ein nachhaltiges und gelebtes Betriebliches Gesundheitsmanagement. Dieses kann nur durch eine Unternehmensphilosophie, welche sich aus einer mitarbeiterfreundlichen und wertschätzenden Haltung entwickelt, entstehen. Eine Kultur, in der Mitarbeitende in ihrem Streben nach „einem guten Leben“ unterstützt werden: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen erfolgreich sein und auf ihre Arbeit stolz sein können. Es geht um eine wertschätzende Unternehmenskultur, in der die Mitarbeitenden mit ihren individuellen Fähigkeiten und ihren Lebensphasen bezogenen Möglichkeiten entsprechend unserer Leitphilosophie „Wir pflegen Menschlichkeit“ angenommen werden.

Das Ziel, welches wir verfolgen, ist, dass die Mitarbeitenden erkennen, dass sie ihre Arbeitsbedingungen und Arbeitsumstände selber beeinflussen können und dass sie die von ihnen geleistete Arbeit als sinnstiftend erleben. Dabei gelten die Prinzipien der Eigenverantwortung, der Subsidiarität und der Solidarität. Daher wird Eigeninitiative und Beteiligung der Mitarbeitenden bei der pflegepräventiven sowie gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Arbeitsumgebung bzw. Arbeitsbedingungen erwartet und unterstützt.

Entsprechend unserer Leitsätze „St. Gereon tut gut“ und „Wir pflegen Menschlichkeit“ wurde deutlich, dass sich nicht die Mitarbeitenden an die Arbeitsbedingungen anpassen müssen, sondern die Organisation passt die Bedingungen an die Mitarbeitenden entsprechend ihrer individuellen Kompetenzen und Möglichkeiten aus ihrer derzeitigen Lebensphase an.

Nicht nur unsere Führungskräfte, sondern alle Mitarbeitenden werden stärkenorientiert eingesetzt; es war daher notwendig, die Organisation in viele kleine Organisationseinheiten aufzuteilen. Die so entstandene Kleinräumigkeit sichert eine ganzheitliche Bewältigung des Aufgaben- bzw. Tätigkeitsfeldes. Der Handlungsspielraum der Mitarbeitenden wird vergrößert und die Teilhabe an strategischen Entscheidungen sowie beruflichen Entwicklungschancen verbessert sich erheblich. Diese Arbeitsorganisationsform schafft die Voraussetzungen sowohl für pflegerische als auch für hauswirtschaftliche Mitarbeitende, in einem überschaubaren Tätigkeitsfeld eigenverantwortlich tätig werden zu können. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass durch die Abkehr von der Kultur „Die-da-oben/Die-da-unten“ ein deutlicher Innovations- und Motivationsschub durch die Mitarbeiterschaft ging. Mitarbeitende wurden durch eine umfassende Informations- und Beteiligungs politik zu Mitwissenden und zu Mithandelnden. Sie haben sich in Entwicklungen eingebunden und übernehmen Verantwortung. Es gelang, in gemeinsamer Verantwortung und Beteiligung ein präventives und gesundheitsförderliches Arbeitsumfeld zu entwickeln und Bestehendes zu optimieren, ohne dadurch die Lebens- und Versorgungsqualität der Bewohner/-innen der Einrichtungen zu verschlechtern.

Die Grundlage dafür, dass Mitarbeitende ihren Dienst leisten können und Spaß bei der Arbeit haben, ist, dass sie physisch und psychisch gesund sind. Dementsprechend wurde neben einer gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung eine Vielzahl an gesundheitsförderlichen Angeboten geschaffen, von denen im Folgenden einige aufgezählt werden: St. Gereon bietet kostenlose Sport- und Wellnessangebote, Ernährungsberatung, soziale Unterstützung, Kurse zur Raucherentwöhnung, den täglichen Apfel und die individuelle Beratung durch unseren arbeitsmedizinischen Dienst. Die breite Masse erreicht man mit diesen Maßnahmen jedoch nicht. Deshalb setzen wir verstärkt auf Eigenverantwortung. Um die Eigenverantwortung der Mitarbeitenden zu stärken und zu motivieren, erhalten alle Beschäftigten ein persönliches Budget von 120 € im Jahr, um ihre eige-

nen gesundheitsförderlichen Aktivitäten zu gestalten, und drei zusätzliche Urlaubstage, wenn sie erfolgreich am St. Gereon Lauf (10.000 Schritte am Tag über 100 Tage) teilgenommen haben.

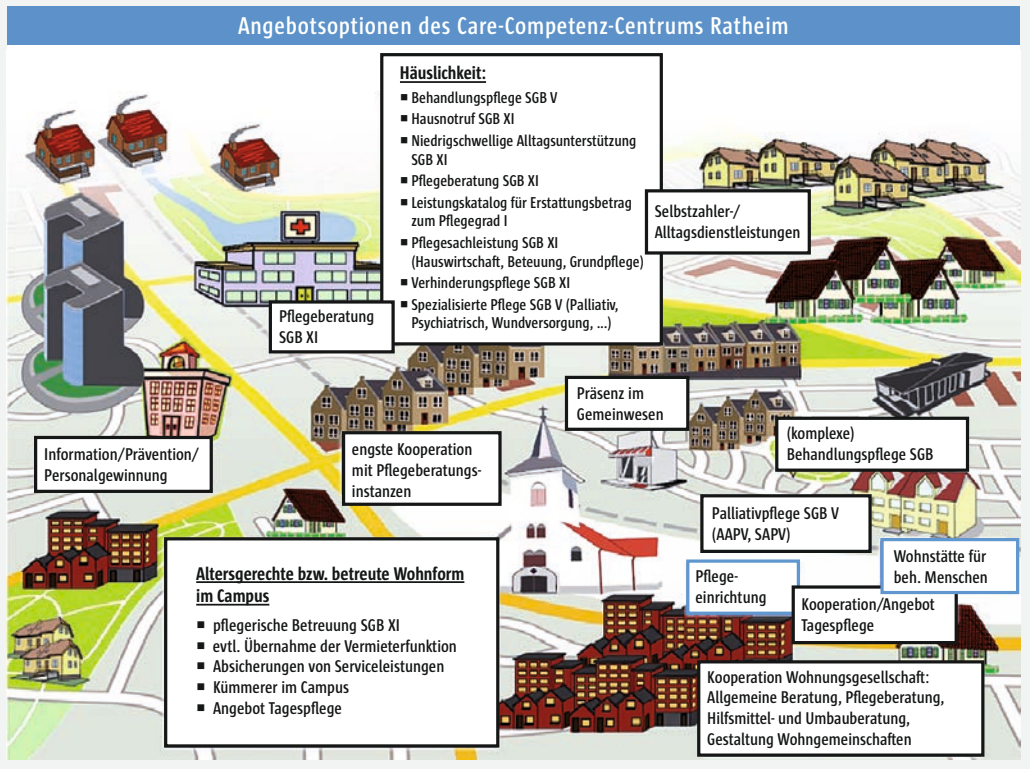
Die Lösung unserer Probleme liegt aber nicht allein in neuen Maßnahmen oder neuen Methoden, sondern in einer neuen Gesinnung. Die schönsten Methoden und Maßnahmen nützen nur, wenn Führungskräfte eine Gesinnung entwickeln können, die sie vorausschauen lässt. Dann hat man die Möglichkeit, die vielen anerkannten Methoden und Maßnahmen zu nutzen! Eine andere Gesinnung bekommt man nicht durch andere Methoden, sondern man muss die Mitarbeitenden einladen und Rahmen schaffen, in denen sie neue positive Erfahrungen machen können. Nur dann findet auch eine Entwicklung aufseiten der Beschäftigten statt. Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen ist, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Mitarbeitenden durch Befragungen, Mitwirkungsmöglichkeiten und Beteiligung im Sinne eines Mitunternehmertums bekannt sind und entsprechend ernst genommen werden. Es geht darum, die Mitarbeitenden als interne Kunden zu sehen und sie dementsprechend zu behandeln.

Kompetenzspezifische teilautonome Arbeitswelten

Den größten Effekt bei der Gestaltung präventiver und selbstgesteuerter gesundheitsförderlicher Strukturen hatte die Einführung teilautonomer Arbeitswelten. In sogenannten „Hausgemeinschaften“ leben ca. 12 Bewohner zusammen und werden von einem „Kleinsteam“ (5–6 Mitarbeiter) im Sinne eines „Heim im Heim“ versorgt. Im Hintergrund der konzeptionellen Überlegungen zur Einführung der kompetenzspezifischen Arbeitswelten steht das Bild eines selbstmotivierten, nach Eigenverantwortung strebenden Menschen. Die teilautonomen Arbeitswelten sind somit ein System, welches das gesamte Potenzial von Beschäftigten in der Organisation für die Entwicklung der Organisation nutzbar machen will [6].

Wir wollen aber nicht nur entwickeln, sondern evolutionär sein, indem wir die Evolution nach „innen“ holen und die Triebkräfte der Differenzierung, Auswahl und Erweiterung im Kontext eines organisationalen Subsystems (Arbeitswelt Hausgemeinschaft) wirken lassen. Ziel ist, sich aufgrund der Informationen vieler wahrnehmender Mitarbeitenden von einer bürokratischen Organisation hin zur Selbstorganisation der Menschen zu entwickeln.

Abbildung 2 Die Care Competence Center und ihre Einrichtungen



Aber wie kann in einer Organisation eine wirkungsvolle Selbstorganisation begünstigt werden? Wir denken, dass hierzu eine veränderte Aufteilung der Autorität notwendig ist. Dabei geht es nicht um den vollständigen Abbau von Autorität. Es ist nach wie vor wichtig, dass einzelne Beschäftigte die Möglichkeit aufgrund ihrer Weisungsbefugnisse haben, innerhalb ihrer Arbeitsbereiche (Arbeitswelt Hausgemeinschaft) lokal auf Situationen zu reagieren, ohne die Meinung aller Beteiligten anzuhören oder auf die Erlaubnis einer ermächtigten Führungsperson zu warten. Die bisher Verantwortlichen treten einen Schritt zurück und die Mitarbeitenden treten einen Schritt nach vorne, dadurch werden Hierarchien flacher. Die Autorität ist aber klar verteilt. Dies führt zu größerer Flexibilität, Reaktionsfähigkeit und Anpassungsfähigkeit in dem Bereich der Organisation.

Hinsichtlich der Gestaltung einer präventiven, gesundheitsförderlichen und wertschätzenden Organisationsumwelt ermöglicht dieses Konstrukt deutlich individuellere und auf die persönlichen Bedarfe einzelner Mitarbeitender ausgerichtete Interventio-

nen. Es ist festzustellen, dass sich die Kultur und der Geist in der Organisation zum Positiven verändert. Die Mitarbeitenden gestalten und beeinflussen ihr eigenes Wohlbefinden. Die Möglichkeit, in kleinen Organisationseinheiten (Hausgemeinschaften mit zehn bis zwölf Bewohnerinnen und Bewohnern, welche von einem interprofessionellen Team versorgt werden) Einfluss auf die eigenen Arbeitsbedingungen zu nehmen, ist deutlich ausgeprägter möglich.

Diversifikation der Dienstleistungsangebote unter Berücksichtigung der Gesundheitsprävention

Zusammen mit anderen Projektpartnern wurde an Konzepten gearbeitet, wie eine weitere Diversifizierung der Dienstleistungsangebote der St. Gereon Seniorendienste für Arbeitsgestaltungsmaßnahmen nutzbar ist. Dabei wurde das Konzept entwickelt, bisher getrennte Verantwortungsbereiche von stationärer Pflege, Tagespflege, ambulantem Dienst und Pflegeberatung im Quartier zu einem regiona-

len Arbeitsbereich mit einem einheitlichen Leitungsteam zusammenzufassen, um den Beschäftigten hier mehr Wechsel zwischen einzelnen Tätigkeitsfeldern und einen direkteren Draht zur Leitung vor Ort zu ermöglichen: die Care Competence Center (» Abbildung 2). So entsteht ein sektorenübergreifendes Verantwortungsgefühl aller Mitarbeitenden der unterschiedlichen Dienste für die Versorgung der alten Menschen im Quartier (» Abbildung 3). Job Rotation innerhalb des Quartiers wird möglich.

Fazit

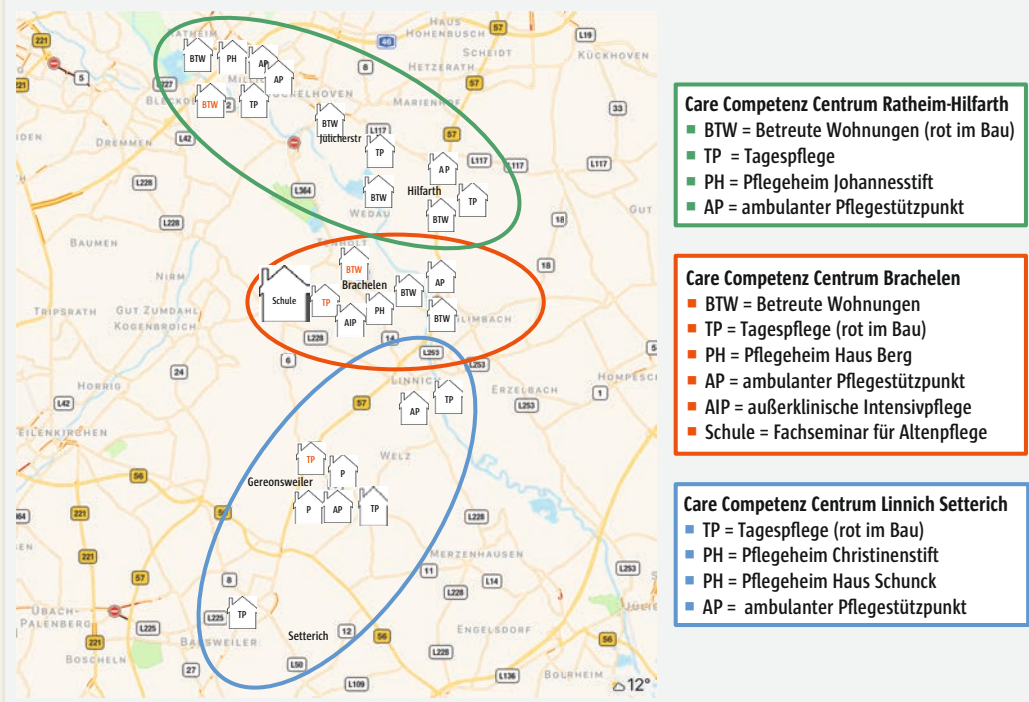
Die St. Gereon Seniorendienste haben das Projekt Pflege-Prävention 4.0 zum Anlass genommen, ihr Gesundheits- und Präventionsmanagement mit externer Unterstützung und Evaluation zu reflektieren und zu verbessern. Dabei ist deutlich geworden, dass es Sinn macht, Gesundheitsmanagement nicht primär als Aneinanderreihung einer Vielzahl von Einzelaktionen zu verstehen, sondern in erster Linie als gelebte Unternehmensphilosophie, welche sich aus einer mitarbeiterfreundlichen und wertschätzenden

Haltung entwickelt. Es geht um eine wertschätzende Unternehmenskultur, in der die Mitarbeitenden mit ihren individuellen Fähigkeiten und Hintergründen und ihren lebensphasenbezogenen Möglichkeiten angenommen werden. Das Ziel unserer Pflegepräventionsbemühungen ist, dass die Mitarbeitenden erkennen, dass sie ihre Arbeitsbedingungen und Arbeitsumstände so ändern können, dass sie die von ihnen geleistete Arbeit als sinnvoll erleben und ihr „Streben nach Glück“ unterstützt wird.

Ausgehend von dieser Grundüberzeugung hat das Projekt Pflege-Prävention 4.0 aufgezeigt, dass es Aufgabe der Leitung ist, gerade die weniger qualifizierten Beschäftigten bei der gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen zu unterstützen.

So sind die Erfahrungen von St. Gereon im Pflege-Präventions-Projekt auch ein mögliches Beispiel für Präventionsprojekte in anderen Einrichtungen und Unternehmen: Fördert die Mitgestaltung der Beschäftigten an ihren Arbeitsbedingungen und unterstützt besonders die Niedrigqualifizierten und die Mitarbeitergruppen, denen es schwerfällt, aus ihren Arbeitsinhalten Sinn und Wertschätzung zu erfahren [7]!

Abbildung 3 Aufteilung der Care Competence Center St. Gereon



Literatur

1. Destatis (2017). Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegestufe. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html> (09.08.2019)
2. Zika, G., Maier, T., Helmrich, R., Hummel, M., Kalinowski, M., Hänisch, C., Wolter, M.-I., & Mönnig, A. (2015). Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen bis 2030: Engpässe und Überhänge regional ungleich verteilt. IAB-Kurzbericht, 9/2015. Bielefeld: Bertelsmann-Verlag.
3. Liebers, F. & Latza, U. (2016). Berufskrankheiten durch mechanische Einwirkungen – Raten bestätigter BK-Fälle in Einzelberufen. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
4. Kliner, K., Rennert, D., Richter, M. (2017). BKK Gesundheitsatlas 2017: Gesundheit und Arbeit. Blickpunkt Gesundheitswesen. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.
5. Schaarschmidt, U. & Fischer, A.W. (2011). Bewältigungsmuster im Beruf: Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
6. Robertson, J.B. (2016). Holacracy – Ein revolutionäres Management – System für eine volatile Welt. München: Vahlen.
7. Fuchs-Frohnhofen, P., Scheen, S., Metzen, D., Bessin, C., Hammann, G., Palm, G., Bogert, B. (2019): Handlungsanregung für eine gelingende Verhältnisprävention in der stationären Altenpflege: Gesunde Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen; Verlag der MA & T Sell & Partner GmbH, Würselen, 44 S.
8. Bertelsmann Stiftung (2012) Themenreport „Pflege 2030“. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf (09.08.2019)



Bernd Bogert

Studium der Sozialarbeit an der Katholischen Hochschule Aachen, Studium der Sozialen Gerontologie an der Universität Kassel. Seit 1983 als Geschäftsführer bei den St. Gereon Senioren Diensten gGmbH, Hückelhoven tätig. Motto: Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.



Dr. Paul Fuchs-Frohnhofen

Arbeitswissenschaftler, 1994 Promotion an der RWTH Aachen, Bereichsleiter am Zentrum für Lern- und Wissensmanagement der RWTH Aachen, seit 1997 Geschäftsführer der MA & T GmbH (Mensch, Arbeit und Technik). Koordinator zahlreicher Forschungs- und Umsetzungsprojekte in der Pflege. Buchautor.



Dipl.-Pflegermanager (FH) Gerd Palm, M.A.

Absolvierte eine Ausbildung zum Altenpfleger und studierte im Anschluss Sozialarbeit an der Katholischen Fachhochschule Aachen. Während dieser Zeit arbeitete er als Nachtwache und eingetragener Berufsbetreuer. Im Anschluss übernahm er die Koordination der Altenheime Christinenstift und Haus Schunck in Linnich Gereonsweiler. In Rahmen dieser Tätigkeit bekleidet er weiterhin die Stabstelle des Qualitätsbeauftragten für alle Einrichtungen unter der Trägerschaft der Pfarrei St. Gereon. Diesbezüglich hat er eine Ausbildung zum TQM-Auditor absolviert. Er ist Projektmanager des Projekts „Hausgemeinschaften im Christinenstift“. Gleichzeitig studierte er berufsbegleitend an der Katholischen Fachhochschule Köln Pflegemanagement. Im Anschluss studierte er im Rahmen eines postgradualen Masterstudiengangs Kooperationsmanagement an der Katholischen Fachhochschule Aachen. Fachbuchautor.

Mental-First-Aid – Der Erste-Hilfe-Kurs für die Seele an der Technischen Hochschule Ostwestfalen-Lippe

Madlen Stupin

BKK_DürkoppAdler, Bielefeld

Viele wissen, wie man Erste Hilfe leistet oder den Notruf absetzt. Aber was ist zu tun, wenn jemand weint, apathisch oder verzweifelt wirkt? Genau hier setzt das Projekt „Mental-First-Aid“ an der Technischen Hochschule Ostwestfalen-Lippe an. In einem zweijährigen Pilotprojekt fördert die BKK ARGE OWL Mental-First-Aid-Kurse an der Hochschule.

