



K. Kliner | D. Rennert | M. Richter (Hrsg.)

Gesundheit und Arbeit

Blickpunkt Gesundheits- wesen



BKK Gesundheitsatlas 2017

K. Kliner | D. Rennert | M. Richter (Hrsg.)

Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

BKK Gesundheitsatlas 2017

K. Kliner | D. Rennert | M. Richter (Hrsg.)

Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen

mit Gastbeiträgen von

D. Bogai | S. Bühler | A. Flöttmann | A. Grebe | F. Großheimann | F. Knieps
P. Krauss-Hoffmann | B. Schauerte | H. Seibert | F. Stiegler | B. Tews-Harms | D. Wiethölter



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Kliner K | Rennert D | Richter M (Hrsg.) „Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen“. BKK

Gesundheitsatlas 2017. ISBN 978-3-95466-341-5, urheberrechtlich geschützt

© 2017 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.

Der BKK Gesundheitsatlas 2017 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Dachverband erstellt.

Herausgeber: Karin Kliner, Dirk Rennert, Dr. Matthias Richter (BKK Dachverband e.V.)

Redaktion: Karin Kliner, Dirk Rennert, Dr. Matthias Richter (BKK Dachverband e.V.)

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

ISBN 978-3-95466-341-5

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:

Kliner K, Rennert D, Richter M (Hrsg.) BKK Gesundheitsatlas 2017. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2017

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, Juli 2017

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

Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin

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

Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen

Zuschriften und Kritik an:

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

Die Herausgeber



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



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



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

Die Autoren



Dr. Dieter Bogai
IAB-Regional in der Regionaldirektion Berlin-
Brandenburg der Bundesagentur für Arbeit
Friedrichstraße 34
10969 Berlin



Dr. Peter Krauss-Hoffmann
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Referat IIIb 3
Villemomber Straße 76
53123 Bonn



Sylvia Bühler
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di
Paula-Thiede-Ufer 10
10179 Berlin



Dr. Birgit Schauerte
Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung
BGF GmbH
Neumarkt 35-37
50667 Köln



Andreas Flöttmann
BKK Diakonie
Königsweg 8
33617 Bielefeld



Dr. Holger Seibert
IAB-Regional in der Regionaldirektion Berlin-
Brandenburg der Bundesagentur für Arbeit
Friedrichstraße 34
10969 Berlin



Dr. Andrea Grebe
Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
Aroser Allee 72-76
13407 Berlin



Franziska Stiegler
BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin



Frank Großheimann
BKK Diakonie
Königsweg 8
33617 Bielefeld



Bettina Tews-Harms
Bettina Harms GmbH
Molkereistraße 14
29386 Hankensbüttel



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



Doris Wiethölder
IAB-Regional in der Regionaldirektion Berlin-
Brandenburg der Bundesagentur für Arbeit
Friedrichstraße 34
10969 Berlin

Inhalt

Vorwort	ix
Das Wichtigste im Überblick	x
Methodische Hinweise	xvi
Das Gesundheitswesen – Branchen und Beschäftigte	xix
1 Ergebnisse der BKK Umfrage „Gesundheit und Arbeit“	1
1.1 Ergebnisse der Gesamtstichprobe	3
1.2 Ergebnisse nach Wirtschaftsgruppen	6
1.3 Ergebnisse nach Berufsgruppen	9
1.4 Gesundheit und Arbeit im Gesundheitswesen	12
2 Arbeitsunfähigkeit	15
2.1 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei den beschäftigten Mitgliedern insgesamt	17
2.2 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Wirtschaftsgruppen	23
2.3 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Berufsgruppen	33
2.4 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	46
3 Ergebnisse aus anderen Versorgungsbereichen	59
3.1 Ambulante Versorgung	61
3.2 Stationäre Versorgung	71
3.3 Arzneimittelverordnungen	81

4	Gastautorenbeiträge und Interviews _____	91
	Beschäftigte in den Pflegeberufen – Bedeutung, Strukturmerkmale, Entwicklung und Perspektiven _____	93
	<i>Dieter Bogai, Holger Seibert und Doris Wiethölter</i>	
	Arbeitsbedingungen und Belastungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen _____	103
	<i>Sylvia Bühler</i>	
	Von der Idee zur Tat: Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Pflege _____	109
	<i>Andreas Flöttmann und Frank Großheimann</i>	
	Kein Stress mit dem Stress. Lösungen und Tipps für Pflegeeinrichtungen _____	115
	<i>Birgit Schauerte, Franziska Stiegler und Peter Krauss-Hoffmann</i>	
	Interview mit Bettina Tews-Harms _____	121
	Interview mit Dr. Andrea Grebe _____	124
5	Fazit _____	127
	<i>Franz Knieps</i>	

Vorwort

„Gesundheit und Arbeit“ – so lautete der Titel des BKK Gesundheitsreports 2016, in dem gezeigt werden konnte, dass es für die Gesundheit der beschäftigten BKK Mitglieder eine wichtige Rolle spielt, in welcher Branche und in welchem Beruf sie tätig sind. Maßgeblich sind dabei weniger die formalen Zuordnungen, sondern vor allem die damit verbundenen Arbeitsbedingungen, welche die Gesundheit mitbeeinflussen. Dieser Einfluss ist in der Regel nicht unerheblich, schließlich verbringt man einen großen Teil seiner Lebenszeit mit Arbeit. Arbeit ist dabei für viele nicht allein der Tausch Leistung gegen Entgelt, sondern auch Teil des eigenen Selbstverständnisses.

Gerade die Beschäftigten im Gesundheitswesen und dort vor allem die Pflegeberufe gelten als „Überzeugungstäter“. Dabei spielt nicht zuletzt eine gewichtige Rolle, dass es ein zentraler Aspekt dieser Tätigkeit ist, Menschen, die wegen Krankheit und/oder Alter pflegebedürftig sind, diese Hilfe zukommen zu lassen. Die Bedeutung dieser Aufgabe liegt auf der Hand, genauso wie die Tatsache, dass durch den demografischen Wandel – sowohl bei den Pflegebedürftigen als auch bei den Pflegenden selbst – hier zukünftig große Herausforderungen entstehen werden. Aber auch andere Herausforderungen warten auf das Gesundheitswesen und seine Beschäftigten: Strukturen im Gesundheitswesen verändern sich, High-Tech hält schon seit einiger Zeit Einzug in Medizin und Pflege, zunehmende Vernetzung und Digitalisierung wird dies weiter forcieren und auch vor den Pflegeberufen nicht Halt machen. Die Ausbildung muss und wird, nicht nur aufgrund dieser Tatsache, in den kommenden Jahren einen tiefgreifenden Transformationsprozess durchlaufen. Die Leidenschaft im öffentlichen Diskurs zur Reform der Pflegeausbildung und zu Umsetzung und Folgen von Digitalisierung zeugt davon.

Viele Diskussionen zum BKK Gesundheitsreport 2016 bezogen sich darauf, wie gesund eben diejenigen sind, die Kranken und Alten helfen. Sind diejenigen, die diese wichtige gesellschaftliche Aufgabe

übernehmen, selbst stark belastet oder gar überlastet? Gibt es bestimmte Krankheiten, die oft auftreten und zu Fehlzeiten bei der Arbeit und erhöhter Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung führen? Was kann man schließlich tun, um die Gesundheit zu erhalten? Wo finden sich Best-Practice-Beispiele, die Nachahmer finden sollten? Diesen und weiteren Fragen will sich der BKK Gesundheitsatlas 2017 widmen. Durch weitere Analysen der Versichertendaten, einer Umfrage zum Thema Gesundheit und Arbeit sowie durch Gastautorenbeiträge und Interviews soll hiermit ein umfassenderes Bild der gesundheitlichen Lage der Beschäftigten im Gesundheitswesen mit besonderem Fokus auf die Pflegeberufe erstellt werden. Darüber hinaus werden aber auch Wege aufgezeigt, wie die Gesundheit der Beschäftigten erhalten und gefördert werden kann. An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Gastautorinnen und Gastautoren sehr bedanken, die mit ihrer Expertise, genauso wie mit reichhaltiger praktischer Erfahrung, die Erkenntnisse aus den Analysen der Versichertendaten bereichern und erweitern.

Ich bin überzeugt, dass der BKK Gesundheitsatlas 2017 nicht nur den Status quo der gesundheitlichen Lage abbildet, sondern darüber hinaus auch einen wichtigen Impuls für die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit im Gesundheitswesen gibt. Die Betriebskrankenkassen stehen dabei durch ihre Nähe zu den und Anbindung an die Unternehmen als Impulsgeber, Berater und Unterstützer zur Verfügung.

Ich wünsche Ihnen ein erkenntnisreiches und anregendes Lesevergnügen.



Franz Knieps
Vorstand des BKK Dachverbandes e. V.

Das Wichtigste im Überblick

1. BKK Umfrage „Gesundheit und Arbeit“

Allgemein

- Mehr als drei Viertel der Umfrageteilnehmer weisen eine gute oder sehr gute Arbeitsfähigkeit auf, bei 5,2% ist diese hingegen schlecht. 7,5% sehen durch die Arbeit ihre körperliche Gesundheit stark bzw. sehr stark gefährdet, (sehr) stark psychisch gefährdet sehen sich 12,2%. Bei 4,4% besteht gleichzeitig in beiden Bereichen eine Gefährdung.
- Rund neun von zehn Befragten sehen Gesundheitsförderung bei der Arbeit als wichtig oder sehr wichtig an. 43,8% geben an, dass es im Unternehmen Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung gibt, davon nutzen 61,3% solche Angebote auch persönlich.

Wirtschaftsgruppen

- Nur 61,3% der Beschäftigten in der Wirtschaftsgruppe Heime weisen eine gute bzw. sehr gute Arbeitsfähigkeit auf. Entgegengesetzt die Wirtschaftsgruppe Information und Kommunikation: Bei fast 80% ist die Arbeitsfähigkeit gut bis sehr gut. Beschäftigte in Heimen sehen außerdem häufiger sowohl ihre körperliche als auch psychische Gesundheit gefährdet: 14% geben gleichzeitig in beiden Bereichen eine (sehr) starke Gefährdung an.
- Starke Unterschiede bestehen beim Angebot von und der Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF): Über 60% der Beschäftigten in der Informations- und Kommunikationsbranche geben an, dass BGF-Maßnahmen angeboten werden, aber nur etwa jeder Zweite nimmt diese auch wahr. Andersherum bei den Wirtschaftsgruppen Gesundheitswesen und Heime, wo bei 50% der Arbeitgeber ein Angebot existiert, woran dann aber rund zwei Drittel der Beschäftigten teilnehmen.

Berufsgruppen

- Überdurchschnittlich hohe Anteile mit schlechter Arbeitsfähigkeit weisen die Beschäftigten der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege auf. Zusätzlich zeigt sich ein Alters- und Teilzeitbeschäftigungseffekt in den Pflegeberufen mit nochmals niedrigeren Arbeitsfähigkeitswerten bei den über 49-Jährigen in der Altenpflege sowie den Teilzeitkräften in der Gesundheits- und Krankenpflege.
- Mehr als jeder Fünfte in der Altenpflege (21,4%) sieht sich sowohl physisch als auch psychisch durch die Arbeit gefährdet, gegenüber dem Gesamtdurchschnitt (4,4%) sind dies fast fünfmal so viele Beschäftigte.
- Entsprechend ist die Teilnahmebereitschaft an BGF-Maßnahmen hoch, fast 80% in der Altenpflege nehmen an solchen Angeboten teil – sofern überhaupt ein solches Angebot vorhanden ist: Nur bei rund 43% der Befragten ist dies der Fall.

2. Arbeitsunfähigkeit

Allgemein

- Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten war gar nicht (38,3%) bzw. nur einmalig (26,6%) krankheitsbedingt arbeitsunfähig. Von den AUFällen wiederum sind nahezu zwei Drittel (66,5%) mit Kurzeiterkrankungen von maximal 7 Kalendertagen Dauer verbunden.
- Bei jungen Beschäftigten treten häufiger Kurzeiterkrankungen auf, während bei den älteren Beschäftigten krankheitsbedingte Arbeitsausfälle seltener, dafür aber langwieriger sind.
- Die Fehltagel der Beschäftigten haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Erfreulich ist, dass bei den Verletzungen und Vergiftungen seit 2011 ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist.

- Mehr als die Hälfte aller AU-Tage (56,0%) wird durch Muskel- und Skeletterkrankungen, Atemwegserkrankungen und psychische Störungen verursacht. Auch geht mehr als jeder zweite Krankengeldtag (55,6%) der Beschäftigten auf eine Muskel- und Skeletterkrankung bzw. psychische Störung zurück.
- Am langwierigsten sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten der Beschäftigten bei psychischen Störungen mit einer durchschnittlichen Falldauer von 34,3 Tagen.
- Im Regionalvergleich zeigt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle mit fast einer Kalenderwoche Unterschied zwischen den Fehltagen in Baden-Württemberg (13,7 AU-Tage) und Sachsen-Anhalt (21,2 AU-Tage).

Wirtschaftsgruppen

- Weibliche Beschäftigte in Heimen und im Sozialwesen weisen überdurchschnittlich viele Fehltag auf. In der Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen sind es die weiblichen Beschäftigten in den Krankenhäusern, welche die meisten Fehltag (18,2 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) aufweisen.
- AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen treten am häufigsten bei den weiblichen Beschäftigten in Pflegeheimen, in Altenheimen sowie in der sozialen Betreuung auf und zwar nahezu doppelt so häufig wie bei den beschäftigten Frauen insgesamt.
- Rückenschmerzen (M54) sind für Beschäftigten in Pflegeheimen, in Altenheimen und in der sozialen Betreuung die Hauptursache für Fehltag. Bei den Beschäftigten insgesamt ist diese Erkrankungsart erst auf Platz 2 nach den akuten Atemwegsinfektionen (J06) zu finden.
- Auch bei den psychischen Störungen sind überdurchschnittlich viele AU-Tage in den drei genannten Wirtschaftsgruppen vor allem bei den weiblichen Beschäftigten zu finden – fast doppelt so viele wie bei den weiblichen Beschäftigten insgesamt. Dies gilt auch für die depressive Episode (F32) und das Burn-out-Syndrom (Z73).

Berufsgruppen

- Im Mittel fallen 19,3 AU-Tage in den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen an – dieser Wert liegt mehr als 3 Fehltag über denen der Beschäftigten insgesamt. Über alle Altersgruppen hinweg liegen die Fehltag der Beschäftigten in den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen über dem Durchschnitt aller Berufstätigen. Mit stei-

gendem Alter nimmt dieser Unterschied sogar noch zu.

- Beschäftigte in der Altenpflege haben mit durchschnittlich 24,1 AU-Tagen mehr als eine Kalenderwoche höhere Fehlzeiten als alle Beschäftigten insgesamt (16,1 AU-Tage je Beschäftigten). Auch die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege liegen mit 19,3 AU-Tagen deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Dabei fallen Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege im Mittel pro AU-Fall deutlich länger aus (13,7 bzw. 15,6 AU-Tage je Fall), als die Beschäftigten insgesamt (11,7 AU-Tage je Fall), und sind deutlich häufiger von Langzeiterkrankungen (Dauer > 6 Wochen) betroffen, als alle Beschäftigten insgesamt.
- Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen sind in den Pflegeberufen die höchsten Fehlzeiten bei den Beschäftigten in der Altenpflege (6,6 AU-Tage) sowie der Gesundheits- und Krankenpflege (4,7 AU-Tage) zu finden. Beide Werte liegen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (4,0 AU-Tage). Auch bei den psychischen Störungen haben die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege (3,4 AU-Tage) und der Altenpflege (4,5 AU-Tage) die meisten Fehltag, die ebenfalls deutlich über dem Wert aller Beschäftigten (2,3 AU-Tage) liegen.
- Mit mehr als 10 Kalendertagen zeigen sich die größten regionalen Variationen bei den Beschäftigten der Altenpflege zwischen Hamburg (19,1 AU-Tage) und Berlin (30,1 AU-Tage). Immerhin mehr als eine Kalenderwoche beträgt der regionale Unterschied zwischen den Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege in Baden-Württemberg (17,2 AU-Tage) und Brandenburg (24,6 AU-Tage). Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für die Krankheitsarten psychische Störungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen.
- Mit 4,7 AU-Tagen haben die Altenpflegerinnen mit deutlichem Abstand zu den Beschäftigten insgesamt (3,0 AU-Tage) die meisten Fehltag aufgrund psychischer Störungen. Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen sind es die weiblichen Beschäftigten in den Pflegeberufen und auch hier wiederum die Altenpflegerinnen, die mit 7,0 AU-Tagen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (3,7 AU-Tage) liegen.
- Im Altersgruppenvergleich zeigt sich für beide Pflegeberufe, dass zum einen deren Fehltag in nahezu allen Altersklassen über denen der Beschäftigten insgesamt liegt und sich zum anderen dieser Abstand mit zunehmendem Alter noch

vergrößert. Die Beschäftigten in der Altenpflege weisen über alle Altersgruppen die höchsten Werte auf. Bei den Über-65-Jährigen sind es sogar weit mehr als doppelt so viele AU-Tage wie bei den Beschäftigten insgesamt (43,4 AU-Tage vs. 16,3 AU-Tage).

- Spitzenreiter bei den Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen ist Berlin mit 8,5 AU-Tagen bei den Beschäftigten der Altenpflege und Thüringen mit 6,2 AU-Tagen bei den Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege. Insbesondere in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin haben die Beschäftigten der Altenpflege jeweils deutlich mehr (+2,7 bis +3,3) AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart, als die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege. Die wenigsten AU-Tage aufgrund dieser Diagnosehauptgruppe finden sich für die Gesundheits- und Krankenpflege in Hamburg (3,3 AU-Tage) und für die Altenpflege in Hessen (5,4 AU-Tage).
- Fehltag aufgrund psychischer Störungen zeigen bei den Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege ein deutliches Ost-West-Gefälle: Für in diesem Beruf Beschäftigte in Brandenburg sind doppelt so viele AU-Tage zu verzeichnen, wie für im gleichen Beruf Beschäftigte in Baden-Württemberg (5,4 vs. 2,6 AU-Tage). Bei den Beschäftigten der Altenpflege zeigt sich kein solches Ost-West-Gefälle, für diese Berufsgruppe findet man in Schleswig-Holstein die meisten Fehltag (7,4 AU-Tage), während die in Sachsen-Anhalt Beschäftigten am wenigsten wegen psychischer Störungen arbeitsunfähig sind (3,3 AU-Tage).

Berufsgruppen – weitere arbeitsweltliche Indikatoren

- Frauen in den Pflegeberufen weisen über alle Anforderungsniveaustufen hinweg deutlich höhere Fehltag auf als die weiblichen Beschäftigten insgesamt. Während bei den männlichen Altenpflegekräften, wie auch bei den Beschäftigten insgesamt, die AU-Tage mit zunehmendem Anforderungsniveau zurückgehen, bleiben sie bei den männlichen Gesundheits- und Krankenpflegern nahezu gleich hoch.
- Fehltag aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen treten besonders häufig bei den weiblichen Beschäftigten in den Pflegeberufen auf, wobei der Abstand zu den Beschäftigten insgesamt mit zunehmendem Anforderungsniveau immer größer wird. Altenpflegerinnen mit hoch komplexen Tätigkeiten haben sogar 3-mal so viele Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart, wie

alle Beschäftigten mit hoch komplexen Tätigkeiten insgesamt (4,8 vs. 1,6 AU-Tage).

- AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen liegen bei den Pflegeberufen für Männer und Frauen über alle Anforderungsniveaustufen zum Teil deutlich über den Fehltag aller Beschäftigten insgesamt. Spitzenreiter sind mit durchschnittlich 6,2 AU-Tagen die weiblichen Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege mit hoch komplexen Tätigkeiten, ein Wert der mehr als doppelt so hoch ist, wie in der Vergleichsgruppe aller Beschäftigten mit gleichem Anforderungsniveau (2,3 AU-Tage).
- Gesundheits- und Krankenpfleger mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion haben gleich viele bzw. sogar mehr Fehltag als die sonstigen Fachkräfte.
- Bei den männlichen Führungskräften der Gesundheits- und Krankenpflege kommen im Vergleich zu allen Beschäftigten besonders häufig Fehltag aufgrund von Herz- und Kreislauf-erkrankungen vor (180 vs. 66 AU-Tage je 100 Beschäftigte), seltener hingegen bei den Führungskräften in der Altenpflege (41 AU-Tage je 100 Beschäftigte).
- Mehr als jeder fünfte Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege (22,9%) und nahezu jeder dritte Beschäftigte in der Altenpflege (32,9%) hat ein befristetes Arbeitsverhältnis, wesentlich mehr als bei den Beschäftigten insgesamt (14,6%).
- Bis auf die befristet in Vollzeit Beschäftigten, zeigen sich für alle anderen Vertragsformen annähernd die gleichen zum Teil weit über den Werten aller Beschäftigten liegenden Fehltag.
- Die hohen Fehlzeiten der (vorrangig) weiblichen befristet in Teilzeit Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege (20,8 AU-Tage) bzw. in der Altenpflege (26,5 AU-Tage) können als Indiz für die gesundheitlichen Auswirkungen prekärer Beschäftigung gewertet werden.
- Beschäftigte in den Pflegeberufen, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, weisen mehr Fehltag auf als solche mit einer regulären Anstellung.
- Bei weiblichen Gesundheits- und Krankenpflegern ist der Unterschied bei den Fehltag zwischen beiden Anstellungsformen mit fast 5 Kalendertagen am größten (24,6 vs. 19,9 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Differenzen in gleicher Richtung sind auch für AU-Tage aufgrund Muskel- und Skeletterkrankungen, psychischen Störungen und Verletzungen/Vergiftungen feststellbar.

3. Ergebnisse aus anderen Leistungsbereichen

Ambulante Versorgung

- Fast jedes zweite beschäftigte Mitglied war im Jahr 2015 wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt, fast genauso viele waren es aufgrund von Atemwegserkrankungen.
- Muskel-Skelett-Erkrankungen nehmen mit höherem Alter deutlich zu, rund 7 von 10 Frauen und mehr als 6 von 10 Männern zwischen 60 und 64 Jahren bekamen solche Diagnosen gestellt.
- Alters- und Geschlechtseffekt bei psychischen Störungen: Diese werden mit steigendem Alter häufiger diagnostiziert, über alle Altersgruppen hinweg sind Frauen häufiger betroffen als Männer.
- Die Inanspruchnahme bei den Beschäftigten des Gesundheitswesens schwankt regional sehr stark, zwischen 78,5% (Sachsen) und 93,1% (Bremen).
- Der Anteil der Beschäftigten in Pflege- und Altenheimen älter als 49 Jahre, die aufgrund psychischer Störung Ärzte oder Therapeuten konsultieren, ist gegenüber dem Durchschnitt aller Beschäftigten um rund 10 Prozentpunkte höher.
- Beschäftigte in medizinischen Gesundheitsberufen weisen die höchste Inanspruchnahme ambulanter Versorgung auf, fast 92% haben mindestens einmal einen Arzt oder Therapeuten konsultiert.
- Den größten Anteil Beschäftigter, die eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben, weisen die Altenpfleger/-innen auf – fast 41% haben eine solche Diagnose gestellt bekommen.
- Ähnlich wie im AU-Geschehen sind es die Frauen in der Altenpflege, von denen überdurchschnittlich viele aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in Behandlung sind.
- Bei den Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege nehmen diejenigen, die hoch komplexe Tätigkeiten verrichten, ambulante Versorgung häufiger als Beschäftigte mit anderen Anforderungsniveaus aufgrund psychischer Störungen (36%) bzw. Muskel-Skelett-Erkrankungen (51%) in Anspruch.
- In Vollzeit beschäftigte Altenpflegekräfte – befristet genauso wie unbefristet – sind häufiger aufgrund psychischer Störungen in ambulanter Behandlung, die Differenz zu allen Beschäftigten in gleichem Arbeitsverhältnis beträgt mehr als 12 Prozentpunkte.

Stationäre Versorgung

- Die weitaus meisten Tage in stationärer Behandlung werden aufgrund psychischer Störungen verursacht. Bei berufstätigen Frauen sind mehr Behandlungstage aufgrund dieser Krankheitsart als bei Männern zu verzeichnen.
- Bei 50- bis 54-Jährigen ist die Anzahl der Krankenhaustage pro Kopf aufgrund psychischer Störungen am höchsten, wohingegen diese Zahl bei Beschäftigten ab 60 Jahren sehr deutlich abnimmt. Es ist zu vermuten, dass dies daher rührt, dass in letztgenannten Altersgruppen die besonders stark Betroffenen vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Jenseits der 60 Jahre sind Muskel-Skelett-Erkrankungen häufiger als psychische Störungen als Behandlungsdiagnose bei Beschäftigten zu finden. Hiervon sind beide Geschlechter etwa gleichermaßen betroffen.
- Die Beschäftigten in Heimen weisen hohe Fallzahlen stationärer Behandlung auf, entsprechend ist auch die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen hoch, diese ist zum Beispiel fast um drei Viertel höher als bei Beschäftigten der IT- Dienstleistungsbranche (1.219 vs. 701 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Besonders viele Behandlungstage sind bei Beschäftigten in Heimen im Saarland erfolgt (1.612 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), demgegenüber waren es rund ein Drittel weniger in Sachsen und Schleswig-Holstein.
- Bei den unter 25-jährigen Beschäftigten sind in Pflege- und Altenheimen pro Kopf mehr als doppelt so viele Behandlungstage im Vergleich zum Durchschnitt aller Beschäftigten dieses Alters erfolgt (622 bzw. 573 vs. 237 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe weisen überdurchschnittlich viele Tage in stationärer Behandlung je Beschäftigte auf (1.113 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Besonders hoch ist für diese Berufsgruppe die durchschnittliche Anzahl an Krankenhaustagen im Saarland (1.577 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), nur halb so viele sind es dagegen in Berlin (798 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Beschäftigte in den Pflegeberufen weisen insgesamt deutlich überdurchschnittlich viele Krankenhaustage wegen psychischen Störungen auf (Gesundheits- und Krankenpflege: 458 KH-Tage bzw. Altenpflege: 523 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte vs. Beschäftigte insgesamt: 261 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Männliche Pflegekräfte sind – anders als Männer insgesamt – mehr Tage

(etwa +15%) in stationärer Behandlung gewesen als Pflegerinnen.

- Altenpflegerinnen sind außerdem überdurchschnittlich viele Tage wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen im Krankenhaus (143 vs. 101 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Helfer sind gegenüber Fachkräften häufiger in stationärer Behandlung, besonders groß ist die Differenz bei den psychischen Störungen (332 vs. 269 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Bei Fachkräften in der Altenpflege treten etwa drei Viertel mehr Krankenhaustage aufgrund psychischer Störungen auf (477 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) als beim Durchschnitt aller Fachkräfte. Die Werte liegen somit sogar über denen der Helfer in der Altenpflege.
- Anders als in der ambulanten Versorgung treten in der stationären Versorgung bei Pflegekräften mit befristender Vollzeitstellung erheblich mehr Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen auf – rund doppelt so viele Krankenhaustage wie bei allen Beschäftigten in einem solchen Arbeitsverhältnis (> 570 vs. 289 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Hohe Verordnungsmengen von Arzneimitteln mit Wirkung auf das Nervensystem für Beschäftigten in Pflegeheimen sowie in Altenheimen (jeweils 37 DDD je Beschäftigten): Dabei sind diese 50% über den durchschnittlichen Mengen für alle Beschäftigten der jeweiligen Altersgruppe.
- Bei Muskel-Skelett-Medikamenten sind bei den Beschäftigten in Pflegeheimen und Altenheimen ebenfalls die Verordnungsmengen kontinuierlich über dem jeweiligen Gesamtdurchschnitt je Altersgruppe, allerdings in einem deutlich geringeren Ausmaß (im Mittel 20%).
- Die Beschäftigten in medizinischen Gesundheitsberufen allgemein sowie insbesondere die in Gesundheits- und Krankenpflegeberufen erhalten insgesamt weniger Arzneimittelverordnungen als der Durchschnitt aller Beschäftigten.
- Allerdings werden bei den Beschäftigten Kranken- und Altenpflegekräften überdurchschnittlich viele Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet, am meisten bei den Altenpflegerinnen im Alter von 50 Jahren und älter mit rund 51 Tagesdosen je beschäftigtes Mitglied.
- Männer beider Pflegeberufsgruppen bekommen mehr Nervensystem-Medikamente verordnet, Gesundheits- und Krankenpfleger dagegen weniger Muskel-Skelett-Medikamente als der Gesamtdurchschnitt der Männer.

Arzneimittelverordnungen

- Rund 27% der Beschäftigten haben Antiinfektiva verordnet bekommen, damit ist diese Arzneimittelart am verbreitetsten. Aber auch fast ein Viertel hat Medikamente mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem verschrieben bekommen.
- Die Verordnungsmengen der Muskel-Skelett-Medikamente steigen kontinuierlich mit zunehmendem Alter. Dies gilt für beide Geschlechter, wobei Männer jenseits des 55. Lebensjahrs gegenüber gleichaltrigen Frauen größere Mengen verordnet bekommen.
- Weibliche Beschäftigte bekommen mehr Tagesdosen von Arzneimitteln mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen. Die Verordnungsmengen steigen bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter, ab 60 Jahre werden diese aber wieder geringer.
- Beschäftigte in Heimen bekommen rund 16% mehr Tagesdosen als der Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten (273 DDD je Beschäftigten) verordnet, Beschäftigte des Gesundheitswesens hingegen rund 10% weniger Tagesdosen als der Gesamtdurchschnitt.
- Auch in den Pflegeberufen sind die Verordnungsmengen bei Beschäftigten mit Helfertätigkeiten am größten (Gesundheits- und Krankenpflege 35 DDD bzw. Altenpflege 37 DDD je Beschäftigten). Aber auch bei den Pflegekräften mit hoch komplexen Tätigkeiten (jeweils rund 32 DDD je Beschäftigten) sind im Vergleich zu allen Beschäftigten mit gleichem Anforderungsniveau die Tagesdosismengen besonders hoch.
- Teilzeitkräfte – befristet genauso wie unbefristet – bekommen auffallend viele Arzneimittel verordnet. Das gilt auch für die Pflegeberufe.
- Eine große Differenz ist aber bei den unbefristet in Vollzeit arbeitenden Gesundheits- und Krankenpflegekräften gegenüber allen in solchem Arbeitsverhältnis Arbeitenden zu finden: Über 80% mehr Tagesdosen von Medikamenten mit Wirkung auf das Nervensystem werden diesen verordnet (37 vs. 20 DDD je beschäftigtes Mitglied).

4. Schlussfolgerung und Ausblick

Vor dem Hintergrund der großen Bedeutung des Gesundheitswesens und insbesondere der Pflegeberufe – zusammen rund 1,5 Mio. Beschäftigte in der Gesundheits- und Kranken- bzw. Altenpflege, hohe Wachstumsquoten gerade in diesen Bereichen – wird Handlungsbedarf sichtbar. So braucht es mehr Anerkennung für diese anspruchsvolle Arbeit, nicht zuletzt auch auf Ebene der grundlegenden Rahmenbedingungen der Pflegearbeit – hin zu gut ausgebildeten, mit Kompetenzen ausgestatteten, angemessen bezahlten Pflegemitarbeitern (siehe dazu auch **III** Fazit von Franz Knieps). Aber auch in der alltäglichen Arbeit bedarf es der Erkenntnis, dass die Förderung der Mitarbeitergesundheit zu allererst Führungsauf-

gabe ist. Dadurch bekommt das Thema einen Stellenwert, der nach innen (Führung vermittelt Anerkennung und Wertschätzung, höhere Mitarbeiterbindung an das Unternehmen, höhere Qualität etc.) wie nach außen (z.B. bei der Personalsuche und allgemein in der Außendarstellung, höhere Zufriedenheit von Patienten/Bewohnern/Angehörigen) wirkt. Hierzu führen die Gastautoren- und Interviewbeiträge (**III** Kapitel 4) sehr gut und praktisch vor Augen, dass es sich lohnt, Gesundheitsförderung – auch in kleinen Betrieben – zu betreiben. Zudem wird darin auch die Vielfältigkeit der Möglichkeiten deutlich, die von einfachen, schnellen Änderungsansätzen bis zur umfassenden Unterstützung durch Unfall- und Betriebskrankenkassen reicht.

Methodische Hinweise

Datenbasis

Für den BKK Gesundheitsatlas 2017 wurden primär die Daten aus dem Berichtsjahr 2015 verwendet. Insgesamt wurden die Daten von 4,4 Mio. beschäftigten Mitgliedern ausgewertet, dies entspricht einem Anteil von 14,3% an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland.

Versichertendaten

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

Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten

Die für den Gesundheitsatlas verwendeten Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten basieren auf den quartalsweisen Datenlieferungen der Kassen im Rahmen der Erstellung der Leistungsstatistiken (KG2, KG8).

Arzneimitteldaten und Daten der ambulanten Versorgung

Die Arzneimitteldaten basieren auf Datenlieferungen der Apothekenrechenzentren gemäß den Vereinbarungen zum Datenaustausch mit den Leistungserbringern (DALE). Analog werden die Daten der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt.

Weitere Datenquellen

Als weitere Quellen wurden herangezogen:

- Klassifikationen, veröffentlichte Daten und Auswertungen des Statistischen Bundesamtes
- amtliche Statistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- Daten und Schlüsselverzeichnisse der Bundesagentur für Arbeit

- aktuelle Klassifikationsverzeichnisse des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Methodik

Datenselektion/betrachteter Zeitraum

Für den BKK Gesundheitsatlas werden alle im Jahr 2015 beendeten Leistungsfälle der teilnehmenden Betriebskrankenkassen selektiert und mit den für 2015 ermittelten Versichertendaten ins Verhältnis gesetzt.

- Die Versichertendaten werden aus den im Versicherterkurzsatz angegebenen Versichertenzeiträumen ermittelt und bilden für jeden Versicherten die Versichertenzeiten für das betrachtete Datenjahr, differenziert nach unterschiedlichen Versichertenmerkmalen wie z.B. Versichertengruppe, Wohnort, Berufs- oder Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit, ab.
- Das Auswahlkriterium bei den Arbeitsunfähigkeits- sowie bei den Krankenhausdaten ist ein Fallabschluss im Jahr 2015, also das Ende der Arbeitsunfähigkeit (AU) bzw. des Krankenhausaufenthaltes (KH) im Untersuchungszeitraum. Für beide Leistungsfallarten gelten die inhaltlichen Bestimmungen der amtlichen KG2 bzw. KG8 Statistiken in denen die Falldauer über den angegebenen Zeitraum zwischen Fall-Beginn und Fall-Ende (in Kalendertagen) ermittelt wird. Für die Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage im Gesundheitsatlas gilt es zusätzlich zu beachten: Es wird stets die volle Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Kalendertagen berücksichtigt, d.h., die Meldedefälle enthalten sowohl den Zeitraum der Entgeltfortzahlung als auch Krankengeldzeiten. Ebenso werden Arbeitsunfälle in dieser Statistik berücksichtigt, obwohl hier die Unfallversicherung leistungspflichtig ist. Zu den AU-Zeiten ist

einschränkend zu erwähnen, dass Kurzzeiterkrankungen bis zu drei Tagen nur teilweise enthalten sind, da sie nicht immer mit einer ärztlichen Bescheinigung nachgewiesen und somit in den Leistungsdaten dokumentiert werden.

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

Generell sind in den Arbeitsunfähigkeits- bzw. Krankenhausdaten Mutterschaft, Heilverfahren (Kuren) oder Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes nicht enthalten.

- Bei den Arzneimittelordnungen werden alle Einzelverordnungen von apothekenpflichtigen Arzneimitteln – (ausgenommen Hilfsmittel) – berücksichtigt, deren Verordnungsdatum im Jahr 2015 gelegen hat. Ausgeschlossen werden dabei Zahnarztverordnungen. Die hier berichteten Kennzahlen basieren ausschließlich auf Verordnungen aus dem ambulanten Sektor, da im stationären Bereich aufgrund der Abrechnung über Fallpauschalen in der Regel keine gesonderten Daten für Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen vorliegen.
- Bei den ambulanten Diagnosen fließen alle Einzelfallnachweise aus dem Jahr 2015 mit einer gültigen Diagnose in die Auswertungen ein. Sowohl für die Arzneimitteldaten als auch für die ambulanten Diagnosen gilt es zu beachten, dass aufgrund der Einführung eines neuen Versicherten-Pseudonyms im Datenjahr 2012 und einer damit einhergehenden verbesserten Zuordnung der Leistungsdaten zu den entsprechenden Versichertenmerkmalen ein Vergleich der aktuellen Ergebnisse nicht mehr uneingeschränkt mit denen in vorherigen Berichtsjahren möglich ist.

Darstellungsmerkmale, Kenngrößen und verwendete Datenschlüssel

Es werden die vorliegenden Versicherten- und Leistungsdaten nach verschiedenen Darstellungsmerkmalen wie z.B. ICD-Diagnosegruppen, Alter, Ge-

schlecht, Bundesland, aber auch nach arbeitsweltbezogenen Merkmalen wie Wirtschaftsgruppe, Berufsgruppe oder Betriebsgröße zusammengefasst. Hierbei sind einige Besonderheiten zu beachten:

- Die Ergebnisdarstellung nach Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen erfolgt entsprechend der ICD-10 GM 2015 (DIMDI) nach Kapiteln, Gruppen oder Einzeldiagnosen. Die Diagnosen liegen dafür in den entsprechenden Leistungsdaten nach der internationalen Diagnoseklassifikation ICD-10 GM (siehe aktuelles Klassifikationsverzeichnis des DIMDI) verschlüsselt vor. Bei den AU-Daten wird zu jedem Arbeitsunfähigkeitsfall nur eine Haupt- oder erstgenannte Diagnose der AU-Bescheinigung ausgewertet. Bei den KH-Daten findet entsprechend die jeweils erstgenannte Entlassungsdiagnose Verwendung und für die ambulante Versorgung werden nur gesicherte Diagnosen berücksichtigt.
- Eine Darstellung der Arzneimittelergbnisse erfolgt entsprechend der Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC; DIMDI) nach anatomischen Hauptgruppen sowie nach therapeutischen Untergruppen.
- Für die regionale Gliederung der Daten wird der aktuelle Kreis-Gemeindeschlüssel (Statistisches Bundesamt) genutzt.
- Zur Darstellung der arbeitgeberbezogenen Merkmale wie Wirtschaftsgruppen und Betriebsgrößenklassen wird auf entsprechende Daten des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen. Der Einteilung der Wirtschaftsgruppen liegt die in der amtlichen Arbeitsmarktstatistik seit 2008 gebräuchliche Systematik der Wirtschaftszweige (WZ 2008; Statistisches Bundesamt) zugrunde.
- Die berufsbezogenen Informationen ergeben sich aus den im Meldeverfahren nach der Datenerfassungs- und Datenübermittlungsverordnung (DEÜV) an die Krankenkassen weitergeleiteten Tätigkeitsschlüsseln. Die Zusammenfassung der Berufsgruppen erfolgt entsprechend der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) der Agentur für Arbeit nach Berufssektoren, -segmenten und Berufsgruppen. Neben der ausgeübten Tätigkeit des Beschäftigten, enthält der KldB-Schlüssel noch weitere relevante Information, z.B. zum höchsten schulischen bzw. beruflichen Abschluss, zum Anforderungsniveau der Tätigkeit, zur Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung und zur Vertragsform.

Für insgesamt 1,3% der beschäftigten BKK Mitglieder liegen im Berichtsjahr 2015 keine validen Angaben zum Tätigkeitsschlüssel vor. In den

arbeitsweltlichen Analysen wird diese Gruppe deshalb nicht separat betrachtet, geht aber grundsätzlich in die Berechnungen zu den jeweiligen Gesamtwerten für die Beschäftigten ein.

Bei den ermittelten Kenngrößen ist Folgendes anzumerken:

- Bei den berichteten Arbeitsunfähigkeitstagen handelt es sich stets um Kalendertage und nicht um betriebliche Ausfall-/Arbeitstage. In einer Annäherung können die betrieblichen Fehlzeiten durch einen Gewichtungsfaktor (bei einer Richt-

größe von 220 Arbeitstagen pro Kalenderjahr: 220 dividiert durch 365) bestimmt werden.

- Bei dem Krankenstand handelt es sich um eine berechnete Kenngröße aus der Zahl der AU-Tage je BKK Mitglied in Bezug auf den betrachteten Zeitraum. So erhält man den Krankenstand eines Jahres rechnerisch aus der Anzahl der AU-Tage je Mitglied im Jahr 2015 dividiert durch 365 Kalendertage (als Prozentwert: $\times 100$).

Die Kenngrößen AU-/KH-Fälle oder AU-/KH-Tage je Mitglied werden in Bezug zu den Versichertenzeiten berechnet, bezeichnen also die AU-/KH-Häufigkeit und die AU-/KH-Dauer pro Versichertenjahr.

Das Gesundheitswesen – Branchen und Beschäftigte

Gesundheitswesen als Teil der Gesundheitswirtschaft

- Jeder sechste Beschäftigte in Deutschland ist aktuell in der Gesundheitswirtschaft tätig, mehr als Dreiviertel davon (5,3 Mio.) sind dem Gesundheitswesen im engeren Sinne zuzuordnen.
- Zwischen den Jahren 2000 und 2015 ist die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um 27% gestiegen. Das Gesundheitswesen zählt somit zu den stärksten Wachstumsbranchen in Deutschland.

Mit Gesundheit befassen sich viele verschiedene Bereiche und Unternehmen in Deutschland, wobei die Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen einen wichtigen Teil darstellt. Der erweiterte Bereich der sogenannten Gesundheitswirtschaft ist wie folgt definiert: „Gesundheitswirtschaft umfasst die Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen.“ [1]. Hierzu zählen neben dem Kernbereich des Gesundheitswesens viele weitere Wirtschaftsgruppen, wie zum Beispiel die Herstellung von Medizinprodukten und Arzneimitteln aber auch der Fitness- und Wellnessbereich, der Gesundheitstourismus sowie auch die Sozialversicherungsträger und deren Verbände (» Abbildung 1).

Insgesamt waren im Jahr 2015 ca. 7 Millionen Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft tätig, d.h. nahezu jeder sechste Berufstätige in Deutschland ist in einer der oben genannten Wirtschaftsgruppen beschäftigt. Allein davon sind 5,3 Millionen Beschäftigte dem Gesundheitswesen zuzuordnen, was in etwa jedem achten Beschäftigten in Deutschland insgesamt entspricht. Die Mehrzahl (4,1 Mio.) hiervon ist in ambulanten bzw. stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu finden. In den vergangenen Jahren hat es allein im Gesundheitswesen einen rasanten Anstieg der Beschäftigungszahlen gegeben, der zwischen den Jahren 2000 und 2015 mehr als 27% beträgt. Die Gesundheitswirtschaft ins-

gesamt sowie im Speziellen auch das Gesundheitswesen zählen somit zu den wichtigsten Wachstumsbranchen in Deutschland.

Eine Gesamtbetrachtung der Gesundheitswirtschaft, wie oben dargestellt, würde aufgrund der Mannigfaltigkeit und Komplexität den Rahmen dieser Publikation bei Weitem sprengen. Deshalb fokussieren sich die folgenden Ausführungen vor allem auf die Unternehmen bzw. die Beschäftigten, die dem Gesundheitswesen im engeren Sinne zuzuordnen sind und somit den Hauptteil der Berufstätigen in der Gesundheitswirtschaft abbilden.

Das Gesundheitswesen und dessen Beschäftigte

- Mit insgesamt 3,2 Mio. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bilden die medizinischen und die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe insgesamt die zweitgrößte Beschäftigtengruppe in Deutschland.
- Jeweils mehr als jeder Zehnte davon ist bei einer Betriebskrankenkasse versichert.

Im Folgenden soll nun das Gesundheitswesen mit seinen Wirtschaftsgruppen und Beschäftigten betrachtet werden. Die hier berichteten Kennzahlen beziehen sich ausschließlich auf sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (im Weiteren Beschäftigte genannt) und können dadurch von den im vorherigen Abschnitt genannten Angaben abweichen (bestimmte Personengruppen wie z.B. Selbstständige, Beamte, geringfügig Beschäftigte usw. sind nachfolgend nicht enthalten). Dies gilt auch und insbesondere in den Auswertungen zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Kapitel 2) als auch für die ausgewählten anderen Leistungsbereiche (» Kapitel 3).

Ende 2015 gab es in Deutschland 31,1 Mio. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Davon ist jeder siebte Beschäftigte (14,1%) bei einer BKK versichert,

Abbildung 1 Schichtenmodell der Gesundheitswirtschaft (mit freundlicher Genehmigung des Instituts für Arbeit und Technik)



insgesamt handelt es sich dabei um 4,4 Mio. beschäftigte BKK Mitglieder.

Deutschlandweit sind 2,35 Mio. Beschäftigte in der Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen tätig, bezogen auf alle Beschäftigten beträgt deren Anteil 7,5% [2]. Mehr als jeder zehnte Beschäftigte (11,1%) aus dieser Gruppe ist Mitglied einer Betriebskrankenkasse. Insgesamt gibt es 2,4 Mio. Beschäftigte, die einen medizinischen Gesundheitsberuf und ca. 860.000 Beschäftigte, die einen nichtmedizinischen Gesundheitsberuf ausüben. Zusammen bilden beide Berufsgruppen mit mehr als 3,2 Mio. Berufstätigen

die zweitstärkste Berufsgruppe nach den Beschäftigten in der Unternehmensführung und -organisation (circa 4 Mio. Beschäftigte) von allen Berufstätigen in Deutschland [3]. Jeweils mehr als jeder Zehnte aus diesen beiden Berufsgruppen (10,9% bzw. 10,4%) ist Mitglied bei einer BKK.

Nicht jeder Beschäftigte im Gesundheitswesen ist automatisch auch in einem Gesundheitsberuf tätig. Hier trifft man z.B. auch häufig Personen mit Verwaltungs- oder Büroberufen an. Umgekehrt gilt ebenfalls, dass nicht alle Beschäftigten mit einem Gesundheitsberuf im Gesundheitswesen beschäftigt

Tabelle 1 Systematik der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008) am Beispiel des Gesundheits- und Sozialwesens

WZ 2008 Schlüssel	Bezeichnung
Q	Gesundheits- und Sozialwesen
86	Gesundheitswesen
86.1	Krankenhäuser
86.10	Krankenhäuser
86.10.1	Krankenhäuser (ohne Hochschulkliniken, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken)
86.10.2	Hochschulkliniken
86.10.3	Vorsorge- und Rehabilitationskliniken

Tabelle 2 Systematik der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) am Beispiel der medizinischen Gesundheitsberufe

KldB 2010 Schlüssel	Bezeichnung
8	Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung
81	Medizinische Gesundheitsberufe
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe
8130	Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung)
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege
8132	Berufe in der Fachkinderkrankenpflege
8133	Berufe in der operations-/medizintechnischen Assistenz
8134	Berufe im Rettungsdienst
8135	Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege
8138	Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)
8139	Aufsichts- und Führungskräfte – Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe

sein müssen. So gibt es auch Beschäftigte mit Gesundheitsberufen, die sich im Bereich Öffentliche Verwaltung oder im Einzelhandel wiederfinden. Basis dieser Zuordnungen bilden zwei verschiedene Systematiken, die bereits in den **»»** Methodischen Hinweisen erläutert wurden.

Zum einen wird durch die Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008) [4] ein Unternehmen bzw. Betrieb anhand bestimmter Kriterien einer Branche zugeordnet, wie im Folgenden am Beispiel des Gesundheits- und Sozialwesens zu sehen ist (**»»** Tabelle 1). Exemplarisch ist hier die Gruppe der Krankenhäuser dargestellt, die sich weiter in Hochschulkliniken in Vorsorge- und Rehabilitationskli-

niken und in sonstige Krankenhäuser unterscheiden lässt. Diese Gruppe gehört zur Wirtschaftsabteilung Gesundheitswesen, die wiederum dem übergeordneten Wirtschaftsabschnitt Gesundheits- und Sozialwesen zugeordnet ist.

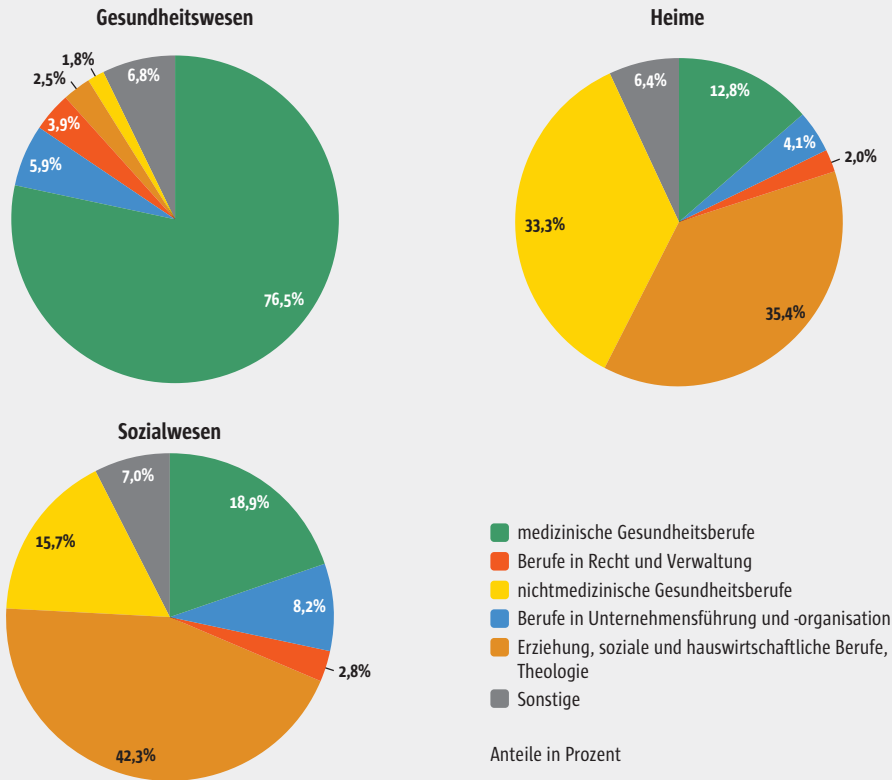
Die ausgeübte Berufstätigkeit einer Person wird nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) [5] bestimmt. Neben der eigentlichen Angabe zur aktuellen Tätigkeit können aufgrund dieser Klassifikation zusätzlich Aussagen zum Beschäftigungsumfang (Vollzeit/Teilzeit), zum höchsten Schul- bzw. Ausbildungsabschluss, zu Beschäftigung über eine Arbeitnehmerüberlassung, zur Vertragsform (befristet/unbefristet), zum Anforderungsniveau der Tätigkeit

(Helfer bis Experte) sowie zur Stellung im Beruf als Aufsichts- und Führungskraft getroffen werden. In **»** Tabelle 2 sind auszugsweise einige nach KldB 2010 verschlüsselte Berufsangaben aus dem Bereich der medizinischen Gesundheitsberufe aufgeführt. Ausgehend vom einstelligen Berufsbereich werden die entsprechenden zweistelligen Berufshauptgruppen zugeordnet. Diese unterteilen sich wiederum in die dreistelligen Berufsgruppen und die vierstelligen Berufsuntergruppen. Die fünfstelligen Berufsgattungen (hier nicht dargestellt) differenzieren noch zusätzlich das Anforderungsniveau, welches die Abstufungen Helfer (1), Fachkraft (2), Spezialist (3) und Experte (4) beinhaltet. Daneben sind im Tätigkeitschlüssel noch Angaben zum höchsten schulischen und beruflichen Bildungsabschluss, zur Beschäftigung über eine Arbeitnehmerüberlassung, zum Tä-

tigkeitsumfang und zur Vertragsform sowie zur Beschäftigung als Aufsichts- bzw. Führungskraft enthalten.

Anhand der hier dargestellten Klassifikationen und Merkmale kann die gesundheitliche Lage von Beschäftigten hinsichtlich der Zugehörigkeit des Unternehmens zu einer bestimmten Wirtschaftsgruppe und hinsichtlich der aktuell ausgeübten Tätigkeit ausgewertet und auch miteinander verglichen werden. Auf Basis dieser beiden Klassifikationen lässt sich zudem feststellen, wie viele der Beschäftigten mit einem bestimmten Beruf in einer bestimmten Wirtschaftsgruppe tätig sind sowie auch in umgekehrter Zuordnung. Dies soll im Folgenden auf Basis der beschäftigten BKK Mitglieder bezogen auf das Datenjahr 2015 dargestellt werden.

Abbildung 2 Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder in den Wirtschaftsgruppen Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen nach Berufshauptgruppen (Berichtsjahr 2015)



Zuordnung der beschäftigten BKK Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen

- Die überwiegende Mehrheit (76,5%) der beschäftigten BKK Mitglieder in der Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen ist in medizinischen Gesundheitsberufen tätig.
- Die meisten beschäftigten BKK Mitglieder in den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (33,3%) sind in der Wirtschaftsgruppe Heime zu finden.

Erwartungsgemäß ist in der Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen die überwiegende Mehrzahl der beschäftigten BKK Mitglieder aus den medizinischen Gesundheitsberufen (76,5%) zu finden. Mit großem Abstand folgen die Berufe in der Unternehmensführung und Organisation (5,9%) sowie Berufe in Recht und Verwaltung (3,9%). Lediglich 1,8% der Beschäftigten stammen hier aus den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen.

In der Wirtschaftsgruppe Heime sind mehr als ein Drittel (35,4%) in erzieherischen, sozialen oder hauswirtschaftlichen Berufen beschäftigt. Genau ein Drittel (33,3%) entstammen den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen (z.B. Altenpfleger). Knapp 13% sind den medizinischen Gesundheitsberufen zuzuordnen.

In der Wirtschaftsgruppe Sozialwesen stammt der größte Teil der Beschäftigten (42,3%) aus dem Be-

reich Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe. Etwas weniger als jeder fünfte Beschäftigte (18,9%) in dieser Wirtschaftsgruppe ist den medizinischen Gesundheitsberufen und 15,7% den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen zuzuordnen (» Abbildung 2).

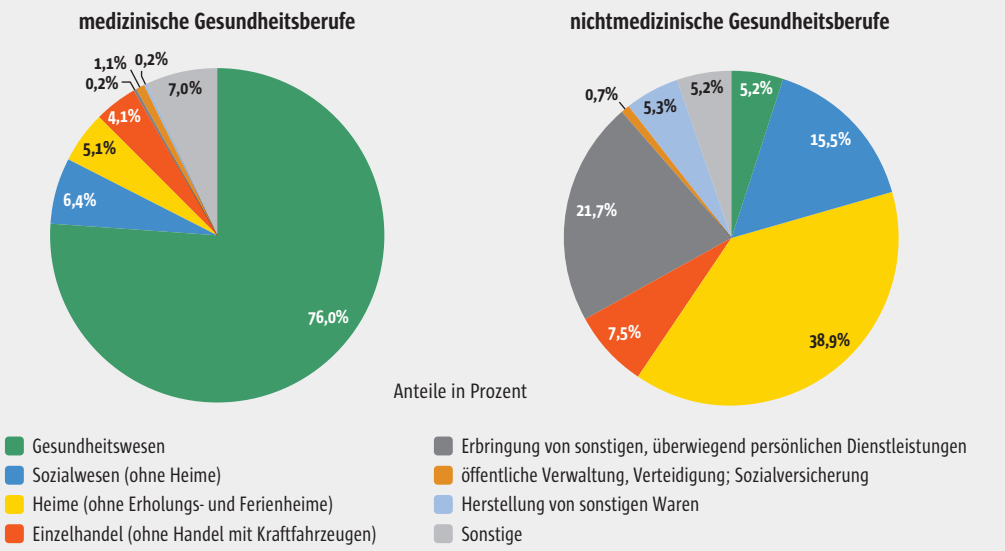
In den drei hier dargestellten Wirtschaftsgruppen sind 87,5% aller beschäftigten BKK Mitglieder der medizinischen Gesundheitsberufe bzw. 59,6% der nichtmedizinischen Gesundheitsberufe zu finden.

Zuordnung der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufshauptgruppen

- Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten in den medizinischen Gesundheitsberufen (76%) ist in der Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen tätig.
- Da die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe eine heterogene Zusammensetzung aufweisen, ist hier keine so eindeutige Zuordnung zu einer Wirtschaftsgruppe möglich. Dies sollte bei der Interpretation der Auswertungen in den folgenden Kapiteln beachtet werden.

Wie stellt sich die Situation bezogen auf die Berufshauptgruppen der medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe dar und in welchen Wirtschaftsgruppen sind diese Berufstätigen hauptsächlich beschäftigt? Die überwiegende Mehrheit

Abbildung 3 Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder in den medizinischen bzw. nichtmedizinischen Gesundheitsberufen nach Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2015)



(76,0%) der medizinischen Gesundheitsberufe ist erwartungsgemäß in der Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen tätig. Mit großem Abstand folgt dann das Sozialwesen (6,4%) sowie Alten- und Pflegeheime (5,1%) und der Einzelhandel (4,1%).