Gesundheit der Studierenden

Die Gesundheit an Hochschulen stellt sich wie folgt dar: Schätzungen zufolge leiden 20 bis 25% der Studierenden an psychischen Störungen. Prüfungsängste haben zwischen 1993 und 2008 um 51% zugenommen, während der Alkoholmissbrauch abnahm. Die psychologisch-psychotherapeutischen Beratungszentren an den Hochschulen verzeichnen eine steigende Nachfrage [1]. Bei einer Befragung der betreuenden Psychologen an deutschen Hochschulen stellen 83% eine Tendenz zu einer allgemeinen Überlastung und psychischen Erschöpfung bei Studierenden fest. Andauernde seelische Erkrankungen resultieren aus der gesamtgesellschaftlichen und psychosozialen Belastung, denen auch Studierende ausgesetzt sind: Prüfungsstress, Zukunftsangst, Doppelbelastung von Studium und Arbeit, etc. [2].

Die Studierenden der Hochschulen in Nordrhein-Westfalen zeichnen sich durch eine hohe Erwerbsquote aus [3, 4]:

- 72% der Studierenden sind zur Finanzierung ihres Lebensunterhaltes neben dem Studium erwerbstätig. Durchschnittlich arbeiten sie neun Stunden in der Woche.
- 38% der Studierenden haben ihren Wohnsitz nicht am Ort der Hochschule, im Bundesdurchschnitt sind es nur 29%.
- Ein Viertel der 700.000 Studierenden in Nordrhein-Westfalen hat einen Migrationshintergrund und 8% der Studentinnen und Studenten wurde in einem anderen Staat als Deutschland geboren.

- Auch der Anteil der Bildungsaufsteiger ist in Nordrhein-Westfalen mit 52% höher als im bundesdeutschen Durchschnitt mit 48%.

Bei der Auswertung der Krankenkassendaten zeigt sich bei Studierenden eine höhere psychische Belastung im Vergleich zu jungen Erwerbspersonen. Auch kontaktieren Studierende psychologische Psychotherapeuten erheblich häufiger. Auf der Ebene Diagnosen werden „Affektive Störungen“ bei Studierenden häufiger als bei jungen Erwerbspersonen erfasst. Zugleich werden Studierenden häufiger Antidepressiva verordnet [5].

Als Konzept ursprünglich in Australien entwickelt [6], sind mittlerweile Projekte unter dem Namen „Mental-Health-First-Aid“ (MHFA) in mehr als 20 Ländern implementiert; u.a. in den USA, in Australien und England. Das Konzept fußt im Wesentlichen auf drei Zielsetzungen: Menschen über psychische Erkrankungen aufzuklären, ihnen Strategien für die Hilfe für Personen in mentalen in Krisen zu vermitteln und diesen den Weg zu professioneller Unterstützung weisen zu können [7, 8]. Studien in anderen Ländern bestätigen den Erfolg von MHFA: Die Erste-Hilfe-Kurse erweitern nicht nur den Horizont der Teilnehmer. Diese trauen sich nachher auch eher zu, anderen ihre Hilfe anzubieten und tun dies tatsächlich auch öfter als Personen, die keinen Kurs absolvierten [9].

Von der Idee zum Start des Projektes „Mental-First-Aid“

Die Betriebskrankenkassen in Ostwestfalen-Lippe (BKK ARGE OWL¹) kooperieren in politischer und fach-

1 Über die Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen in OWL (BKK ARGE OWL):

Die BKK ARGE OWL ist ein Zusammenschluss von sieben in Ostwestfalen-Lippe ansässigen Betriebskrankenkassen: Bertelsmann BKK, BKK Diakonie, BKK DürkoppAdler, BKK Gildemeister Seidensticker, BKK HMR, BKK Melitta Plus, Heimatkrankenkasse.

Abbildung 1 Unterzeichnung des Kooperationsvertrages



licher Sicht miteinander. Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) wurde die Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung gegründet. Ziel der Arbeitsgruppe ist der Austausch und die Initiierung von Präventionsprojekten in der Region Ostwestfalen-Lippe – idealerweise als Leuchtturmprojekte.

Neben den Projekten, die bereits von den einzelnen BKKn durchgeführt werden, sollte in einem Setting ein Gemeinschaftsprojekt erarbeitet werden. Nachdem die Settings Kita, Grundschule und weiterführende Schulen bereits mit einer Vielzahl von Angeboten aufwarten, haben wir uns mit den Hochschulen in Ostwestfalen und dem Bedarf der Zielgruppe Studierende näher befasst. Hohes Interesse fanden die Mental-Health-First-Aid-Angebote aus Australien, Großbritannien und den USA. Unserer Recherche nach ist ein vergleichbares Projekt bis jetzt an keiner deutschen Hochschule gestartet. Im nächsten Schritt wurde die Hochschullandschaft in Ostwestfalen-Lippe ausgewertet. Ziel war es, die Projektidee an einer kleineren Hochschule in Ostwestfalen-Lippe vorzustellen, aufgrund der Annahme, dass die Entscheidungswege kürzer und daher schneller sind. Unsere Wahl fiel auf die Technische

Hochschule Ostwestfalen-Lippe mit ihren Standorten in Detmold, Lemgo, Höxter und Warburg.

Im Juni 2018 konnten wir unsere Idee den Vertretern der Technischen Hochschule Ostwestfalen-Lippe vorstellen und fanden genau die Punkte wieder, die im Abschnitt „Gesundheit der Studierenden“ beschrieben sind. Nach Auskunft der Studienberatung sind viele Studierende Bildungsaufsteiger. Der Druck bei den Studentinnen und Studenten ist immens hoch und gerade in den künstlerischen Berufen wird eine schlechtere Benotung einer Seminararbeit beispielsweise als persönliches Scheitern wahrgenommen. Die Vertreterinnen der Studierendenberatung, die bei dem Termin anwesend waren, bestätigten uns einen erhöhten Bedarf für unsere Projektidee. Auf der Suche nach einem Dienstleister, mit dem wir unsere Idee an der Technischen Hochschule Ostwestfalen-Lippe durchführen können, stellte Frau Dr. Barbara Weißbach vom IUK Institut GmbH Dortmund im Oktober 2018 den Kurs für Dozent*innen und Studierende an Hochschulen auf Basis des Mental Health Facilitators (für weitere Information siehe: www.mhf-de.de) vor. Mit ihr wurde eine kompetente Partnerin für unser Mental-First-Aid-Projekt an der Technischen Hochschule Ostwestfalen-Lippe gefunden.

„Um diesem wichtigen Thema mehr Aufmerksamkeit zu schenken, ist es besonders wichtig, zunächst das Verständnis für seelische Krankheitsbilder zu stärken. Eine große Mehrheit denkt noch immer, man müsse sich nur mal richtig zusammenreißen oder morgen sähe die Welt schon ganz anders aus. [...] Es ist uns ein großes Anliegen, unsere Studierenden stärker für dieses Thema zu sensibilisieren.“ betont Frau Rathert – Leitung des Dezernates für Studentische Angelegenheiten an der Technischen Hochschule Ostwestfalen-Lippe [10].

In den nachfolgenden Monaten wurde der Kooperationsvertrag zwischen der BKK ARGE OWL und der Technischen Hochschule Ostwestfalen-Lippe erarbeitet, der im Januar 2019 von den Parteien unterzeichnet wurde (» Abbildung 1). Die Kooperation wurde für 2019 und 2020 geschlossen und umfasst ein Gesamtbudget von 180.000,00 €.

Das Konzept hinter Mental-First-Aid an der Technischen Hochschule Ostwestfalen Lippe

Zusammen mit der Agentur Manysides wurde eine auf die Hochschule zugeschnittene Kampagne entwickelt, die auf das besondere Angebot für Studierende aufmerksam macht. Dabei wurden Plakate und die Social-Media-Kanäle der Technischen Hochschule Ostwestfalen-Lippe genutzt (» Abbildung 2).

Bei der Studierendenberatung wurde die Projektleitung eingerichtet, hier werden die Kurse, Anmeldungen, Marketingkampagnen mit der Agentur und der Hochschule, sowie der Kontakt zur BKK ARGE OWL für die Dauer der Kooperation koordiniert. Der erste dreitägige Kurs für die Studierenden startete am 20.02.2019 während der vorlesungsfreien Zeit am Standort Lemgo.

Ziel des Angebotes Mental-First-Aid ist es, nicht nur über psychische Erkrankungen allgemein aufzuklären, sondern den Studierenden und Dozenten ein konkretes Hilfe- und Ansprachenkonzept sowie Lösungsansätze zu vermitteln, auf das sie zurückgreifen können, wenn bei Kommiliton*innen eine persönliche Krise oder sogar ein psychisches Problem vermutet wird. Dabei sollen persönliche Ressourcen gestärkt und/oder aufgebaut werden.

Abbildung 2 Plakat



Das Kurskonzept beinhaltet, dass sich die Seminar Teilnehmer zunächst mit den verschiedenen Gesundheitsbegriffen vertraut machen, im anschließenden Kursteil werden die Problemfelder psychischer Gesundheit vermittelt. Dabei werden Einflussfaktoren beleuchtet, die psychische Störungen begünstigen, aber auch Ressourcen, die zur Bewältigung von Problemen beitragen. Im nächsten Seminarabschnitt steht der Hilfeprozess und die Rolle des Helfens im Mittelpunkt. Neben der Vermittlung von Merkmalen der Hilfebeziehungen wird hier auch die Grenze der Laienhilfe dargestellt. Die Studierenden, die das Seminar besuchen, sollen und können keine professionelle Hilfe ersetzen. Sie sollen sich als Lotsen verstehen, die zum einen wahrnehmen, wenn Hilfe benötigt wird, und

ggf. auf professionelle Hilfsangebote verweisen oder auch den Kontakt zu den entsprechenden Stellen herstellen. Für Gespräche in Krisensituationen werden die Seminarteilnehmer*innen in Kommunikationstechniken, beispielsweise dem 4-Ohren-Modell oder dem Aktiven Zuhören geschult, die sich in diesen Situationen bewährt haben.

Ein weiterer großer Seminarblock ist die Vermittlung von Wissen über psychische Störungen wie Überbelastung durch Stress, Angststörungen, Depressionen oder auch Suizidalität. Dabei werden Indikatoren, Merkmale und der Verlauf skizziert. Die Fallbeispiele werden in Rollenspielen erarbeitet, um auch die bereits vermittelten Kommunikationsformen in Krisensituationen zu üben. Frau Dr. Weißbach arbeitet bei den Rollenspielen mit einer Schauspielerin zusammen. Sie nimmt dann beispielsweise die Rolle einer depressiven Frau ein oder die einer Suchterkrankten. Es wird bei den Rollenspielen versucht, die Problemlagen der Studierenden zu fokussieren wie zum Beispiel die Antriebslosigkeit, eine enttäuschte Erwartung aber auch Liebeskummer.

Im letzten Teil des Mental-First-Aid-Seminars steht die eigene mentale Gesundheit im Vordergrund. Dabei wird auch vermittelt, was der Einzelne für sich tun kann, um bestimmte Faktoren, die eine psychische Störung begünstigen, zu vermeiden. Abschließend werden die professionellen Angebote vorgestellt und vermittelt.

Einige Teilnehmer*innen des ersten Seminars wurden für eine Plakatkampagne fotografiert. Ziel war es, zum einen über das Projekt Mental-First-Aid zu informieren, auf der anderen Seite konnten sich die Ersthelfer*innen für die Seele auch direkt vorstellen. So können die Ersthelfer*innen auch von den Kommiliton*innen in Stress-/Krisensituationen angesprochen werden. Aktuell planen wir mit der Projektleitung ein Treffen zum Erfahrungsaustausch der Ersthelfer*innen für die Seele. Im Mai 2019 fand der zweite Kurs für Studierende statt. Die nächsten beiden Kurse sind terminiert, ein weiterer Kurs zudem bereits ausgebucht. Im September 2019 wird dann der dreitägige Mental-First-Aid-Kurs für die Dozent*innen durchgeführt.

Nach jedem Kurs werden Evaluationsbögen verteilt. Nach der ersten Auswertung sind die Studierenden mit der Form und den Inhalten des Seminars sehr zufrieden. Gerade der Einsatz der Schauspielerin wird als Mehrwert erachtet, da die Studierenden keine Rollen einnehmen müssen, die sie aus Gründen des Selbstschutzes nicht möchten oder aufgrund der fehlenden Erfahrung – glücklicherweise – nicht kennen und daher auch nicht adäquat darstellen können.

Resümee und Ausblick

Seit der Vorstellung unserer Idee für die Ersthelfer*innen für die Seele bis zur Planung der Seminare für die Studierenden und Dozenten an der Technischen Hochschule wird uns immer wieder gespiegelt, dass es einen hohen Bedarf in der Zielgruppe innerhalb des Settings gibt und die Hochschule dieses Projekt gern fest implementieren möchte.

Anhand der Evaluationsbögen werden die Inhalte auch an den Bedarf der Zielgruppe angepasst. In einem Seminar kam die Frage nach Essstörungen und Suchterkrankungen auf. Diese psychischen Störungen und Krankheitsbilder werden zukünftig auch in dem Seminar vermittelt, um auch hier in Krisensituationen adäquat reagieren zu können.

Literatur

1. Holm-Hadulla, R., Hofmann, FH., Sperth, M. et al. Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. *Psychotherapeut* (2009) 54:346–356
2. Liebold, D. (2012). Mehr Burnout durch Bologna, Diplomarbeit
3. Schirmer, H. (2017). Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Nordrhein-Westfalen 2016. Regionalauswertung der 21. Sozialerhebung des DSW durchgeführt vom DZHW für die Arbeitsgemeinschaft Studierendenwerke NRW. Bochum: Arbeitsgemeinschaft Studierendenwerke Nordrhein-Westfalen.
4. Middendorff E, Apolinarski B, Becker K, Bornkessel P, Brandt T, Heißenberg S, Poskowsky J (2017). Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. Zusammenfassung zur 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks – durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
5. Techniker Krankenkasse (2015). Gesundheitsreport 2015 – Gesundheit von Studierenden. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK
6. Kitchener BA, Jorm AF (2008). Mental Health First Aid: an international programme for early intervention. *Early Intervention in Psychiatry*, 2: 55–61.
7. <https://mhfa.com.au/resources/help-a-friend-family-member-or-co-worker-with-mental-health-illness-or-crisis> [abgerufen am 15.6.2019]
8. <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/erste-hilfe-kurse-fuer-die-psyche-seelische-wundversorgung-a-1165370.html> [abgerufen am 15.6.2019]
9. Hadlaczky G, Hökby S, Mkrchtian A, Carli V, Wasserman D (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis, *International Review of Psychiatry*, 26:4, 467–475
10. Zit. nach BKK_DürkoppAdler Magazin Gesundheit, 2019, Ausgabe 1, S. 8



Madlen Stupin

Madlen Stupin koordiniert und begleitet als Stabsstelle die Projekte und das Gesundheitsmanagement bei der BKK_DürkoppAdler. Sie ist gelernte Sozialversicherungsfachangestellte und studierte Diplom-Soziologin. Für die BKK ARGE OWL ist sie zentrale Ansprechpartnerin für die gemeinsamen Projekte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V.

#BreakingTheSilence – psychische Gesundheit bei der Arbeit: Impulse für Offenheit und Unterstützung setzen

Ulrich Birner
Siemens AG, München

Psychische Störungen sind häufig und beeinflussen alle Lebensbereiche von Betroffenen. Sie verursachen häufig lange Ausfallzeiten im Beruf und folglich hohe Kosten für Unternehmen. Siemens stellt Mitarbeitenden daher zahlreiche Angebote zum Erhalt, der Förderung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit zur Verfügung. Um den Zugang zu erleichtern und zu konstruktiver Offenheit mit dem Thema zu ermutigen, gibt es die Destigmatisierungskampagne #BreakingTheSilence, die systematisch an den drei Kernelementen von Stigma ansetzt: Wissensvermittlung, Förderung einer positiven Haltung und Ermutigung zur Unterstützung Betroffener. Die Kampagne umfasst Print- und Intranetmedien, ein gamifiziertes eLearning für Führungskräfte sowie Video-basierte Begegnungen mit Siemens-Mitarbeitenden, die über ihre Erfahrungen mit psychischer Erkrankung berichten.

Hintergrund

Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung für Leistungsfähigkeit und Engagement in Organisationen. Psychische Erkrankungen weisen mit 38,2% in der EU-Bevölkerung eine hohe Prävalenz auf [1]. Sie stehen mit 16,6% aller Ausfalltage nach Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems an zweiter Stelle in der BKK-Statistik [2]. Und sie beeinträchtigen Betroffene in allen Lebensbereichen, verursachen persönliches Leid sowie hohe Kosten für Arbeitgeber und die Gesellschaft. Entsprechend gibt es in Deutschland (ebenso wie in vielen anderen Ländern [3, 4]) rechtliche Arbeitsschutzaufgaben zur Prävention psychischer Gesundheit.

Betriebliche Maßnahmen zum Gesundheits- und Arbeitsschutz

Maßnahmen zum Erhalt, der Förderung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit sind für Siemens daher ein wichtiges ethisches und wirtschaftliches

Anliegen. Wir verfolgen dabei global im Arbeits- und Gesundheitsschutz zwei komplementäre Ansätze:

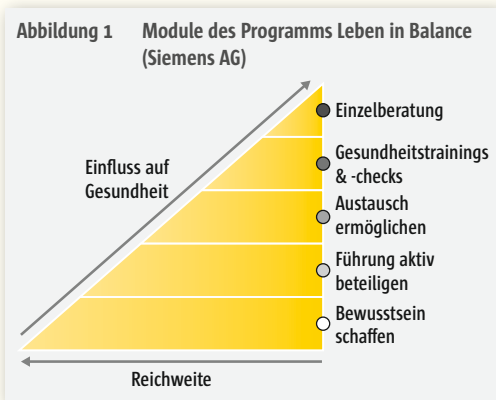
Arbeitsplatzbezogene Prävention: Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (Psychosocial Risk Management) ist ein systematisches Vorgehen, um Belastungsfaktoren des Arbeitsplatzes und der Arbeitsumgebung zu erfassen, zu bewerten und ggf. nötige Veränderungen anzustoßen. Bei Siemens liefern hier ausgewählte Items der globalen Mitarbeiterbefragung allen Führungskräften mit Personalverantwortung ein regelmäßiges Screening psychischer Belastungsfaktoren in ihrem Verantwortungsbereich. Damit ist ein leicht verständlicher und effizienter Zugang zum Prozess der Gefährdungsbeurteilung sichergestellt, mit dem Ziel psychischer Fehlbeanspruchung vorzubeugen.



Themenbereiche der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung [5]

- Im Bereich **Arbeitsinhalt und Arbeitsaufgabe** geht es um die Vollständigkeit der Aufgabe, Handlungsspielräume, Abwechslungsreichtum, tätigkeitsbezogene Informationen und Verantwortung. Es wird die Passung von Anforderung und Qualifikation betrachtet sowie die emotionale Inanspruchnahme.
- **Arbeitsorganisation** bezieht sich auf die Einteilung der Arbeitszeit, Zeitdruck und Arbeitsintensität sowie Störungen, Unterbrechungen und Aspekte der Kommunikation im Arbeitsprozess.
- Die **soziale Unterstützung** im Kollegenkreis und durch die Führungskraft bezieht sich auf die Qualität der Zusammenarbeit.
- Bei **Arbeitsumgebung** werden Arbeitsmittel, die Gestaltung des Arbeitsplatzes, Geräusche, Licht und andere Raumfaktoren bewertet.

Förderung individueller Gesundheitskompetenz: Unter dem Dach des Programms ‚Leben in Balance‘ ist ein breites



Portfolio an freiwilligen Firmenangeboten zur Prävention und Bewältigung psychischer Probleme von Mitarbeitenden und Führungskräften gebündelt. Die konkreten Maßnahmen variieren regional, orientieren sich aber immer an einem systematischen Aufbau der Interventionen sowie ihrer Wirkungsbreite und -tiefe (»»» Abbildung 1):

- Die Basis stellen grundlegende Informationen zum Thema psychische Gesundheit und Bewusstseinsbildung für dessen Relevanz dar.
- So früh wie möglich ist die aktive Einbindung der Führungskräfte sicherzustellen.
- Austauschplattformen wie Social Media oder Gesprächsforen unterstützen den Erfahrungsaustausch und die Bedarfsermittlung für Maßnahmen.
- Diagnostik- und Trainingsangebote, z.B. zu Resilienzförderung oder Stressmanagement, sind der Kern präventiver Förderung der Gesundheitskompetenz.
- Die höchste Interventionsintensität hat die individuelle psychosoziale Beratung durch interne oder externe Fachleute (Employee Assistance Programs).

Stigma und Destigmatisierung

Die beiden beschriebenen Handlungsfelder zur Förderung psychischer Gesundheit setzen im Unternehmen Offenheit und Vertrauen im Umgang mit psychischen Problemen voraus. Zentrale Ergebnisse einer systematischen Analyse wissenschaftlicher Literatur ergaben jedoch zum einen, dass die Stigmatisierung psychischer Probleme im Arbeitskontext weit verbreitet ist [6]. So erhalten, trotz des umfangreichen betrieblichen und öffentlichen Angebots an (psychosozialen) Unterstützungsleistungen, 70% der von psychischen Störungen Betroffenen u.a. aus Angst vor Stigmatisierung

keine adäquate Therapie [7]. Mithin macht es kaum Sinn, immer weitere betriebliche Gesundheitsmaßnahmen zu entwickeln und anzubieten, wenn die Bereitschaft zur Inanspruchnahme zu gering ist.

Die Recherche ergab ferner, dass öffentliche Antistigma-Kampagnen eine Verbesserung von Bewusstsein und Einstellung bewirken können, es jedoch nur sehr wenige Antistigma-Ansätze spezifisch für den Arbeitskontext gibt [6].



Stigma setzt sich aus drei Elementen zusammen [6]

- Mangel an Information oder Falschinformation über psychische Störungen
- negative, vorurteilvolle Einstellungen und Ablehnung gegenüber Betroffenen
- Mangel an Unterstützungsverhalten und Ausgrenzung

Selbststigmatisierung entsteht, wenn gesellschaftliche Vorstellungen über psychische Probleme internalisiert werden, und mündet in negative Selbsteinstellungen, die wiederum mit vermindertem gezieltem Hilfesuchverhalten einhergehen (z.B. „ich bin schwach“, „ich bin ein Versager“).

Siemens hat daher unter dem Slogan #BreakingTheSilence in den letzten Jahren gezielt eine Reihe von Maßnahmen entwickelt, die auf Verbesserungen in den drei Kernmerkmalen von Stigma abzielen:

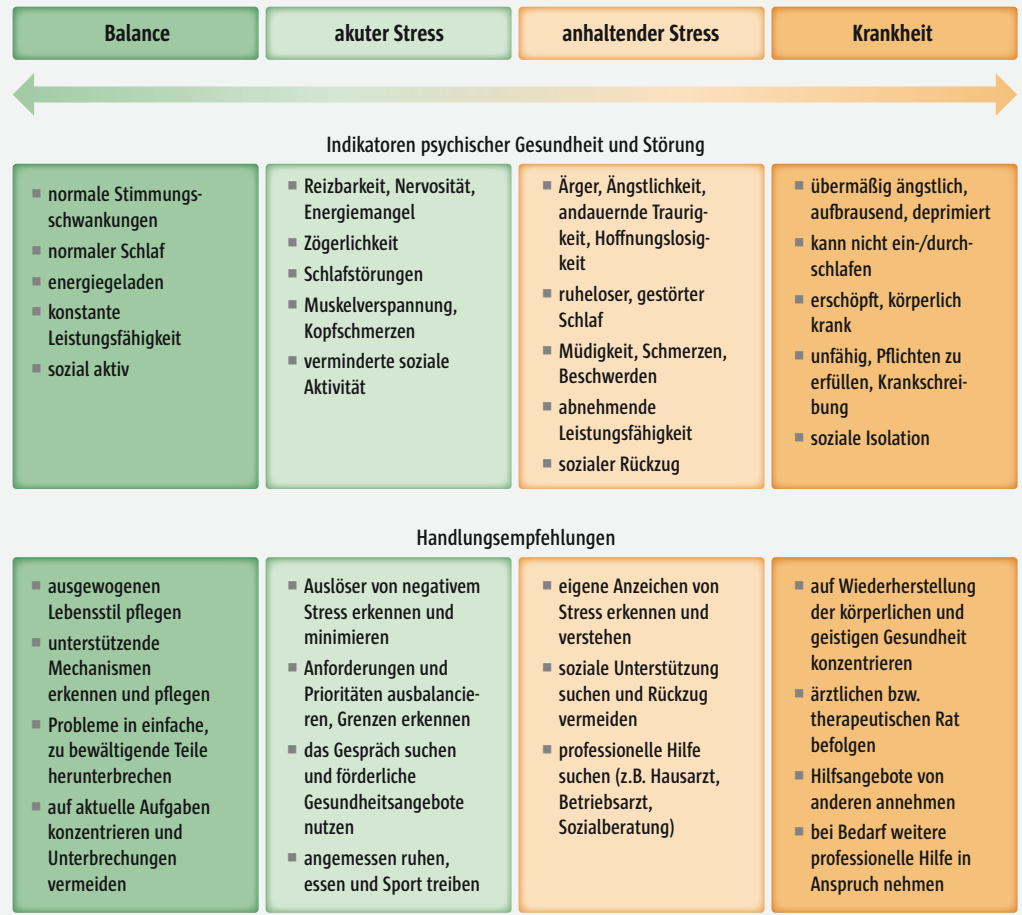
- Information und Wissensstand zu psychischer Gesundheit
- positiver Einstellungswandel bei allen betrieblichen Akteuren
- Abbau von diskriminierendem und Förderung von unterstützendem Verhalten gegenüber Betroffenen

Basismodell: Kontinuum psychischer Gesundheit

Kernelement aller Module des Destigmatogramms ist das Kontinuum psychischer Gesundheit (»»» Abbildung 2). Es basiert auf einem Modell aus dem Programm ‚The Working Mind‘ der Mental Health Commission of Canada [8]. Das Modell erlaubt eine rasche Einstufung der persönlichen Befindlichkeit und der von Mitarbeitenden in Verbindung mit konkreten Hilfestellungen und Anregungen, wie man sich möglichst weit in Richtung des Wohlbefindens-Pols in der Skala bewegen oder stabilisieren kann. Kernbotschaften, die damit vermittelt werden, sind:

- Der psychische Gesundheitszustand eines Menschen ist nicht fix, sondern bewegt sich auf einem Kontinuum zwischen völlig gesund und krank hin und her.

Abbildung 2 Kontinuum psychischer Gesundheit (Siemens AG, angelehnt an Mental Health Commission of Canada [8])



- Häufig sind psychische Probleme vorübergehend und umkehrbar, vor allem, wenn sie früh erkannt und behandelt werden.
- Eine vollständige Genesung und die Rückkehr zu einem hohen Maß an Leistungsfähigkeit kann in jedem Stadium möglich sein. Je früher bei psychischen Problemen Unterstützung gesucht wird, desto besser!

#BreakingTheSilence

Alle im Folgenden vorgestellten Programmmodule sind professionell und hochwertig gestaltet. Diese Art der Produktion und Präsentation drückt Respekt gegenüber dem Thema sowie den Betroffenen aus

und ist damit bereits ein beabsichtigter destigmatisierender Wirkfaktor.

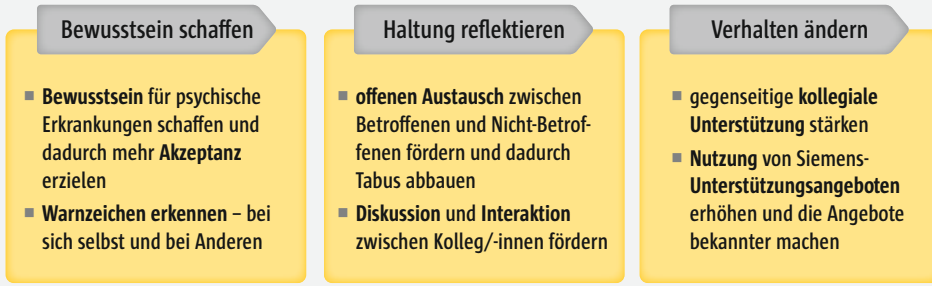
Diese Entwicklungsarbeit fand zum Teil im Rahmen des EU-Projekts Maratone (Mental Health Training through Research Network in Europe) statt, das auf dem European Pact for Mental Health and Wellbeing von 2008 aufbaute [9].

Modul 1: Printmedien-Kampagne

Die Printmedien-Kampagne ist mit geringem Aufwand an einem Standort bzw. in einer Organisationseinheit durch die lokalen Akteure des Betrieblichen Gesundheitsmanagements umsetzbar (z.B. Arbeitskreis Gesundheit):

- Alle Materialien werden online zur Verfügung gestellt und sind an lokale Rahmenbedingungen

Abbildung 3 Struktur und Ablauf der Medienkampagne (Siemens AG)



anpassbar (z.B. können Ansprechpartner oder Titel von Gesundheitsaktionen in die Templates eingefügt werden). Das Kampagnen-Toolkit ist über das Intranet abrufbar und umfasst:

- eine Präsentation für das Top-Management als Entscheidungsgremium
 - hochauflösende Druckvorlagen für Poster und Flyer
 - den Textvorschlag für eine Kick-Off-E-Mail an alle Führungskräfte und Interessensvertreter
 - Projektmanagement-Material (Struktur der Arbeitspakete, Stakeholder-Liste, Projektplan)
 - Anleitung zur individuellen Anpassung der Kampagnen-Materialien
- Die Kampagne erstreckt sich über 6-8 Wochen und adressiert aufeinander aufbauend alle drei Dimensionen von Stigma (III) Abbildung 3).
 - Die Kernbotschaften sind deutlich formuliert und regen zu Reflexion und Handeln an. Sie entstanden auf Grundlage einer internationalen Recherche öffentlicher Antistigma-Kampagnen und mit psychologisch-fachlicher Expertise (III) Abbildung 4).

Die Kampagne ist seit der Initiierung Ende 2017 an 25 deutschen Siemens-Standorten sowie mehr als 5 Landesgesellschaften gestartet oder in Vorbereitung.

Modul 2: Informationsportal psychische Gesundheit

Das ‚Informationsportal psychische Gesundheit‘ ist eine Seite im Siemens-Intranet, die kompakt und zielgruppenorientiert fachlich geprüfte Informationen zum Themengebiet psychische Gesundheit anbietet (III) Abbildung 5).

Es enthält neben Sachinhalten zu psychischer Gesundheit (z.B. Resilienz, Entspannung, Humor) und Störungen (z.B. Stress, Depression, Sucht) auch

Abbildung 4 Beispiele für Botschaften und Motive der Medienkampagne (Siemens AG)



Abbildung 5 Beispielthemen aus dem Informationsportal psychische Gesundheit (Siemens AG)



Psychische Gesundheit
Was die Seele gesund hält

Psychische Gesundheit ist das Empfinden von Wohlbefinden und die Eigenschaft, konstruktiv mit Problemen und Krisen umzugehen.



Resilienz
Schutzschild für die Seele

Resilienz bedeutet, sich in schwierigen Situationen nicht aus der Bahn werfen zu lassen – eine Fähigkeit, die für jeden erlernbar ist.



Entspannungsverfahren
Erholungsphasen für den Alltag

Systematische Entspannungstrainings helfen, bewusst vom Alltag abzuschalten und innerlich ruhig zu werden. Dazu zählen u.a. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Atementspannung, Biofeedback und Hypnose.



Psychische Störungen
Wenn die Seele aus der Balance ist

Was von der sogenannten Normalität abweicht, wird häufig als „verrückt“ bezeichnet. Die Grenzen zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit sind jedoch fließend. Psychische Störungen können jeden treffen und sind meist auch erfolgreich behandelbar.



Stress & Stressbewältigung
Was tun, wenn alles zu viel wird?

Anforderungen sind wichtig, um unser Leben zu meistern. Allerdings kann aus Anforderung auch Überforderung entstehen. Durch geeignete Strategien und Gesundheitsressourcen kann man dem Stress entgegenwirken.



Burnout
Wieder Energie schöpfen

Burnout bezeichnet charakteristische Erschöpfungszustände und -verläufe. Es gilt, die Phänomene zu erkennen um rechtzeitig vorbeugende und unterstützende Maßnahmen zu ergreifen.

weiterführende Links zu Themenseiten im Internet, sowie die Kontakte zu fachlichen Ansprechpartnern und Siemens-Gesundheitsangeboten.

Das Portal ist eine ‚lebende‘ Seite, die laufend um Inhalte und Medien ergänzt wird. Es ist in 5 Sprach- bzw. Landesversionen verfügbar: deutsch (Deutschland/Österreich), portugiesisch (Portugal/Brasilien) und englisch (international).

Modul 3: Gamifiziertes e-Learning für Führungskräfte

Manager nehmen eine Schlüsselrolle bei der Prävention von psychischen Fehlbelastungen und Störungen im Arbeitskontext ein. Sie agieren als Rollenmodell für Gesundheitsverhalten, sind rechtlich verpflichtet, Arbeit gesundheitsförderlich zu gestalten und haben eine Fürsorgepflicht für die Mitarbeiten-

den. In einer Siemens-internen Befragung gaben Manager/-innen an, dass sie

- wenig Kompetenz bei sich sehen, Zeichen psychischer Probleme bei Mitarbeitenden zu erkennen,
- entsprechende Leitlinien nur bedingt erfolgreich anwenden können,
- eher geringes Wissen um Angebote der Sozialberatung/von Employee Assistance Services (EAP) und
- wenig Kompetenz in der Interaktion mit möglicherweise betroffenen Mitarbeitenden haben.

Alle genannten Informations- und Kompetenzlücken können mit Qualifizierungsmaßnahmen geschlossen werden. Die Manager wünschen sich dabei angesichts ihrer allgemein sehr hohen Arbeitsbelastung knappe, fokussierte, zeiteffiziente Formate der Vermittlung

von Wissen und Fähigkeiten. Dafür ist e-Learning einerseits ‚state of the art‘. Andererseits ist in Großunternehmen auch eine abnehmende Attraktivität von einfach gestalteten Web Based Trainings zu verzeichnen. Eine Recherche neuerer Lernformen ergab, dass sog. Serious Games mittlerweile sehr erfolgreich zur Qualifizierung bei komplexeren gesellschaftlichen und psychosozialen Themen eingesetzt werden.

Unter **Serious Games** versteht man digitale Spiele, die nicht primär der Unterhaltung dienen, aber spielerische Elemente enthalten. Serious Games/Lernspiele haben das Anliegen, Information und Bildung zu vermitteln. Ein authentisches und glaubwürdiges, aber auch unterhaltendes Lernerlebnis steht dabei im Mittelpunkt des Interesses (nach [10]).

Entsprechend der Bedarfsanalyse wurde daher ein gamifiziertes szenariobasiertes e-Training entwickelt (» Abbildung 6) [11]:

- Die Zielgruppe sind Führungskräfte mit Personalverantwortung.
- Die Trainingsdauer beträgt 60–90 Minuten.
- Die Teilnehmenden handeln in der Rolle einer Führungskraft und interagieren in einer Büroumgebung (Transfer in andere Arbeitsumgebungen leicht möglich) mit vier Mitarbeitenden mit unterschiedlichen psychologischen Profilen (A: gesund, ausgeglichen, B: leichte Stress-Symptome, C: frühe Burnout-Symptome, D: Rückkehr nach längerer Episode psychischer Krankheit).
- Der virtuelle Spielzeitraum erstreckt sich über 7 Wochen.
- Eine Wissens-Toolbox liefert (auch nach dem Training) praktische Informationen zu psychischer Gesundheit.

Merkmale dieses gamifizierten Lernformats sind:

- die Möglichkeit, zeit- und ortsunabhängig in einer geschützten Lernumgebung zu üben
- die Nutzung motivationaler und interaktiver Elemente von Computerspielen (z.B. explorative Suchaufgaben, positive Überraschungsmomente, psychologische Belohnungselemente)
- regelmäßiges und fachliches Feedback zum Verhalten des Spielers
- individualisierte Spielverläufe: An vielen Stellen kann zwischen zwei oder drei Kommunikationsalternativen gewählt werden, die alle plausibel, aber unterschiedlich zielführend im Sinn unterstützender Kommunikation sind. Die Reaktion

der Mitarbeitenden ist abhängig von der gewählten Spielerkommunikation.

Über den gesamten Trainingsverlauf wird vermittelt, dass nur bei gegenseitiger Offenheit auch Unterstützung möglich ist. Diese firmenseitige Unterstützung kann aber immer nur Angebotscharakter haben. Mitarbeitende *müssen* sich in der Kommunikation nicht öffnen und es wird im Programm deutlich darauf hingewiesen, dass ihre Persönlichkeitsrechte immer zu respektieren sind.

Das Training soll eingebettet werden in lokale Gesundheitsprogramme. D.h., der Trainingserfolg ist dann optimal, wenn das jeweilige Top-Management eindeutig hinter der Maßnahme steht und Austauschforen für Teilnehmende zu den Trainingserfahrungen angeboten werden (s.u. „Kampagnenstruktur“).

In einer Evaluation zu drei Messzeitpunkten [11] konnte ein positiver Einfluss des Trainings nachgewiesen werden in Bezug auf

- das Wissen der Teilnehmenden zu psychischer Gesundheit,
- ihre Einstellung zu Menschen mit psychischen Problemen,
- ihre Fähigkeit, mit psychischen Themen bei der Arbeit umzugehen.

Modul 4: Videos ‚Gegen Vorurteil – für mehr Offenheit‘

Die persönliche Begegnung mit Menschen mit psychischen Erkrankungen, Peers und Fachleuten gehört zu den effektivsten Destigmatisierungsmaßnahmen, um Einstellungen und Verhalten gegenüber Betroffenen positiv zu verändern. Im Rahmen von #BreakingTheSilence wurden daher Videos produziert, die als wirkungsvoller Ersatz für persönliche Begegnungen das Thema psychische Gesundheit aus drei Perspektiven authentisch nahebringen:

- Betroffene Mitarbeitende und Führungskräfte berichten über die Bewältigung ihrer psychischen Krise oder Erkrankung, ihre Wiedereingliederung und unterstützende Faktoren im Arbeitsumfeld.
- Operativ tätige Führungskräfte tauschen sich aus ihrer Rolle heraus über anfängliche Unsicherheiten im Umgang mit psychischen Problemen bei Mitarbeitenden aus und teilen ihre Erfahrungen, wie sie mehr Handlungssicherheit gewonnen haben.
- Professionelle BeraterInnen der betrieblichen Sozialberatung (Deutschland und Schweiz) sowie eines EAP-Partners (Großbritannien) geben einen Einblick in den konkreten Ablauf des Beratungsprozesses und seine Rahmenbedingungen, um

Abbildung 6 Illustrationen aus dem gamifizierten eLearning (Siemens AG)

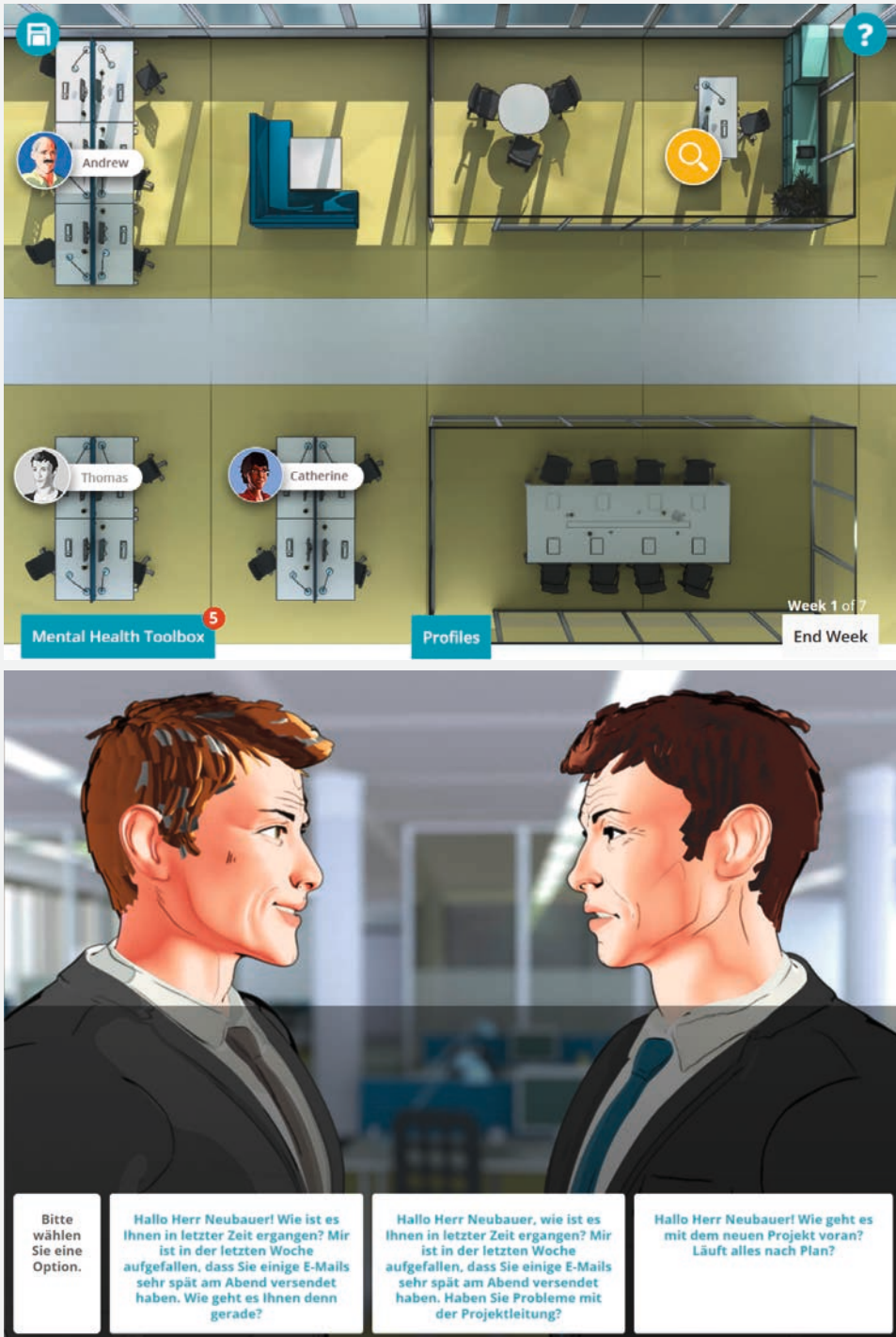
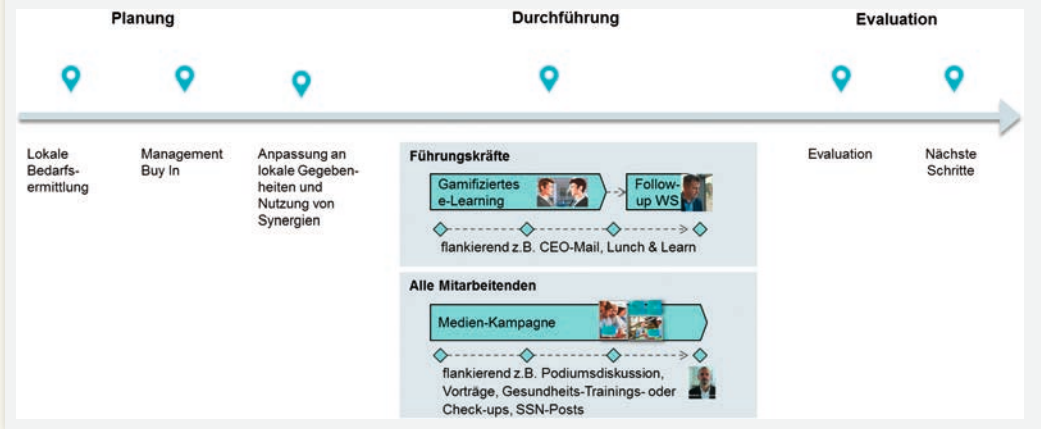


Abbildung 7 Kampagnenstruktur schematisch (Siemens AG)



die Hemmschwellen vor der Inanspruchnahme von psychologischer Beratung abzubauen und zur frühzeitigen Inanspruchnahme zu ermutigen.