Die meisten (38,9%) der in nichtmedizinischen Gesundheitsberufen Beschäftigten sind vor allem in Heimen (Alten- und Pflegeheimen) zu finden. Etwas mehr als ein Fünftel (21,7%) sind im Bereich persönliche Dienstleistungen verortet, 15,5% sind im Sozialwesen (u. a. ambulante Pflegedienste) zu finden. Lediglich 5,2% der Beschäftigten mit einem nichtmedizinischen Gesundheitsberuf arbeiten in der Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen (» Abbildung 3).

Zu erkennen ist, dass es insbesondere bei den Beschäftigten mit einem medizinischen Gesundheitsberuf einen hohen Grad der Übereinstimmung (jeweils mehr als 75%) mit der zugeordneten Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen gibt, während sich auch hier bei den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen ein heterogeneres Bild darstellt. Das ist vor allem dadurch begründet, dass die Struktur der Beschäftigten der nichtmedizinischen Gesundheitsberufe ebenfalls wesentlich heterogener ist. Neben den Beschäftigten in der Altenpflege finden sich in dieser Berufshauptgruppe auch Beschäftigte aus der

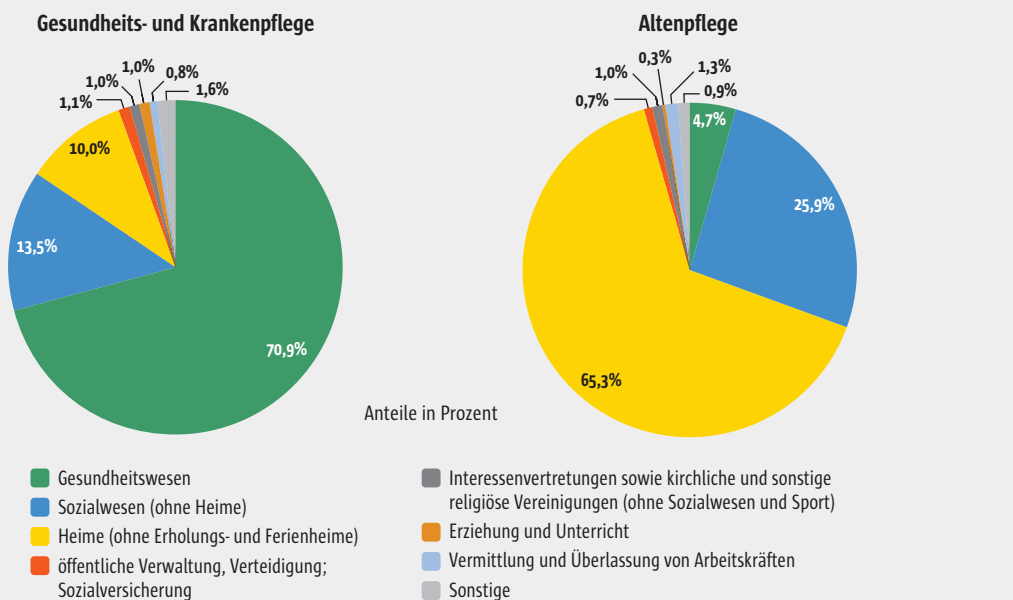
Ernährungs- und Gesundheitsberatung sowie der Körperpflege (z. B. Friseure und Kosmetiker), dem Bestattungswesen und der Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik (Augenoptiker, Hörgeräteakustiker und Zahntechniker). Deshalb sollen im Folgenden noch einmal für die beiden größten Berufsgruppen, die Berufe in Gesundheits- und Krankenpflege (KldB 2010: 813) sowie die Beschäftigten in der Altenpflege (KldB 2010: 821) die Zuordnung zu den Wirtschaftsgruppen betrachtet werden.

Zuordnung der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufsgruppen

- Wie erwartet, ist die Mehrheit der Gesundheits- und Krankenpfleger (70,9%) in der Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen tätig.
- Nahezu zwei Drittel der Beschäftigten in der Altenpflege (65,3%) sind hingegen in (Alten- und Pflege-)Heimen zu finden.

Bei den Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege ist die Mehrheit (70,9%) im Gesundheitswesen, gefolgt vom Sozialwesen (13,5%) und den (Alten- und Pflege-)Heimen (10%) tätig. Etwas anders zeigt sich die Aufteilung bei den Beschäftigten in der

Abbildung 4 Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der Altenpflege nach Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2015)



Altenpflege. Hier wird erkennbar, dass nahezu zwei Drittel (65,3%) in Heimen (vorwiegend Alten- und Pflegeheimen) tätig sind. Hinzu kommen mehr als ein Viertel (25,9%) im Bereich Sozialwesen – hier sind vorrangig auch die ambulanten Pflegedienste sowie auch die soziale Betreuung älterer Menschen bzw. von Menschen mit Behinderung eingeschlossen. Lediglich 4,7% der Altenpfleger sind in der Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen zu finden (»» Abbildung 4).

Anhand der hier gezeigten Zuordnung der Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Wirtschafts- und Berufsgruppen wird deutlich, dass es bezogen

auf die beiden Klassifikationssysteme eine hohe, aber nicht perfekte Übereinstimmung gibt. Dies gilt insbesondere bei den medizinischen Gesundheitsberufen. Bei den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen ist dies aufgrund der bereits erwähnten Heterogenität der Berufsgruppe weniger ausgeprägt. Fokussiert man hier auf die Beschäftigten in der Altenpflege, so wird auch hier ein hoher Grad an Kongruenz sichtbar. Für die in den folgenden Kapiteln aufgeführten Auswertungen, insbesondere bezogen auf die Wirtschaftsgruppen, sind die hier dargestellten Zusammenhänge für die Interpretation der entsprechenden Kennzahlen einzubeziehen.

Tabelle 3 Vergleich der Struktur der Beschäftigten der Wirtschaftsgruppen Gesundheitswesen und Heime hinsichtlich ausgewählter soziodemografischer Merkmale – Bundesagentur für Arbeit und beschäftigte BKK Mitglieder (Berichtsjahr 2015)

	Gesundheitswesen		Heime	
	Bundesagentur für Arbeit*	beschäftigte BKK Mitglieder	Bundesagentur für Arbeit*	beschäftigte BKK Mitglieder
Insgesamt	7,5%	5,9%	3,2%	2,4%
Männer	19,0%	15,3%	20,1%	20,0%
Frauen	81,0%	84,7%	79,9%	80,0%
unter 25 Jahre	12,1%	12,1%	9,8%	9,2%
25 bis unter 55 Jahre	71,4%	74,8%	68,3%	71,2%
55 bis unter 65 Jahre	15,9%	12,8%	21,4%	19,1%
65 Jahre und älter	0,7%	0,3%	0,6%	0,5%
in Vollzeit	59,9%	58,1%	43,0%	42,9%
in Teilzeit	40,1%	41,4%	57,0%	56,9%
Helfer	7,2%	6,7%	33,0%	30,9%
Fachkraft	63,1%	68,9%	48,4%	49,3%
Spezialist	14,8%	15,9%	7,4%	7,9%
Experte	14,8%	8,1%	11,2%	11,6%
ohne berufl. Ausbildungsabschluss	8,8%	9,1%	14,3%	14,7%
mit anerkanntem Berufsabschluss	70,0%	72,9%	71,5%	69,0%
mit akademischem Berufsabschluss	17,0%	9,0%	9,0%	7,8%
Ausbildung unbekannt	4,2%	8,6%	5,2%	8,4%

*Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): Arbeitsmarkt in Zahlen, Sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen der WZ 2008 und ausgewählten Merkmalen, Nürnberg, Juli 2016.

Sind die Daten der beschäftigten BKK Mitglieder repräsentativ?

- Die beschäftigten BKK Mitglieder im Gesundheitsbereich unterscheiden sich bezüglich der wichtigsten soziodemografischen Merkmale nicht bedeutsam von allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland.
- Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Auswertungen bezogen auf beschäftigte BKK Mitglieder für alle Beschäftigten im Gesundheitsbereich in Deutschland Gültigkeit haben.

Bei Datenauswertungen stellt sich immer wieder die Frage, inwieweit sich die gefundenen Ergebnisse auf die Gesamtheit aller Beschäftigten verallgemeinern lassen. Dabei wird häufig der Begriff „Repräsentativität“ verwendet. In der Statistik verwendet man hierfür Zufalls- bzw. Quotenstichproben, die bei korrekter Stichprobenziehung eine Verallgemeinerung auf die Grundgesamtheit zulassen.

Die Daten der beschäftigten BKK Mitglieder sind insofern keine Zufallsstichprobe. Auf Basis der vorliegenden Daten lässt sich aber abschätzen, inwieweit sich die beschäftigten BKK Mitglieder in ihrer Struktur von allen sozialversicherungspflichtig Be-

Tabelle 4 Vergleich der Struktur der Beschäftigten der Berufsgruppen Alten- und Krankenpfleger/-innen hinsichtlich ausgewählter soziodemografischer Merkmale – Bundesagentur für Arbeit und beschäftigte BKK Mitglieder (Berichtsjahr 2015)

	Altenpfleger/-innen		Krankenschwester/-pfleger	
	Bundesagentur für Arbeit*	beschäftigte BKK Mitglieder	Bundesagentur für Arbeit*	beschäftigte BKK Mitglieder
Insgesamt	1,7%	1,2%	3,3%	2,6%
Männer	15,5%	14,6%	19,1%	19,5%
Frauen	84,5%	85,4%	80,9%	80,5%
unter 25 Jahre	12,7%	12,4%	13,8%	13,8%
25 bis unter 55 Jahre	69,0%	71,3%	69,3%	72,1%
55 bis unter 65 Jahre	17,8%	15,9%	16,5%	13,8%
65 Jahre und älter	0,5%	0,4%	0,3%	0,3%
in Vollzeit	44,4%	44,3%	56,9%	56,7%
in Teilzeit	55,6%	55,7%	43,1%	43,3%
Helfer	44,8%	43,3%	15,3%	14,2%
Fachkraft	53,2%	54,8%	72,4%	73,3%
Spezialist	1,1%	1,0%	10,3%	10,6%
Experte	0,9%	0,9%	2,0%	1,9%
ohne berufl. Ausbildungsabschluss	15,2%	16,5%	11,0%	12,1%
mit anerkanntem Berufsabschluss	75,0%	69,3%	83,0%	80,8%
mit akademischem Berufsabschluss	3,4%	1,9%	3,3%	1,7%
Ausbildung unbekannt	6,4%	12,3%	2,7%	5,4%

*Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): Arbeitsmarkt in Zahlen, Sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte nach der ausgeübten Tätigkeit der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) und ausgewählten Merkmalen, Nürnberg, Juli 2016.

Tabelle 5 Ausgewählte Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) bzw. Berufsgruppen (KldB 2010) als Vergleichsgruppen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen

WZ 2008 Code	Bezeichnung	KldB 2010 Code	Bezeichnung
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie	43	Informatik, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe

schäftigten in Deutschland unterscheiden. Exemplarisch ist dies in der **III** Tabelle 3 am Beispiel der Wirtschaftsgruppen Gesundheitswesen und Heime dargestellt.

Wie zu erkennen ist, verteilen sich die Beschäftigten innerhalb der betrachteten Merkmale, wie Geschlecht, Alter, Beschäftigungsumfang, Anforderungsniveau sowie höchster Berufsabschluss anteilig nahezu gleich. Etwas deutlichere Unterschiede werden lediglich bei den Merkmalen Anforderungsniveau und höchster beruflicher Abschluss sichtbar. Vermutlich sind Ärzte und Psychotherapeuten bei den beschäftigten BKK Mitgliedern unterrepräsentiert, da diese überproportional häufig nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu finden sind, worauf vermutlich der geringere Anteil der beschäftigten BKK Mitglieder mit einem akademischen Berufsabschluss bei den Gesundheitsberufen zurückzuführen ist.

In ähnlichem Maße gilt dies auch für die Betrachtung nach Berufsgruppen, hier exemplarisch für die Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege dargestellt (**III** Tabelle 4). Auch hier ist zu erkennen, dass sich die beschäftigten BKK Mitglieder in diesen beiden Berufsgruppen in den wichtigsten soziodemografischen Merkmalen nicht wesentlich von denen aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, bis auf leichte Abweichungen bei höchstem Berufsabschluss, unterscheiden.

Auf Basis dieser Kennzahlen lässt sich sagen, dass ausgehend von der Struktur der beschäftigten BKK Mitglieder Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit aller Beschäftigten möglich sind.

Einordnung der Ergebnisse anhand Vergleichswirtschaftsgruppen bzw. Berufsgruppen

Um die im Folgenden dargestellten Kennzahlen zur gesundheitlichen Lage der Beschäftigten im Gesundheitswesen besser einschätzen zu können, werden im Folgenden in der Regel zum Vergleich auch die

Kennzahlen aller beschäftigten BKK Mitglieder gegenübergestellt. Des Weiteren werden in verschiedenen Auswertungen zu Vergleichszwecken Kennzahlen ausgewählter weiterer Wirtschaftsgruppen bzw. Berufsgruppen berichtet. Diese sind in **III** Tabelle 5 zu sehen.

Da beschäftigte BKK Mitglieder traditionell anteilig besonders häufig im KFZ-Bau zu finden sind, wurde hier die entsprechende Wirtschaftsgruppe ausgewählt. Zudem wurde die IT-Branche als Kontrastgruppe ausgewählt, da diese – im Vergleich zu allen anderen Beschäftigtengruppen – zumeist eine bessere gesundheitliche Lage (weniger AU-Tage, wenige ambulante und stationäre Behandlungen sowie wenige Arzneimittelverordnungen) aufweist.

Die in der jeweiligen Wirtschaftsgruppe am mitgliederstärksten vertretene Berufsgruppe wird zudem als Benchmark für die weiteren Analysen in Bezug auf die ausgeübte Tätigkeit verwendet.

Literatur

1. Kuratorium Gesundheitswirtschaft (Hrsg.) (2006) Ergebnisbericht „Branchenkonferenz Gesundheitswirtschaft 2005“, 7./8. Dezember 2005 Rostock-Warnemünde, 2. Februar 2006, S. 2.
2. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2016) Arbeitsmarkt in Zahlen, Sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte nach Wirtschaftszweigen der WZ 2008 und ausgewählten Merkmalen, Nürnberg, Juli 2016.
3. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2016) Arbeitsmarkt in Zahlen, Sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte nach der ausgeübten Tätigkeit der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) und ausgewählten Merkmalen, Nürnberg, Juli 2016.
4. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008) Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008). Wiesbaden.
5. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2011) Klassifikation der Berufe 2010. Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen und Band 2: Definitorischer und beschreibender Teil. Nürnberg.



1

Ergebnisse der BKK Umfrage „Gesundheit und Arbeit“

Die nachfolgenden Ergebnisse entstammen einer Umfrage, die im Auftrag des BKK Dachverbandes im März 2017 durch das Marktforschungsinstitut Statista durchgeführt wurde. Dabei wurden in Form einer Online-Befragung deutschlandweit 2.000 Beschäftigte (Mindestalter 16 Jahre) zum Thema Gesundheit und Arbeit befragt. Bei den Befragten handelt es sich um eine deutschlandweit nach Alter und Geschlecht repräsentative Teilnehmergruppe.

Wie **»** Tabelle 1.1 zeigt, sind die Häufigkeiten nach Geschlecht bei Umfrageteilnehmern und Gesamtbevölkerung gleich, bei den Altersgruppen bestehen nur minimale Unterschiede. Die in die Umfrage einbezogene Personengruppe arbeitet im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten etwas häufiger in Vollzeit als in Teilzeit. Die ebenfalls abgefragte wöchentliche Arbeitszeit liegt bei den Umfrageteilnehmern dementsprechend etwas höher als die bundesdurchschnittliche Arbeitszeit, die laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2015 35,2 Stunden beträgt: Die Teilnehmer gaben an, 35,8 Stunden pro Woche laut Arbeitsvertrag zu arbeiten, wobei inklusive Überstunden reelle 38,7 Stunden Arbeit pro Woche durchschnittlich verrichtet werden. Ebenfalls etwas höher lag der Anteil der in Arbeitnehmerüberlassung Beschäftigten unter den Umfrageteilnehmern (4,8% vs. 2,9%).

Die Teilnehmer wurden in der Umfrage gebeten, neben soziodemografischen und arbeitsweltbezoge-

nen Angaben auch Angaben zur eigenen Arbeitsfähigkeit (d. h. die Fähigkeit, die eigene Arbeit erfolgreich unter Maßgabe der eigenen körperlichen und mentalen Ressourcen und der vorhandenen Arbeitsbedingungen zu erledigen), zur wahrgenommenen Beeinträchtigung durch die Arbeit, sowie zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) im jeweiligen Unternehmen zu machen. Während zu Gesundheitsbeeinträchtigung und Gesundheitsförderung eigene Fragen verwendet wurden, ist der Themenblock Arbeitsfähigkeit mithilfe des Work Ability Index (WAI) erfasst worden. Der WAI ist ein ursprünglich vom Finnish Institute of Occupational Health entwickeltes Fragebogen-Instrument, das mittlerweile weltweit etabliert ist und zu welchem diverse Studien vorliegen. So sind u. a. Zusammenhänge des WAI-Scores mit Gesundheitsstatus, Burn-out, Kündigungsabsicht, vorzeitigem Berufsausstieg und langen Arbeitsunfähigkeitszeiten detailliert belegt. Der WAI besteht aus zehn Fragen, welche sieben Dimensionen abbilden, die wiederum zu einem Gesamtwert verrechnet werden. Hinsichtlich der dritten Dimension („Anzahl der aktuellen vom Arzt diagnostizierten Krankheiten“) bestehen unterschiedliche Versionen der Abfrage; in der vorliegenden Umfrage wurde die Variante per Abfrage durch eine direkte Frage verwendet, statt über Listen mit Krankheitsgruppen (für weitere Informationen siehe **»** WAI-Netzwerk Deutschland).

Tabelle 1.1 Umfrage – Vergleich der Umfragestichprobe mit allen Beschäftigten in Deutschland (Bundesagentur für Arbeit, Dez 2015) hinsichtlich Alter, Geschlecht und Beschäftigungsverhältnis

		Beschäftigte in Deutschland	Umfrage
Alter	16–24 Jahre	10,5	9,7
	25–54 Jahre	71,5	71,8
	55–64 Jahre	17,2	17,8
	65 Jahre und älter	0,8	0,8
Geschlecht	Männer	53,4	53,4
	Frauen	46,6	46,6
Beschäftigungsverhältnis	Vollzeit	73,1	83,6
	Teilzeit	26,9	16,4
	in Arbeitnehmerüberlassung	2,9	4,8

1.1 Ergebnisse der Gesamtstichprobe

- Mehr als drei Viertel der Umfrageteilnehmer weisen eine gute oder sehr gute Arbeitsfähigkeit auf, bei 5,2% ist diese hingegen schlecht.
- 7,5% sehen durch die Arbeit ihre körperliche Gesundheit stark bzw. sehr stark gefährdet, (sehr) stark psychisch gefährdet sehen sich 12,2%. Bei 4,4% besteht gleichzeitig in beiden Bereichen eine Gefährdung.
- Rund neun von zehn Befragten sehen Gesundheitsförderung bei der Arbeit als wichtig oder sehr wichtig an.
- 43,8% geben an, dass es im Unternehmen Angebote zur Betrieblichen Gesundheitsförderung gibt, davon nutzen 61,3% solche Angebote auch persönlich.

Arbeitsfähigkeit

In der Gesamtauswertung des WAI zeigt sich eine mehrheitlich gute bis sehr gute Arbeitsfähigkeit: 37,2% weisen einen WAI-Gesamtwert von über 44 Punkten auf (entsprechend des WAI-Manuals als „sehr gut“ zu bewerten), 39,3% hatten eine gute Arbeitsfähigkeit (37–43 Punkte), 18,3% eine mäßige (28–36 Punkte) und 5,2% eine schlechte Arbeitsfähigkeit (7–27 Punkte). Der mittlere WAI-Gesamtwert beträgt 40,2 Punkte (Standardabweichung 6,6 Punkte). Dementsprechend sind auch bei den sieben Dimensionen mit größerer Häufigkeit positive Antworten gegeben worden:

- **1. Dimension:** Die derzeitige Arbeitsfähigkeit ist im Durchschnitt mit 8,0 Punkten auf einer Skala von 0 bis 10 bewertet. Antworten im negativen Skalenbereich (0–4 Punkte) sind nur von 4,7% der Umfrageteilnehmer gegeben, die bestmögliche Arbeitsfähigkeit geben hingegen 22,8% der Befragten an.
- **2. Dimension:** Nur wenig schlechter wird die derzeitige Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf körperliche

und psychische Anforderungen bewertet (hierbei erfolgt im Fragebogen eine Gewichtung je nachdem, ob der Befragte mehr körperlich oder geistig bzw. in beiden Arten etwa gleichermaßen tätig ist): Der Durchschnittswert liegt bei 8,1 Punkten (Wertebereich 2–10 Punkte), nur 6,4% der gewichteten Werte liegen im negativen Skalenbereich (2–5,5 Punkte).

- **3. Dimension:** Die Teilnehmer gaben im Durchschnitt eine ärztlich diagnostizierte Krankheit an, wobei bei 44% aktuell keine einzige Diagnose laut eigenen Angaben vorliegt. Insgesamt 6,4% geben hingegen vier oder mehr diagnostizierte Krankheiten an.
- **4. Dimension:** Zur Frage, ob derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit behindert, geben 88,1% an, dass sie keine Beeinträchtigung haben oder die Beschwerden zumindest nicht behindern. 3,9% geben hingegen an, dass sie durch die Behinderung/Krankheit sogar nur Teilzeitarbeit oder gar keine Arbeit mehr verrichten können.
- **5. Dimension:** Hinsichtlich krankheitsbedingter Fehltage in den letzten 12 Monaten geben 6,5% an, 25–99 Tage der Arbeit ferngeblieben zu sein, bei 2,4% waren es sogar mehr als 100 Tage. Laut eigenen Angaben keinen Tag gefehlt haben 34,6%, weitere 39,1% gaben bis zu 9 Fehltage an.
- **6. Dimension:** 78,6% der Befragten sind sich ziemlich sicher, dass sie ausgehend von ihrem jetzigen Gesundheitszustand ihre Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können, 15,5% sind sich hingegen nicht sicher, 6,0% halten dies sogar für unwahrscheinlich.
- **7. Dimension:** Die mentalen Ressourcen und Befindlichkeiten werden anhand von drei Fragen zur Freude an der Arbeit, Aktivität sowie Zukunftszuversicht ermittelt. In letzter Zeit haben 64,5% ihre täglichen Aufgaben häufig oder eher häufig mit Freude erledigt, hingegen niemals oder selten rund 13,9%. Immer oder eher häufig in letzter Zeit aktiv und rege waren nach eigenen Anga-

ben 66,4%, niemals oder eher selten hingegen 9,6%. Ständig oder eher häufig hinsichtlich der Zukunft zuversichtlich waren 58,0%, 16,3% gaben indes an, dass dies auf sie niemals oder nur eher selten zutrifft.

Die Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nach Altersgruppen und Geschlecht sind bei den WAI-Gesamtwerten eher gering: Mit zunehmendem Alter ist die Arbeitsfähigkeit etwas niedriger (jünger als 25 Jahre: 41,0 Punkte; 25–49 Jahre: 40,5 Punkte; 50 Jahre und älter: 39,5 Punkte), Männer weisen den Umfrageergebnissen zufolge nur eine geringfügig höhere Arbeitsfähigkeit auf als Frauen (40,6 vs. 39,7 Punkte). Größer ist hingegen der Unterschied bei der Arbeitsfähigkeit zwischen Vollzeit- und Teilzeit-Beschäftigung. In Teilzeit Beschäftigte weisen einen WAI-Gesamtwert von nur 38,2 Punkten auf, während für Vollzeitbeschäftigte im Schnitt 40,6 Punkte ermittelt wurden.

Gesundheitliche Beeinträchtigung durch die Arbeit

In der Umfrage wurde hinsichtlich arbeitsbedingter Beeinträchtigung nach der Gefährdung zum einen der körperlichen, zum anderen der psychischen Gesundheit durch die Arbeit gefragt. Die **»»»** Tabelle 1.2 stellt die jeweiligen Anteile der Teilnehmerantworten dar, woran ersichtlich wird, dass bei den Beschäftigten insgesamt nur relativ wenige sich stark oder sehr stark durch die Arbeit in ihrer Gesundheit gefährdet sehen: Eine (sehr) starke körperliche Gefährdung sehen nur rund 7,5%, (sehr) stark psychisch gefährdet sehen sich 12,2%. Dabei besteht in den meisten Fällen – wenn überhaupt – in nur einem der beiden Bereiche eine hohe Gefährdung: 4,4% der Befragten sehen sich sowohl körperlich als auch psychisch (sehr) stark gefährdet, hingegen ist bei 51,7%

der Befragten in beiden Bereichen keine oder nur eine geringe Gefährdung vorhanden.

Der Anteil derer, die sich durch die Arbeit (sehr) stark sowohl körperlich als auch psychisch gefährdet sehen, ist bei Männern und Frauen etwa gleich hoch, in der Alterskategorie 50 Jahre und älter ist deren Anteil mit 5,4% auch nur geringfügig höher. Nur 2,8% der Teilzeitbeschäftigten sehen solch eine Doppel-Gefährdung.

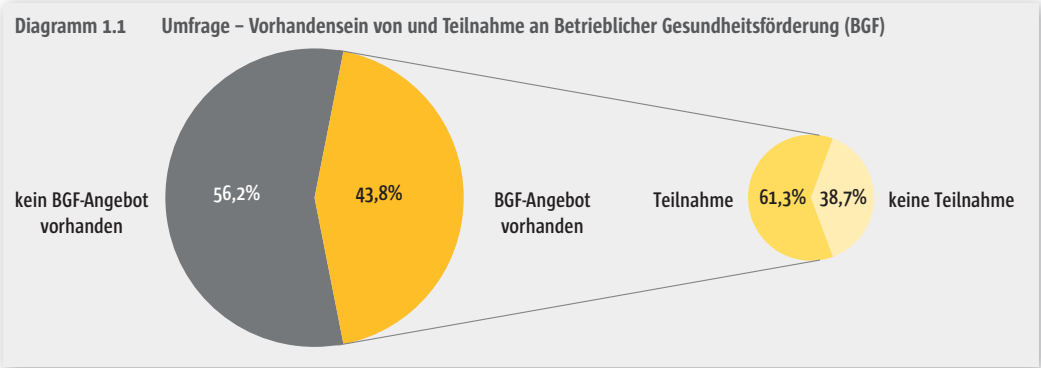
Es wurde ferner nach Präsentismus gefragt („An wie vielen Tagen sind Sie in den letzten 12 Monaten zur Arbeit gegangen, obwohl Sie sich aufgrund Ihres Gesundheitszustandes besser hätten krankmelden bzw. zu Hause bleiben sollen?“). Die Umfrageteilnehmer geben durchschnittlich 15,9 Präsentismus-Tage an, wobei 26,0% der Befragten laut eigenen Angaben an keinem Tag trotz Krankheit gearbeitet haben. 36,5% sind bis maximal neun Tage krank zur Arbeit gegangen, weitere 25,9% geben hierzu 10–24 Tage an. Immerhin noch 4,3% geben sogar mehr als 100 Tage an.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Betrieblicher Gesundheitsförderung wird von den weitaus meisten Beschäftigten eine große Bedeutung zugemessen, 62,6% halten diese für sehr wichtig, 25,6% für wichtig, lediglich 1% hält sie hingegen für überhaupt nicht wichtig. 43,8% geben an, dass es in ihrem Unternehmen Angebote zur Betrieblichen Gesundheitsförderung gibt (**»»»** Diagramm 1.1), wobei diese in den meisten Fällen sowohl auf psychische als auch körperliche Gesundheit ausgerichtet sind – demnach sind bei rund 2 von 3 Betrieben die BGF-Maßnahmen auf beide Gesundheitsbereiche ausgerichtet. Einzeln abgefragt sind bei 40,5% der Teilnehmer Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Gesundheit im Betrieb vorhanden, bei 31,4%

Tabelle 1.2 Umfrage – Wahrgenommene körperliche und/oder psychische Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit

Wie stark ist Ihre Gesundheit durch Ihre Arbeit gefährdet?							
Bereich	Gefährdung körperlich und psychisch gar nicht/wenig	gar nicht gefährdet	wenig gefährdet	teilweise gefährdet	stark gefährdet	sehr stark gefährdet	Gefährdung körperlich und psychisch (sehr) stark
		Angaben in Prozent					
körperlich	51,7	28,6	39,8	24,2	6,1	1,4	4,4
psychisch		26,1	36,1	25,7	10,0	2,2	



Maßnahmen mit Ausrichtung auf die psychische Gesundheit.

Von denjenigen, denen BGF-Maßnahmen im Betrieb angeboten werden, nutzen insgesamt 61,3% diese auch persönlich, entsprechend nehmen 38,7% hingegen keine der Angebote wahr. Von allen 2.000 Befragten hat somit mehr als ein Viertel (26,9%) mindestens einmal Betriebliche Gesundheitsförderung in Anspruch genommen. Darüber hinausgehend wurden die Maßnahmeninhalte erfragt: Mehr als die Hälfte (53,3%) nehmen dabei nur Maßnahmen für die körperliche Gesundheit in Anspruch, fast ein Drittel (32,6%) nutzen Angebote, die für Psyche und Physis angelegt sind, nur 14,2% nutzen Angebote rein für die psychische Gesundheit.

In der Differenzierung nach Alter, Geschlecht sowie Teil-/Vollzeit-Arbeit zeigen sich bei der Bewertung der Wichtigkeit keine großen Unterschiede. Dabei ist der Anteil derer, die BGF als sehr wichtig erachten mit 59,1% bei den Männern noch am geringsten. Des Weiteren geben Frauen bzw. Teilzeitbeschäftigte (hier gibt es eine große Überschneidung, da drei Viertel der Teilzeitkräfte in dieser Umfrage Frauen sind) häufiger an, dass kein BGF-Angebot im Unternehmen existiert. Die Teilnahmequoten, sofern ein BGF-Angebot besteht, sind bei den Subgruppen nur geringfügig schwankend (zwischen 57,7% und 66,0%), sodass keine Alters-, Geschlechts- oder Arbeitszeitgruppe als deutlich weniger partizipierend gekennzeichnet werden kann.

1.2 Ergebnisse nach Wirtschaftsgruppen

- Nur 61,3% der Beschäftigten in der Wirtschaftsgruppe Heime weisen eine gute bzw. sehr gute Arbeitsfähigkeit auf. Gegenbeispiel Branche Information und Kommunikation: Bei fast 80% ist die Arbeitsfähigkeit gut bis sehr gut.
- Beschäftigte in Heimen sehen sowohl ihre körperliche als auch ihre psychische Gesundheit gefährdet: 14% geben in beiden Bereichen eine (sehr) starke Gefährdung an. Rund neun von zehn Befragten sehen Gesundheitsförderung bei der Arbeit als wichtig oder sehr wichtig an.
- Starke Unterschiede bestehen bei Angebot von und Teilnahme an BGF: Über 60% der Beschäftigten in der Informations- und Kommunikationsbranche geben an, dass BGF-Maßnahmen angeboten werden, aber davon nimmt nur etwa jeder Zweite diese auch wahr.
- Andersherum bei den Branchen Gesundheitswesen und Heime, wo nur bei 50% der Arbeitgeber ein Angebot existiert, woran dann aber rund zwei Drittel der Beschäftigten teilnehmen.

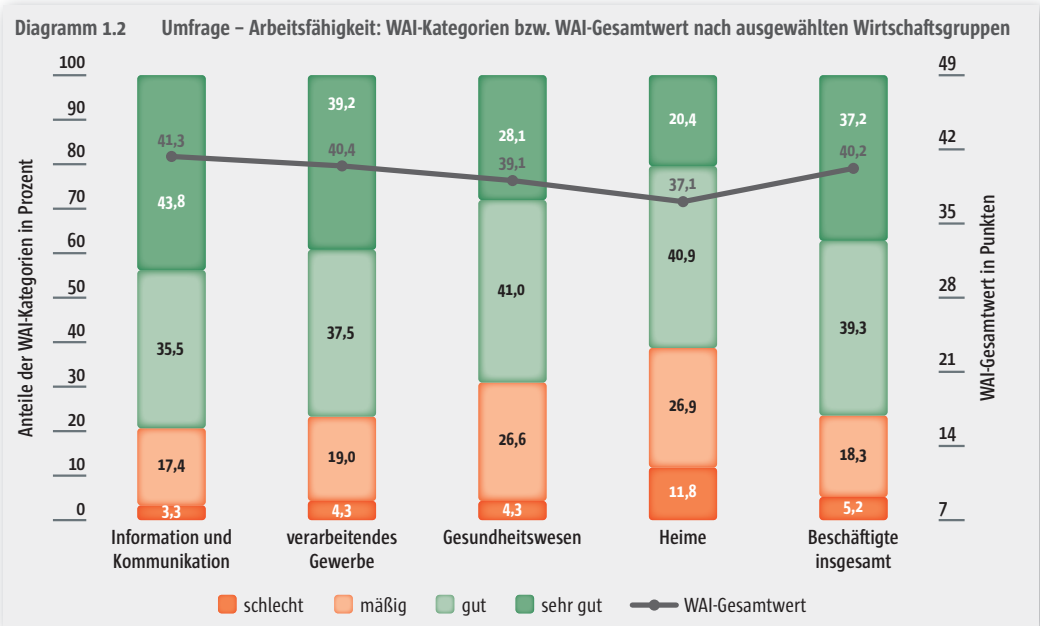
Die Umfrageteilnehmer wurden auch befragt, zu welcher Branche das Unternehmen gehört, in dem sie beschäftigt sind. Basierend auf diesen Angaben und der Zuordnung nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008) wird nachfolgend eine Betrachtung der Wirtschaftsgruppen für den in dieser Publikation gewählten Schwerpunkt – Gesundheitswesen sowie Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime) – durchgeführt (siehe auch **III** „Das Gesundheitswesen – Branchen und Beschäftigte“). Zum Vergleich mit anderen Tätigkeiten und Beschäftigtenstrukturen sind außerdem die Wirtschaftszweige Information und Kommunikation sowie verarbeitendes Gewerbe aufgeführt. Für die vier Vergleichsgruppen gilt, dass von den im nachfolgenden **III** Kapitelabschnitt 1.3 ausgewerteten Berufsgruppen die meisten (Pflegerberufe > 83%; andere > 46%) in Unternehmen dieser ausgewählten Wirtschaftsgruppen bzw. -zweigen tätig sind.

Die Beschäftigten im verarbeitenden Gewerbe haben ein Alter von durchschnittlich 43,6 Jahren angegeben, damit sind diese im Schnitt drei Jahre älter als andere Beschäftigtengruppen, deren Durchschnittsalter zwischen 40,0 und 40,8 Jahre liegt. Bezüglich des Geschlechterverhältnisses gibt es zwischen den vier Gruppen eine Umkehrung der Zusammensetzung: Von den befragten Beschäftigten der Gruppen Gesundheitswesen sowie Heime sind erwartungsgemäß rund zwei Drittel Frauen, während sich die Gruppen Information und Kommunikation sowie verarbeitendes Gewerbe etwa zu zwei Dritteln aus Männern zusammensetzen. Die Teilzeitquote in den beiden letztgenannten Wirtschaftsgruppen liegt bei rund 6%, während im Gesundheitswesen 21% sowie in Heimen rund 27% in Teilzeit arbeiten.

Arbeitsfähigkeit

Den mit 37,1 Punkten niedrigsten WAI-Gesamtwert weist die Wirtschaftsgruppe Heime auf – nicht nur die anderen drei hier aufgeführten Branchen (**III** Diagramm 1.2), sondern auch insgesamt keine andere Wirtschaftsgruppe weist einen so niedrigen Wert auf. Zwar liegen die Arbeitsfähigkeits-Werte auch bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen unter dem Gesamtdurchschnitt, aber trotzdem noch mit 39,1 Punkten zwei Punkte besser als bei den Beschäftigten in Heimen. Dabei hat bei Letzteren ein Anteil von 11,8% eine als schlecht zu kategorisierende Arbeitsfähigkeit, damit liegt auch dieser Anteil deutlich über denen anderer Wirtschaftsgruppen: Bei Beschäftigten im Bereich Information und Kommunikation weisen nur 3,3% eine schlechte Arbeitsfähigkeit auf, vielmehr sind die WAI-Gesamtwerte bei rund 80% als gut oder sogar sehr gut zu bezeichnen.

Bei zusätzlicher Differenzierung der WAI-Gesamtwerte nach Alter, Geschlecht und Teil-/Vollzeit-Tätigkeit sind nur wenig deutliche Abweichungen vom jeweiligen Wirtschaftsgruppendurchschnitt zu



erkennen. Am stärksten noch weicht die Gruppe der weiblichen Beschäftigten in der Branche Information und Kommunikation ab: Hier beträgt der durchschnittliche WAI-Gesamtwert nur 38,3 Punkte (vs. 42,9 bei den Männern in der Branche).

Beeinträchtigung durch die Arbeit

Äquivalent zu den Ergebnissen der Arbeitsfähigkeit sind auch die Ergebnisse zur wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung: Auch hier stechen die Be-

Tabelle 1.3 Umfrage – Wahrgenommene Gesundheitsgefährdung nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen

Wirtschaftsgruppe		Wie stark ist Ihre Gesundheit durch Ihre Arbeit gefährdet?							Gefährdung körperlich und psychisch (sehr) stark
Bereich	Gefährdung körperlich und psychisch gar nicht/wenig	gar nicht gefährdet	wenig gefährdet	teilweise gefährdet	stark gefährdet	sehr stark gefährdet	Angaben in Prozent		
Information und Kommunikation	körperlich	60,3	40,5	38,8	15,7	2,5	2,5	4,1	
	psychisch		26,4	36,4	24,8	9,9	2,5		
Verarbeitendes Gewerbe	körperlich	50,9	29,7	39,2	25,0	5,6	0,4	3,9	
	psychisch		26,3	37,1	25,0	8,6	3,0		
Gesundheitswesen	körperlich	43,9	19,4	38,8	32,4	8,6	0,7	5,0	
	psychisch		17,3	40,3	30,2	10,8	1,4		
Heime	körperlich	29,0	16,1	30,1	32,3	12,9	8,6	14,0	
	psychisch		14,0	28,0	31,2	18,3	8,6		

schäftigten in Heimen mit negativen Beurteilungen hervor, mehr als jeder Fünfte sieht seine körperliche Gesundheit, mehr als jeder Vierte seine psychische Gesundheit stark bzw. sehr stark durch die aktuelle Arbeit gefährdet (» Tabelle 1.3). Damit ist die wahrgenommene Gefährdung in beiden Bereichen hoch. Daraus resultierend ist mit 14,0% der Anteil bei Beschäftigten, die eine (sehr) starke Gesundheitsgefährdung in beiden Bereichen wahrnehmen, in Heimen rund dreimal so hoch wie in den Vergleichsgruppen. Nur 29,0% sehen keine oder wenig Gefährdung in beiden Bereichen. Im Gesundheitswesen wird relativ zum Gesamtdurchschnitt von einem leicht überdurchschnittlichen Anteil die körperliche Gesundheit als (sehr) stark gefährdet wahrgenommen (9,4% vs. 7,5%), in der Branche Information und Kommunikation wiederum liegt dieser Anteil unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten (5,0% vs. 7,5%).

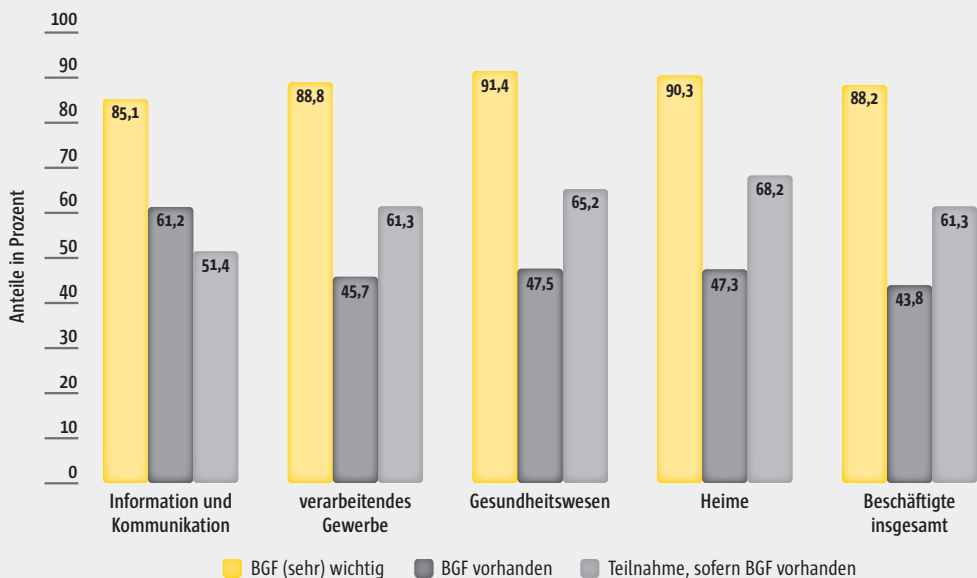
Präsentismus ist entsprechend den Angaben der Befragten bei den Beschäftigten in der Informations- und Kommunikationsbranche in diesem Vergleich am geringsten ausgeprägt: 70,2% gaben keine oder nur wenige Tage (> 10 Tage) an, die sie in den letzten 12 Monaten, obwohl eigentlich krankheitsbedingt arbeitsunfähig, zur Arbeit gegangen sind (Durchschnitt: 13,7 Tage). Auch im verarbeitenden Gewerbe war dieser Anteil mit 64,2% hoch, im Gesundheitswesen gaben hingegen nur 54,0% an, nie bzw.

nur bis zu neun Tage in den letzten 12 Monaten krank zur Arbeit gegangen zu sein. Deutlich höher ist wiederum Präsentismus in Heimen bzw. Betreuungseinrichtungen ausgeprägt: Nur 40,9% waren in den letzten 12 Monaten nie oder nur wenige Tage krank zur Arbeit gegangen, 22,6% gaben hierzu sogar mehr als 24 Tage an, der Durchschnitt liegt für diese Branche bei 22,4 Tagen.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Bewertung der Wichtigkeit von BGF am Arbeitsplatz ist in allen Branchen durchweg hoch, Abweichungen sind eher gering (» Diagramm 1.3). Besonders die Beschäftigten im Wirtschaftszweig Information und Kommunikation geben deutlich überdurchschnittlich häufig an (61,2%), dass überhaupt BGF-Maßnahmen angeboten werden. In den anderen Branchen liegen die Anteile demgegenüber mindestens 13 Prozentpunkte niedriger. Andersherum verhält es sich bei der Inanspruchnahme: Hier geben nur 51,4% der im Bereich Information und Kommunikation Tätigen an, an einer BGF-Maßnahme teilgenommen zu haben. Demgegenüber ist die Inanspruchnahme in den anderen Branchen deutlich höher, so liegt die Teilnahmequote bei den Beschäftigten in Heimen mit 68,2% mehr als 16 Prozentpunkte höher.

Diagramm 1.3 Umfrage – Wichtigkeit, Vorhandensein von und Teilnahme an Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen



1.3 Ergebnisse nach Berufsgruppen

- Überdurchschnittlich hohe Anteile mit schlechter Arbeitsfähigkeit weisen die Beschäftigten der Altenpflege sowie der Gesundheits- und Krankenpflege auf.
- Zusätzlich zeigt sich ein Alters- und Teilzeitbeschäftigungseffekt in den Pflegeberufen mit nochmals niedrigeren Arbeitsfähigkeitswerten bei den über 49-jährigen in der Altenpflege sowie den Teilzeitkräften in der Gesundheits- und Krankenpflege.
- Mehr als jeder Fünfte in der Altenpflege sieht sich sowohl physisch als auch psychisch durch die Arbeit gefährdet, gegenüber dem Gesamtdurchschnitt ist dies fast fünfmal so viel.
- Entsprechend ist die Teilnahmebereitschaft an BGF-Maßnahmen hoch, fast 80% nehmen an solchen Angeboten teil – wenn überhaupt ein Angebot da ist: Nur bei rund 43% der Befragten ist dies der Fall.

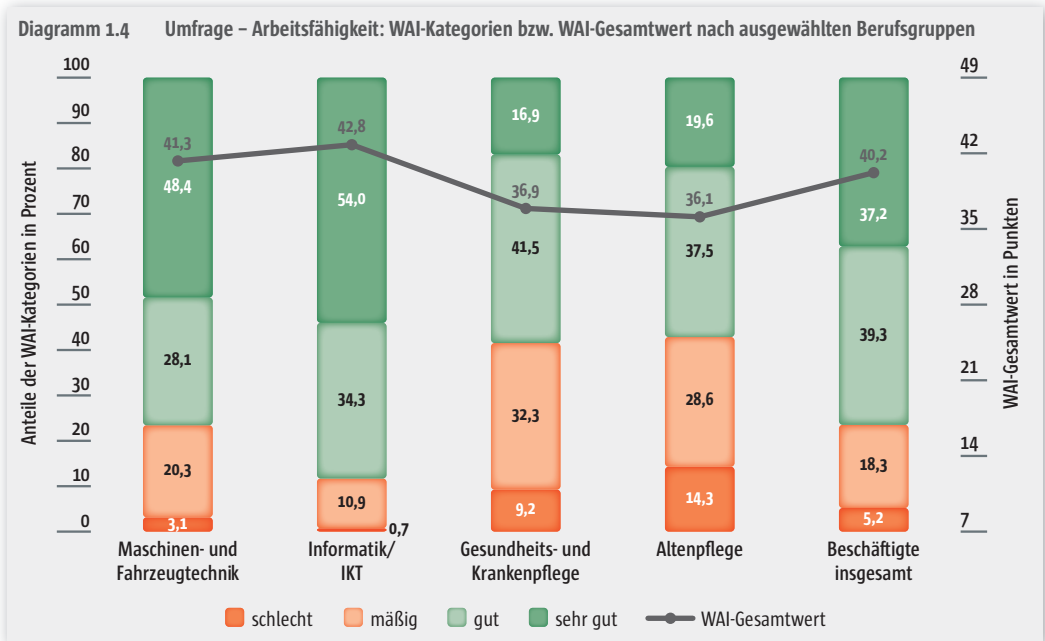
Für die nachfolgende Analyse wurden die für das Gesundheitswesen am häufigsten genannten Berufsgruppen Altenpflege sowie Beschäftigte in Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe (kurz: Gesundheits- und Krankenpflege) ausgewählt (siehe auch **III** „Das Gesundheitswesen – Branchen und Beschäftigte“). Diese werden wiederum kontrastiert mit den Angaben von Beschäftigten in Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufen (kurz: „Informatik/IKT“) sowie Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufen. Das höchste Durchschnittsalter weist dabei mit 42,8 Jahren die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege auf. Durchschnittlich am jüngsten sind hingegen die Beschäftigten in der Altenpflege (40,3 Jahre). In den dargestellten Gruppen findet sich auch eine sehr ähnliche Geschlechtsstruktur wie in den assoziierten Wirtschaftsgruppen wieder: Beschäftigte in Informatik/IKT und Maschinen- und Fahrzeugtechnik sind den Angaben der hier Befragten zufolge etwa zu zwei Dritteln Männer, während die beiden Pflege-Berufsgruppen zu rund zwei Dritteln aus Frauen bestehen. Ebenso ist in den Pflege-

berufsgruppen die Teilzeitquote mit jeweils mehr als 20% etwa vier- bis fünfmal so hoch wie die der Informatik/IKT- bzw. Maschinen- und Fahrzeugtechnik-Beschäftigten.

Arbeitsfähigkeit

Die Informatik/IKT-Beschäftigten haben mehrheitlich eine sehr gute Arbeitsfähigkeit, 54,0% haben einen WAI-Gesamtwert von mindestens 44 Punkten (**III** Diagramm 1.4). Bei weiteren 34,3% ist die Arbeitsfähigkeit den WAI-Ergebnissen zufolge als gut einzuschätzen, bei nur 0,7% hingegen als schlecht. Etwas niedriger sind diese Anteilswerte (48,4% sehr gute, 28,1% gute Arbeitsfähigkeit) bei den Beschäftigten in Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufen, insgesamt ist hier aber auch die Arbeitsfähigkeit überdurchschnittlich gut. Anders verhält es sich bei den beiden Pflegeberufsgruppen. Diese haben nicht nur in diesem Vergleich, sondern auch gegenüber allen in der Umfrage auswertbaren Berufsgruppen die niedrigsten WAI-Gesamtwerte, nämlich 36,1 Punkte bei der Altenpflege und 36,9 Punkte bei der Gesundheits- und Krankenpflege. Bei der Altenpflege fällt besonders der mit 14,3% sehr hohe Anteil von Beschäftigten mit schlechter Arbeitsfähigkeit auf, bei allen anderen Berufsgruppen liegt dieser Anteil deutlich unter 10%, der Durchschnitt für die Gesamtstichprobe beträgt nur 5,2%.

Außerdem zeigen sich Alters- und Teilzeitbeschäftigungseffekte: Während der WAI-Gesamtwert auch in den beiden anderen Berufsgruppen mit zunehmendem Alter nur wenig absinkt und im Durchschnitt über 40 Punkte bleibt, sind es die über 49-jährigen Beschäftigten in der Altenpflege (33,9 Punkte) sowie die Teilzeitkräfte in Gesundheits- und Krankenpflege (33,4 Punkte), die gegenüber dem jeweiligen Berufsgruppendurchschnitt ihre Arbeitsfähigkeit deutlich schlechter bewerten.



Beeinträchtigung durch die Arbeit

Korrespondierend zu den Ergebnissen der Arbeitsfähigkeit ist auch die wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit in den Pflegeberufen – insbesondere in der Altenpflege – besonders hoch (Tabelle 1.4). Ist in der Gesundheits- und Krankenpflege der Anteil derer, die sich sowohl körperlich als auch psychisch (sehr) stark durch die Arbeit beeinträchtigt fühlen, mit 7,7% schon überdurchschnittlich, so liegt dieser Anteil bei der Altenpflege mit 21,4% gegenüber dem Durchschnittsanteil von 4,4% bei allen Beschäftigten um fast das Fünffache höher. Im Einzelnen sieht dabei in der Altenpflege mehr als jeder Vierte (28,6%) seine körperliche Gesundheit (sehr) gefährdet, hinsichtlich der psychischen Gesundheit ist dies sogar mehr als jeder Dritte (35,7%). Auf der anderen Seite sehen nur 17,9% gar keine oder nur eine geringe Gefährdung in beiden Bereichen.

Beschäftigte in Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufen sind in den vergangenen 12 Monaten sehr selten trotz Krankheit zu Arbeit gegangen: 81,8% gaben zur Frage nach Präsentismus 9 oder weniger Tage an, allein die Hälfte davon war laut eigener Aussage keinen einzigen Tag trotz Arbeitsunfähigkeit arbeiten. Entsprechend liegt die mittlere Zahl an Präsentismus-Tagen bei nur 7,8 Tagen. Von in Maschinen- und Fahrzeugtech-

nikberufen Tätigen gaben immerhin noch 68,8% ebenso nie/weniger als zehn Tage Präsentismus an, bei Gesundheits- und Krankenpflegern waren es 47,7%. Aber nur ein Viertel (25,0%) der in der Altenpflege Beschäftigten war nie oder nur wenige Tage arbeitsunfähig zur Arbeit gegangen, hingegen gaben hierzu 28,6% mehr als 24 Tage an. Der Durchschnitt für diese Berufsgruppe liegt entsprechend bei enormen 30,9 Tagen.

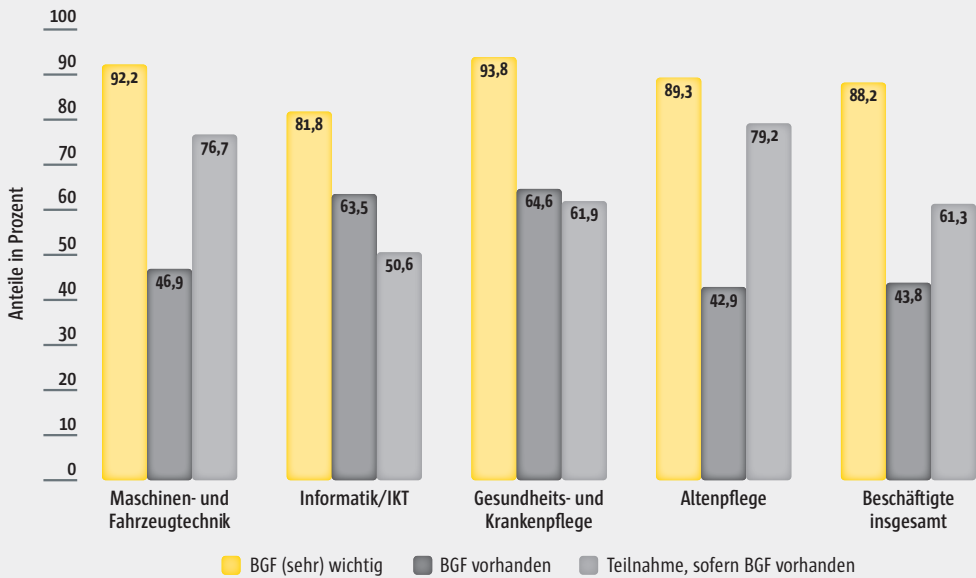
Betriebliche Gesundheitsförderung

Mit 81,8% erachtet der weitaus größte Anteil der Informatik/IKT-Beschäftigten Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz für wichtig oder sehr wichtig. Dieser Anteilswert liegt trotzdem noch einige Prozentpunkte unterhalb anderer Berufsgruppen; so zeigt Diagramm 1.5 eine Differenz von 12 Prozentpunkten gegenüber der Gesundheits- und Krankenpflege auf. Beschäftigte aus diesen beiden Berufsgruppen gaben darüber hinaus mehrheitlich (63,5% bzw. 64,6%) an, dass es zumindest irgendeine Art von Betrieblicher Gesundheitsförderung im beschäftigten Unternehmen gibt. Anders hingegen bei den Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufen, hier geben nur 46,9% an, dass ein BGF-Angebot vorhanden ist, in der Altenpflege sind es wiederum sogar nur

Tabelle 1.4 Umfrage – Wahrgenommene Gesundheitsgefährdung nach ausgewählten Berufsgruppen

Wie stark ist Ihre Gesundheit durch Ihre Arbeit gefährdet?		Gefährdung körperlich und psychisch gar nicht/wenig	gar nicht gefährdet	wenig gefährdet	teilweise gefährdet	stark gefährdet	sehr stark gefährdet	Gefährdung körperlich und psychisch (sehr) stark
Berufsgruppe	Bereich							
		Angaben in Prozent						
Maschinen- und Fahrzeugtechnik	körperlich	45,3	20,3	45,3	28,1	6,3	0,0	1,6
	psychisch		21,9	42,2	26,6	7,8	1,6	
Informatik/IKT	körperlich	71,5	43,1	44,5	10,9	1,5	0,0	1,5
	psychisch		32,8	39,4	20,4	5,8	1,5	
Gesundheits- und Krankenpflege	körperlich	27,7	12,3	24,6	46,2	15,4	1,5	7,7
	psychisch		12,3	30,8	43,1	13,8	0,0	
Altenpflege	körperlich	17,9	7,1	33,9	30,4	17,9	10,7	21,4
	psychisch		10,7	19,6	33,9	23,2	12,5	

Diagramm 1.5 Wichtigkeit, Vorhandensein und Teilnahme an Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) nach ausgewählten Berufsgruppen



42,9%. Für diese beiden Berufsgruppen mit relativ geringer BGF-Verbreitung ist wiederum die Inanspruchnahmequote hoch, jeweils mehr als drei Vier-

tel (76,7% bzw. 79,2%) gaben an, bei Vorhandensein eines Angebots dieses auch zu nutzen.