Die Rekrutierung der InterviewpartnerInnen für die Videos erfolgte über die Sozialberatung bzw. die EAP-BeraterInnen. Die Teilnahme an dem Projekt war selbstverständlich freiwillig. Alle Betroffenen entschieden sich, Namen und Funktion im Unternehmen zu nennen. Die insgesamt 7 Filme zu den drei Perspektiven wurden mit deutschen und englischen Mitarbeitenden in ihrer Muttersprache aufgenommen.

Die Videos vermitteln insgesamt folgende Kernaussagen:

- Jede/r kann von psychischen Problemen betroffen sein.
- Es gibt Hoffnung – psychische Erkrankungen können bewältigt werden.
- In der Regel gelingt das aber nur mit fachlicher Hilfe, je früher die Inanspruchnahme desto größer die Aussicht auf rasche Wiederkehr in ein ‚Leben in Balance‘.
- Das frühe und wiederholte Ansprechen von negativen Verhaltensänderungen durch KollegInnen oder Führungskräfte ist eine wesentliche Hilfe für Betroffene, ihre eigene gesundheitliche Situation besser einzuschätzen.
- Jede/r kann aktiv etwas gegen die Stigmatisierung psychischer Störungen tun.

Die Filme werden zum einen von Siemens-Gesundheitsfachleuten im Rahmen von Informations- oder Trainingsveranstaltungen verwendet, in denen es

Frage- und Antwortmöglichkeiten für die Teilnehmenden gibt und die Informationen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement und Services zur Mitarbeitergesundheit einschließen. Zum anderen sind die Videos Teil der globalen Unternehmenskommunikation zum Gesundheitsmanagement, z. B. anlässlich des World Day for Safety and Health oder des World Mental Health Day.

Kampagnenstruktur

Die einzelnen genannten Destigmatisierungsmodule können in Kampagnen individuell kombiniert werden entsprechend der spezifischen regionalen Bedarfe und Voraussetzungen. Die Module können auch in bestehende Gesundheitsprogramme eingebettet oder mit bestehenden Angeboten gekoppelt werden (» Abbildung 7).

Psychische Gesundheit bleibt ein unternehmerisches Schlüsselthema

Mit #BreakingTheSilence konnten bereits gute Fortschritte im Sinn der Destigmatisierung erzielt werden. So lösen heute die Botschaften der Medienkampagne im Unternehmen nicht mehr – wie noch vor wenigen Jahren – Irritationen und Verunsicherung aus, sondern konstruktive Diskussionen zum Thema psychische Gesundheit. Gemessen an den Aufrufen im Intranet und den Kommentaren in den Siemens Social Media war die Resonanz auf die Intranetbeiträge und Videos extrem positiv und quantitativ hoch. Viele Mitarbeitende fühlten sich dadurch ermutigt, eigene psychische Probleme offen anzusprechen, was

sich z.B. in der Inanspruchnahme von Beratungsangeboten widerspiegelt. Die Protagonisten der Videos erhielten aus ihrem direkten Umfeld aber auch Bereichs- und Ländergrenzen-übergreifend sehr persönliche und hohe Anerkennung für ihre Bereitschaft, mit ihren Erfahrungen an die firmeninterne Öffentlichkeit zu gehen. Baukastenelemente der Kampagne wurden mittlerweile von mehreren Landesgesellschaften und Unternehmensbereichen aufgegriffen, um eigene, maßgeschneiderte Initiativen zu entwickeln und umzusetzen. Und last but not least gab es bei keiner einzigen Aktion im Rahmen der #BreakingTheSilence-Aktivitäten negative Reaktionen aus dem Unternehmen, was als Indikator dafür angesehen werden kann, dass das richtige Thema zu richtigen Zeit auf die richtige Weise thematisiert wurde.

Nach der breiten öffentlichen Debatte der letzten Jahre zu Stress und Überlastung zeichnet sich immer deutlicher ab, dass psychische Gesundheit auch zukünftig ein unternehmerisches Kernthema bleiben wird: Psychosoziale Selbstregulations- und Lernkompetenzen werden zu Schlüsselqualifikationen in der digital transformierten Arbeitswelt!

Daher gilt es, auch in Zukunft mit Nachdruck die Bewusstseinsbildung nicht nur zu pathogenen, sondern auch zu salutogenen Aspekten psychischen Wohlbefindens zu intensivieren. Verstärkte öffentliche Information explizit auch zu psychischer Gesundheit bei der Arbeit lenkt zum einen innerhalb der Unternehmen große positive Aufmerksamkeit auf das Thema und unterstützt die betrieblichen Maßnahmen zur Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Zum anderen könnten so immer mehr Unternehmen und Organisationen ermutigt werden, ähnliche Programme zu starten oder zu intensivieren. Damit wird ein Beitrag geleistet, die o.g. Lücke der Destigmatisierung und Aufklärung zu psychischer Gesundheit im Arbeitskontext zu füllen.

Literatur

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni C, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Presig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. 2011; 21, 655-679
2. Rennert D, Kliner K, Richter M. Arbeitsunfähigkeit. In: Knieps F, Pfaff H (Hrsg.): *Arbeit und Gesundheit Generation 50+*, BKK Gesundheitsreport 2018. Berlin: MWV, 2018
3. Bundesministerin der Justiz und für Verbraucherschutz. Arbeitsschutzgesetz § 4 und 5. Berlin 2019; <https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/> abgerufen am 6.6.2019
4. The Committee of Senior Labour Inspectors (SLIC). *Psychosocial Risk Assessments. SLIC Inspection Campaign 2012. Final Report*. [https://circabc.europa.eu/webdav/CircaBC/empl/SLIC%20\(public%20access\)/Library/08.%20SLIC%20Campaigns/2012_Campaign%20on%20psychosocial%20risks%20at%20work/Psychosocial%20risks%20Campaign_Final%20report.pdf](https://circabc.europa.eu/webdav/CircaBC/empl/SLIC%20(public%20access)/Library/08.%20SLIC%20Campaigns/2012_Campaign%20on%20psychosocial%20risks%20at%20work/Psychosocial%20risks%20Campaign_Final%20report.pdf). abgerufen am 6.6.2019
5. Leitung des GDA-Arbeitsprogramms Psyche (Hrsg.) *Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung*. Berlin: 2017 (3., überarbeitete Aufl.)
6. Hanisch S, Twomey C, Szeto A, Birner U, Nowak D, Sabariego C. The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016; 16 (1)
7. Thornicroft G. Most people with mental illness are not treated. *Lancet*. 2007; 370(9590):807-808
8. Mental Health Commission of Canada. *The Working Mind*. <https://theworkingmind.ca/working-mind>. abgerufen am 6.6.2019
9. European Pact for Mental Health and Well-being. 2008. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf. abgerufen am 6.6.2019
10. Wikipedia Serious Game. https://de.wikipedia.org/wiki/Serious_Game abgerufen am 6.6.2019
11. Hanisch S, Birner U, Oberhauser C, Nowak D, Sabariego C. Development and Evaluation of Digital Game-Based Training for Managers to Promote Employee Mental Health and Reduce Mental Illness Stigma at Work: Quasi-Experimental Study of Program Effectiveness. *JMIR Mental Health*. 2017; 4(3)



Dr. Ulrich Birner

Dr. Birner ist Diplom-Psychologe mit den Ausbildungs- und Arbeitsschwerpunkten in Arbeits-, Organisations- und Klinischer Psychologie. Nach einer Dozententätigkeit an der Universität München war er im Management einer Klinikgruppe tätig. Nach zehnjähriger Beratertätigkeit bei Siemens IT Solutions and Services ist er seit 2009 in der Corporate Unit Environmental Protection, Health Management and Safety (EHS) im Bereich Human Resources der Siemens AG beschäftigt. Seit 2011 leitet er dort das Fachreferat Psychosocial Health and Well-Being. Sein Verantwortungsbereich umfasst die Entwicklung und Steuerung von Programmen und Maßnahmen zum Erhalt, der Förderung und Wiederherstellung der psychosozialen Gesundheit der Siemens-Mitarbeitenden und -Führungskräfte weltweit.

New Work: Die Änderungen der Arbeitswelt und die Erwartungen junger Talente an ihren Arbeitgeber

Sabrina Steffan¹, Arne Vesper², Alexander Steinwedel³ und Sophie Dannenfeld⁴

¹ Bosch BKK, Stuttgart

² energie-BKK, Hannover

³ pronova BKK, Ludwigshafen

⁴ BKK-Landesverband NORDWEST, Hamburg

Der „War for Talents“ ist schon lange nicht mehr nur Personalern ein Begriff. Seit einiger Zeit ist der Kampf um Talente auch in der Öffentlichkeit und in den Medien ein Thema². In den Diskussionen geht es oft auch um die Fragen: Was sind die Ansprüche und Bedürfnisse derjenigen, die sich heute für einen Arbeitgeber entscheiden? Als BKK Young Talents sind wir im Schnitt 29 Jahre alt, gehören also der Generation Y an und damit denjenigen, um die der Kampf sich dreht. Auf der anderen Seite versuchen wir durch die Denkfabrik BKK Young Talents neue Köpfe für das BKK System zu begeistern.

Die BKK Young Talents (BKK YT) sind ein unabhängiger Thinktank von jungen Mitarbeiterinnen der Betriebskrankenkassen und ihrer Verbände. Die Initiative startete im Mai 2017 mit einem Kickoff Workshop und besteht heute (Stand Juni 2019) aus 31 jungen Fach- und Führungskräften des BKK Systems. Die BKK YT arbeiten kassenübergreifend an Themen, die die Zukunft der GKV und des Gesundheitswesens betreffen und fungieren als Impulsgeber und Querdenker.

In diesem Beitrag stellen wir einen Ausschnitt der Ergebnisse zweier interner Umfragen vor. In den Umfragen haben

BKK YT Auskunft zu den Themen Arbeit sowie zukünftige Entwicklungen von Arbeitsplätzen und Prozessen in der GKV gegeben. Die Ergebnisse diskutieren wir im Fazit entlang der Frage, wie die psychische Gesundheit von jungen Mitarbeiterinnen vor dem Hintergrund sich ändernder Ansprüche und Rahmenbedingungen sichergestellt werden kann.

BKK YT-Umfragen als Stimmungsbarometer der jungen Generation

Die angesprochenen Umfragen wurden jeweils in Vorbereitung auf Vorträge bei den Gesundheitsforen Leipzig erstellt. Die erste Umfrage stammt aus November 2018 (YT Fragebogen 2018) und legte den Fokus auf Mitarbeiterführung und die Entwicklungen von Arbeitsplätzen und Prozessen, während in der zweiten Umfrage von April 2019 (YT Fragebogen 2019) das Thema New Work im Mittelpunkt stand. Beide Fragebögen wurden von Taskforces innerhalb der Denkfabrik erarbeitet und ausgewertet. Der Schwerpunkt dieses Artikels wird auf den Ergebnissen der zweiten Umfrage liegen. 36 von 51 BKK YT⁴ haben hier einen detaillierten Online-Fragebogen ausgefüllt. Diese Ergebnisse wurden mit vier Fragen, die über Twitter veröffentlicht wurden, ergänzt.

Aufbau der NEW WORK-Umfrage

Der Fragebogen bestand aus insgesamt 55 Fragen, die den drei Bereichen „Wandel der Berufsbilder“, „Berufseinstieg und Weiterentwicklung“ und „Arbeitswelt 4.0“ zugeordnet waren. Die Antwortmöglichkeiten waren entweder „Ja“ oder „Nein“ oder eine vordefinierte Auswahl (fünfstufige Likert-Skala von „trifft zu“ über „trifft eher zu“ und „trifft teils-

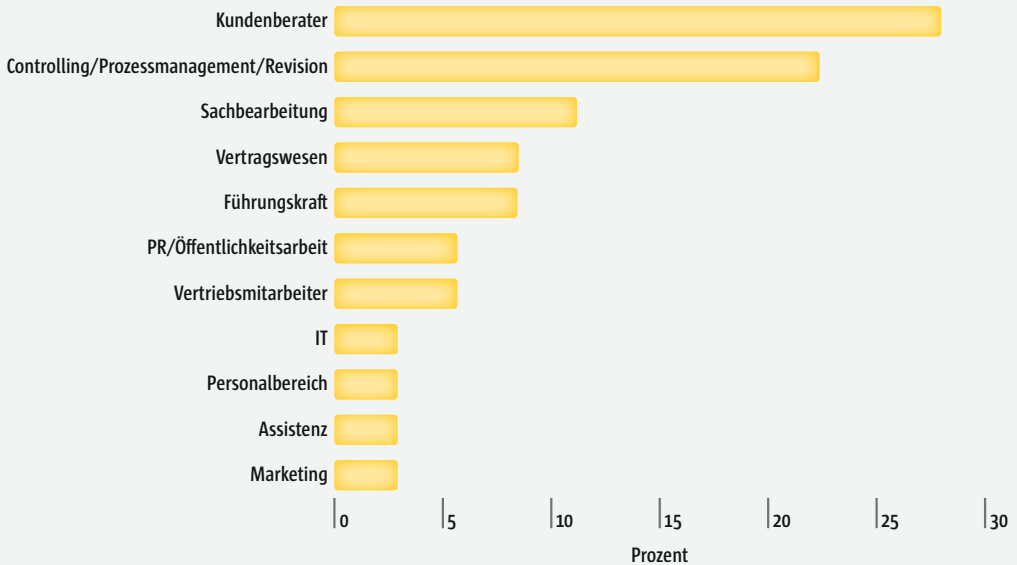
2 Sonja Heizmann 2018: Wie deutsche Firmen um Mitarbeiter kämpfen, online unter: https://www.deutschlandfunkkultur.de/arbeitskultur-im-wandel-wie-deutsche-firmen-um-mitarbeiter.976.de.html?dram:article_id=431849, Deutschlandfunk (30.10.2018).

Kirstin von Elm: Bernd Vögele: „Unternehmen sind im Krieg um Talente“, online unter: <https://www.morgenpost.de/wirtschaft/karriere/article215491893/Birdiematch-Ein-Netzwerk-fuer-Logistiker.html>, Berliner Morgenpost (08.10.2018).

3 Wir nutzen in diesem Artikel der einfacheren Lesbarkeit halber die weibliche Schreibweise, beziehen uns aber ausdrücklich auf alle Geschlechter.

4 Anzahl der BKK YT zum Zeitpunkt der Umfragen

Abbildung 1 Umfrage der BKK Young Talents zum Thema „New Work“ aus April 2019 mit der Frage: „In welche Schublade passt dein Job am besten?“



teils zu“ bis zu „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“). Am Ende der Umfrage wurden noch vier offene Fragen gestellt, dabei handelt es sich um dieselben vier Fragen, die auch über Twitter veröffentlicht wurden.

Stichprobenbeschreibung

An der Umfrage haben sich 36 Teilnehmerinnen beteiligt. Unter den Teilnehmerinnen waren 22 Frauen und 14 Männer, die zwischen 1984 und 1997 geboren wurden. Die Teilnehmerinnen wurden neben demografischen Angaben gebeten, ihre Tätigkeit einem Bereich zuzuordnen (»»» Abbildung 1). Der größte Teil der Teilnehmerinnen ordnete sich dem Bereich Kundenberatung (10 Teilnehmerinnen) oder Sachbearbeitung (5) zu. Weitere BKK YT kommen aus den strategischen Unternehmensbereichen Controlling (8), Vertragswesen (3), Führung (3), PR (2), Vertrieb (1), IT (1), Personal (1), Assistenz (1) und Marketing (1). Die Zuordnung zu einem Bereich diente dazu, in der Auswertung Unterschiede zwischen den Gruppen zu identifizieren.

Ergebnisse der New Work-Umfragen

In diesem Artikel stellen wir Ihnen Ergebnisse zu folgenden Themen vor:

- Welche Werte sind den BKK YT wichtig und welche schreiben sie ihren Unternehmen zu?
- Wie nehmen die BKK YT die Gleichberechtigung der Geschlechter in ihrem Unternehmen wahr?
- Welche Kriterien sind den BKK YT bei der Auswahl des Arbeitgebers wichtig?
- Wie werden sich die Arbeitsplätze in Zukunft wandeln?
- Welche neuen Arbeitsmethoden gibt es in den Unternehmen und was für Bürokonzepte wünschen sich die jungen Talente?
- Was für Arbeitszeitmodelle präferieren die jungen Talente?
- Ist die Automatisierung/Digitalisierung mehr Chance oder Risiko?
- Welche Rahmenbedingungen sind aus Sicht der BKK YT notwendig, damit Mitarbeiterinnen auch unter den neuen Arbeitsbedingungen gesund werden bzw. bleiben?

Unternehmenswerte vs. persönliche Werte

Welche Werte schreiben die Young Talents ihren Unternehmen zu und welche Werte sind ihnen persönlich wichtig? Hinter dieser Frage steckt die These, dass viele Unternehmen heute unterschätzen, dass für unsere Generation (und die Nachfolgenden noch viel mehr) die Werte eines Unternehmens für eine

Identifikation mit dem Betrieb wichtig sind. Von 36 Teilnehmerinnen wählten 25 (69%) Kundenorientierung als einen der wichtigsten drei Werte ihres Unternehmens. Jeweils 14 Teilnehmerinnen (39%) wählten die Kategorien Vertrauen/Zuverlässigkeit/Glaubwürdigkeit/Ehrlichkeit, Zukunftsorientierung oder Wachstumsorientierung. Die Wertekategorie, die den Teilnehmerinnen persönlich am wichtigsten war, lautete hingegen Vertrauen/Zuverlässigkeit/Glaubwürdigkeit/Ehrlichkeit (23 Teilnehmerinnen, 64%). Am zweitwichtigsten ist den Teilnehmerinnen persönlich die Zukunftsorientierung (14 Teilnehmer, 39%). Knapp dahinter kommen die Wertekategorien Fairness/Gerechtigkeit (34%) sowie Offenheit/Toleranz (24%).

Gleichberechtigung und Karrierechancen im Betrieb

Die befragten Young Talents nehmen den Grad der Gleichberechtigung in ihren Unternehmen unterschiedlich wahr. Zwar stimmen die Befragten der Aussage „Frauen und Männer haben bei uns die gleichen Karrierechancen“ überwiegend zu, dieses Bild ändert sich jedoch, wenn die Ergebnisse nach dem Merkmal „Geschlecht“ differenziert werden: Männer stimmen dieser Aussage deutlich stärker zu (93%) als Frauen (64%). Gleiches lässt sich für die Aussage „Frauen und Männer sind in unserem Unternehmen gleichberechtigt“ feststellen: Während die männlichen Teilnehmer der Aussage zu 100% zustimmen, äußern sich die Frauen verhaltender (Frauen 59% „trifft zu“ oder „trifft eher zu“).

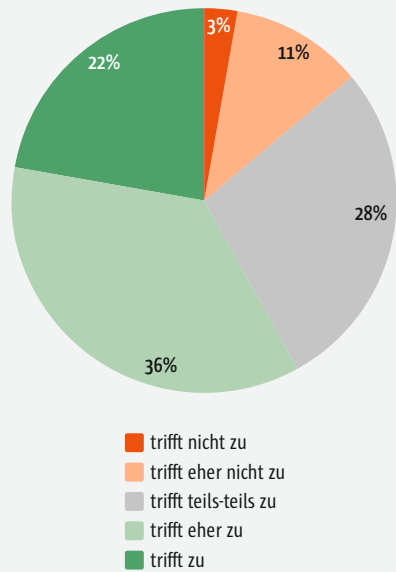
Welche Kriterien sind den BKK YT bei ihrem Arbeitgeber wichtig?

Bei der Wahl des Arbeitgebers gaben 92% der Befragten an, einen sicheren Arbeitsplatz wichtig zu finden. Selbstbestimmtes Arbeiten (87%) und die Identifikation mit dem Unternehmen (81%) wurden von vielen Befragten ebenfalls als wichtig klassifiziert. Nur wenige der Befragten finden ein eigenes Büro (14%) oder einen Firmenwagen (22%) wichtig. „Wenig erwartbare Überstunden“ gaben nur 19% als wichtig bei der Wahl des Arbeitgebers an.

Arbeitsplatz aktuell und zukünftig

Durch verschiedene Faktoren (z.B. Digitalisierung, Automatisierung, gesetzliche Änderungen, etc.) spüren auch wir die Veränderung des eigenen Arbeitsplatzes. 58% der BKK YT gehen davon aus, dass sich die Aufgaben in ihrem Tätigkeitsbereich zukünftig verändern (»»» Abbildung 2). Dies kann verschiedene Gründe haben, von denen wir im Folgenden einige näher beleuchten wollen.

Abbildung 2 Umfrage der BKK Young Talents zum Thema „New Work“ aus April 2019. Frage: **Wie stark stimmst Du folgender Aussage zu: „Die Aufgaben in meinem Tätigkeitsbereich werden sich in Zukunft deutlich verändern.“**



Wird der Fokus auf den Tätigkeitsbereich der Kundenberaterinnen/Sachbearbeiterinnen gelegt, besteht dieser aktuell noch zu 71% aus Einzelarbeit/Sachbearbeitung und zu 36% aus Teamarbeit. Weitere 36% geben an, in Projekten und Arbeitsgruppen zu arbeiten. Lediglich 14% arbeiten aktuell in agilen Sprints. Laut den Befragten wird sich das Sachgebiet der Kundenberaterin/Sachbearbeiterin jedoch deutlich verändern; 7 der 10 Befragten gehen davon aus, dass neben der Einzelarbeit/Sachbearbeitung (45%) Teamarbeit (89%) wichtig wird. Auch was das agile Arbeiten angeht, prognostizieren die BKK YT einen Wandel: Zukünftig wird die Arbeit in größerem Maße aus agilen Sprints bestehen (mehr als 2/3 stimmen dieser Aussage zu, dies entspricht 67%).

Mehr agile Arbeitsmethoden und Raumkonzepte bei den BKKen gefordert

In unserer Umfrage wollten wir von den Mitgliedern der BKK YT auch wissen, ob bei ihrer BKK agile Arbeitsmethoden eingesetzt werden und wenn ja welche. Außerdem haben wir gefragt, welche Bürokonzepte aktuell vorherrschen und welche Konzepte die Young Talents bevorzugen würden, wenn sie ihre

Arbeitsumgebung selbst gestalten könnten. Wie in den einzelnen Krankenkassen gearbeitet wird, hat maßgeblich Auswirkungen auf die Innovationsfähigkeit von jeder einzelnen Angestellten, von Teams und ganzen Unternehmen und natürlich auf die Arbeitgeberattraktivität. 81% der BKK Young Talents gaben an, dass in ihrem Unternehmen aktuell gar keine agilen Methoden angewandt werden. Bei der Frage jedoch, ob beispielweise die Methoden Design Thinking bzw. Service Design eingesetzt werden, bejahten dies 22 der 36 Teilnehmerinnen. Auch bei anderen Methoden⁵ gaben mehr als 19% der Befragten an, dass diese in der eigenen BKK Anwendung finden. Dieser Widerspruch lässt sich damit erklären, dass das Konzept agiles Arbeiten aktuell zwar heiß diskutiert wird, oft aber nicht klar zu sein scheint, was im Detail dahintersteckt.

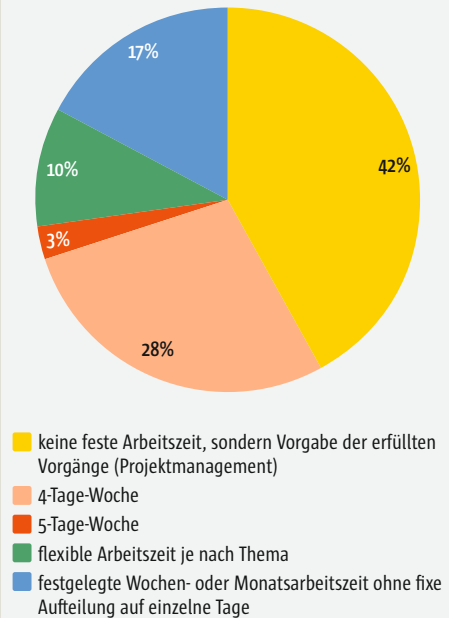
Auf die Frage, in welchen Bürokonzepten die BKK YT aktuell arbeiten, gab nicht eine Teilnehmerin an, im Open Space zu arbeiten – einem Konzept das unter anderem auf Kommunikationsflächen setzt. Mehr als 70% der BKK YT arbeiten in einem Großraumbüro oder in Einzel- bis Viererbüros. Mobiles Arbeiten oder Home Office ist nur knapp 14% der Young Talents möglich. Wenn sie ihren Arbeitsplatz frei gestalten könnten, würden 64% der Befragten zukünftig das mobile Arbeiten oder Home Office nutzen. 44% der Befragten ziehen Open-Space-Räume dem bekannten Großraumbüro bzw. Einzel- bis Viererzimmer vor. Als „perfektes Arbeitsumfeld“ geben die Young Talents an, dass eine gute Mischung aus mobilem Arbeiten und Arbeiten im Büro gegeben sein muss.

Automatisierung und Digitalisierung als Chance

Mehr als die Hälfte der Young Talents geben an, dass aus ihrer Sicht die Automatisierung und Digitalisierung einen Einfluss auf die aktuelle Arbeit haben. Die Zusammenarbeit zwischen Maschine und Mensch wird dabei als Chance und Erleichterung gesehen: Arbeitsschritte werden abgenommen und es steht wieder mehr Zeit für die Kundinnen zur Verfügung. Zeitgleich wird aber auch darauf hingewiesen, dass durch den immer größer werdenden Einfluss der Technik eine Abhängigkeit besteht. Die Technik entwickelt sich stetig weiter und es ergeben sich immer neue Einsatzmöglichkeiten. Die bestehenden technischen Möglichkeiten müssen da-

5 In der Umfrage wurden folgende Methoden abgefragt: Task Board, Scrum, Lean, Timeboxing, Sprints (iteratives Arbeiten) und Design Thinking (oder Service Design).

Abbildung 3 Umfrage der BKK Young Talents zum Thema „Mitarbeiterführung und die Entwicklungen von Arbeitsplätzen und Prozessen“ aus November 2018 mit der Frage: „Welche Arbeitszeit präferierst Du?“



her immer wieder neu geprüft und angepasst werden, damit wir weiterhin für unsere Kunden das Beste rausholen können und nicht auf der Stelle stehen bleiben.

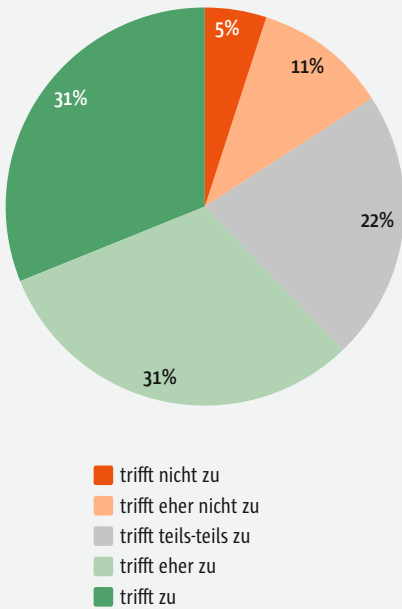
Arbeitszeitmodelle

Die 5-Tage-Woche mit durchschnittlich 40 Stunden ist aktuell die Norm. Wir wollten von den BKK YT wissen, ob dies auch von ihnen präferiert wird oder ob sie sich andere Modelle wünschen. 28% der Befragten gaben an, dass sie die 4-Tage-Woche gegenüber der klassischen 5-Tage-Woche vorziehen. Und sogar 42% finden eine flexible Arbeitszeit, die sich danach richtet, wie der aktuelle Projektstand ist, gut (III) Abbildung 3).

Ja zur Flexibilität, aber nein zur Vermischung von Arbeit und Privatem

Nur 3% der BKK YT präferieren die klassische 5-Tage-Woche. Weit mehr sind bereit, je nach Bedarf mal mehr und mal weniger zu arbeiten. Dies bedeutet gleichzeitig aber nicht, dass die BKK YT eine Vermischung zwischen Berufs- und Privatleben befürwor-

Abbildung 4 Umfrage der BKK Young Talents zum Thema „New Work“ vom April 2019 mit der Frage: **Wie stark stimmst Du folgender Aussage zu: „Eine klare Trennung zwischen Beruf und Privatleben ist mir wichtig.“**



ten. 2/3 der BKK YT sagen klar, dass ihnen eine Trennung zwischen Arbeit und Privatleben wichtig ist (»»» Abbildung 4). Dies passt zu einem weiteren Ergebnis der Umfrage: 2/3 der BKK YT empfinden eine ständige Erreichbarkeit nicht als Chance (durch Diensthandy, Dienstlaptop, ständigen E-Mail-Zugriff). Die Trennung von Berufs- und Privatleben ist demnach auch für die BKK YT ein wichtiger Pfeiler für gesunde Mitarbeiterinnen. Umso wichtiger ist es, dass eine gesunde Work-Life-Balance besteht und die Mitarbeiterinnen sich durch Resilienz-Trainings/Achtsamkeits-Übungen auf die neuen Gegebenheiten einstellen können.

Weiterentwicklungsmöglichkeiten als Schlüssel der Mitarbeiterbindung

Auf die Frage, ob sie sich vorstellen können, ihr Arbeitsleben beim selben Arbeitgeber zu verbringen, antworteten knapp 50% der BKK YT: Ja. Dies bedeutet gleichzeitig, dass sich dies die Hälfte nicht vorstellen kann. Interessanterweise waren die Gründe, ob ja oder nein gewählt wurde, sehr identisch: Besteht ein gutes Arbeitsklima, Chancen Ideen einzubringen,

Fortbildungsmöglichkeiten, flexible Arbeitszeiten, Work-Life-Balance, Vertrauensverhältnis können sich die BKK YT vorstellen, ein Leben lang beim selben Arbeitgeber zu verbringen. Als Gründe gegen einen Verbleib wurden fehlende Weiterentwicklung, fehlende Digitalisierung/Flexibilität (Home Office) und keine Aufstiegsmöglichkeiten genannt. Auch bei der Frage, was Karriere bedeutet, wird schnell deutlich: Karriere bedeutet nicht zwangsläufig Führungsverantwortung oder mehr Gehalt, sondern persönliche Weiterentwicklung. 2/3 der BKK YT sehen die Teilnahme an der Denkfabrik BKK YT als eine solche Weiterentwicklungsmöglichkeit an.

Rahmenbedingungen für gesunde Mitarbeiterinnen

Die Rahmenbedingungen der Arbeitswelt sind beständig im Wandel. Einige Einflussfaktoren wurden hier benannt. Unternehmen können einige dieser Rahmenbedingungen beeinflussen, andere weniger gut. Wir haben die Young Talents gefragt, welche Rahmenbedingungen aus ihrer Sicht notwendig sind, damit die Mitarbeiterinnen auch unter den neuen Arbeitsbedingungen gesund werden bzw. bleiben. Die Antworten lassen sich in sechs Oberbegriffe zusammenfassen:

- **Offenheit & Vertrauen** leben
- **Kommunikation, Zusammenarbeit & Fairness** im Unternehmen stärken und fördern
- **Achtsamkeit & Resilienz** weiter ausbauen
- **Wertschätzung** untereinander zeigen
- eine ausgeglichene **Work-Life-Balance**
- **Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)** den Gegebenheiten anpassen

Fazit

Die Teilnehmerinnen der Umfrage prognostizieren einen Wandel der Arbeit in der GKV. Weg von der Einzel- und Sacharbeit zu mehr Arbeit in Teams. Besonders in der Kundenbetreuung wird eine Veränderung der Abläufe erwartet. Die befragten Young Talents wünschen sich mehr Eigenverantwortung und Mitbestimmung sowie flexible Arbeitszeiten während gleichzeitig die Trennung von Berufs- und Privatleben als wichtig angesehen wird. Die Balance zwischen Beruf und Privatleben und die Anpassung an die Veränderungen der Arbeitswelt sind somit die grundlegenden Aufgaben aller Unternehmen und Arbeitnehmerinnen. Durch die Veränderungen der Arbeitswelt ergeben sich aber auch Chancen für Unternehmen: Junge Mitarbeiterinnen möchten ihr Arbeitsumfeld mitgestalten.



Sabrina Steffan

Sabrina Steffan ist gelernte Sozialversicherungsfachangestellte. Sie studierte Betriebswirtschaftslehre (Betriebswirtin VWA) und absolvierte die Ausbildung der Ausbilder (AdA). 2011 wechselte sie von der AOK Baden-Württemberg zur Bosch BKK in den Beitrags- und Meldebereich. Dort war sie über mehrere Jahre in verschiedenen Themengebieten als Fachkoordinatorin tätig. Bei der Bosch BKK widmet sie sich seit 2017 dem Thema Prozessmanagement, Digitalisierung und Inputmanagement. Seit 2016 ist sie zudem Mitglied der BKK Young Talents und fungiert als Netzwerksprecherin für innovative Versorgungsprodukte.



Arne Vesper

Arne Vesper studierte im Bachelor Wirtschaftspsychologie und im Master Unternehmensentwicklung. Sein Werdegang enthält neben dem Studium die Stationen Unternehmensberatung, Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule und Selbstständigkeit als Trainer und Coach. Heute ist er Organisationsentwickler bei der energie-BKK. Dort ist er zuständig für das Geschäftsprozessmanagement, damit verknüpft wird das Service Design gerade zu seinem Lieblingsthema.



Alexander Steinwedel

Alexander Steinwedel befindet sich aktuell im Studium Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen und ist ausgebildeter Sozialversicherungsfachangestellter. Seit 2011 im BKK-System tätig, arbeitet er seit 2014 als Krankengeldfallmanager bei der pronova BKK und ist auch als Projektleiter tätig. Seit 2017 bei den BKK Young Talents, ist er seit 2018 Netzwerksprecher für Kommunikation.

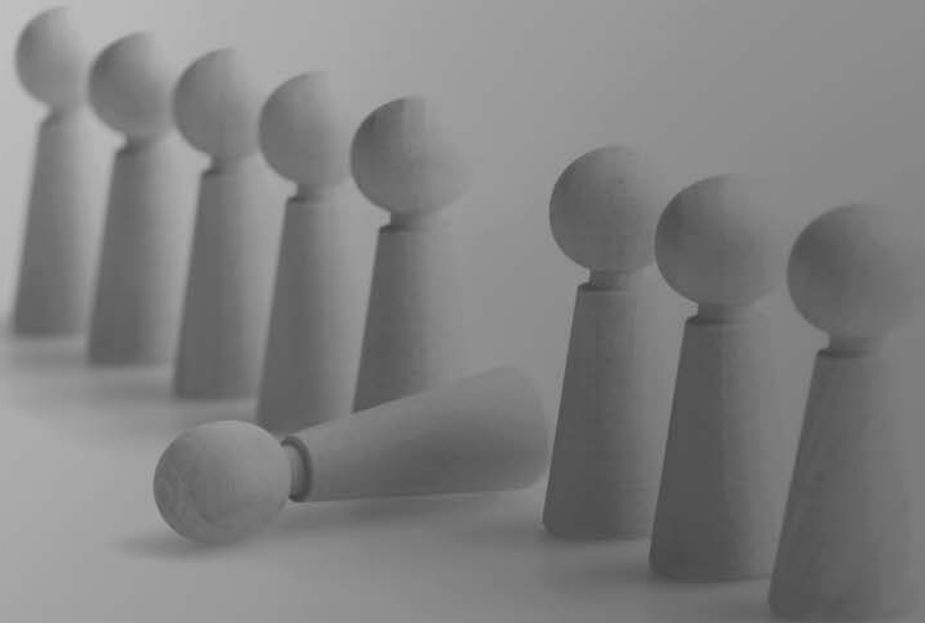


Sophie Dannenfeld

Sophie Dannenfeld studierte Sozialwissenschaften und Sozialpolitik an den Universitäten Braunschweig, Stockholm und Bremen mit Abschluss Master. Seit 2015 ist sie Referentin beim BKK-Landesverband NORD-WEST und seit 2017 Mitglied der BKK Young Talents. Hier ist sie Sprecherin für Gesundheitspolitik.

5

Arbeit muss zur psychischen Gesundheit beitragen





Franz Knieps
Vorstand des BKK Dachverbands,
Berlin

Dieser Gesundheitsreport hat viele Erkenntnisse bestätigt, die uns seit Jahren mehr oder weniger bekannt sind. Das politische Fazit ist deshalb in diesem Jahr weniger eindeutig an den Gesetzgeber gerichtet als in den Vorjahren. Der Veränderungsdruck richtet sich hauptsächlich an Arbeitgeber und Arbeitnehmer, aber auch an Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften sowie die Akteure in der Selbstverwaltung in allen Sozialversicherungszweigen.

Steigende Inanspruchnahme bei stabiler Prävalenz verlangt Anpassung des Versorgungsangebots

Während die epidemiologischen Daten über psychische Erkrankungen eine weitgehend stabile Prävalenz aufzeigen, steigt die Inanspruchnahme von Leistungen weiter stetig an. Es ist müßig, darüber zu streiten, ob die Ursache dafür in der Enttabuisierung dieser Erkrankungen, in der Ausweitung des Behandlungsangebots, in der besseren Qualifizierung der Gesundheitsberufe oder in der steigenden Gesundheitskompetenz der Betroffenen liegt. Fakt ist: Nicht immer hält das Versorgungsangebot ausreichend Kapazitäten bereit, um einen flächendeckenden, schnellen Zugang zur bedarfsnotwendigen Versorgung zu gewährleisten. Trotz zahlreicher gesetzlicher Änderungen, wie etwa durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz, das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz oder das Digitale Versorgung-Gesetz (die beiden letzten Gesetze sind noch im parlamentarischen Verfahren) sowie durch untergesetzliche Normierungen wie die Reform der Bedarfsplanungsrichtlinien oder die Entwicklung eines Disease Management Programms Depression durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bleiben Lücken und Vollzugsdefizite, die den Gesetzgeber auch in Zukunft auf den Plan rufen, wenn die Akteure aus der Selbstverwaltung und in den Unternehmen und Betrieben

nicht von sich aus problembewusster und aktiver werden.