1.4 Gesundheit und Arbeit im Gesundheitswesen

Die Ergebnisse der Umfrage spiegeln allgemein betrachtet eine gute Arbeitsfähigkeit bei den Beschäftigten wider. Im Detail gibt es aber teils starke Unterschiede – insbesondere, wenn man zwischen Wirtschaftsgruppen bzw. Berufsgruppen der Beschäftigten differenziert. Dabei sticht besonders die Altenpflege (Beschäftigte in der Altenpflege machen wiederum den weitaus größten Teil der Beschäftigten in Heimen/Betreuung aus, daher auch große Ähnlichkeit der Ergebnisse in dieser Wirtschaftsgruppe) mit einer vergleichsweise schlechten Arbeitsfähigkeit heraus. Insbesondere bei der Gruppe der über 49-Jährigen ist selbst im Durchschnitt die Arbeitsfähigkeit als nur mäßig zu bezeichnen. Zwar zeigt sich in der Regel, dass die Arbeitsfähigkeit mit zunehmendem Alter abnimmt. Dies gilt auch für die hier dargestellten Umfrageergebnisse, reicht aber zur Erklärung für die niedrige Arbeitsfähigkeit der älteren Beschäftigten in der Altenpflege nicht aus. Vielmehr sind es auch die Altenpflege-Beschäftigten insgesamt – also auch die Jüngeren unter diesen –, von denen große Anteile angeben, dass die eigene Arbeit die Gesundheit gefährdet. Anders als bei den meisten anderen Berufsgruppen wird hier auch von vielen sowohl eine körperliche als auch psychische Gefährdung gesehen: Mehr als jeder Fünfte in der Altenpflege sieht eine solche Doppel-Belastung, unter allen Beschäftigten sieht dies nur etwa jeder Dreiundzwanzigste. Nicht überraschend ist in der Altenpflege Präsentismus recht verbreitet: Mehr als jeder Vierte gibt an, im Jahr über 24 Tage – also insgesamt mehr als einen Arbeitsmonat – krank zur Arbeit gegangen zu sein. Hierzu legen auch die Erkenntnisse aus dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Kapitel 2) und weiteren Leistungsbereichen (» Kapitel 3) nahe, dass hierbei auch ein großer Teil wohl auf psychische Beschwerden zurückzuführen ist. Die Bereitschaft, etwas für die eigene Gesundheit zu tun, ist in der Altenpflege aber durchaus hoch, so nehmen fast 80% auch an BGF-Maßnahmen teil – sofern diese angeboten werden. Zwar ist hier

der Anteil derer, bei denen im Betrieb solche Angebote existieren, nur geringfügig unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten, die anderen Ergebnisse legen aber nahe, dass hier potenziell ein deutlich größerer Bedarf besteht.

Im Vergleich ist auch die Arbeitsfähigkeit in der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte relativ niedrig, hier sind es insbesondere die Teilzeitkräfte, die noch ein Stück schlechter abschneiden. Insgesamt ist die wahrgenommene Gefährdung aber geringer als in der Altenpflege (dabei aber immer noch unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten) und es bezieht sich bei diesen stärker auf den körperlichen Bereich. Auch ist Präsentismus deutlich geringer ausgeprägt, wobei aber immer noch mehr als die Hälfte angibt, zehn oder mehr Tage in den letzten 12 Monaten krank zur Arbeit gegangen zu sein. In den Unternehmen (in der Regel Krankenhäuser), in denen die Gesundheits- und Krankenpfleger tätig sind, sind den Angaben der Befragungsteilnehmer zufolge überdurchschnittlich häufig BGF-Angebote vorhanden. Hierbei spielt sicher eine höhere Sensibilität für Gesundheitsthemen im Gesundheitswesen eine Rolle, was sich auch in der nochmals höheren Zuschreibung von Wichtigkeit an Betrieblicher Gesundheitsförderung niederschlägt. Bekannt ist aber auch, dass Betriebliche Gesundheitsförderung gerade in großen Unternehmen – meistens fallen Krankenhäuser in diese Kategorie – deutlich stärker etabliert ist als in kleineren und mittleren Unternehmen. Gerade hier steckt sicher noch viel Potenzial für die Unterstützung der Mitarbeiter bei Erhalt oder Verbesserung der Gesundheit direkt am Arbeitsplatz. Aber auch insgesamt muss konstatiert werden, dass, verglichen mit Zahlen zu Angebot und Inanspruchnahme von Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Vorjahren [1], die Umfrageergebnisse eine andauernde Stagnation widerspiegeln. Hier braucht es zum einen ein Verständnis für den Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung (wobei allein schon der ökonomische Gewinn

durch Reduktion von Fehlzeiten belegt ist und vielfach zitiert wird [2]), aber auch einen Wissenstransfer durch Best-Practice-Beispiele. Hierfür bieten auch die Gastautorenbeiträge und Interviews in diesem Buch (» Kapitel 4) viele Anregungen.

Literatur

1. Beck, D & Lehnhardt, U (2016). Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. *Gesundheitswesen*, 78:56–62
2. Initiative Gesundheit und Arbeit (2014). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. *iga.Report 28*.



2

Arbeitsunfähigkeit

Anhand der Umfrageergebnisse zum Thema Arbeit und Gesundheit (III Kapitel 1) konnte eindrucksvoll gezeigt werden, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen und insbesondere die Pflegekräfte sich in ihrer Arbeitsfähigkeit von anderen Beschäftigten-Gruppen deutlich unterscheiden. Inwieweit sich dieses Bild auch bei der Analyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten) zeigt, soll im folgenden Kapitel näher beleuchtet werden. Zur besseren Einord-

nung werden zunächst noch einmal die wichtigsten AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt betrachtet. Der zweite Abschnitt befasst sich im Kern mit den Wirtschaftsgruppen, in denen die Beschäftigten der Gesundheitsberufe hauptsächlich tätig sind, während der dritte sowie der vierte Abschnitt explizit auf den Zusammenhang zwischen ausgeübtem Beruf und gesundheitlicher Lage abzielen.

2.1 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei den beschäftigten Mitgliedern insgesamt

Aktuelle Kennzahlen aus dem Jahr 2015

- Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten war im Jahr 2015 gar nicht (38,3%) bzw. nur einmalig (26,6%) krankheitsbedingt arbeitsunfähig.
- Nahezu zwei Drittel aller AU-Fälle (66,5%) sind mit Kurzeiterkrankungen von maximal 7 Kalendertagen Dauer verbunden.

Im Jahr 2015 weisen die 4,4 Mio. beschäftigten Mitglieder der Betriebskrankenkassen im Durchschnitt 1,4 AU-Fälle auf. Damit verbunden sind im Mittel 16,1 AU-Tage, was einem Krankenstand von 4,4% entspricht. Mehr als ein Drittel (38,3%) aller beschäftigten Mitglieder ist im Jahr 2015 gar nicht attestiert arbeitsunfähig gewesen. Etwas mehr als ein Viertel (26,6%) war einmal im Berichtsjahr krankgeschrieben, 16% zweimal und ein knappes Fünftel (19,1%) dreimal oder öfter (» Tabelle 2.1).

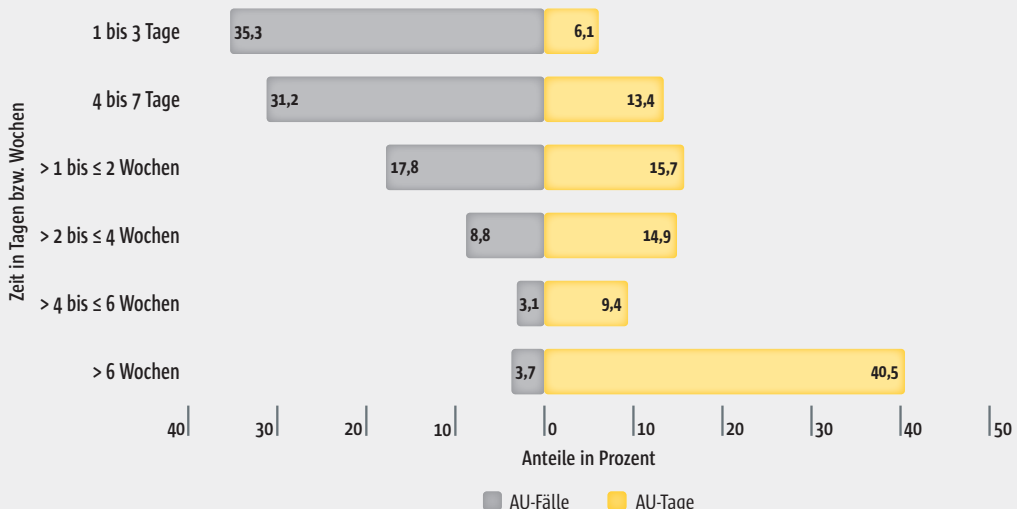
Tabelle 2.1 AU-Quoten der beschäftigten Mitglieder (Berichtsjahr 2015)

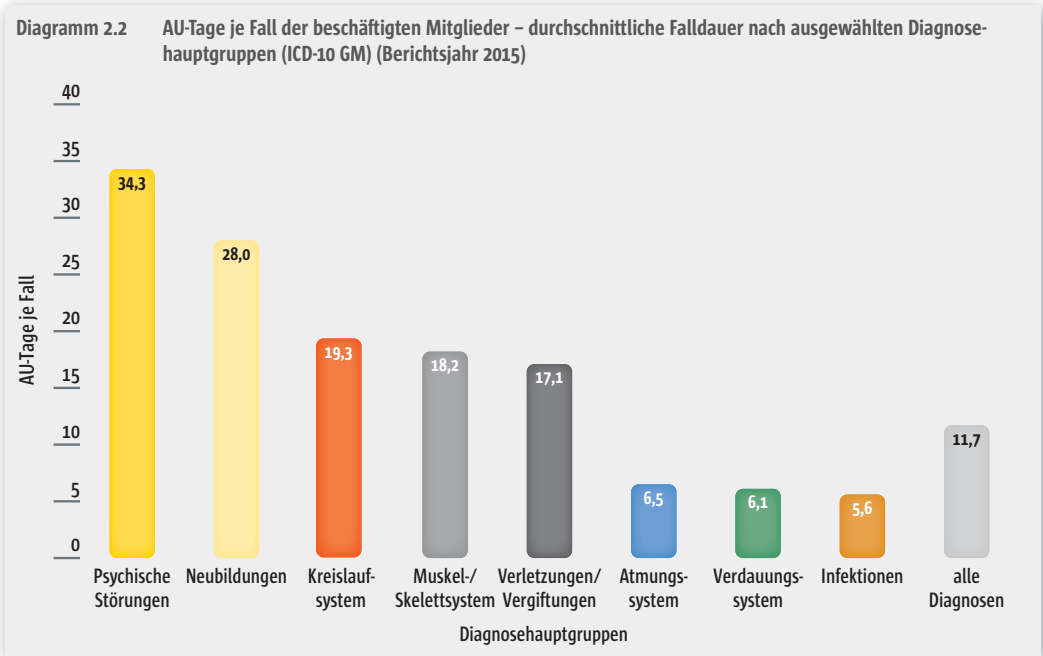
AU-Fälle	Anteile in Prozent
kein AU-Fall	38,3
1 AU-Fall	26,6
2 AU-Fälle	16,0
3 und mehr AU-Fälle	19,1

Die Betrachtung der Verteilung nach der Falldauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten bringt weiteren Aufschluss darüber, wie die oben berichteten Durchschnittswerte einzuschätzen sind.

Wie in » Diagramm 2.1 zu erkennen ist, wird die Mehrzahl (66,5%) der AU-Fälle bei den beschäftigten Mitgliedern durch Kurzeiterkrankungen mit einer

Diagramm 2.1 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2015)





Dauer von maximal 7 Kalendertagen verursacht. Diese Kurzzeitfälle, wie sie zum Beispiel bei den klassischen saisonalen Erkältungserkrankungen auftreten, sind gleichzeitig für weniger als ein Fünftel (19,5%) aller AU-Tage verantwortlich. AU-Fälle, die mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen einhergehen, sind hingegen selten – nur 3,7% haben eine solche lange Falldauer. Allerdings sind diese seltenen Fälle für insgesamt mehr als 4 von 10 AU-Tagen (40,5%) bei den Beschäftigten verantwortlich.

- Am langwierigsten sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten der Beschäftigten bei psychischen Störungen mit einer durchschnittlichen Falldauer von 34,3 Tagen.
- Mehr als die Hälfte aller AU-Tage (56,0%) wird durch Muskel- und Skeletterkrankungen, durch Atemwegserkrankungen und durch psychische Störungen verursacht.

Welche Krankheitsarten für die Kurzzeit- bzw. Langzeitfälle verantwortlich sind, zeigt **»»»** Diagramm 2.2.

Mit durchschnittlich fast 5 Kalenderwochen Falldauer (34,3 AU-Tage je Fall) sind krankheitsbedingte Ausfalltage aufgrund psychischer Störungen am langwierigsten, gefolgt von den Neubildungen (Krebserkrankungen) mit einer mittleren Falldauer von 28 Tagen. Auch aufgrund von Herz- und Kreis-

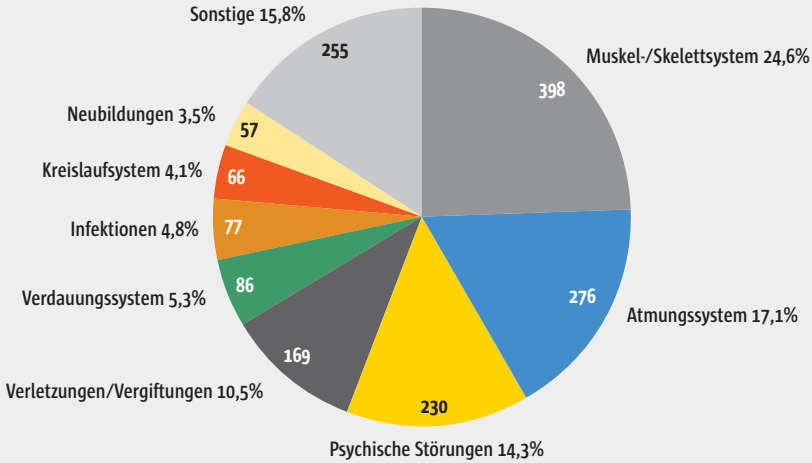
lauferkrankungen, Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen treten im Mittel Ausfallzeiten von mehr als 3 Wochen Dauer auf. Dagegen haben häufige, vor allem durch Infektionen ausgelöste Erkrankungen des Atmungs- und Verdauungssystems, sowie Infektionen im Durchschnitt eine krankheitsbedingte Abwesenheit von weniger als einer Kalenderwoche zur Folge.

Welche Krankheitsarten den AU-Tagen der Beschäftigten insgesamt zugrunde liegen, wird in **»»»** Diagramm 2.3 deutlich.

Fast jeder vierte AU-Tag (24,6%) wird bei den Beschäftigten durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursacht. Zusammen mit den Erkrankungen des Atmungssystems (17,1%) und den psychischen Störungen (14,3%) sind allein diese drei Krankheitsarten für mehr als die Hälfte (56,0%) aller AU-Tage bei den Berufstätigen verantwortlich.

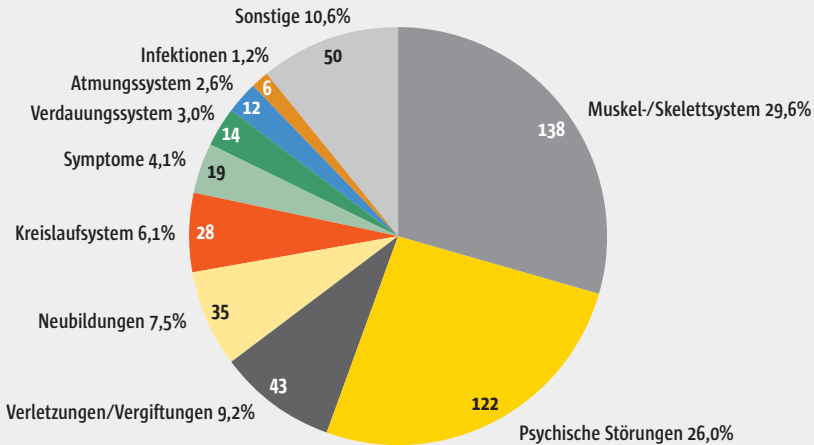
- Mehr als jeder zweite Krankengeldtag (55,6%) der Beschäftigten geht auf eine Muskel- und Skeletterkrankung bzw. auf eine psychische Störung zurück.
- Die Fehltag der Beschäftigten haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Erfreulich ist, dass bei den Verletzungen und Vergiftungen seit 2011 ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist.

Diagramm 2.3 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



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

Diagramm 2.4 Krankengeldtage der beschäftigten Mitglieder – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



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

Aufschlussreich ist auch ein Blick auf die Krankengeldtage. Insgesamt ist deutlich mehr als jeder vierte AU-Tag (29%) mit dem Bezug von Krankengeld verbunden. Mehr als die Hälfte aller Krankengeldtage (55,6%) der beschäftigten Mitglieder wird dabei durch Muskel- und Skeletterkrankungen (29,6%) so-

wie durch psychische Störungen (26,0%) verursacht (■) Diagramm 2.4).

Obwohl die Neubildungen und die Herz- und Kreislauferkrankungen – wie in ■ Diagramm 2.2 zu sehen – im Mittel lange Falldauern aufweisen, spielen sie bei den Krankengeldtagen eine untergeord-

Diagramm 2.5 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder im Zeitverlauf (2008–2015) nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM)

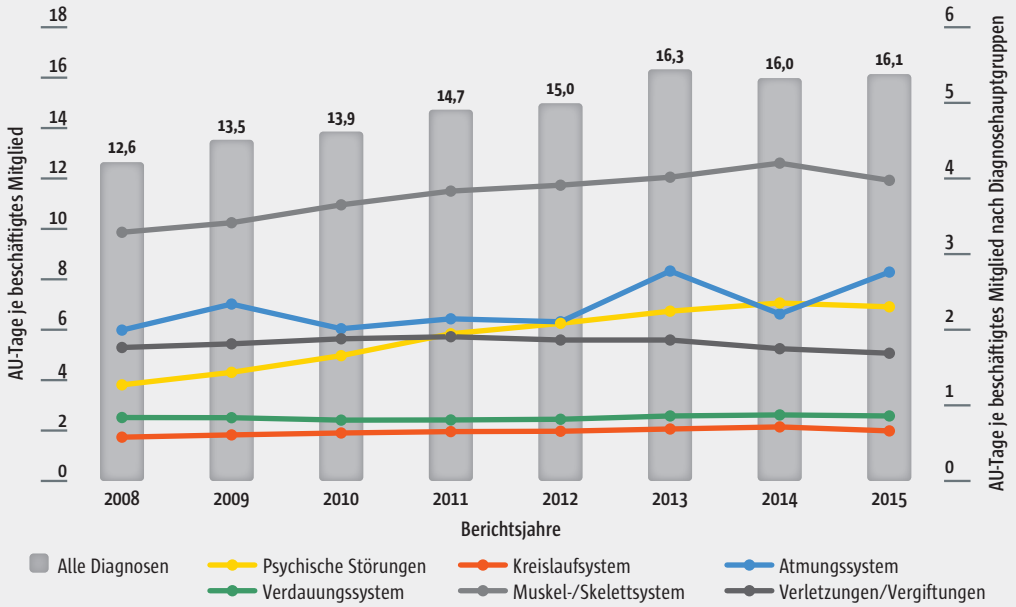
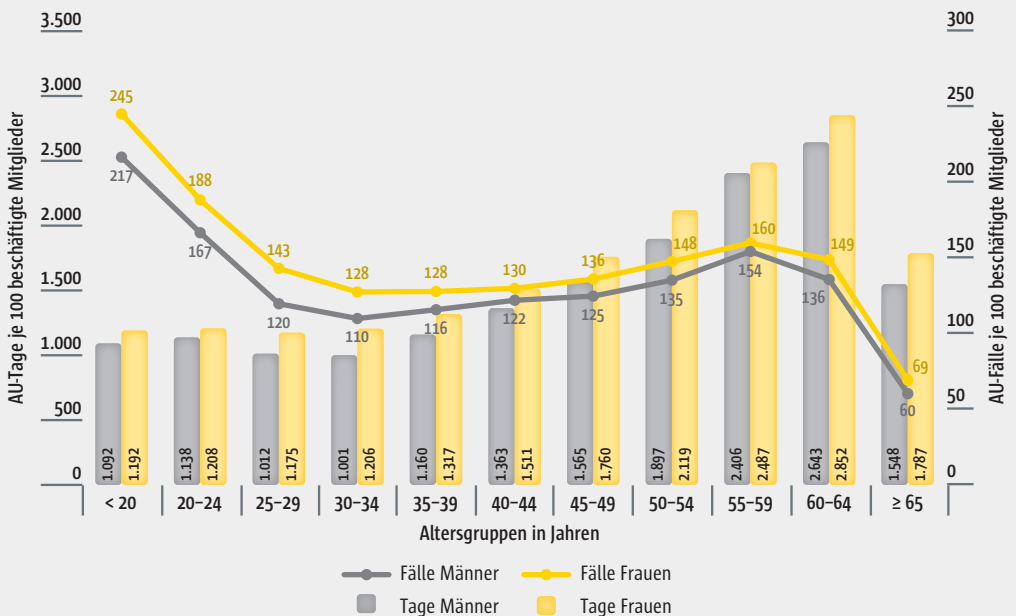


Diagramm 2.6 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



nete Rolle. Das liegt darin begründet, dass diese Krankheitsarten bei den beschäftigten Mitgliedern relativ selten auftreten.

In der Betrachtung der Fehltag der Beschäftigten zwischen den Jahren 2008 und 2015 wird deutlich, dass die AU-Tage insgesamt nahezu kontinuierlich angestiegen sind (»» Diagramm 2.5). Dies gilt auch für die Mehrzahl der hier betrachteten Krankheitsarten. Ausnahmen bilden die Atemwegserkrankungen, die vor allem durch saisonal bedingte Schwankungen in den aufgrund von Grippewellen stark betroffenen Jahren gekennzeichnet sind. Erfreulich ist zudem, dass die Fehltag aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen seit dem Jahr 2011 kontinuierlich abgenommen haben. Anzumerken ist auch, dass 2015 im Vergleich zum Vorjahr erstmals insbesondere die AU-Tage, die durch Muskel- und Skeletterkrankungen auftreten, deutlich zurückgegangen sind. Auch die AU-Tage aufgrund psychischer Störungen und wegen Herz- und Kreislauf-erkrankungen haben einen leichten Rückgang erfahren. Ob sich dieser Trend in den kommenden Jahren fortsetzt, bleibt abzuwarten. Eine mögliche Ursache dieses Rückgangs könnte unter anderem in der zunehmenden Verbreitung und Nutzung von Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung liegen.

- Anhand des Altersverlaufs der Fehlzeiten lässt sich erkennen, dass in den jungen Altersgruppen häufiger Kurzzeiterkrankungen auftreten, während bei den älteren Beschäftigten krankheitsbedingte Arbeitsausfälle seltener, dafür aber langwieriger sind.
- Im Regionalvergleich zeigt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle mit fast einer Kalenderwoche Unterschied zwischen den Fehltagen in Baden-Württemberg (13,7 AU-Tage) und Sachsen-Anhalt (21,2 AU-Tage).

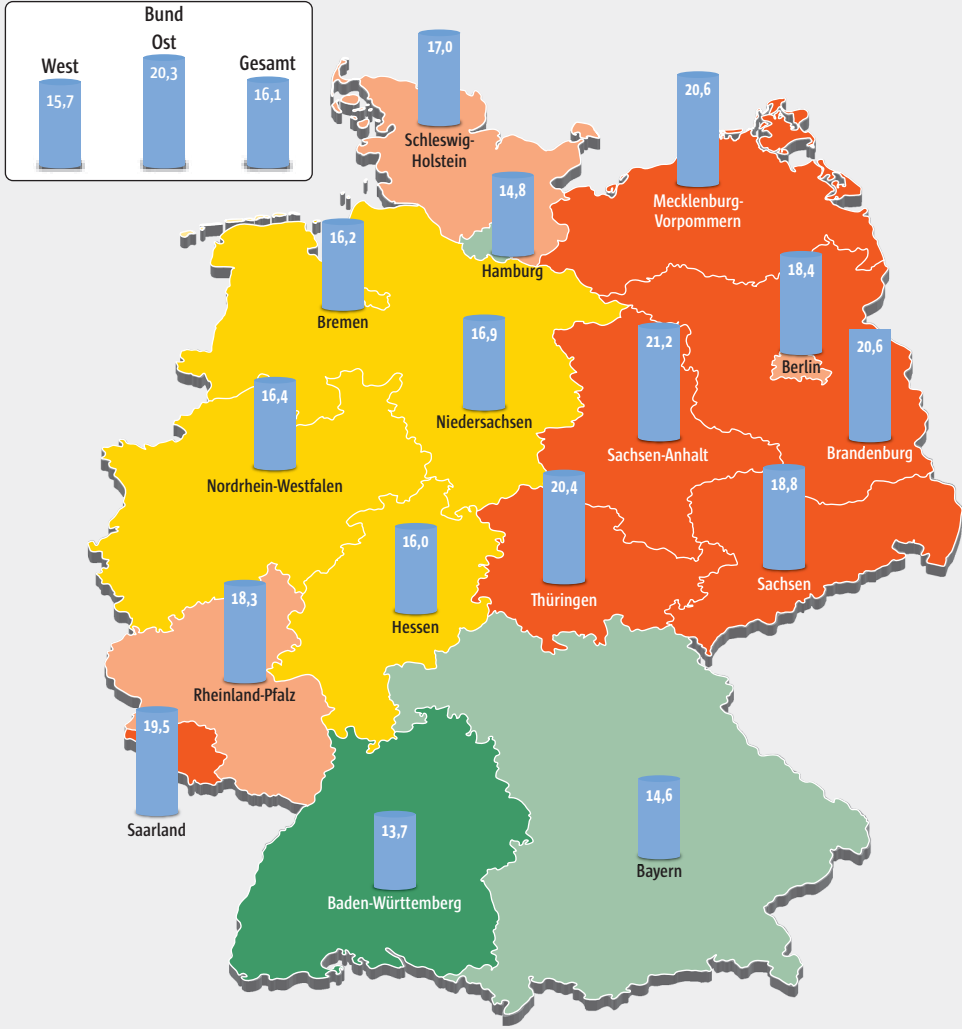
Über den Einfluss des Alters auf die Fehlzeiten der Beschäftigten gibt das »» Diagramm 2.6 Aufschluss. Deutlich zu erkennen ist, dass die durchschnittliche

Anzahl der AU-Tage mit steigendem Alter zunimmt und zwar insbesondere ab der Gruppe der 35–39-jährigen bis zu den 60–64-jährigen Beschäftigten. Bei den jüngeren Kohorten schwanken die AU-Tage nur minimal, allerdings treten bei den beiden jüngsten Altersgruppen am häufigsten AU-Fälle auf, die aber meist durch nichtchronische Kurzzeiterkrankungen geprägt sind. Mit zunehmendem Alter sinkt wiederum die Fallhäufigkeit, was bei steigenden AU-Tagen zu einer insgesamt höheren durchschnittlichen Falldauer führt, bedingt durch die gleichzeitige Zunahme der Häufigkeit chronischer bzw. Langzeiterkrankungen. Bemerkenswert ist allerdings der „Einbruch“ der AU-Kennzahlen bei den über 65-jährigen Beschäftigten. Vermutlich wird hier der „healthy worker effect“ wirksam, das heißt hier sind nur noch die gesundheitlich fitten Beschäftigten zu finden, während sich die krankheitsbedingt nicht mehr voll arbeitsfähigen Personen schon im Ruhestand oder, im ungünstigeren Fall, in der Erwerbsminderungsrente befinden. Tritt allerdings in dieser Altersgruppe ein AU-Fall auf, so ist dieser im Mittel mit 25,7 Tagen je Fall deutlich länger als in allen anderen betrachteten Altersgruppen.

Über alle Altersgruppen hinweg treten bei Frauen häufiger AU-Fälle auf, die entsprechend mit durchgängig höheren durchschnittlichen Fehltagen einhergehen. Die Ursachen hierfür liegen vermutlich im geschlechtsspezifischen Krankheitsspektrum bzw. in der unterschiedlichen Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen begründet.

Wie in »» Diagramm 2.7 zu sehen ist, gibt es beträchtliche regionale Unterschiede bei den Fehlzeiten der beschäftigten Mitglieder zwischen den Bundesländern. Die Spannweite reicht dabei von 13,7 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied in Baden-Württemberg bis hin zu 21,2 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied in Sachsen-Anhalt – ein Unterschied von durchschnittlich mehr als einer Kalenderwoche. Generell lässt sich feststellen, dass nach wie vor die durchschnittlichen Fehltag in den neuen Bundesländern (20,3 AU-Tage) deutlich höher als in den Altbundesländern (15,7 AU-Tage) ausfallen.