Wechselwirkungen zwischen Arbeitsbedingungen und seelischer Gesundheit

Denn niemand kann leugnen, dass es Zusammenhänge zwischen Arbeit, Leben, Wohnen und Gesundheit bzw. Krankheit gibt und dass diese Zusammenhänge positiv wie negativ zu beeinflussen sind. Wenn Arbeit als sinnstiftend erlebt und abwechslungsreich gestaltet wird sowie Entfaltungschancen bietet, dann bewirkt dies einen positiven Beitrag zu körperlichem und seelischem Wohlbefinden. Umgekehrt gefährden monotone Arbeitsabläufe, überzogener Leistungsdruck und vor allem psychosozialer Stress die körperliche und seelische Gesundheit. Dies zeigt der Vergleich zwischen Branchen und Berufen. Menschen, die häufig beruflichen Grenzsituationen ausgesetzt sind, leiden schneller, häufiger und länger unter psychischen Erkrankungen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Das gilt exemplarisch für viele Beschäftigte in den Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberufen, also vielen Berufen, die mit Menschen zu tun haben. Das kann auch da gelten, wo die wettbewerbliche Situation des Unternehmens den Leistungsdruck verschärft oder die digitale Transformation die Berufsbilder disruptiv verändert. Daneben spielen natürlich die Klassiker Einkommen, Status, Bildung und professionelle Identität eine besondere Rolle, aber auch das Geschlecht und die regionale Zuordnung zeigen Zusammenhänge auf. Gerade regionale Zusammenhänge, die der Berliner Psychiater Mazda Adli publikumswirksam in seinem Bestseller „Stress and the City“ aufbereitet hat, zeigen, dass die Verhältnisse in den urbanen Ballungsgebieten uns zugleich krank machen und gut für uns sind.

Arbeitslosigkeit als zentrale Ursache von psychischen Erkrankungen

Dieser Gesundheitsreport bestätigt eindrucksvoll, dass gesundheitliche Gefahren auch vom Verlust oder dem Fehlen von Arbeit ausgehen können. Arbeitslose sind weitaus häufiger und stärker von psychischen Erkrankungen bedroht als Menschen im Arbeitsleben. So sind bei dieser Personengruppe Zeiten der Arbeitsunfähigkeit um den Faktor acht erhöht, und auch die Arzneimittelverordnungen liegen deutlich über dem Niveau der Beschäftigten. Selbst wo auf diese Zielgruppe zugeschnittene Angebote zur Gesund-

heitsförderung vorhanden sind, erschweren Einsamkeit und Scham deren Inanspruchnahme. Arbeitslosigkeit mindert – auch bei guter Schul- und Berufsbildung – den sozialen Status und das Ansehen in der Gesellschaft und befördert Entwertungsgefühle und Abstiegsängste. Arbeitslose suchen wesentlich häufiger die Ursache für ihren Zustand individuell bei sich selbst als ihnen die Gesellschaft das unterstellt.

Die Flexibilisierung der Arbeit – Risiken und Chancen

Vor voreiligen Schlussfolgerungen aus der Flexibilisierung der Arbeit sei hier aber dennoch gewarnt. Was die einen als Zumutung begreifen – zum Beispiel die Erreichbarkeit zu ungewöhnlichen Zeiten oder die Auflösung eines festen Arbeitsortes oder von festen Arbeitszeiten – sehen andere als Chance, etwa zur besseren Ausbalancierung von Familie, Freizeit und Beruf. Sicher besteht in ganzen Branchen Verbesserungsbedarf. Das gilt beispielsweise für (fast) die gesamte Pflegebranche, wo es in der aktuellen Situation längst nicht mehr nur um eine angemessene Bezahlung geht, sondern die allgemeine Verbesserung der Arbeitsbedingungen über eine systematische betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und ein betriebsindividuelles Gesundheitsmanagement (BGM) auf der Tagesordnung steht. Best-Practice-Beispiele aus Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten gibt es genug, Nachahmer gibt es viel zu wenige. Merkwürdig, dass viele Arbeitgeber diese Potenziale nicht erkennen und sich lieber an alten Klischees abarbeiten.

Vollzugsdefizite beseitigen – Gefährdungsbeurteilungen ausweiten

Der Gesetzgeber hat längst erkannt, dass psychische Gefahren am Arbeitsplatz betriebsindividuell unterschiedlich ausgeprägt sind und die Gefährdungsbeurteilung auf solche Gefahren ausgeweitet. Hier hapert es an der konsequenten Umsetzung notwendiger Regulierung. Nicht nur Gewerkschaften hadern mit der laxen Umsetzungspraxis und fordern klarere Vorgaben und Sanktionen bei Nichterfüllung. Offenbar fällt es insbesondere kleineren und mittleren Unternehmen (KMU) schwer, solche Gefährdungsbeurteilungen durchzuführen, während Großunternehmen, selbst wenn sie in modernen Netzwerkformen organisiert sind, sich hier offenbar leichter tun. Der Ruf nach dem Gesetzgeber allein hilft nicht weiter, wenn nicht hinreichende Beratungs- und

Unterstützungsangebote entwickelt und flächendeckend implementiert werden. Dann muss Kontrolle mit Sanktionsmöglichkeiten sicherstellen, dass Untätigkeit nicht die (finanziell) attraktivere Handlungsoption für den Unternehmer ist.

Angebote bedarfsgerechter ausgestalten

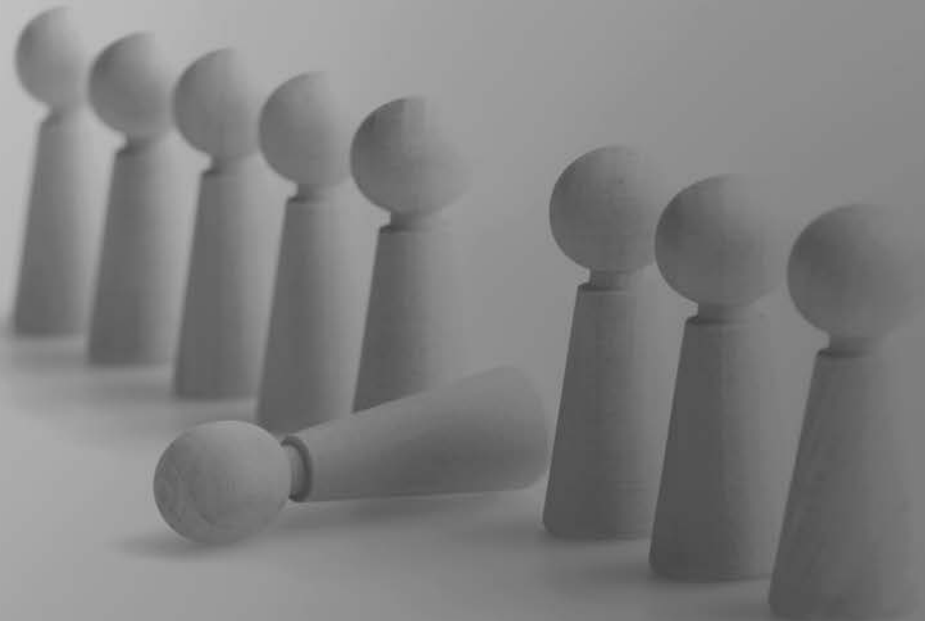
Auch die gemeinsame Selbstverwaltung muss zielgerichteter auf Angebotslücken und Hemmnisse zur Inanspruchnahme reagieren. Es kann nicht sein, dass die psychotherapeutische Versorgung sich rund um attraktive Universitätsstädte konzentriert (Kritiker sprechen von der „südbadischen Therapeutenstraße“), während alte Industrieregionen oder dünn besiedelte Flächen faktisch ohne Versorgung auskommen müssen. Hier muss gegengesteuert werden. Es ist aber auch aufseiten der Kostenträger kritisch zu hinterfragen, ob sie konsequent alles tun, um Versorgungsdefizite zu vermeiden und Wartezeiten zu verkürzen. Wenn man das Gezerre um die Anerkennung der Systemischen Therapie beobachtet, sind leise Zweifel angebracht. Auch darf erwartet werden, dass sich die Krankenkassen stärker bei der Entwicklung und Implementierung digitaler Versorgungskonzepte und -produkte zur Stärkung der psychischen Gesundheit engagieren.

Neue Angebote in die Fläche bringen – Initiativen des BKK Systems

Betriebliche Gesundheitsförderung durch die Krankenkasse und Unterstützung des betrieblichen Gesundheitsmanagements zählen zum Markenkern der betrieblichen Krankenversicherung. Folglich unternehmen die BKK erhebliche Anstrengungen, mit eigenen Konzepten und Produkten zu einer gesundheitsförderlichen Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen beizutragen und die psychischen Herausforderungen am Arbeitsplatz zu meistern. Erwähnt seien nur die Mitwirkung an der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) der Bundesregierung und das daran angekoppelte Projekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (psyGA), das Innovationsfondsprojekt „BGM innovativ“ sowie die Initiative „BGM 4.0“, die sich speziell mit der digitalen Transformation der Arbeitswelt befasst und digitale Präventionsprojekte im Setting Betrieb entwickelt und ausrollt. Denn nur wer Eigenanstrengungen unternimmt, darf erwarten, von der Politik und der Wirtschaft ernst genommen zu werden. Hier zeigt der Report, was denk- und machbar ist.

Anhang

A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	458
B	Systematische Verzeichnisse	466



Verzeichnis des Anhangs

A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	458
A.1	AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –	
	mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)	458
A.1.1	Pflichtmitglieder insgesamt	458
A.1.2	Beschäftigte Pflichtmitglieder	459
A.1.3	Teilzeitbeschäftigte	460
A.1.4	Arbeitslose (ALG-I)	461
A.1.5	Freiwillige Mitglieder insgesamt	462
A.1.6	Beschäftigte freiwillige Mitglieder	463
A.1.7	Mitglieder ohne Rentner	464
A.1.8	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	465
B	Systematische Verzeichnisse	466
B.1	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme –	
	10. Revision German Modification (ICD-10-GM-2018)	466
	Diagnosehauptgruppen und Diagnoseuntergruppen nach dem ICD-10-GM Schlüssel	466
B.2	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC 2018)	472
	ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC-Klassifikation	472
B.3	Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008)	475
	Wirtschaftsabschnitte und -abteilungen nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008)	475
B.4	Klassifikation der Berufe, Ausgabe 2010 (KldB 2010)	478
	Berufssektoren, -segmente und Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)	478

Die Digitalisierung macht auch vor dem BKK Gesundheitsreport nicht halt. Deshalb werden ab diesem Jahr die AU-Kennzahlen des **»»»** Tabellenanhangs A ausschließlich in digitaler Form zur Verfügung gestellt. Eine Ausnahme bildet die folgende **»»»** Tabelle A.1, die zusätzlich als Übersichtstabelle im Report verbleibt. Damit kommen wir dem Großteil der Nutzer entgegen, die solcher Kennzahlen primär in digitaler Form verwenden bzw. weiterverarbeiten. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf der Internetseite des BKK Dachverbandes unter <https://www.bkk-dachverband.de>.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Gesundheitsberichte@bkk-dv.de.

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

A.1.1 Pflichtmitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	282.389	1.654.778	16,23	95,1	5,9	0,26
	Frauen	263.324	1.566.957	15,69	93,4	6,0	0,26
	Gesamt	545.713	3.221.735	15,96	94,3	5,9	0,26
Neubildungen (C00–D48)	Männer	35.281	1.006.027	2,03	57,8	28,5	0,16
	Frauen	45.723	1.668.212	2,72	99,4	36,5	0,27
	Gesamt	81.004	2.674.239	2,37	78,2	33,0	0,21
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	13.356	244.220	0,77	14,0	18,3	0,04
	Frauen	13.163	220.318	0,78	13,1	16,7	0,04
	Gesamt	26.519	464.538	0,78	13,6	17,5	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	123.318	4.931.064	7,09	283,4	40,0	0,78
	Frauen	174.103	6.776.215	10,38	403,8	38,9	1,11
	Gesamt	297.421	11.707.279	8,70	342,5	39,4	0,94
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	51.429	820.303	2,96	47,1	16,0	0,13
	Frauen	73.237	930.204	4,36	55,4	12,7	0,15
	Gesamt	124.666	1.750.507	3,65	51,2	14,0	0,14
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	33.082	264.400	1,90	15,2	8,0	0,04
	Frauen	30.272	213.635	1,80	12,7	7,1	0,03
	Gesamt	63.354	478.035	1,85	14,0	7,6	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	26.987	267.438	1,55	15,4	9,9	0,04
	Frauen	31.460	305.693	1,87	18,2	9,7	0,05
	Gesamt	58.447	573.131	1,71	16,8	9,8	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	70.790	1.782.641	4,07	102,4	25,2	0,28
	Frauen	54.736	937.876	3,26	55,9	17,1	0,15
	Gesamt	125.526	2.720.517	3,67	79,6	21,7	0,22
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	729.134	5.163.157	41,90	296,7	7,1	0,81
	Frauen	792.477	5.523.910	47,23	329,2	7,0	0,90
	Gesamt	1.521.611	10.687.067	44,51	312,6	7,0	0,86
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	246.824	1.741.692	14,18	100,1	7,1	0,27
	Frauen	216.345	1.322.163	12,89	78,8	6,1	0,22
	Gesamt	463.169	3.063.855	13,55	89,6	6,6	0,25
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	38.869	546.294	2,23	31,4	14,1	0,09
	Frauen	27.880	323.701	1,66	19,3	11,6	0,05
	Gesamt	66.749	869.995	1,95	25,5	13,0	0,07
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	480.878	9.431.300	27,63	542,0	19,6	1,48
	Frauen	334.329	7.317.553	19,92	436,1	21,9	1,19
	Gesamt	815.207	16.748.853	23,85	490,0	20,6	1,34
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	28.450	357.397	1,63	20,5	12,6	0,06
	Frauen	80.168	703.298	4,78	41,9	8,8	0,11
	Gesamt	108.618	1.060.695	3,18	31,0	9,8	0,09
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	46.006	510.070	2,74	30,4	11,1	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	147.123	1.466.944	8,45	84,3	10,0	0,23
	Frauen	177.111	1.667.555	10,55	99,4	9,4	0,27
	Gesamt	324.234	3.134.499	9,49	91,7	9,7	0,25
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	232.144	4.761.047	13,34	273,6	20,5	0,75
	Frauen	143.483	2.896.903	8,55	172,6	20,2	0,47
	Gesamt	375.627	7.657.950	10,99	224,0	20,4	0,61
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	30.294	678.847	1,74	39,0	22,4	0,11
	Frauen	40.695	817.842	2,43	48,7	20,1	0,13
	Gesamt	70.989	1.496.689	2,08	43,8	21,1	0,12
Gesamt	Männer	2.575.917	35.234.266	148,02	2.024,7	13,7	5,55
	Frauen	2.551.167	33.828.171	152,03	2.015,9	13,3	5,52
	Gesamt	5.127.084	69.062.437	149,99	2.020,4	13,5	5,54
davon Arbeitsunfälle	Männer	86.303	1.935.261	4,96	111,2	22,4	0,30
	Frauen	41.426	867.565	2,47	51,7	20,9	0,14
	Gesamt	127.729	2.802.826	3,74	82,0	21,9	0,22
davon Refahfälle	Männer	43.312	1.422.470	2,49	81,7	32,8	0,22
	Frauen	41.960	1.345.361	2,50	80,2	32,1	0,22
	Gesamt	85.272	2.767.831	2,49	81,0	32,5	0,22

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

A.1.2 Beschäftigte Pflichtmitglieder

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	279.208	1.625.106	16,54	96,2	5,8	0,26
	Frauen	260.305	1.542.245	15,96	94,6	5,9	0,26
	Gesamt	539.513	3.167.351	16,25	95,4	5,9	0,26
Neubildungen (C00–D48)	Männer	34.226	943.589	2,03	55,9	27,6	0,15
	Frauen	44.421	1.588.708	2,72	97,4	35,8	0,27
	Gesamt	78.647	2.532.297	2,37	76,3	32,2	0,21
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	12.962	224.456	0,77	13,3	17,3	0,04
	Frauen	12.787	205.039	0,78	12,6	16,0	0,03
	Gesamt	25.749	429.495	0,78	12,9	16,7	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	115.480	4.302.920	6,84	254,8	37,3	0,70
	Frauen	165.685	6.075.589	10,16	372,6	36,7	1,02
	Gesamt	281.165	10.378.509	8,47	312,7	36,9	0,86
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	49.934	767.706	2,96	45,5	15,4	0,12
	Frauen	71.594	878.509	4,39	53,9	12,3	0,15
	Gesamt	121.528	1.646.215	3,66	49,6	13,6	0,14
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	32.660	255.807	1,93	15,2	7,8	0,04
	Frauen	29.875	207.232	1,83	12,7	6,9	0,03
	Gesamt	62.535	463.039	1,88	14,0	7,4	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	26.618	257.698	1,58	15,3	9,7	0,04
	Frauen	31.043	297.408	1,90	18,2	9,6	0,05
	Gesamt	57.661	555.106	1,74	16,7	9,6	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	68.660	1.689.109	4,07	100,0	24,6	0,27
	Frauen	53.489	892.231	3,28	54,7	16,7	0,15
	Gesamt	122.149	2.581.340	3,68	77,8	21,1	0,21
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	722.517	5.094.121	42,79	301,7	7,1	0,83
	Frauen	784.901	5.445.668	48,14	334,0	6,9	0,92
	Gesamt	1.507.418	10.539.789	45,42	317,6	7,0	0,87
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	243.542	1.688.926	14,42	100,0	6,9	0,27
	Frauen	213.669	1.287.855	13,10	79,0	6,0	0,22
	Gesamt	457.211	2.976.781	13,78	89,7	6,5	0,25
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	38.225	525.938	2,26	31,2	13,8	0,09
	Frauen	27.404	309.213	1,68	19,0	11,3	0,05
	Gesamt	65.629	835.151	1,98	25,2	12,7	0,07
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	472.024	9.000.273	27,95	533,0	19,1	1,46
	Frauen	326.190	6.942.041	20,01	425,8	21,3	1,17
	Gesamt	798.214	15.942.314	24,05	480,3	20,0	1,32
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	27.854	346.281	1,65	20,5	12,4	0,06
	Frauen	78.831	684.404	4,83	42,0	8,7	0,11
	Gesamt	106.685	1.030.685	3,21	31,1	9,7	0,09
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	44.957	494.905	2,76	30,4	11,0	0,08
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	144.301	1.406.937	8,55	83,3	9,8	0,23
	Frauen	174.002	1.610.982	10,67	98,8	9,3	0,27
	Gesamt	318.303	3.017.919	9,59	90,9	9,5	0,25
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	229.096	4.642.308	13,57	274,9	20,3	0,75
	Frauen	141.203	2.816.630	8,66	172,7	20,0	0,47
	Gesamt	370.299	7.458.938	11,16	224,7	20,1	0,62
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	29.603	638.006	1,75	37,8	21,6	0,10
	Frauen	39.879	778.917	2,45	47,8	19,5	0,13
	Gesamt	69.482	1.416.923	2,09	42,7	20,4	0,12
Gesamt	Männer	2.532.342	33.518.574	149,97	1.985,0	13,2	5,44
	Frauen	2.506.706	32.176.714	153,74	1.973,4	12,8	5,41
	Gesamt	5.039.048	65.695.288	151,82	1.979,3	13,0	5,42
davon Arbeitsunfälle	Männer	85.916	1.913.894	5,09	113,3	22,3	0,31
	Frauen	41.185	858.309	2,53	52,6	20,8	0,14
	Gesamt	127.101	2.772.203	3,83	83,5	21,8	0,23
davon Refahfälle	Männer	40.183	1.300.443	2,38	77,0	32,4	0,21
	Frauen	39.138	1.249.711	2,40	76,6	31,9	0,21
	Gesamt	79.321	2.550.154	2,39	76,8	32,2	0,21