Diagramm 2.7 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2015)



Abweichungen der AU-Tage vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- 5-15% unter dem Bundesdurchschnitt
- zwischen ± 5% über bzw. unter dem Bundesdurchschnitt (16,1)
- 5-15% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt

2.2 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Wirtschaftsgruppen

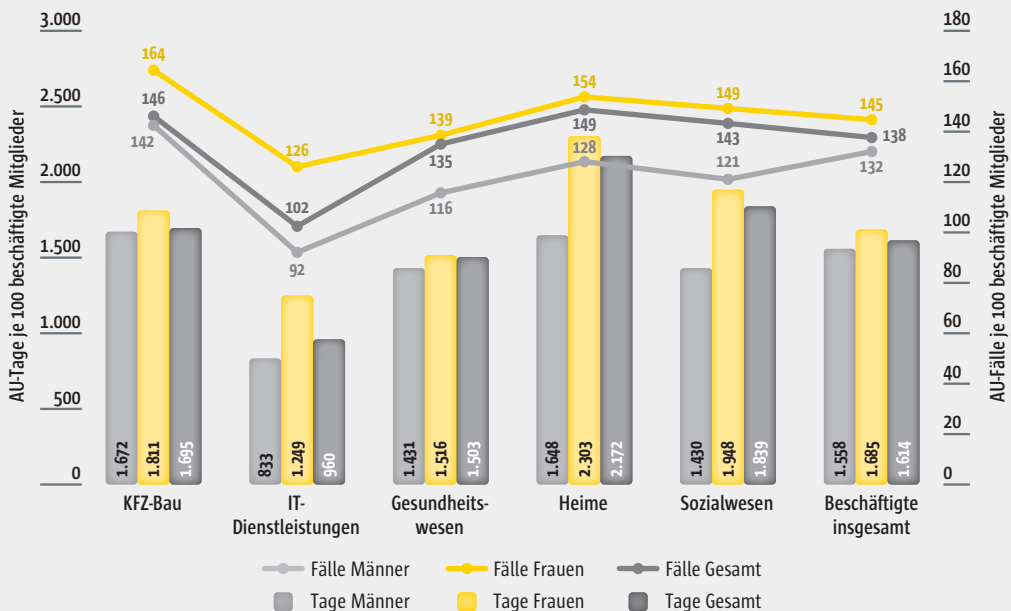
Wie bereits eingangs erwähnt, ist ein Unternehmen einer bestimmten Wirtschaftsgruppe zugeordnet und zwar weitestgehend unabhängig davon, welche Berufe die Beschäftigten in diesem Unternehmen im Einzelnen ausüben. Allerdings zeigt sich in vielen Fällen, dass innerhalb der einzelnen Wirtschaftsgruppen eine gewisse Berufshomogenität zu finden ist, wie zum Beispiel der hohe Anteil der medizinischen Gesundheitsberufe im Gesundheitswesen zeigt. Da die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe eine weitaus heterogenere Berufsgruppe darstellen, ist hier die Zuordnung in vielen Fällen nicht so eindeutig möglich. Deshalb werden im Folgenden vor allem die Wirtschaftsgruppen betrachtet, die be-

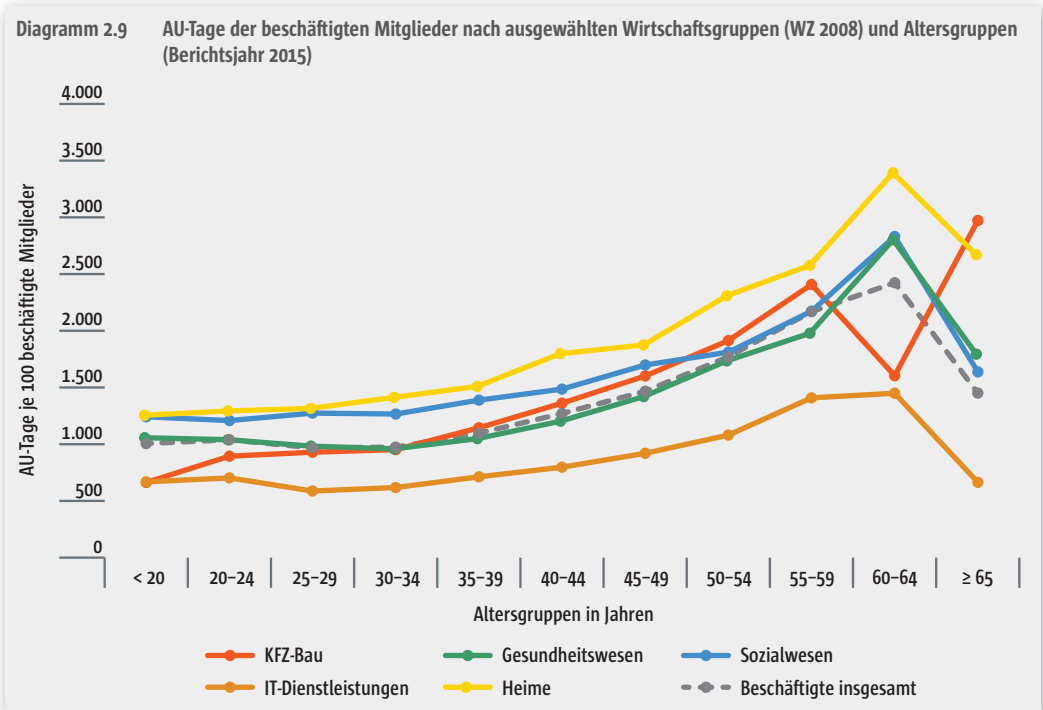
reits im Einleitungskapitel **»** Das Gesundheitswesen – Branchen und Beschäftigte dargestellt wurden.

- Die weiblichen Beschäftigten in Heimen und im Sozialwesen weisen überdurchschnittlich viele Fehltage auf.
- In der Wirtschaftsgruppe Gesundheitswesen sind es die weiblichen Beschäftigten in den Krankenhäusern, die die meisten Fehltage (18,2 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) aufweisen.

In **»** Diagramm 2.8 sind die AU-Kennzahlen der bereits erwähnten Wirtschaftsgruppen vergleichend dargestellt. Wie auch in der Betrachtung aller Be-

Diagramm 2.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)





schäftigten, zeigt sich für alle hier aufgeführten Wirtschaftsgruppen, dass Frauen durchweg mehr AU-Fälle und AU-Tage aufweisen als ihre männlichen Kollegen. Bei den AU-Tagen tritt dieser Unterschied am deutlichsten bei den Beschäftigten der IT-Dienstleistungen (+49,9%), in Heimen (+39,7%) und im Sozialwesen (+36,2%) zu Tage. In ähnlicher Ausprägung und Reihung gilt dies auch für die AU-Fälle. Die meisten Fehltageweisen mit durchschnittlich 21,7 AU-Tagen die Beschäftigten in Heimen auf, gefolgt von den im Sozialwesen Tätigen (18,4 AU-Tagen). Im Vergleich zur Wirtschaftsgruppe Heime sind bei den Beschäftigten im Bereich IT-Dienstleistungen nicht einmal halb so viele (9,6 AU-Tagen) Fehltageweisen zu finden.

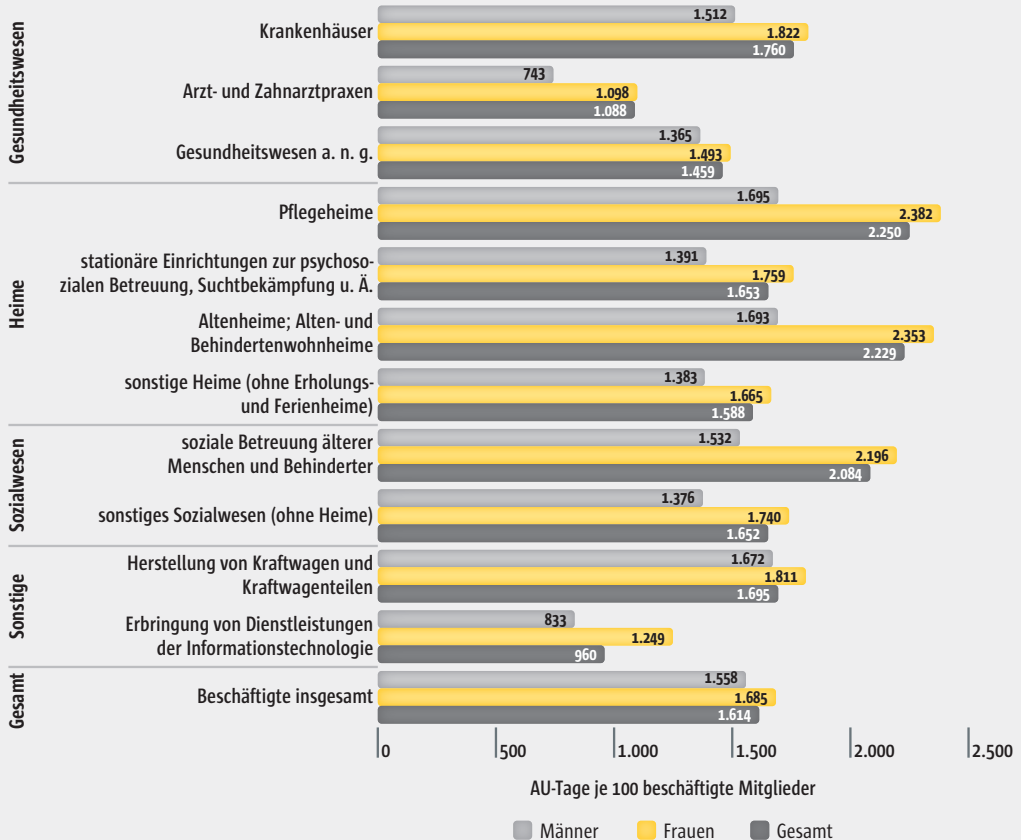
Auch nach dem Lebensalter der Beschäftigten lassen sich zwischen den betrachteten Wirtschaftsgruppen deutliche Unterschiede bei den AU-Tagen erkennen (III Diagramm 2.9). So weisen die Beschäftigten in den Gruppen Heime und Sozialwesen über alle Altersgruppen hinweg zum Teil deutliche höhere Fehlzeiten auf als alle beschäftigten Mitglieder insgesamt. Besonders auffällig stellt sich dieser Unterschied vor allem in den höheren Altersgruppen dar. Bei den Über-65-Jährigen, deren Anteil in den

kommenden Jahren aufgrund der Verlängerung der Lebensarbeitszeit immer mehr zunehmen wird, weisen zum Beispiel die Beschäftigten im KFZ-Bau im Durchschnitt mehr als doppelt so viele AU-Tage auf wie die Beschäftigten dieser Altersgruppe insgesamt (33,4 vs. 16,3 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Ähnliche hohe Werte sind auch bei den Beschäftigten in der Gruppe Heime zu erkennen (30 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied), aber auch im Gesundheitswesen beträgt der Unterschied zu allen Beschäftigten knapp 4 Kalendertage (20,2 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied).

Welches Bild sich ergibt, wenn man die den Bereichen Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen zugeordneten Untergruppen anschaut, zeigt III Diagramm 2.10.

Die mit Abstand höchsten Fehlzeiten – insbesondere bei den weiblichen Beschäftigten – sind in den Alten- und Pflegeheimen sowie auch in der sozialen Betreuung älterer Menschen und Behinderter (hier sind hauptsächlich auch ambulante Pflegedienste verortet) zu finden. Diese liegen im Mittel circa 5-7 Kalendertage über dem Durchschnittswert aller beschäftigten Frauen bundesweit. In diesen beiden Wirtschaftsgruppen sind vor allem Beschäftigte aus

Diagramm 2.10 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



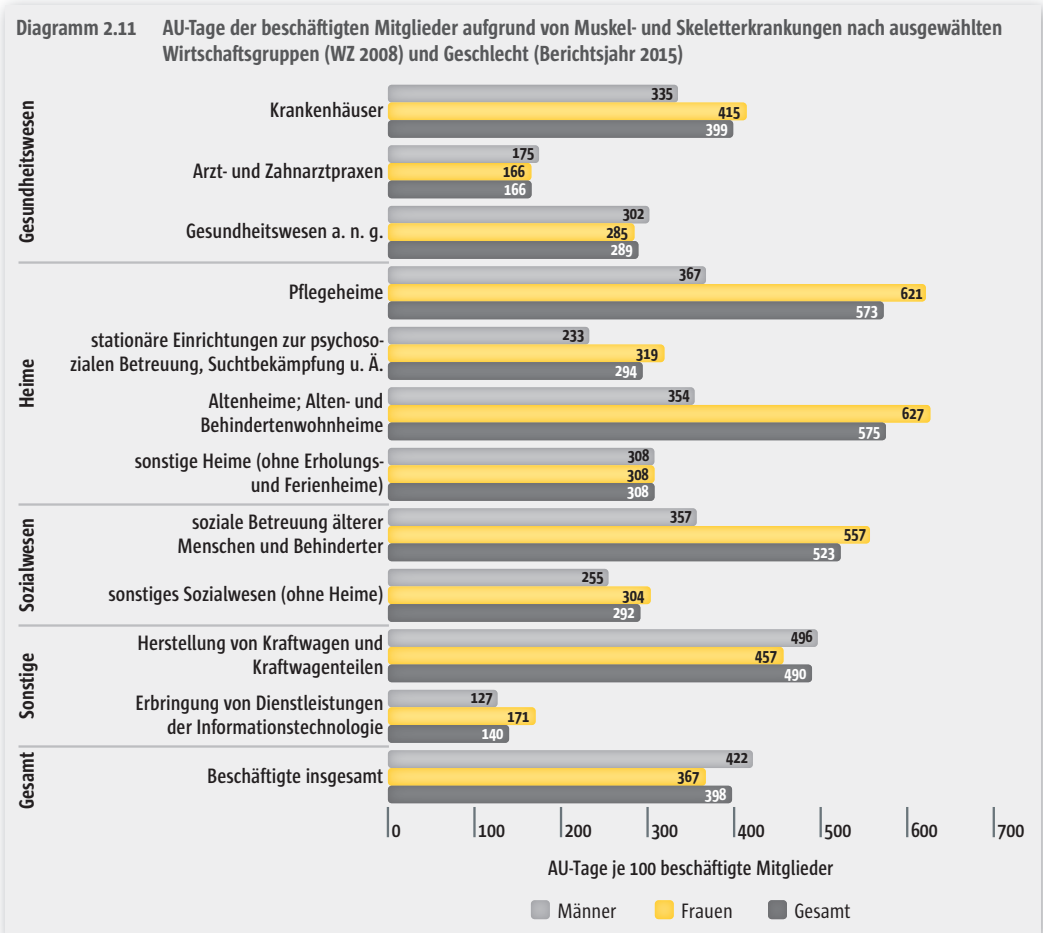
den Altenpflegeberufen tätig, die Pflegebedürftige Menschen ambulant bzw. stationär betreuen. Auch bei den männlichen Beschäftigten der drei zuvor genannten Wirtschaftsgruppen sind jeweils die meisten Fehltag im Vergleich zu finden, allerdings weisen deren Fehlzeiten nicht so einen deutlichen Abstand zum entsprechenden Bundesdurchschnitt auf.

Beschäftigte in Krankenhäusern haben ebenfalls tendenziell überdurchschnittliche Fehlzeiten, wobei auch hier die Frauen einen höheren Abstand zu den Bundesdurchschnittswerten aufweisen als ihre männlichen Kollegen. Die mit Abstand wenigsten AU-Tage treten bei den Beschäftigten in den Arzt- und Zahnarztpraxen auf – insgesamt liegen diese fast 6 Kalendertage unter dem Wert aller Beschäftigten bundesweit.

Muskel- und Skeletterkrankungen

- AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen treten am häufigsten bei den weiblichen Beschäftigten in Pflegeheimen, in Altenheimen sowie in der sozialen Betreuung auf und zwar nahezu doppelt so häufig wie bei den beschäftigten Frauen insgesamt.
- Rückenschmerzen (M54) sind für die drei oben genannten Gruppen die Hauptursache für Fehltag. Bei den Beschäftigten insgesamt ist diese Erkrankungsart erst auf Platz 2 nach den akuten Atemwegsinfektionen (J06) zu finden.

Dass die Beschäftigten im Pflegebereich einer besonders hohen körperlichen Belastung ausgesetzt sind, konnte bereits anhand von Studien belegt werden [1].

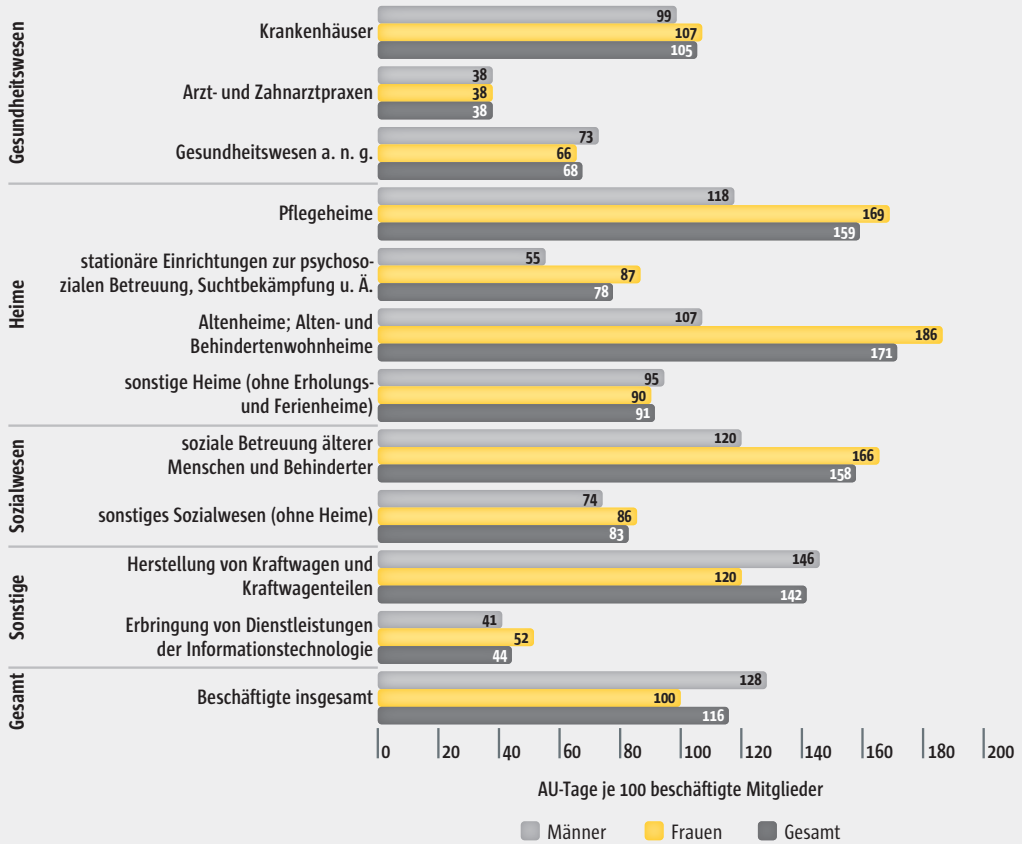


Dies zeigt sich auch an den Fehlzeiten, die durch Muskel- und Skeletterkrankungen hervorgerufen werden (»»» Diagramm 2.11). Insbesondere in den Wirtschaftsgruppen mit einem hohen pflegerischen Anteil unter den Beschäftigten sind auffällig hohe Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart zu finden. Dies gilt zum Beispiel für die Beschäftigten in den Altenheimen und Pflegeheimen sowie auch bei der sozialen Betreuung Älterer und Behinderter (u.a. ambulante Pflegedienste), deren krankheitsbedingte Ausfallzeiten deutlich über denen der Beschäftigten insgesamt liegen. Besonders auffällig dabei ist, dass entgegen des allgemeinen Trends hier die weiblichen Beschäftigten deutlich mehr Fehltag aufweisen als ihre männlichen Kollegen und zwar zum Teil in fast doppelter Höhe.

Auch gemessen an den Anteilen der Fehltag aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen an allen Fehltagen innerhalb der einzelnen Wirtschaftsgruppen liegen insbesondere die weiblichen Beschäftigten in Pflegeheimen (26,1%), in Altenheimen (26,6%) sowie auch in der sozialen Betreuung Älterer und Behinderter (25,4%) deutlich über dem Anteil der AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart für alle Beschäftigten insgesamt (21,8%).

Ein nahezu identisches Muster zeigt sich bei den Fehlzeiten, die durch Rückenschmerzen (M54) verursacht werden (»»» Diagramm 2.12). Auch hier sind die weiblichen Beschäftigten in Altenheimen, in Pflegeheimen und in der sozialen Betreuung von Älteren und Behinderten deutlich häufiger betroffen als deren männliche Kollegen. Deren Werte liegen zum Teil deutlich über denen aller Beschäftigten,

Diagramm 2.12 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder aufgrund von Rückenschmerzen (M54) nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



während die männlichen Kollegen durchweg unterdurchschnittliche Fehlzeiten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt aufweisen. Im Mittel geht bei allen Beschäftigten in den Altenheimen (29,8%), den Pflegeheimen (27,8%) und im Bereich soziale Betreuung Älterer und Behinderter (30,2%) deutlich mehr als jeder vierte AU-Tag innerhalb dieser Krankheitsart auf die Diagnose Rückenschmerzen (M54) zurück. Für alle drei genannten Wirtschaftsgruppen lässt sich feststellen, dass die Rückenschmerzen (M54) mit Abstand für die meisten AU-Tage verantwortlich sind. Im Vergleich dazu rangieren die Rückenschmerzen bei den Beschäftigten insgesamt auf Platz 2 nach den akuten Atemwegsinfektionen (J06).

Psychische Störungen

- Auch bei den psychischen Störungen sind überdurchschnittlich viele AU-Tage in den Pflegeheimen, in Altenheimen sowie in der sozialen Betreuung vor allem bei den weiblichen Beschäftigten zu finden und zwar fast doppelt so viele wie bei den weiblichen Beschäftigten insgesamt.
- Dies gilt in ähnlichem Maß auch für die depressive Episode (F32) und das Burn-out-Syndrom (Z73).

Neben der körperlichen Belastung im Gesundheits- und Sozialwesen, zeigen die in **III** Kapitel 1 dargestellten Umfrageergebnisse auch eine deutlich erhöhte psychische Belastung der Beschäftigten in dieser Wirtschaftsgruppe. Dies spiegelt sich auch in den Fehlzeiten wider, die durch psychische und

Verhaltensstörungen verursacht werden (» Diagramm 2.13). Neben der Tatsache, dass in nahezu allen betrachteten Wirtschaftsgruppen die weiblichen Beschäftigten mehr Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart als deren männliche Kollegen aufweisen, sind es auch hier die Beschäftigten der Altenheime, der Pflegeheime und der sozialen Betreuung, die mit jeweils 4,1; 4,3 und 4,4 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied fast doppelt so viele AU-Tage im Vergleich zu allen weiblichen Beschäftigten (2,3 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) aufweisen. Im Vergleich zu den Muskel- und Skeletterkrankungen fällt auf, dass sowohl Männer als auch Frauen in den o.g. Wirtschaftsgruppen im Verhältnis zu den Kennwerten aller Beschäftigten überdurchschnittliche Fehlzeiten aufweisen. Die psychische Beanspruchung und Belastung durch die Arbeit in den drei genannten

Wirtschaftsbereichen wirkt sich anscheinend geschlechtsunabhängig in gleicher Weise ungünstig auf die Beschäftigten aus.

Auch hier soll vertiefend ein Blick auf die AU-Tage aufgrund der in dieser Gruppe bedeutendsten Einzeldiagnose – der depressiven Episode (F32) – geworfen werden (» Diagramm 2.14). Ausgenommen die stationären Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung und Suchtbekämpfung, sind es auch hier wiederum die Altenheime, die Pflegeheime sowie die soziale Betreuung, die im Mittel die meisten AU-Tage aufgrund dieser Diagnose aufweisen. Im Vergleich zu allen Beschäftigten treten zum Beispiel in Pflegeheimen fast doppelt so viele AU-Tage aufgrund einer depressiven Episode (F32) auf (0,74 AU-Tage vs. 1,47 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Bei den in Pflegeheimen und in der sozialen Betreuung Be-

Diagramm 2.13 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder aufgrund von psychischen Störungen nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

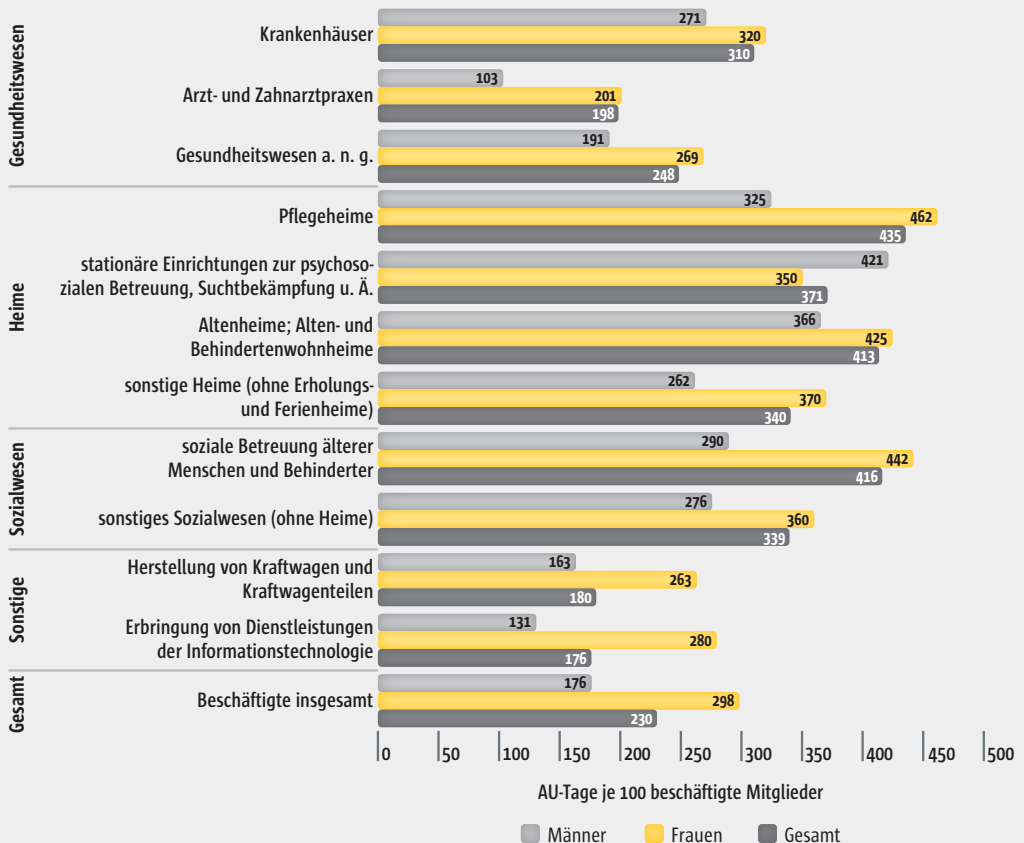
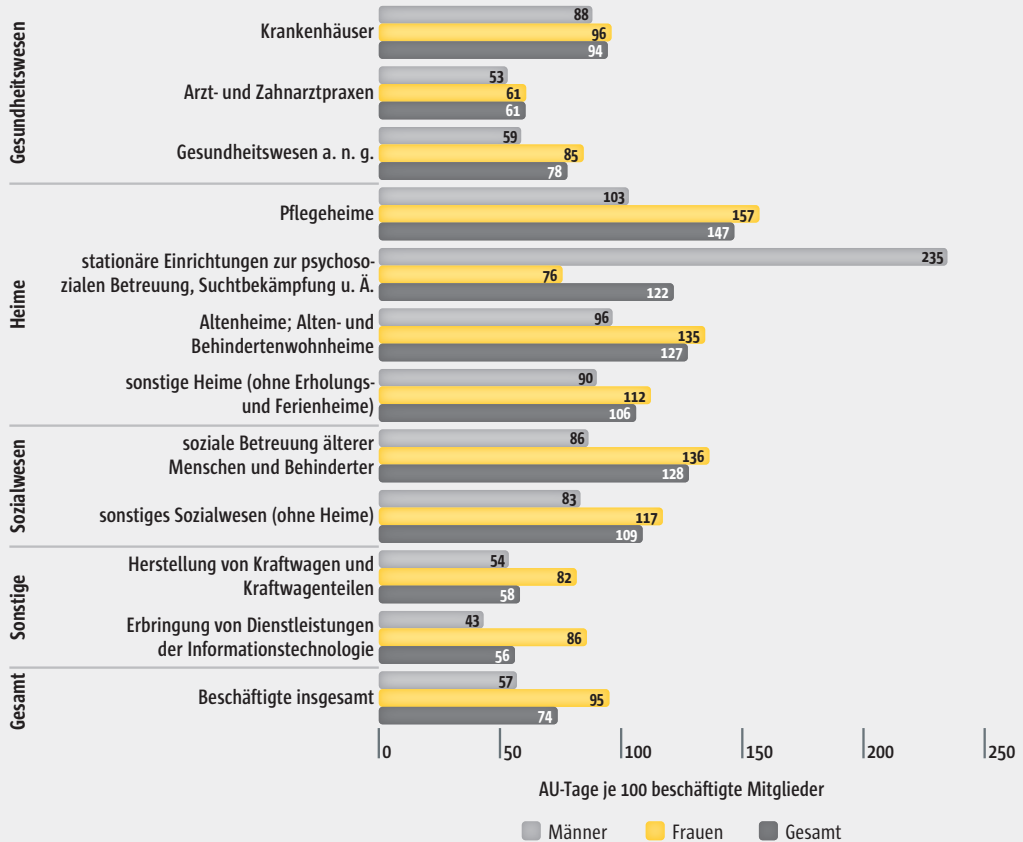


Diagramm 2.14 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder aufgrund einer depressiven Episode (F32) nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

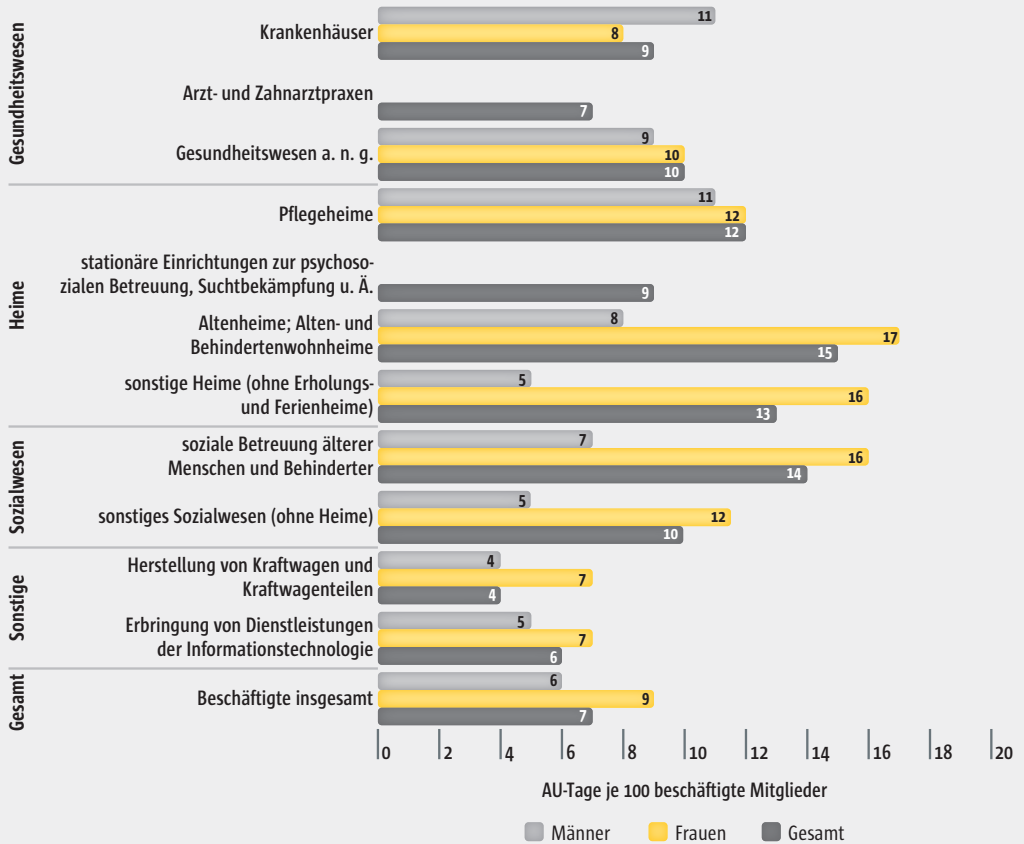


beschäftigten ist die depressive Episode (F32) unter allen Einzeldiagnosen auf Platz 2 der Gründe für Fehltag der Beschäftigten nach den Rückenschmerzen (M54) zu finden. Bei den Beschäftigten in Altenheimen landet die depressive Episode mit durchschnittlich 1,3 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied knapp hinter der akuten Infektion der oberen Atemwege (J06) auf Platz 3 der wichtigsten Arbeitsunfähigkeit verursachenden Diagnosen.