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

A.1.3 Teilzeitbeschäftigte

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	18.411	120.964	11,83	77,7	6,6	0,21
	Frauen	114.190	716.162	14,19	89,0	6,3	0,24
	Gesamt	132.601	837.126	13,81	87,2	6,3	0,24
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.331	66.877	1,50	43,0	28,7	0,12
	Frauen	23.517	908.723	2,92	112,9	38,6	0,31
	Gesamt	25.848	975.600	2,69	101,6	37,7	0,28
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	920	17.985	0,59	11,6	19,6	0,03
	Frauen	6.107	105.824	0,76	13,2	17,3	0,04
	Gesamt	7.027	123.809	0,73	12,9	17,6	0,04
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	11.232	480.817	7,22	308,9	42,8	0,85
	Frauen	79.971	3.035.631	9,94	377,2	38,0	1,03
	Gesamt	91.203	3.516.448	9,50	366,1	38,6	1,00
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.889	67.888	2,50	43,6	17,5	0,12
	Frauen	30.314	450.000	3,77	55,9	14,8	0,15
	Gesamt	34.203	517.888	3,56	53,9	15,1	0,15
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.117	19.056	1,36	12,2	9,0	0,03
	Frauen	14.242	110.775	1,77	13,8	7,8	0,04
	Gesamt	16.359	129.831	1,70	13,5	7,9	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.937	23.248	1,24	14,9	12,0	0,04
	Frauen	14.756	158.938	1,83	19,8	10,8	0,05
	Gesamt	16.693	182.186	1,74	19,0	10,9	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.220	150.948	3,35	97,0	28,9	0,27
	Frauen	25.940	459.908	3,22	57,1	17,7	0,16
	Gesamt	31.160	610.856	3,24	63,6	19,6	0,17
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	49.302	372.337	31,67	239,2	7,6	0,66
	Frauen	359.979	2.616.851	44,73	325,1	7,3	0,89
	Gesamt	409.281	2.989.188	42,61	311,2	7,3	0,85
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	15.812	122.134	10,16	78,5	7,7	0,21
	Frauen	93.943	609.758	11,67	75,8	6,5	0,21
	Gesamt	109.755	731.892	11,43	76,2	6,7	0,21
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.498	38.272	1,60	24,6	15,3	0,07
	Frauen	12.053	143.766	1,50	17,9	11,9	0,05
	Gesamt	14.551	182.038	1,51	19,0	12,5	0,05
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	30.506	610.273	19,60	392,1	20,0	1,07
	Frauen	164.847	3.753.386	20,48	466,4	22,8	1,28
	Gesamt	195.353	4.363.659	20,34	454,3	22,3	1,24
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.401	28.675	1,54	18,4	11,9	0,05
	Frauen	34.833	349.718	4,33	43,5	10,0	0,12
	Gesamt	37.234	378.393	3,88	39,4	10,2	0,11
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	16.780	192.944	2,08	24,0	11,5	0,07
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	9.988	112.731	6,42	72,4	11,3	0,20
	Frauen	73.891	767.747	9,18	95,4	10,4	0,26
	Gesamt	83.879	880.478	8,73	91,7	10,5	0,25
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	14.513	327.728	9,32	210,6	22,6	0,58
	Frauen	66.056	1.437.054	8,21	178,6	21,8	0,49
	Gesamt	80.569	1.764.782	8,39	183,7	21,9	0,50
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.198	49.327	1,41	31,7	22,4	0,09
	Frauen	18.811	395.044	2,34	49,1	21,0	0,13
	Gesamt	21.009	444.371	2,19	46,3	21,2	0,13
Gesamt	Männer	173.714	2.619.585	111,60	1.682,9	15,1	4,61
	Frauen	1.153.175	16.265.617	143,28	2.021,0	14,1	5,54
	Gesamt	1.326.889	18.885.202	138,15	1.966,2	14,2	5,39
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.028	128.274	3,23	82,4	25,5	0,23
	Frauen	18.092	408.460	2,25	50,8	22,6	0,14
	Gesamt	23.120	536.734	2,41	55,9	23,2	0,15
davon Refahfälle	Männer	2.832	95.091	1,82	61,1	33,6	0,17
	Frauen	20.038	635.084	2,49	78,9	31,7	0,22
	Gesamt	22.870	730.175	2,38	76,0	31,9	0,21

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

A.1.4 Arbeitslose (ALG-I)

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.446	25.386	5,58	58,0	10,4	0,16
	Frauen	2.391	20.917	5,94	51,9	8,8	0,14
	Gesamt	4.837	46.303	5,75	55,1	9,6	0,15
Neubildungen (C00–D48)	Männer	961	60.096	2,19	137,2	62,5	0,38
	Frauen	1.158	73.976	2,88	183,7	63,9	0,50
	Gesamt	2.119	134.072	2,52	159,5	63,3	0,44
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	348	18.765	0,79	42,8	53,9	0,12
	Frauen	337	14.887	0,84	37,0	44,2	0,10
	Gesamt	685	33.652	0,81	40,0	49,1	0,11
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	7.021	604.667	16,03	1.380,5	86,1	3,78
	Frauen	7.432	671.944	18,46	1.668,6	90,4	4,57
	Gesamt	14.453	1.276.611	17,19	1.518,5	88,3	4,16
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.219	49.496	2,78	113,0	40,6	0,31
	Frauen	1.289	49.180	3,20	122,1	38,2	0,33
	Gesamt	2.508	98.676	2,98	117,4	39,3	0,32
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	345	8.053	0,79	18,4	23,3	0,05
	Frauen	328	5.986	0,81	14,9	18,3	0,04
	Gesamt	673	14.039	0,80	16,7	20,9	0,05
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	313	8.930	0,71	20,4	28,5	0,06
	Frauen	347	7.751	0,86	19,3	22,3	0,05
	Gesamt	660	16.681	0,79	19,8	25,3	0,05
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.913	88.549	4,37	202,2	46,3	0,55
	Frauen	1.097	43.674	2,72	108,5	39,8	0,30
	Gesamt	3.010	132.223	3,58	157,3	43,9	0,43
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	5.180	59.351	11,83	135,5	11,5	0,37
	Frauen	6.101	67.349	15,15	167,2	11,0	0,46
	Gesamt	11.281	126.700	13,42	150,7	11,2	0,41
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.638	49.229	6,02	112,4	18,7	0,31
	Frauen	2.185	30.827	5,43	76,6	14,1	0,21
	Gesamt	4.823	80.056	5,74	95,2	16,6	0,26
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	549	18.794	1,25	42,9	34,2	0,12
	Frauen	410	13.399	1,02	33,3	32,7	0,09
	Gesamt	959	32.193	1,14	38,3	33,6	0,10
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	7.681	411.401	17,54	939,2	53,6	2,57
	Frauen	7.164	360.700	17,79	895,7	50,4	2,45
	Gesamt	14.845	772.101	17,66	918,4	52,0	2,52
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	520	10.589	1,19	24,2	20,4	0,07
	Frauen	1.120	17.727	2,78	44,0	15,8	0,12
	Gesamt	1.640	28.316	1,95	33,7	17,3	0,09
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	974	14.065	2,42	34,9	14,4	0,10
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.311	56.074	5,28	128,0	24,3	0,35
	Frauen	2.546	52.323	6,32	129,9	20,6	0,36
	Gesamt	4.857	108.397	5,78	128,9	22,3	0,35
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.687	112.431	6,13	256,7	41,8	0,70
	Frauen	2.018	76.597	5,01	190,2	38,0	0,52
	Gesamt	4.705	189.028	5,60	224,8	40,2	0,62
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	640	38.916	1,46	88,8	60,8	0,24
	Frauen	730	37.465	1,81	93,0	51,3	0,25
	Gesamt	1.370	76.381	1,63	90,9	55,8	0,25
Gesamt	Männer	36.899	1.627.727	84,24	3.716,1	44,1	10,18
	Frauen	37.787	1.565.298	93,83	3.887,0	41,4	10,65
	Gesamt	74.686	3.193.025	88,84	3.798,0	42,8	10,41
davon Arbeitsunfälle	Männer	309	19.891	0,71	45,4	64,4	0,12
	Frauen	189	8.114	0,47	20,2	42,9	0,06
	Gesamt	498	28.005	0,59	33,3	56,2	0,09
davon Refahfälle	Männer	2.552	109.220	5,83	249,4	42,8	0,68
	Frauen	2.317	85.013	5,75	211,1	36,7	0,58
	Gesamt	4.869	194.233	5,79	231,0	39,9	0,63

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

A.1.5 Freiwillige Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	47.755	282.674	7,58	44,9	5,9	0,12
	Frauen	11.581	72.009	5,40	33,6	6,2	0,09
	Gesamt	59.336	354.683	7,02	42,0	6,0	0,12
Neubildungen (C00–D48)	Männer	12.348	275.549	1,96	43,7	22,3	0,12
	Frauen	3.910	125.864	1,82	58,6	32,2	0,16
	Gesamt	16.258	401.413	1,92	47,5	24,7	0,13
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	2.753	41.180	0,44	6,5	15,0	0,02
	Frauen	821	11.032	0,38	5,1	13,4	0,01
	Gesamt	3.574	52.212	0,42	6,2	14,6	0,02
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	21.363	801.464	3,39	127,2	37,5	0,35
	Frauen	8.667	323.156	4,04	150,6	37,3	0,41
	Gesamt	30.030	1.124.620	3,55	133,1	37,5	0,36
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	9.247	132.063	1,47	21,0	14,3	0,06
	Frauen	3.365	41.918	1,57	19,5	12,5	0,05
	Gesamt	12.612	173.981	1,49	20,6	13,8	0,06
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	8.423	61.474	1,34	9,8	7,3	0,03
	Frauen	1.994	13.941	0,93	6,5	7,0	0,02
	Gesamt	10.417	75.415	1,23	8,9	7,2	0,02
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	6.827	65.665	1,08	10,4	9,6	0,03
	Frauen	1.814	18.867	0,85	8,8	10,4	0,02
	Gesamt	8.641	84.532	1,02	10,0	9,8	0,03
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	16.636	353.271	2,64	56,1	21,2	0,15
	Frauen	2.706	44.364	1,26	20,7	16,4	0,06
	Gesamt	19.342	397.635	2,29	47,1	20,6	0,13
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	167.672	1.093.229	26,61	173,5	6,5	0,48
	Frauen	45.477	302.548	21,19	141,0	6,7	0,39
	Gesamt	213.149	1.395.777	25,23	165,2	6,6	0,45
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	52.376	315.067	8,31	50,0	6,0	0,14
	Frauen	11.490	62.853	5,35	29,3	5,5	0,08
	Gesamt	63.866	377.920	7,56	44,7	5,9	0,12
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.949	61.551	0,94	9,8	10,4	0,03
	Frauen	1.215	11.101	0,57	5,2	9,1	0,01
	Gesamt	7.164	72.652	0,85	8,6	10,1	0,02
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	72.678	1.227.452	11,53	194,8	16,9	0,53
	Frauen	13.534	232.263	6,31	108,2	17,2	0,30
	Gesamt	86.212	1.459.715	10,21	172,8	16,9	0,47
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	7.638	76.185	1,21	12,1	10,0	0,03
	Frauen	4.525	37.375	2,11	17,4	8,3	0,05
	Gesamt	12.163	113.560	1,44	13,4	9,3	0,04
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	3.807	37.548	1,77	17,5	9,9	0,05
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	26.234	226.731	4,16	36,0	8,6	0,10
	Frauen	8.659	73.550	4,03	34,3	8,5	0,09
	Gesamt	34.893	300.281	4,13	35,6	8,6	0,10
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	31.519	618.879	5,00	98,2	19,6	0,27
	Frauen	7.033	134.427	3,28	62,6	19,1	0,17
	Gesamt	38.552	753.306	4,56	89,2	19,5	0,24
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	8.315	126.615	1,32	20,1	15,2	0,06
	Frauen	2.622	43.213	1,22	20,1	16,5	0,06
	Gesamt	10.937	169.828	1,29	20,1	15,5	0,06
Gesamt	Männer	498.850	5.776.919	79,17	916,8	11,6	2,51
	Frauen	133.603	1.592.174	62,25	741,9	11,9	2,03
	Gesamt	632.453	7.369.093	74,87	872,4	11,7	2,39
davon Arbeitsunfälle	Männer	6.414	145.191	1,02	23,0	22,6	0,06
	Frauen	1.555	31.489	0,72	14,7	20,3	0,04
	Gesamt	7.969	176.680	0,94	20,9	22,2	0,06
davon Refahfälle	Männer	10.261	287.021	1,63	45,6	28,0	0,12
	Frauen	2.418	77.743	1,13	36,2	32,2	0,10
	Gesamt	12.679	364.764	1,50	43,2	28,8	0,12

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

A.1.6 Beschäftigte freiwillige Mitglieder

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	47.543	281.361	9,50	56,2	5,9	0,15
	Frauen	11.366	70.926	9,57	59,7	6,2	0,16
	Gesamt	58.909	352.287	9,51	56,9	6,0	0,16
Neubildungen (C00–D48)	Männer	12.301	273.899	2,46	54,7	22,3	0,15
	Frauen	3.842	122.491	3,23	103,1	31,9	0,28
	Gesamt	16.143	396.390	2,61	64,0	24,6	0,18
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.733	40.969	0,55	8,2	15,0	0,02
	Frauen	805	10.801	0,68	9,1	13,4	0,02
	Gesamt	3.538	51.770	0,57	8,4	14,6	0,02
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	21.054	787.820	4,21	157,4	37,4	0,43
	Frauen	8.384	309.550	7,06	260,5	36,9	0,71
	Gesamt	29.438	1.097.370	4,75	177,2	37,3	0,49
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	9.178	130.532	1,83	26,1	14,2	0,07
	Frauen	3.279	41.112	2,76	34,6	12,5	0,09
	Gesamt	12.457	171.644	2,01	27,7	13,8	0,08
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	8.400	61.331	1,68	12,3	7,3	0,03
	Frauen	1.979	13.875	1,67	11,7	7,0	0,03
	Gesamt	10.379	75.206	1,68	12,1	7,3	0,03
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	6.805	65.359	1,36	13,1	9,6	0,04
	Frauen	1.771	18.462	1,49	15,5	10,4	0,04
	Gesamt	8.576	83.821	1,38	13,5	9,8	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	16.529	349.919	3,30	69,9	21,2	0,19
	Frauen	2.649	43.593	2,23	36,7	16,5	0,10
	Gesamt	19.178	393.512	3,10	63,5	20,5	0,17
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	167.127	1.089.335	33,38	217,6	6,5	0,60
	Frauen	44.798	298.176	37,70	251,0	6,7	0,69
	Gesamt	211.925	1.387.511	34,21	224,0	6,6	0,61
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	52.173	312.910	10,42	62,5	6,0	0,17
	Frauen	11.344	61.657	9,55	51,9	5,4	0,14
	Gesamt	63.517	374.567	10,25	60,5	5,9	0,17
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.911	61.066	1,18	12,2	10,3	0,03
	Frauen	1.192	10.859	1,00	9,1	9,1	0,03
	Gesamt	7.103	71.925	1,15	11,6	10,1	0,03
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	72.306	1.215.348	14,44	242,8	16,8	0,67
	Frauen	13.286	226.999	11,18	191,1	17,1	0,52
	Gesamt	85.592	1.442.347	13,82	232,9	16,9	0,64
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	7.600	75.897	1,52	15,2	10,0	0,04
	Frauen	4.462	36.785	3,76	31,0	8,2	0,08
	Gesamt	12.062	112.682	1,95	18,2	9,3	0,05
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	3.755	37.030	3,16	31,2	9,9	0,09
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	26.073	223.339	5,21	44,6	8,6	0,12
	Frauen	8.493	71.417	7,15	60,1	8,4	0,16
	Gesamt	34.566	294.756	5,58	47,6	8,5	0,13
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	31.106	604.417	6,21	120,7	19,4	0,33
	Frauen	6.819	127.632	5,74	107,4	18,7	0,29
	Gesamt	37.925	732.049	6,12	118,2	19,3	0,32
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	8.269	124.673	1,65	24,9	15,1	0,07
	Frauen	2.571	41.657	2,16	35,1	16,2	0,10
	Gesamt	10.840	166.330	1,75	26,9	15,3	0,07
Gesamt	Männer	496.216	5.715.880	99,12	1.141,8	11,5	3,13
	Frauen	131.171	1.548.961	110,40	1.303,7	11,8	3,57
	Gesamt	627.387	7.264.841	101,28	1.172,8	11,6	3,21
davon Arbeitsunfälle	Männer	6.227	135.904	1,24	27,2	21,8	0,07
	Frauen	1.445	26.976	1,22	22,7	18,7	0,06
	Gesamt	7.672	162.880	1,24	26,3	21,2	0,07
davon Refahfälle	Männer	10.203	285.264	2,04	57,0	28,0	0,16
	Frauen	2.391	76.915	2,01	64,7	32,2	0,18
	Gesamt	12.594	362.179	2,03	58,5	28,8	0,16

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

A.1.7 Mitglieder ohne Rentner

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	330.144	1.937.452	13,93	81,7	5,9	0,22
	Frauen	274.905	1.638.966	14,52	86,6	6,0	0,24
	Gesamt	605.049	3.576.418	14,19	83,9	5,9	0,23
Neubildungen (C00–D48)	Männer	47.629	1.281.576	2,01	54,1	26,9	0,15
	Frauen	49.633	1.794.076	2,62	94,8	36,2	0,26
	Gesamt	97.262	3.075.652	2,28	72,2	31,6	0,20
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00–E90)	Männer	16.109	285.400	0,68	12,0	17,7	0,03
	Frauen	13.984	231.350	0,74	12,2	16,5	0,03
	Gesamt	30.093	516.750	0,71	12,1	17,2	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	144.681	5.732.528	6,10	241,8	39,6	0,66
	Frauen	182.770	7.099.371	9,66	375,1	38,8	1,03
	Gesamt	327.451	12.831.899	7,68	301,0	39,2	0,82
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	60.676	952.366	2,56	40,2	15,7	0,11
	Frauen	76.602	972.122	4,05	51,4	12,7	0,14
	Gesamt	137.278	1.924.488	3,22	45,1	14,0	0,12
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	41.505	325.874	1,75	13,8	7,9	0,04
	Frauen	32.266	227.576	1,70	12,0	7,1	0,03
	Gesamt	73.771	553.450	1,73	13,0	7,5	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	33.814	333.103	1,43	14,1	9,9	0,04
	Frauen	33.274	324.560	1,76	17,2	9,8	0,05
	Gesamt	67.088	657.663	1,57	15,4	9,8	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	87.426	2.135.912	3,69	90,1	24,4	0,25
	Frauen	57.442	982.240	3,03	51,9	17,1	0,14
	Gesamt	144.868	3.118.152	3,40	73,1	21,5	0,20
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	896.806	6.256.386	37,83	263,9	7,0	0,72
	Frauen	837.954	5.826.458	44,27	307,8	7,0	0,84
	Gesamt	1.734.760	12.082.844	40,69	283,4	7,0	0,78
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	299.200	2.056.759	12,62	86,8	6,9	0,24
	Frauen	227.835	1.385.016	12,04	73,2	6,1	0,20
	Gesamt	527.035	3.441.775	12,36	80,7	6,5	0,22
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	44.818	607.845	1,89	25,6	13,6	0,07
	Frauen	29.095	334.802	1,54	17,7	11,5	0,05
	Gesamt	73.913	942.647	1,73	22,1	12,8	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	553.556	10.658.752	23,35	449,7	19,3	1,23
	Frauen	347.863	7.549.816	18,38	398,9	21,7	1,09
	Gesamt	901.419	18.208.568	21,15	427,1	20,2	1,17
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	36.088	433.582	1,52	18,3	12,0	0,05
	Frauen	84.693	740.673	4,47	39,1	8,8	0,11
	Gesamt	120.781	1.174.255	2,83	27,6	9,7	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	49.813	547.618	2,63	28,9	11,0	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	173.357	1.693.675	7,31	71,5	9,8	0,20
	Frauen	185.770	1.741.105	9,82	92,0	9,4	0,25
	Gesamt	359.127	3.434.780	8,42	80,6	9,6	0,22
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	263.663	5.379.926	11,12	227,0	20,4	0,62
	Frauen	150.516	3.031.330	7,95	160,2	20,1	0,44
	Gesamt	414.179	8.411.256	9,72	197,3	20,3	0,54
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	38.609	805.462	1,63	34,0	20,9	0,09
	Frauen	43.317	861.055	2,29	45,5	19,9	0,12
	Gesamt	81.926	1.666.517	1,92	39,1	20,3	0,11
Gesamt	Männer	3.074.767	41.011.185	129,72	1.730,2	13,3	4,74
	Frauen	2.684.770	35.420.345	141,85	1.871,5	13,2	5,13
	Gesamt	5.759.537	76.431.530	135,10	1.792,9	13,3	4,91
davon Arbeitsunfälle	Männer	92.717	2.080.452	3,91	87,8	22,4	0,24
	Frauen	42.981	899.054	2,27	47,5	20,9	0,13
	Gesamt	135.698	2.979.506	3,18	69,9	22,0	0,19
davon Rehafälle	Männer	53.573	1.709.491	2,26	72,1	31,9	0,20
	Frauen	44.378	1.423.104	2,34	75,2	32,1	0,21
	Gesamt	97.951	3.132.595	2,30	73,5	32,0	0,20