In besonderem Fokus der öffentlichen Diskussion der letzten Jahre ist das sogenannte Burn-out-Syndrom (Z73) gerückt. Dabei handelt es sich im engeren Sinne nicht um eine Diagnose mit Krankheitswert, sondern ist der Gruppe der „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“ zugeordnet. Explizit ist der ICD-Code Z73 als „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten mit der Lebensbewältigung“ de-

finiert. Studien legen nahe, dass sich hinter einem Großteil der Burn-out-Diagnosen leichte bis mittelgradige depressive Episoden verbergen [2]. Deshalb ist es wenig verwunderlich, dass die Muster der AU-Tage aufgrund einer depressiven Episode (F32) und eines Burn-out-Syndroms (Z73) große Ähnlichkeit aufweisen (»» Diagramm 2.15). Allerdings werden aufgrund einer Z73-Diagnose bedeutend weniger AU-Tage verursacht als durch eine depressive Episode (F32). Zudem lässt sich auch hier feststellen, dass die Wirtschaftsgruppen mit einem überproportional hohen pflegerischen Anteil der Beschäftigten besonders häufig von Burn-out-bedingten AU-Tagen betroffen sind. So weisen Beschäftigte in Altenheimen (15,5 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und in der sozialen Betreuung (14,5 AU-Tage je 100 Beschäftigte) mehr als doppelt so viele Fehltag aufgrund dieser Diagno-

Diagramm 2.15 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder aufgrund eines Burn-out-Syndroms (Z73) nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



se im Vergleich zu allen Beschäftigten insgesamt (7,1 AU-Tage je 100 Beschäftigte) auf. Anzumerken ist hier noch, dass für einige Wirtschaftsgruppen eine geschlechtsspezifische Auswertung der AU-Tage bezogen auf Einzeldiagnosen aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht möglich ist.

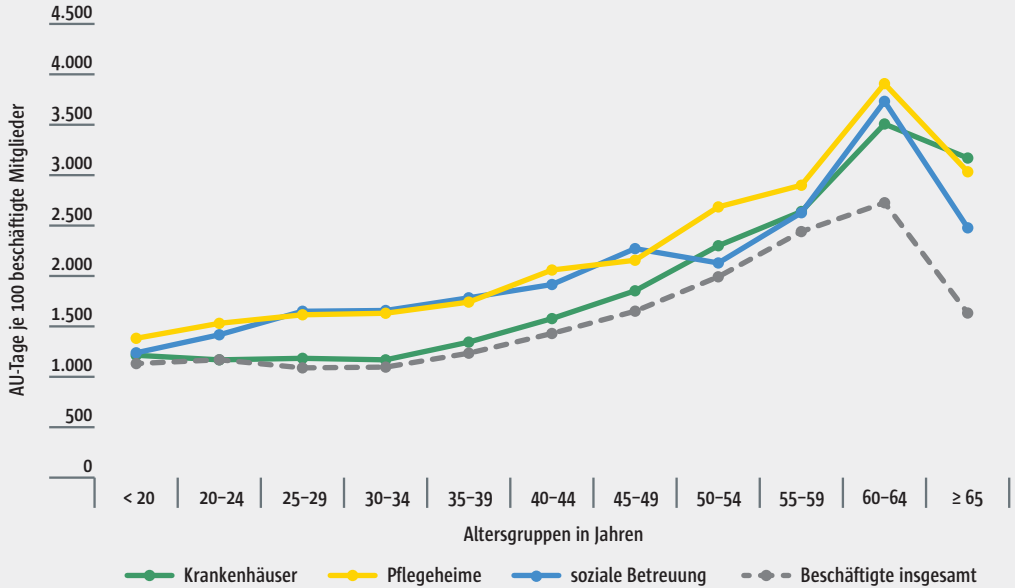
Wie bereits im einleitenden Abschnitt dieses Kapitels dargestellt wurde, steigt mit zunehmendem Lebensalter auch die durchschnittliche Anzahl der AU-Tage je beschäftigtes Mitglied an. Die meisten AU-Fälle treten hingegen in den drei jüngsten Altersgruppen auf. Insbesondere junge Beschäftigte werden häufig aufgrund Kurzeiterkrankungen krankgeschrieben, was durch die sehr geringen Falldauern sichtbar wird. Bei den älteren Beschäftigten treten im Vergleich dazu hingegen wesentlich weniger AU-

Fälle auf, diese sind aber meist pro Fall mit mehr AU-Tagen und entsprechend höheren Falldauern verbunden. Über alle Altersgruppen hinweg zeigt sich im **III** Diagramm 2.16, dass die Beschäftigten der drei ausgewählten Wirtschaftsgruppen teilweise mehr AU-Tage aufweisen als alle Beschäftigten insgesamt.

Treten diese Unterschiede insbesondere auch schon bei den jüngeren Altersgruppen der Beschäftigten in Pflegeheimen und in der sozialen Betreuung zu Tage, so zeigen sich zusätzlich bei den Beschäftigten in Krankenhäusern vor allem in der Altersgruppe der 60-64-jährigen gravierende Differenzen.

Im Vergleich zu den Gesamtwerten (27,3 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) weisen in dieser Altersgruppe die Beschäftigten in den Pflegeheimen im

Diagramm 2.16 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)

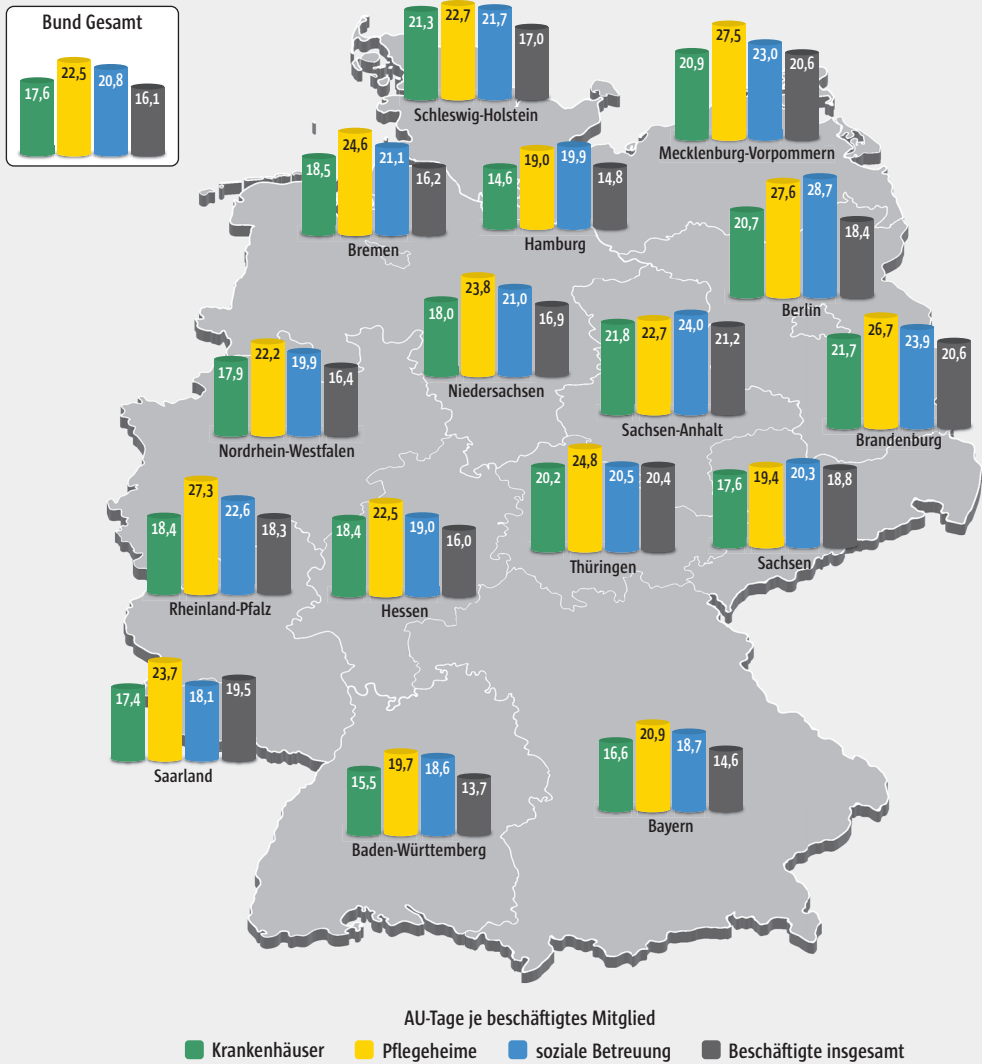


Schnitt fast um 12 Kalendertage höhere Fehlzeiten auf (39,2 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied), gefolgt von den Beschäftigten der sozialen Betreuung mit circa 10 Kalendertagen Unterschied (37,4 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) und immerhin noch mehr als einer Kalenderwoche Differenz bei den Beschäftigten in den Krankenhäusern (35,1 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Insbesondere für ältere Arbeitnehmer in diesen Wirtschaftsgruppen deutet der sprunghafte Anstieg der Fehltagel darauf hin, dass hier eine altersgerechtere Ausgestaltung der Arbeit notwendig ist.

In der Betrachtung der regionalen Unterschiede wird zudem deutlich, dass nicht nur zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen, sondern auch innerhalb einer Wirtschaftsgruppe auf Ebene der Bundesländer deutliche Differenzen sichtbar werden (»» Diagramm 2.17). Die größte regionale Schwankung zeigt sich mit einer Abweichung von 10,6 AU-Tagen je Beschäftigtem in der Wirtschaftsgruppe soziale Betreuung, wobei das Saarland mit 18,1 AU-Tagen und Berlin mit 28,7 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied jeweils den niedrigsten bzw. den höchsten Wert für sich verbuchen. Mit einer Dif-

ferenz von 8,6 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied zeigt sich auch bei den Beschäftigten der Pflegeheime eine ähnlich große Spreizung, wobei hier Hamburg mit durchschnittlich 19,0 AU-Tagen und wiederum Berlin mit 27,6 AU-Tagen die jeweiligen Endpole bilden. Die Beschäftigten der Krankenhäuser liegen mit einer Kalenderwoche (7,2 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) Unterschied ungefähr in dem Bereich, den auch alle Beschäftigten insgesamt aufweisen (maximale Differenz 7,6 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). In dieser Wirtschaftsgruppe nimmt wiederum Hamburg mit durchschnittlich 14,6 AU-Tagen die Spitzenposition und Sachsen-Anhalt mit 21,8 AU-Tagen den letzten Platz ein. Bei allen drei Wirtschaftsgruppen wird ein deutliches Ost-West-Gefälle wie auch bei den Beschäftigten insgesamt sichtbar. Hamburg, Bayern und Baden-Württemberg sind dabei die Bundesländer, die jeweils die niedrigsten Fehlzeiten aufweisen, während die neuen Bundesländer in der Regel die meisten AU-Tage in den betrachteten Wirtschaftsgruppen auf sich vereinen. Eine Ausnahme bildet Sachsen, das für alle drei Wirtschaftsgruppen Fehlzeiten unterhalb der Werte des Bundesdurchschnitts aufweist.

Diagramm 2.17 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2015)



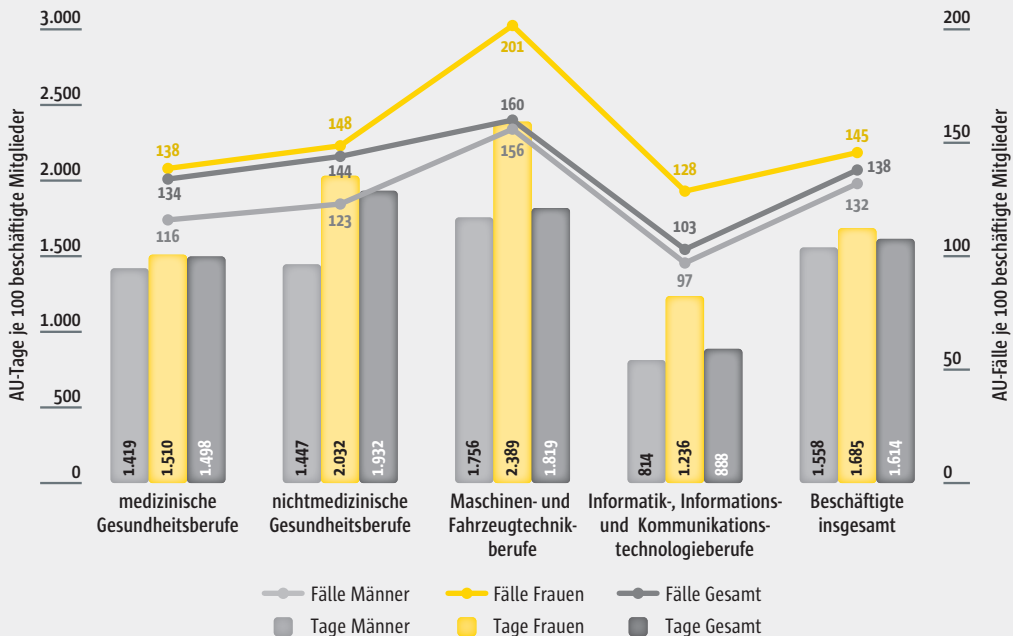
2.3 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach Berufsgruppen

Beschäftigte in medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen

- Im Mittel 19,3 AU-Tage fallen in den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen an – dieser Wert liegt mehr als 3 Fehltage über denen der Beschäftigten insgesamt.
- Über alle Altersgruppen hinweg liegen die Fehltage der Beschäftigten in den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen über dem Durchschnitt aller Berufstätigen. Mit steigendem Alter nimmt dieser Unterschied sogar noch zu.

In **»»** Diagramm 2.18 sind die AU-Fälle und AU-Tage der beschäftigten Mitglieder der medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe im Vergleich mit ausgewählten anderen Berufsgruppen dargestellt. Mit durchschnittlich 19,3 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied weisen die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe die meisten krankheitsbedingten Fehltage auf – dieser Wert liegt mehr als 3 Fehltage über dem Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten. Im Gegensatz dazu fallen bei den medizinischen Gesundheitsberufen im Mittel nur 15,0 AU-Tage je Beschäftigtem an – 1 AU-Tag weniger als bei allen Beschäftigten insgesamt. Zudem gibt es bei

Diagramm 2.18 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen einen deutlichen Unterschied zwischen Männern und Frauen von nahezu 6 Fehltagen, der in ähnlicher Höhe nur bei den Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufen vorkommt. Bei den medizinischen Gesundheitsberufen fällt dieser Unterschied wiederum mit knapp 1 AU-Tag nur marginal aus.

Auch die Verteilung der Fehltagel nach Alter lässt für die Beschäftigten im Gesundheitswesen einige Besonderheiten erkennen (vgl. » Diagramm 2.19). Zunächst wird deutlich, dass die Beschäftigten in den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen zum Teil mit deutlichem Abstand in allen Altersgruppen die meisten krankheitsbedingten Fehltagel der betrachteten Berufsgruppen aufweisen. Am deutlichsten wird dieser Unterschied in den höheren Altersgruppen: Beträgt dieser in der Altersgruppe der 60–64-Jährigen im Vergleich zu allen Beschäftigten +11,8 AU-Tagel, so ist bei den 65-Jährigen und älteren mit einer Differenz von 16,7 AU-Tagel mehr als das Doppelte an Fehltagel im Vergleich zu allen Beschäftigten festzustellen. Im Vergleich zu den im IT-Bereich Beschäftigten gleichen Alters beträgt dieser Unterschied sogar das 3,5-Fache.

Vermutlich spielt hier neben den besonderen Arbeitsbedingungen und -belastungen in den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen auch die im Vergleich zu anderen Berufen geringere Bezahlung eine Rolle. Dies führt dazu, dass Beschäftigte in diesen Berufen oftmals, trotz schlechterer gesundheitlicher Lage, aus finanziellen Gründen länger im Berufsleben verbleiben müssen.

- Beschäftigte in der Altenpflege haben mit durchschnittlich 24,1 AU-Tagen mehr als eine Kalenderwoche höhere Fehlzeiten als alle Beschäftigten insgesamt (16,1 AU-Tagel je Beschäftigter).
- Auch die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege liegen mit 19,3 AU-Tagen deutlich über dem Bundesdurchschnitt.

In welchen Berufsgruppen sich eine besonders hohe gesundheitliche Belastung im Sinne der Fehlzeiten abbildet, ist in » Diagramm 2.20 zu sehen. Bei den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen sind es insbesondere die Berufstätigen in der Altenpflege, die mit durchschnittlich 24,1 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied deutlich über den Werten aller anderen be-

Diagramm 2.19 AU-Tagel der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen (KldB 2010) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)

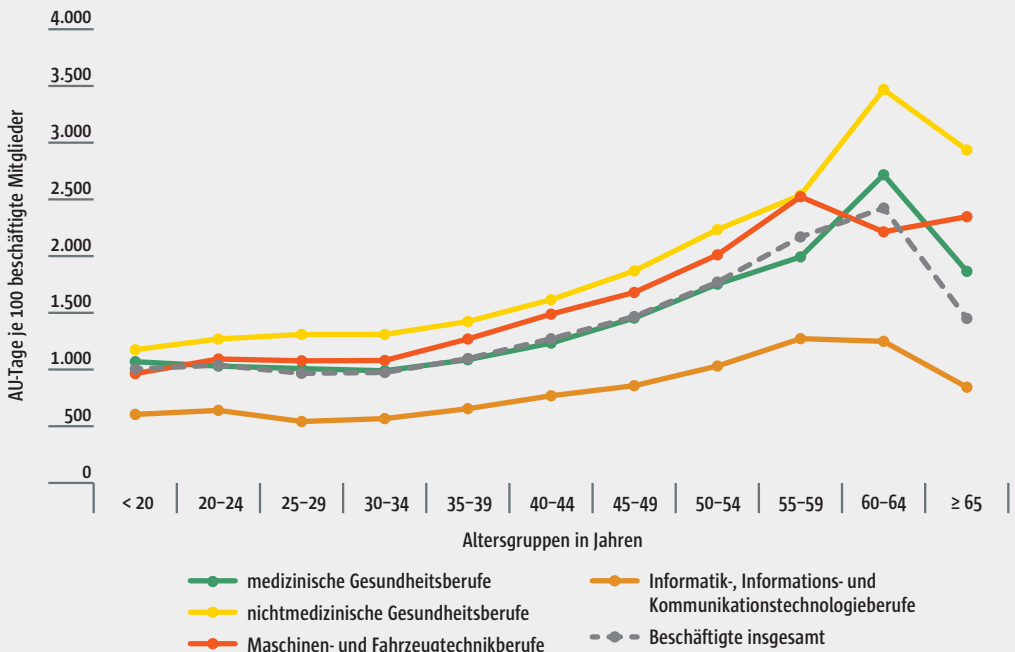
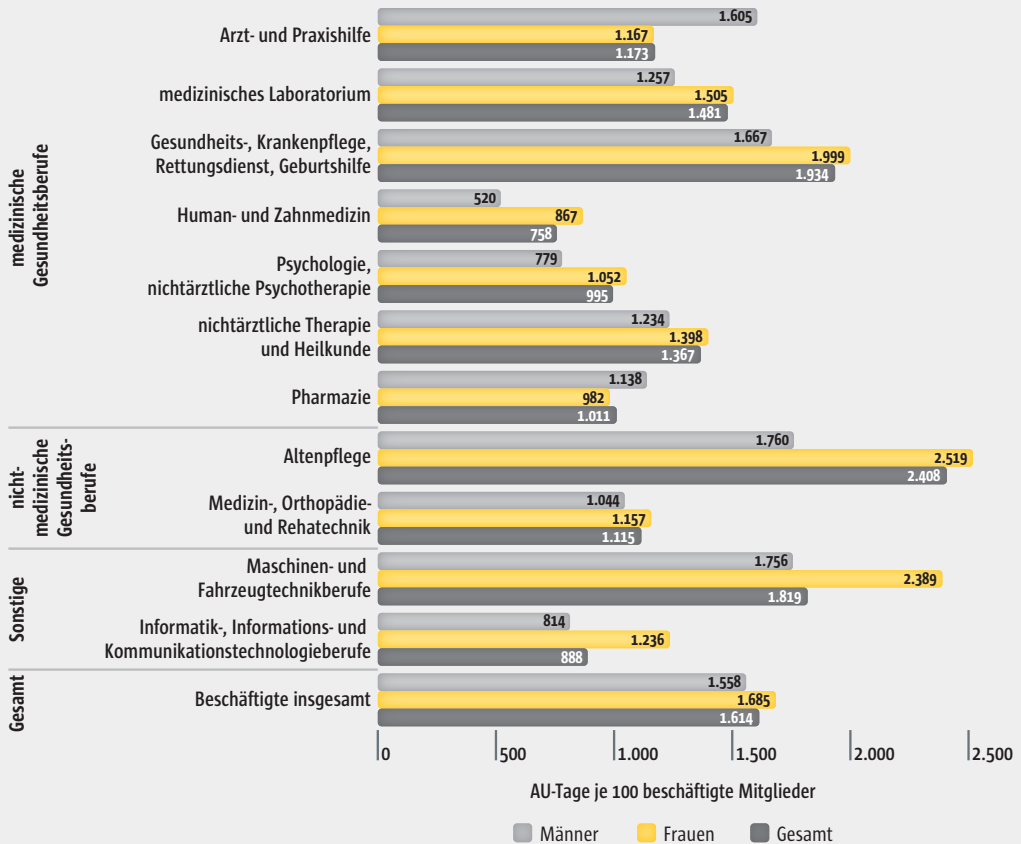


Diagramm 2.20 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



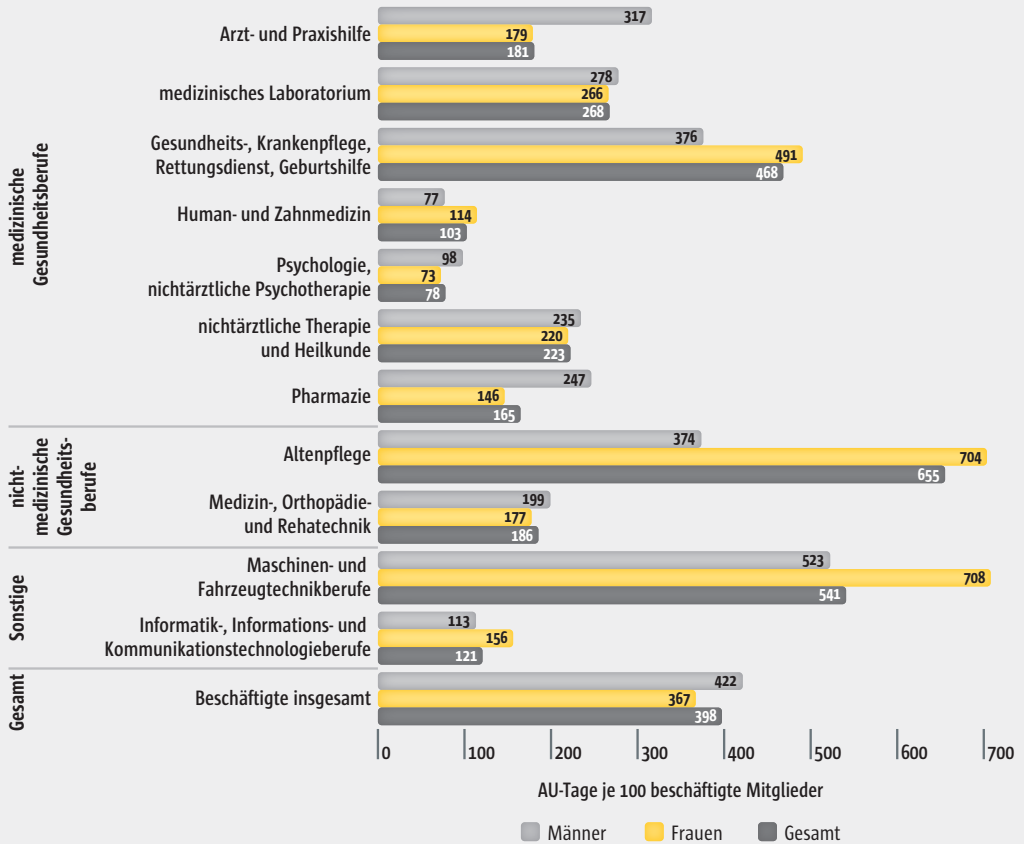
trachteten Berufsgruppen liegen. Im Vergleich zu allen Beschäftigten sind dies circa 8 Kalendertage mehr, verglichen mit den Human- und Zahnmedizinern sind es sogar um mehr als den Faktor 3 höhere Fehlzeiten. Sowohl Altenpflegerinnen als auch Altenpfleger weisen von allen hier dargestellten Berufen auch geschlechtsspezifisch die höchsten Fehlzeiten auf.