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2018)

A.1.8 Beschäftigte Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppen	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall	Krankenstand in %
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	326.751	1.906.467	14,93	87,1	5,8	0,24
	Frauen	271.671	1.613.171	15,53	92,2	5,9	0,25
	Gesamt	598.422	3.519.638	15,19	89,4	5,9	0,24
Neubildungen (C00–D48)	Männer	46.527	1.217.488	2,13	55,6	26,2	0,15
	Frauen	48.263	1.711.199	2,76	97,8	35,5	0,27
	Gesamt	94.790	2.928.687	2,41	74,4	30,9	0,20
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	15.695	265.425	0,72	12,1	16,9	0,03
	Frauen	13.592	215.840	0,78	12,3	15,9	0,03
	Gesamt	29.287	481.265	0,74	12,2	16,4	0,03
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	136.534	5.090.740	6,24	232,5	37,3	0,64
	Frauen	174.069	6.385.139	9,95	365,0	36,7	1,00
	Gesamt	310.603	11.475.879	7,89	291,4	37,0	0,80
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	59.112	898.238	2,70	41,0	15,2	0,11
	Frauen	74.873	919.621	4,28	52,6	12,3	0,14
	Gesamt	133.985	1.817.859	3,40	46,2	13,6	0,13
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	41.060	317.138	1,88	14,5	7,7	0,04
	Frauen	31.854	221.107	1,82	12,6	6,9	0,03
	Gesamt	72.914	538.245	1,85	13,7	7,4	0,04
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	33.423	323.057	1,53	14,8	9,7	0,04
	Frauen	32.814	315.870	1,88	18,1	9,6	0,05
	Gesamt	66.237	638.927	1,68	16,2	9,7	0,04
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	85.189	2.039.028	3,89	93,1	23,9	0,26
	Frauen	56.138	935.824	3,21	53,5	16,7	0,15
	Gesamt	141.327	2.974.852	3,59	75,5	21,1	0,21
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	889.644	6.183.456	40,64	282,5	7,0	0,77
	Frauen	829.699	5.743.844	47,43	328,3	6,9	0,90
	Gesamt	1.719.343	11.927.300	43,65	302,8	6,9	0,83
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	295.715	2.001.836	13,51	91,4	6,8	0,25
	Frauen	225.013	1.349.512	12,86	77,1	6,0	0,21
	Gesamt	520.728	3.351.348	13,22	85,1	6,4	0,23
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	44.136	587.004	2,02	26,8	13,3	0,07
	Frauen	28.596	320.072	1,63	18,3	11,2	0,05
	Gesamt	72.732	907.076	1,85	23,0	12,5	0,06
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	544.330	10.215.621	24,86	466,6	18,8	1,28
	Frauen	339.476	7.169.040	19,41	409,8	21,1	1,12
	Gesamt	883.806	17.384.661	22,44	441,4	19,7	1,21
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	35.454	422.178	1,62	19,3	11,9	0,05
	Frauen	83.293	721.189	4,76	41,2	8,7	0,11
	Gesamt	118.747	1.143.367	3,02	29,0	9,6	0,08
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	48.712	531.935	2,78	30,4	10,9	0,08
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	170.374	1.630.276	7,78	74,5	9,6	0,20
	Frauen	182.495	1.682.399	10,43	96,2	9,2	0,26
	Gesamt	352.869	3.312.675	8,96	84,1	9,4	0,23
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	260.202	5.246.725	11,89	239,7	20,2	0,66
	Frauen	148.022	2.944.262	8,46	168,3	19,9	0,46
	Gesamt	408.224	8.190.987	10,36	208,0	20,1	0,57
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	37.872	762.679	1,73	34,8	20,1	0,10
	Frauen	42.450	820.574	2,43	46,9	19,3	0,13
	Gesamt	80.322	1.583.253	2,04	40,2	19,7	0,11
Gesamt	Männer	3.028.558	39.234.454	138,34	1.792,2	13,0	4,91
	Frauen	2.637.877	33.725.675	150,79	1.927,9	12,8	5,28
	Gesamt	5.666.435	72.960.129	143,87	1.852,5	12,9	5,08
davon Arbeitsunfälle	Männer	92.143	2.049.798	4,21	93,6	22,3	0,26
	Frauen	42.630	885.285	2,44	50,6	20,8	0,14
	Gesamt	134.773	2.935.083	3,42	74,5	21,8	0,20
davon Refahfälle	Männer	50.386	1.585.707	2,30	72,4	31,5	0,20
	Frauen	41.529	1.326.626	2,37	75,8	31,9	0,21
	Gesamt	91.915	2.912.333	2,33	73,9	31,7	0,20

Diagnosehauptgruppen und Diagnoseuntergruppen nach dem ICD-10-GM Schlüssel

Gliederungsebene	Anzahl	ICD-10-Code
Diagnosehauptgruppen/Kapitel	21	Kapitel I–XXI
Diagnoseuntergruppen/Gruppen	234	A00–Z99

ICD-10-Code	Bezeichnung
Kapitel I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)
A00–A09	Infektiöse Darmkrankheiten
A15–A19	Tuberkulose
A20–A28	Bestimmte bakterielle Zoonosen
A30–A49	Sonstige bakterielle Krankheiten
A50–A64	Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden
A65–A69	Sonstige Spirochätenkrankheiten
A70–A74	Sonstige Krankheiten durch Chlamydien
A75–A79	Rickettsiosen
A80–A89	Virusinfektionen des Zentralnervensystems
A92–A99	Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber
B00–B09	Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind
B15–B19	Virushepatitis
B20–B24	HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B25–B34	Sonstige Viruskrankheiten
B35–B49	Mykosen
B50–B64	Protozoenkrankheiten
B65–B83	Helminthosen
B85–B89	Pedikulose [Läusebefall], Akarinoase [Milbenbefall] und sonstiger Parasitenbefall der Haut
B90–B94	Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten
B95–B98	Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B99–B99	Sonstige Infektionskrankheiten
Kapitel II	Neubildungen (C00–D48)
C00–C14	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
C15–C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
C30–C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
C40–C41	Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
C43–C44	Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C45–C49	Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
C50–C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]
C51–C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
C60–C63	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
C64–C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane
C69–C72	Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
C73–C75	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
C76–C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81–C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet

ICD-10-Code	Bezeichnung
C97–C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D00–D09	In-situ-Neubildungen
D10–D36	Gutartige Neubildungen
D37–D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens
Kapitel III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D90)
D50–D53	Alimentäre Anämien
D55–D59	Hämolytische Anämien
D60–D64	Aplastische und sonstige Anämien
D65–D69	Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
D70–D77	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
D80–D90	Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
Kapitel IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)
E00–E07	Krankheiten der Schilddrüse
E10–E14	Diabetes mellitus
E15–E16	Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas
E20–E35	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
E40–E46	Mangelernährung
E50–E64	Sonstige alimentäre Mangelzustände
E65–E68	Adipositas und sonstige Überernährung
E70–E90	Stoffwechselstörungen
Kapitel V	Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)
F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30–F39	Affektive Störungen
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70–F79	Intelligenzstörung
F80–F89	Entwicklungsstörungen
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99–F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
Kapitel VI	Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)
G00–G09	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
G10–G14	Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
G20–G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G30–G32	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
G35–G37	Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
G50–G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
G60–G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
G70–G73	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
G80–G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
G90–G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems

ICD-10-Code	Bezeichnung
Kapitel VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)
H00–H06	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
H10–H13	Affektionen der Konjunktiva
H15–H22	Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
H25–H28	Affektionen der Linse
H30–H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut
H40–H42	Glaukom
H43–H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels
H46–H48	Affektionen des Nervus opticus und der Sehbahn
H49–H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
H53–H54	Sehstörungen und Blindheit
H55–H59	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde
Kapitel VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)
H60–H62	Krankheiten des äußeren Ohres
H65–H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
H80–H83	Krankheiten des Innenohres
H90–H95	Sonstige Krankheiten des Ohres
Kapitel IX	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)
I00–I02	Akutes rheumatisches Fieber
I05–I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
I10–I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten
I26–I28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
I30–I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit
I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
I70–I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
I80–I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert
I95–I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
Kapitel X	Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)
J00–J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege
J09–J18	Grippe und Pneumonie
J20–J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege
J30–J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
J40–J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
J60–J70	Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen
J80–J84	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
J85–J86	Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege
J90–J94	Sonstige Krankheiten der Pleura
J95–J99	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems
Kapitel XI	Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)
K00–K14	Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer
K20–K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums
K35–K38	Krankheiten der Appendix
K40–K46	Hernien

ICD-10-Code	Bezeichnung
K50–K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis
K55–K64	Sonstige Krankheiten des Darmes
K65–K67	Krankheiten des Peritoneums
K70–K77	Krankheiten der Leber
K80–K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas
K90–K93	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
Kapitel XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)
L00–L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut
L10–L14	Bullöse Dermatosen
L20–L30	Dermatitis und Ekzem
L40–L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten
L50–L54	Urtikaria und Erythem
L55–L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
L60–L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde
L80–L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut
Kapitel XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)
M00–M03	Infektiöse Arthropathien
M05–M14	Entzündliche Polyarthropathien
M15–M19	Arthrose
M20–M25	Sonstige Gelenkrankheiten
M30–M36	Systemkrankheiten des Bindegewebes
M40–M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M45–M49	Spondylopathien
M50–M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M60–M63	Krankheiten der Muskeln
M65–M68	Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
M70–M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
M80–M85	Veränderungen der Knochendichte und -struktur
M86–M90	Sonstige Osteopathien
M91–M94	Chondropathien
M95–M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
Kapitel XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)
N00–N08	Glomeruläre Krankheiten
N10–N16	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
N17–N19	Niereninsuffizienz
N20–N23	Urolithiasis
N25–N29	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters
N30–N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
N40–N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane
N60–N64	Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
N70–N77	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
N80–N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
N99–N99	Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems

ICD-10-Code	Bezeichnung
Kapitel XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (000–099)
000–008	Schwangerschaft mit abortivem Ausgang
009–009	Schwangerschaftsdauer
010–016	Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
020–029	Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
030–048	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Fetus und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
060–075	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
080–082	Entbindung
085–092	Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
094–099	Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind
Kapitel XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)
P00–P04	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung
P05–P08	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum
P10–P15	Geburtstrauma
P20–P29	Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P35–P39	Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P50–P61	Hämorrhagische und hämatologische Krankheiten beim Fetus und Neugeborenen
P70–P74	Transitorische endokrine und Stoffwechselstörungen, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind
P75–P78	Krankheiten des Verdauungssystems beim Fetus und Neugeborenen
P80–P83	Krankheitszustände mit Beteiligung der Haut und der Temperaturregulation beim Fetus und Neugeborenen
P90–P96	Sonstige Störungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
Kapitel XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)
Q00–Q07	Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
Q10–Q18	Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses
Q20–Q28	Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
Q30–Q34	Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
Q35–Q37	Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte
Q38–Q45	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems
Q50–Q56	Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane
Q60–Q64	Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems
Q65–Q79	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems
Q80–Q89	Sonstige angeborene Fehlbildungen
Q90–Q99	Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert
Kapitel XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)
R00–R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen
R10–R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen
R20–R23	Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen
R25–R29	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
R30–R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen
R40–R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen
R47–R49	Symptome, die die Sprache und die Stimme betreffen
R50–R69	Allgemeinsymptome
R70–R79	Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose

ICD-10-Code	Bezeichnung
R80–R82	Abnorme Urinuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
R83–R89	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei der Untersuchung anderer Körperflüssigkeiten, Substanzen und Gewebe
R90–R94	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen
R95–R99	Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen
Kapitel XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)
S00–S09	Verletzungen des Kopfes
S10–S19	Verletzungen des Halses
S20–S29	Verletzungen des Thorax
S30–S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40–S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50–S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60–S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70–S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80–S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90–S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00–T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08–T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen
T15–T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung
T20–T25	Verbrennungen oder Verätzungen der äußeren Körperoberfläche, Lokalisation bezeichnet
T26–T28	Verbrennungen oder Verätzungen, die auf das Auge und auf innere Organe begrenzt sind
T29–T32	Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und nicht näher bezeichneter Körperregionen
T33–T35	Erfrierungen
T36–T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T51–T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
T66–T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen
T79–T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas
T80–T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
T89–T89	Sonstige Komplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert
T90–T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen
Kapitel XX	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01–Y84)
V01–X59	Unfälle
X60–X84	Vorsätzliche Selbstbeschädigung
X85–Y09	Tätlicher Angriff
Y10–Y34	Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind
Y35–Y36	Gesetzliche Maßnahmen und Kriegshandlungen
Y40–Y84	Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung
Kapitel XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99)
Z00–Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen
Z20–Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten
Z30–Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen
Z40–Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen
Z55–Z65	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
Z70–Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
Z80–Z99	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen

ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC-Klassifikation

Gliederungsebene	Anzahl	ATC-Code
Anatomische Hauptgruppen	15	A-V
Therapeutische Untergruppen	99	A01-V90

ATC-Code	Bezeichnung
A	Alimentäres System und Stoffwechsel
A01	Stomatologika
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen
A03	Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen
A04	Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit
A05	Gallen- und Lebertherapie
A06	Mittel gegen Obstipation
A07	Antidiarrhoika und Intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva
A08	Antiadiposita, exklusive Diätetika
A09	Digestiva, inklusive Enzyme
A10	Antidiabetika
A11	Vitamine
A12	Mineralstoffe
A13	Tonika
A14	Anabolika zur systemischen Anwendung
A15	Appetit stimulierende Mittel
A16	Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel
B	Blut und blutbildende Organe
B01	Antithrombotische Mittel
B02	Antihämorrhagika
B03	Antianämika
B05	Blutersatzmittel und Perfusionslösungen
B06	Andere Hämatologika
C	Kardiovaskuläres System
C01	Herztherapie
C02	Antihypertensiva
C03	Diuretika
C04	Periphere Vasodilatoren
C05	Vasoprotektoren
C06	Andere Herz- und Kreislaufmittel
C07	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten
C08	Calciumkanalblocker
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen

ATC-Code	Bezeichnung
D	Dermatika
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung
D02	Emollientia und Hautschutzmittel
D03	Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren
D04	Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc.
D05	Antipsoriatika
D06	Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen
D08	Antiseptika und Desinfektionsmittel
D09	Medizinische Verbände
D10	Aknemittel
D11	Andere Dermatika
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone
G01	Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika
G02	Andere Gynäkologika
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems
G04	Urologika
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline
H01	Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung
H03	Schilddrüsenentherapie
H04	Pankreashormone
H05	Calciumhomöostase
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung
J02	Antimykotika zur systemischen Anwendung
J04	Mittel gegen Mykobakterien
J05	Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung
J06	Immunsera und Immunglobuline
J07	Impfstoffe
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel
L01	Antineoplastische Mittel
L02	Endokrine Therapie
L03	Immunstimulanzien
L04	Immunsuppressiva
M	Muskel- und Skelettsystem
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika
M02	Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen
M03	Muskelrelaxanzien
M04	Gichtmittel
M05	Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen
M09	Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems

ATC-Code	Bezeichnung
N	Nervensystem
N01	Anästhetika
N02	Analgetika
N03	Antiepileptika
N04	Antiparkinsonmittel
N05	Psycholeptika
N06	Psychoanaleptika
N07	Andere Mittel für das Nervensystem
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien
P01	Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen
P02	Anthelmintika
P03	Mittel gegen Ektoparasiten, inklusive Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien
R	Respirationstrakt
R01	Rhinologika
R02	Hals- und Rachen therapeutika
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
R04	Brusteinreibungen und andere Inhalate
R05	Husten- und Erkältungsmittel
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung
R07	Andere Mittel für den Respirationstrakt
S	Sinnesorgane
S01	Ophthalmika
S02	Otologika
S03	Ophthalmologische und otologische Zubereitungen
V	Verschiedene
V01	Allergene
V03	Alle übrigen therapeutischen Mittel
V04	Diagnostika
V06	Allgemeine Diätetika
V07	Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel
V08	Kontrastmittel
V09	Radiodiagnostika
V10	Radiotherapeutika
V20	Wundverbände
V60	Homöopathika und Anthroposophika
V70	Rezepturen
V90	Sondergruppen
X	Ohne ATC-Angabe

Wirtschaftsabschnitte und -abteilungen nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008)

Gliederungsebene	Anzahl	WZ-2008-Code
Wirtschaftsabschnitte	21	A-U
Wirtschaftsabteilungen	88	01-99

WZ-2008-Code	Bezeichnung
Abschnitt A	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
01	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag
03	Fischerei und Aquakultur
Abschnitt B	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
05	Kohlenbergbau
06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas
07	Erzbergbau
08	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau
09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden
Abschnitt C	Verarbeitendes Gewerbe
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln
11	Getränkeherstellung
12	Tabakverarbeitung
13	Herstellung von Textilien
14	Herstellung von Bekleidung
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden
24	Metallerzeugung und -bearbeitung
25	Herstellung von Metallerzeugnissen
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen
28	Maschinenbau
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen
30	Sonstiger Fahrzeugbau
31	Herstellung von Möbeln
32	Herstellung von sonstigen Waren
33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen
Abschnitt D	Energieversorgung
35	Energieversorgung

WZ-2008-Code	Bezeichnung
Abschnitt E	Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
36	Wasserversorgung
37	Abwasserentsorgung
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung
39	Beseitigung von Umweltverschmutzungen und sonstige Entsorgung
Abschnitt F	Baugewerbe
41	Hochbau
42	Tiefbau
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe
Abschnitt G	Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
Abschnitt H	Verkehr und Lagerei
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen
50	Schifffahrt
51	Luftfahrt
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr
53	Post-, Kurier- und Expressdienste
Abschnitt I	Gastgewerbe
55	Beherbergung
56	Gastronomie
Abschnitt J	Information und Kommunikation
58	Verlagswesen
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios und Verlegen von Musik
60	Rundfunkveranstalter
61	Telekommunikation
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie
63	Informationsdienstleistungen
Abschnitt K	Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten
Abschnitt L	Grundstücks- und Wohnungswesen
68	Grundstücks- und Wohnungswesen
Abschnitt M	Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung
72	Forschung und Entwicklung
73	Werbung und Marktforschung
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten
75	Veterinärwesen

WZ-2008-Code	Bezeichnung
Abschnitt N	Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen
77	Vermietung von beweglichen Sachen
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.
Abschnitt O	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
Abschnitt P	Erziehung und Unterricht
85	Erziehung und Unterricht
Abschnitt Q	Gesundheits- und Sozialwesen
86	Gesundheitswesen
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
88	Sozialwesen (ohne Heime)
Abschnitt R	Kunst, Unterhaltung und Erholung
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung
Abschnitt S	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen
Abschnitt T	Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
97	Private Haushalte mit Hauspersonal
98	Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
Abschnitt U	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften

Berufssektoren, -segmente und Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe (KlDB 2010)

Gliederungsebene	Anzahl	KlDB-2010-Code
Berufssektoren	5	S1-S5
Berufssegmente	14	S11-S53
Berufshauptgruppen	37	01-99

KlDB-2010-Code	Bezeichnung
S1	Produktionsberufe
S11	Land-, Forst- und Gartenbauberufe
11	Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe
12	Gartenbauberufe und Floristik
S12	Fertigungsberufe
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikerstellung und -verarbeitung
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe
28	Textil- und Lederberufe
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau
S13	Fertigungstechnische Berufe
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe
26	Mechatronik, Energie- und Elektroberufe
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe
S14	Bau- und Ausbauberufe
31	Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe
32	Hoch- und Tiefbauberufe
33	(Innen-)Ausbauberufe
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe
S2	Personenbezogene Dienstleistungsberufe
S21	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung
63	Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe
S22	Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe
81	Medizinische Gesundheitsberufe
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik
S23	Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie
84	Lehrende und ausbildende Berufe
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe
94	Darstellende und unterhaltende Berufe

KldB-2010-Code	Bezeichnung
S3	Kaufmännische und unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe
S31	Handelsberufe
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe
62	Verkaufsberufe
S32	Berufe in Unternehmensführung und -organisation
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation
S33	Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung
73	Berufe in Recht und Verwaltung
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe
S4	IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe
S41	IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe
41	Mathematik, Biologie-, Chemie- und Physikberufe
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe
43	Informatik, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe
S5	Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungsberufe
S51	Sicherheitsberufe
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe
01	Angehörige der regulären Streitkräfte
S52	Verkehrs- und Logistikberufe
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten
S53	Reinigungsberufe
54	Reinigungsberufe