Innerhalb der Gruppe der medizinischen Gesundheitsberufe sind es die Gesundheits- und Krankenpfleger, bei denen mit durchschnittlich 19,3 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied die meisten Fehlzeiten zu finden sind. Insbesondere die weiblichen Beschäftigten in dieser Berufsgruppe liegen mit knapp 20 AU-Tagen deutlich vor ihren männlichen Kollegen mit 16,7 AU-Tagen. Für alle anderen hier betrachte-

ten medizinischen Gesundheitsberufe gilt, dass deren durchschnittliche Fehlzeiten zum Teil deutlich unter denen aller Beschäftigter insgesamt liegt.

Wie bereits einleitend in **III** Diagramm 2.3 deutlich wurde, sind die Muskel- und Skeletterkrankungen, die psychischen Störungen sowie die Verletzungen und Vergiftungen für mehr als jeden zweiten AU-Tag der Beschäftigten ursächlich. Welche Bedeutung insbesondere diese Krankheitsarten für die Beschäftigten der Gesundheitsberufe haben, wird im Folgenden näher beleuchtet. Die Atemwegserkrankungen sind zwar ebenfalls ein nicht unbedeutender Grund für Arbeitsunfähigkeit, in der Regel sind diese aber nur mit kurzen Falldauern verbunden und werden daher an dieser Stelle nicht vertiefend betrachtet.

Diagramm 2.21 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen nach ausgewählten Berufsgruppen (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



■ Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen sind in den Gesundheitsberufen die höchsten Fehlzeiten bei den Beschäftigten in der Altenpflege (6,6 AU-Tage) sowie der Gesundheits- und Krankenpflege (4,7 AU-Tage) zu finden. Beide Werte liegen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (4,0 AU-Tage).

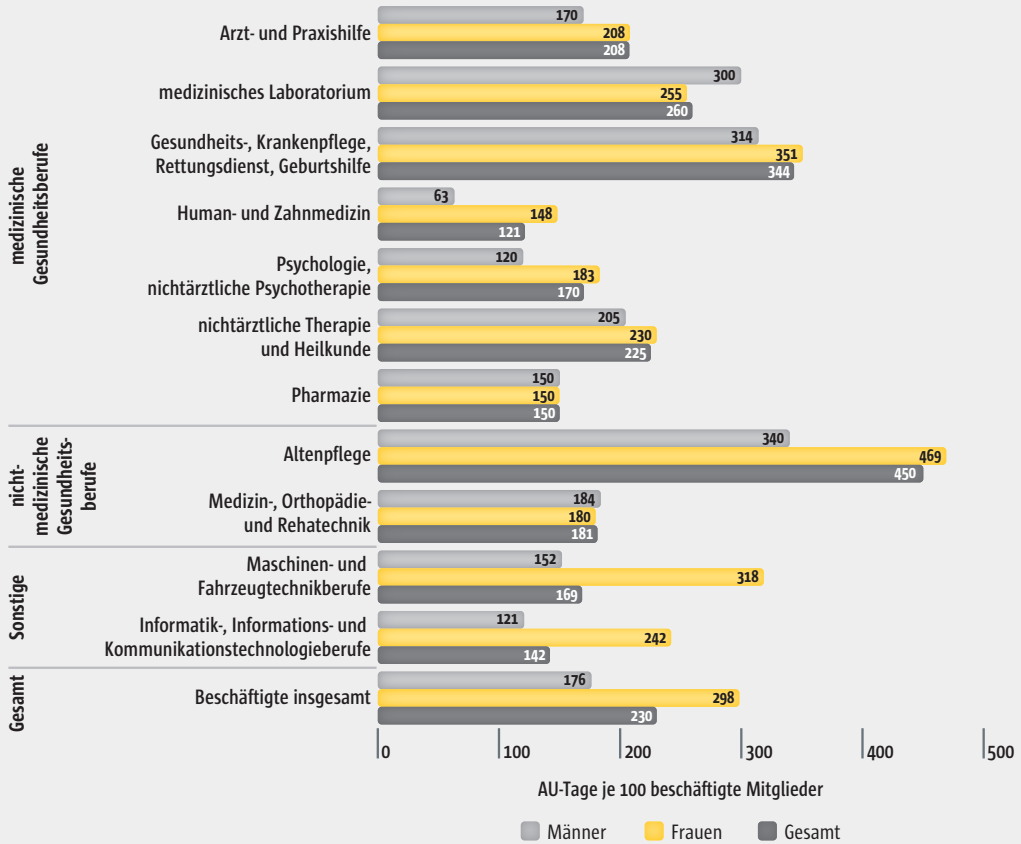
Wie schon bei den Gesamt-AU-Tagen, so sind auch hier die pflegerischen Berufe besonders stark von Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen betroffen (»»» Diagramm 2.21). Gleiches gilt im Vergleich auch für die Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe. Begründet sind diese krankheitsbedingten Fehltagte vor allem durch die vergleichsweise hohe körperliche Belastung, die diese Berufe mit sich bringen. Aufschlussreich ist auch die Betrachtung der Anteile der Fehltagte, die auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurückgehen. Liegen diese bei den Gesundheits- und Krankenpflegern mit 24,2%

knapp unter dem Bundesdurchschnittswert (24,6%), so ist der Anteil in der Altenpflege (27,2%) und in den Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufen (29,8%) deutlich erhöht. Aufgrund unterschiedlicher Arbeitsbedingungen und -belastungen werden zum Beispiel bei den Human- und Zahnmedizinerinnen (13,6%) und den Psychologen/Psychotherapeuten (7,8%) anteilig wesentlich weniger AU-Tage durch diese Krankheitsart verursacht.

■ Auch bei den psychischen Störungen haben die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege (3,4 AU-Tage) und der Altenpflege (4,5 AU-Tage) die meisten Fehltagte, die ebenfalls deutlich über dem Wert aller Beschäftigten (2,3 AU-Tage) liegen.

Auch bei den durch psychische Störungen verursachten AU-Tagen zeigt sich, dass sowohl die Gesundheits- und Krankenpfleger als auch insbesondere die

Diagramm 2.22 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder aufgrund von psychischen Störungen nach ausgewählten Berufsgruppen (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



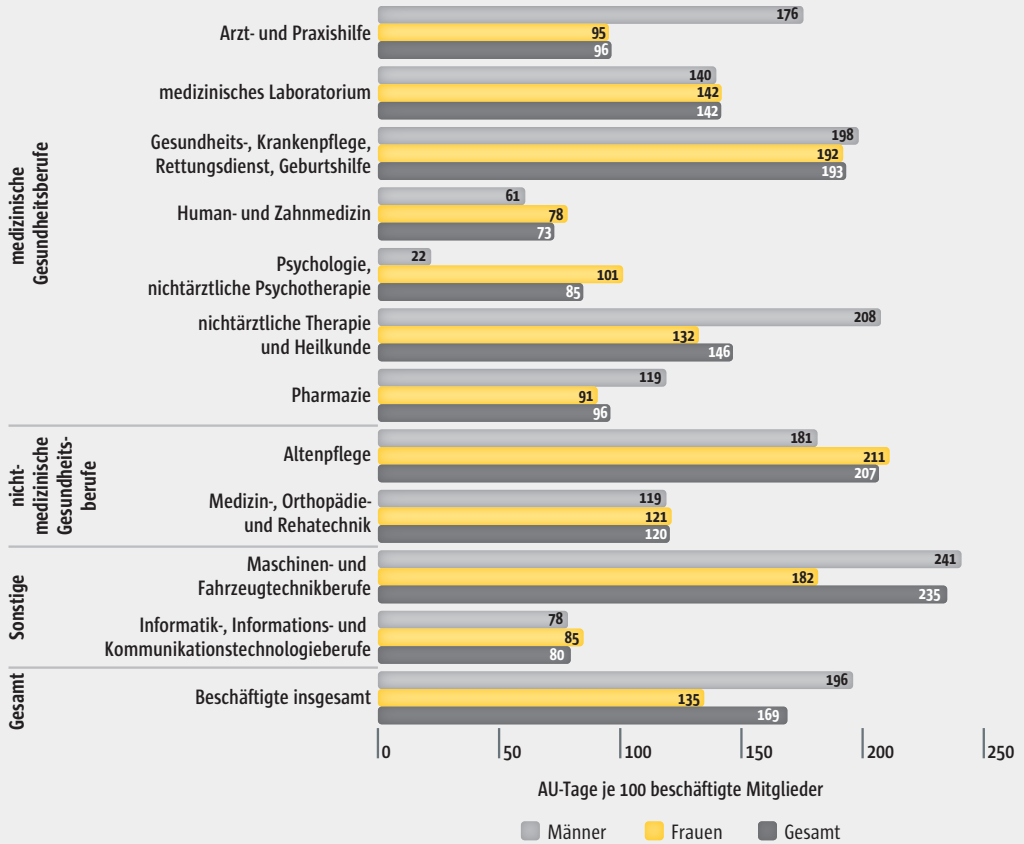
in der Altenpflege Beschäftigten hiervon besonders häufig betroffen sind (vgl. ►► Diagramm 2.22). Letztere weisen im Vergleich zu allen Beschäftigten nahezu doppelt so viele Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart auf (4,5 vs. 2,3 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Nicht nur in der absoluten Höhe, sondern auch bezüglich der Anteile der Fehltag aufgrund psychischer Störungen gemessen an allen Krankheitsarten liegen die Beschäftigten der Altenpflege (18,7%) und der Gesundheits- und Krankenpflege (17,8%) deutlich vor allen anderen Berufstätigen (Beschäftigte insgesamt: 14,3%).

Auch Verletzungen und Vergiftungen gehören mit einem Anteil von insgesamt 10,5% an allen AU-Tagen der beschäftigten Mitglieder zu einer wichtigen Ursache von krankheitsbedingten Fehltagen. Auch hier zeigen sich zwischen den betrachteten Berufsgruppen zum Teil große Unterschiede (vgl. ►► Diagramm 2.23). Neben den Beschäftigten in den

Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufen, sind die in der Altenpflege und in der Gesundheits- und Krankenpflege Berufstätigen besonders häufig von verletzungs- oder vergiftungsbedingten Fehltagen betroffen. Vor allem bei diesen drei Berufsgruppen scheint durch die spezifischen Arbeitsbedingungen auch eine erhöhte Gefahr zu bestehen, sich bei der Arbeit zu verletzen oder durch den Kontakt mit gefährlichen Substanzen zu vergiften. In der Altenpflege sind dabei – entgegen dem allgemeinen Trend – Frauen häufiger betroffen als Männer. Für alle drei Gruppen gilt zudem, dass sie insgesamt zum Teil deutlich mehr AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart aufweisen als alle beschäftigten Mitglieder insgesamt.

Neben den durchschnittlichen Fehltagen zeigt auch der Blick auf die Falldauern, dass die Beschäftigten in der Altenpflege im Mittel 15,6 Tage je Arbeitsunfähigkeitsfall und somit fast 4 Tage mehr als die Beschäftigten insgesamt (11,7 AU-Tage je Fall)

Diagramm 2.23 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nach ausgewählten Berufsgruppen (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

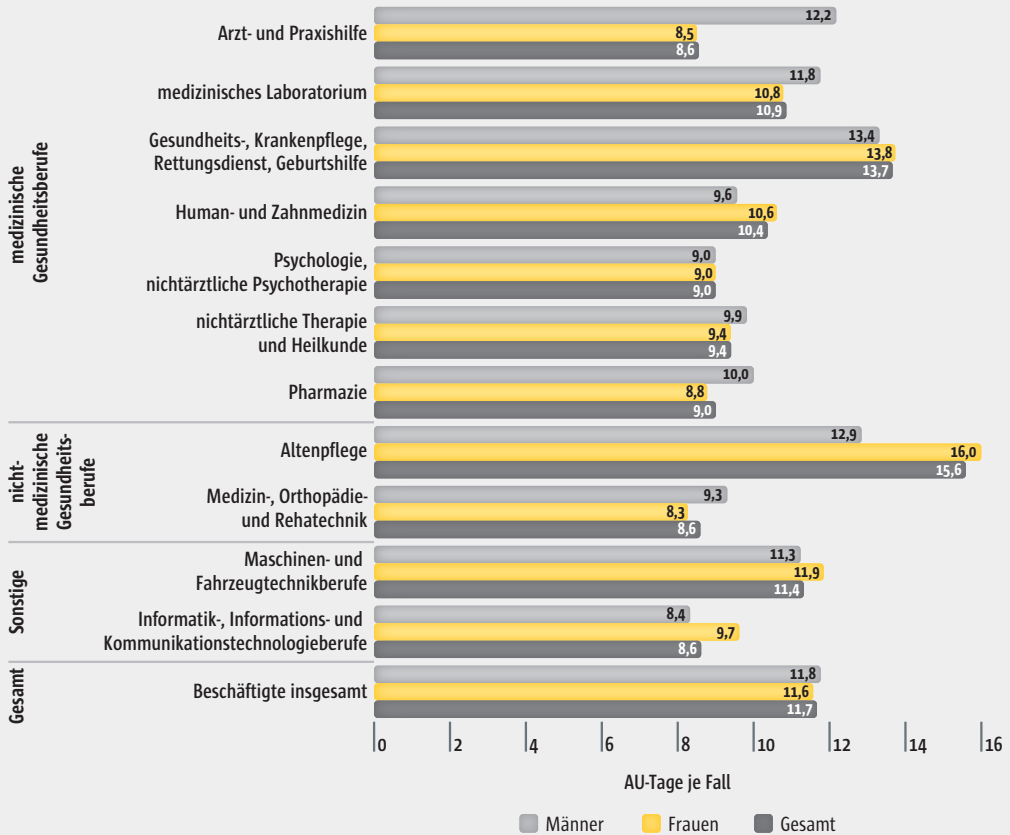


krankheitsbedingt der Arbeit fernbleiben müssen (»» Diagramm 2.24). Mit 13,7 Tagen je Fall folgt auf Platz 2 die Gruppe der Gesundheits- und Krankenpfleger. Mit jeweils 8,6 Tagen je Fall haben die als Arzt- und Praxishilfe beschäftigten bzw. die im IT-Bereich Tätigen die kürzesten Falldauern von den hier dargestellten Berufsgruppen und sind somit im Schnitt im Vergleich zu den Beschäftigten in der Altenpflege nur halb so lang krankheitsbedingt arbeitsunfähig. Es zeigt sich, dass die Beschäftigten in den Pflegeberufen nicht nur bei den durchschnittlichen AU-Tagen, sondern auch bei der mittleren Falldauer wesentlich höhere Werte aufweisen. Dass dies mit den Arbeitsbedingungen und der damit verbundenen Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zusammenhängt, wird auch durch die Ergebnisse der Umfrage untermauert (vgl. »» Kapitel 1).

- Im Mittel fallen Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie auch in der Altenpflege pro AU-Fall deutlich länger aus (13,7 bzw. 15,6 AU-Tage je Fall) als die Beschäftigten insgesamt (11,7 AU-Tage je Fall).
- Keine andere der hier aufgeführten Berufsgruppen weist höhere Falldauern auf.

- Mit mehr als 10 Kalendertagen die größten regionalen Variationen zeigen sich bei den Beschäftigten der Altenpflege zwischen Hamburg (19,1 AU-Tage) und Berlin (30,1 AU-Tage).
- Immerhin mehr als eine Kalenderwoche beträgt der regionale Unterschied zwischen den Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege in Baden-Württemberg (17,2 AU-Tage) und Brandenburg (24,6 AU-Tage).

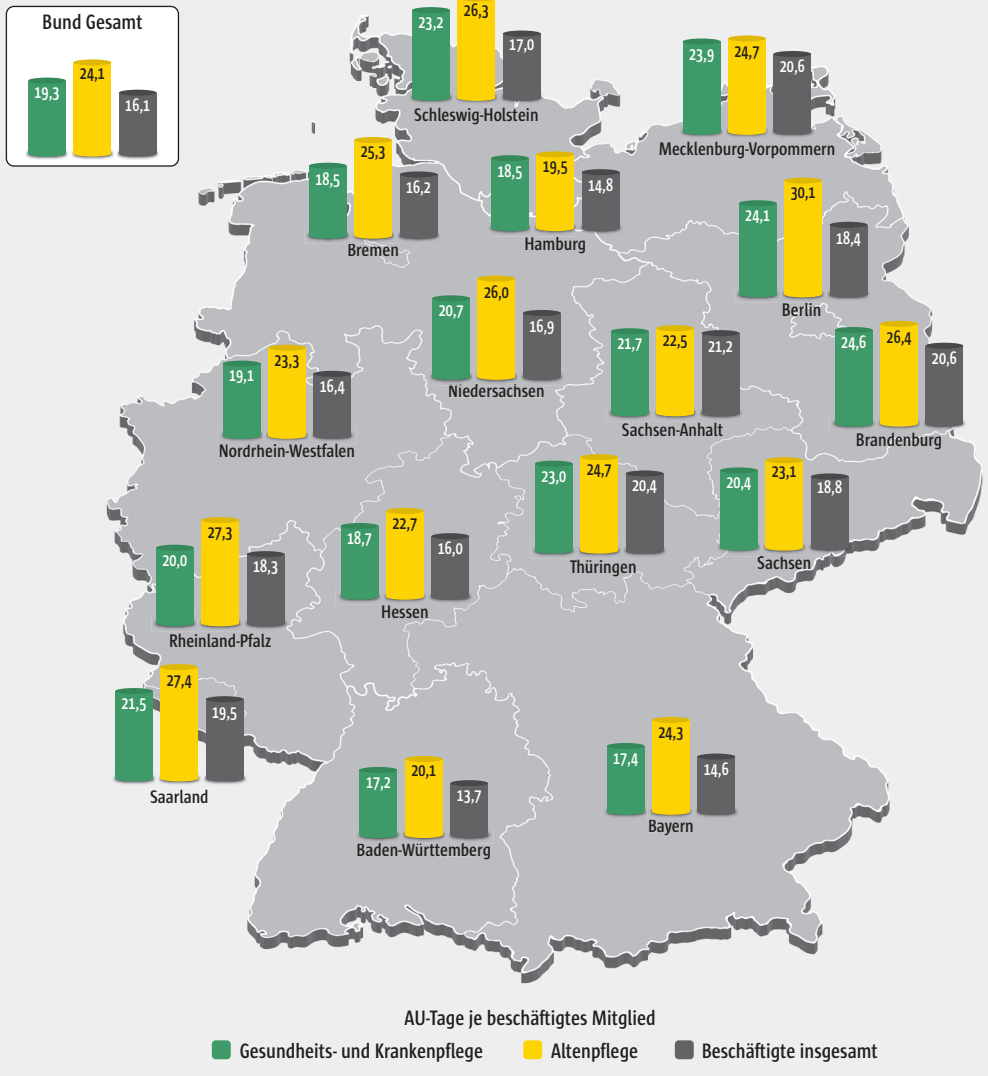
Diagramm 2.24 AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



Vor allem in den pflegerischen Berufen zeigen sich zum Teil gravierende regionale Unterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, wie das **»»»** Diagramm 2.25 am Beispiel der in der Alten- und Krankenpflege Beschäftigten verdeutlicht. So zeigt sich bei den Altenpflegern zwischen den Stadtstaaten Hamburg (19,5 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) und Berlin (30,1 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) eine Differenz von mehr als 10 AU-Tagen. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegern beträgt der Unterschied zwischen Baden-Württemberg (17,2 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) und Brandenburg (24,6 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) immerhin noch mehr als eine Kalenderwoche (7,4 AU-Tage). Bemerkenswert ist auch die Tatsache, dass sich zwar bei den Gesundheits- und Krankenpflegern ein klares Ost-West-Gefälle bei den Fehlzeiten zeigt, hingegen nicht bei den Beschäftigten der Altenpflege. Bei Letzteren sind zum Beispiel die Beschäftigten in Sachsen

bzw. Sachsen-Anhalt unter den Top-5-Bundesländern mit den wenigsten Fehlzeiten zu finden. Baden-Württemberg und Hamburg weisen zudem für beide Berufsgruppen die niedrigsten Fehlzeiten auf. Hintergrund der regionalen Variationen sind vermutlich auch regional unterschiedliche Arbeits- und Lebensbedingungen. Auch die regional stark variierende Bezahlung von Pflegekräften wird einen Einfluss auf die unterschiedlichen Fehlzeiten ausüben (vgl. **»»»** Gastbeitrag von Bogai, Seibert & Wiethölter in diesem Buch). Anzumerken ist aber, dass die Beschäftigten in der Altenpflege durchgängig in allen Bundesländern mehr AU-Tage aufweisen als ihre Kolleginnen und Kollegen in der Gesundheits- und Krankenpflege – die Spanne reicht dabei von knapp einem AU-Tag Differenz in Mecklenburg-Vorpommern (+0,8 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) bis hin zu mehr als einer Kalenderwoche (+7,3 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) in Rheinland-Pfalz.

Diagramm 2.25 AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen (KldB 2010) nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2015)



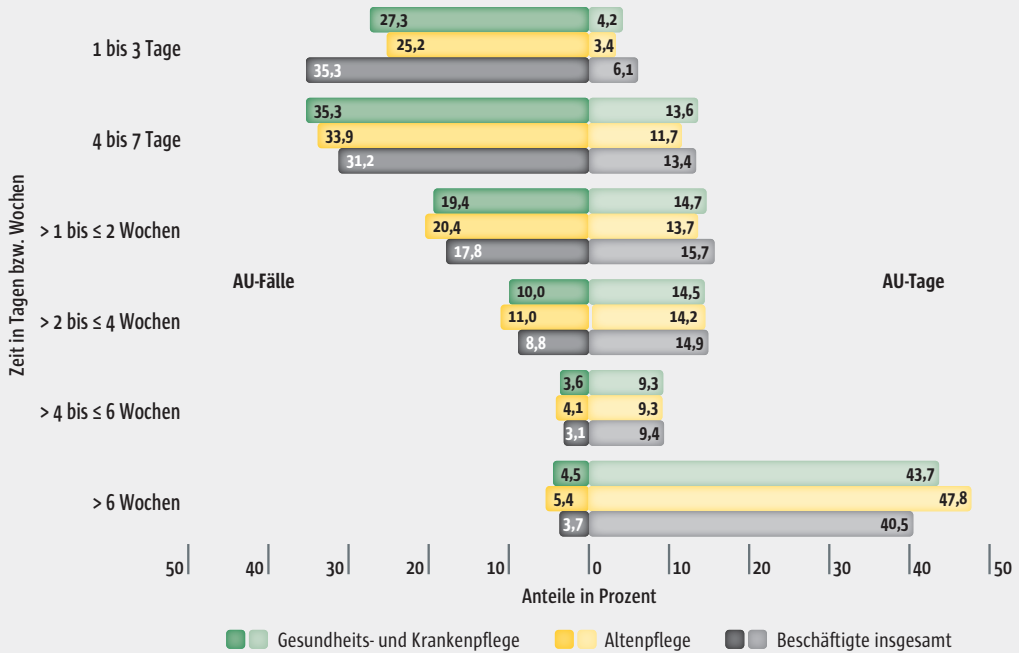
Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei den Beschäftigten in der Altenpflege und in der Gesundheits- und Krankenpflege

Nach der Betrachtung der Kernberufsgruppen, die dem Gesundheitswesen im engeren Sinne zuzuordnen sind, wird der nun folgende Abschnitt noch einmal im Speziellen auf die pflegerischen Berufe fokussieren. Wie bereits gezeigt werden konnte, sind es vor allem die Alten- und Krankenpfleger, die im Vergleich zu den anderen dargestellten Berufsgruppen

von außergewöhnlich hohen Fehlzeiten betroffen sind.

- Die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie auch in der Altenpflege sind deutlich häufiger von Langzeiterkrankungen mit mehr als 6 Wochen Dauer betroffen als alle Beschäftigten insgesamt.
- Das gleiche Bild zeigt sich auch durchgehend für alle betrachteten Krankheitsarten.

Diagramm 2.26 AU-Kennzahlen der Beschäftigten in den Pflegeberufen (KIdB 2010) nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2015)

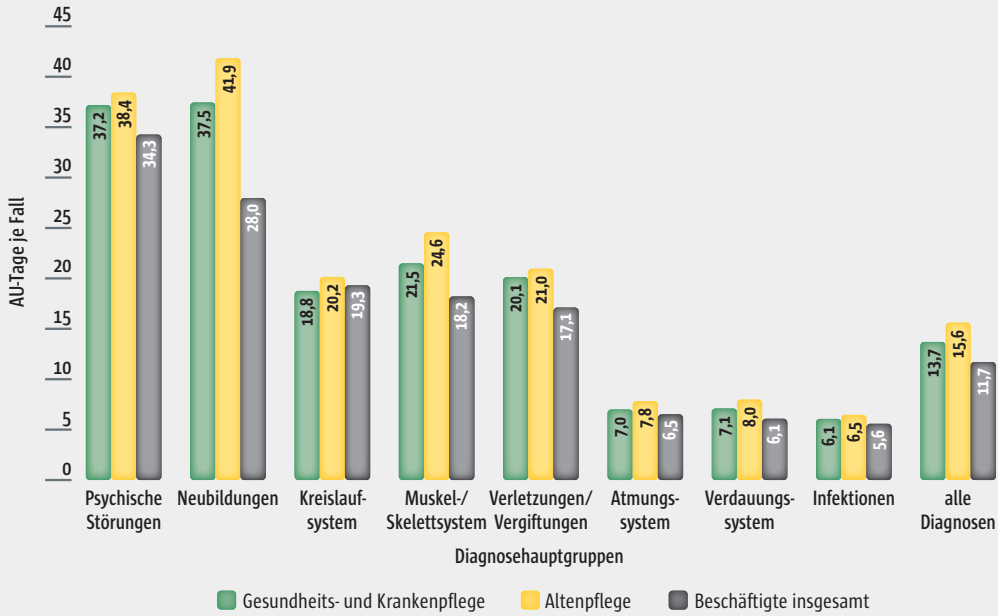


Betrachtet man zunächst die Verteilung der AU-Fälle und AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen nach Dauerklassen, so fällt auf, dass es in den mittleren Kategorien (von 4 Tagen bis zu weniger als 6 Wochen) nur relativ geringe Unterschiede zu der Verteilung bezogen auf alle Beschäftigten sichtbar werden (»»» Diagramm 2.26). Auffällig ist, dass bei den Pflegeberufen vor allem die Anteile der AU-Fälle und auch der AU-Tage, die mit einer Langzeiterkrankung von mehr als 6 Wochen verbunden sind, deutlich über denen aller Beschäftigten insgesamt liegen, wobei hier die Beschäftigten in der Altenpflege besonders hohe Werte aufweisen. Im Gegenzug sind es die Anteile an den Kurzzeiterkrankungen bis zu 3 Tagen Dauer, die in den Pflegeberufen sichtbar unter dem jeweiligen Durchschnittswert aller Beschäftigten liegen.

Welche Diagnosen hierbei für die Häufung der Langzeitfälle verantwortlich sind, zeigt »»» Diagramm 2.27. Zunächst zeigt sich auch hier, dass nahezu überall die durchschnittliche Falldauer in den Pflegeberufen die der Beschäftigten insgesamt überschreitet, wobei die Beschäftigten in der Altenpflege auch hier jeweils die höchsten Werte aufweisen. Vor allem bei den Neubildungen zeigt sich eine besonders hohe Differenz, bei den Altenpflegebeschäftig-

ten fast 50% mehr Fehltag gegenüber allen Beschäftigten. Dies hat mehrere Gründe. Zum einen sind in den Pflegeberufen im Verhältnis zu allen Beschäftigten überproportional viele Frauen beschäftigt. Aus Krebsregisterdaten ist zwar bekannt, dass Männer häufiger als Frauen an Krebs erkranken, allerdings tritt bei den Frauen eine Ersterkrankung häufiger in jüngeren Jahren – meist noch im erwerbsfähigen Alter – auf. Insofern ist hier ein Interaktionseffekt zwischen Geschlecht und Alter der Beschäftigten zu vermuten. Einschränkend muss festgehalten werden, dass es sich trotz der langen Falldauern bei den Neubildungen im erwerbsfähigen Alter um eine eher seltene Erkrankung handelt. Mit den wenigen auftretenden Fällen (auf 1.000 Beschäftigte kommen zwischen 17–18 AU-Fälle bei den Pflegeberufen) sind allerdings viele AU-Tage (670–700 AU-Tage je 1.000 Beschäftigten in den Pflegeberufen) verbunden, woraus die sehr hohe Dauer je Fall resultiert. Im Vergleich hierzu muten die Unterschiede bei den Muskel- und Skeletterkrankungen und den psychischen Störungen nicht so bedeutsam an, bewirken aber aufgrund der wesentlich größeren Häufigkeit ihres Auftretens insbesondere auch die erhöhten Anteile bei den Langzeiterkrankungen von mehr als 6 Wochen Dauer.

Diagramm 2.27 AU-Tage je Fall der Beschäftigten in den Pflegeberufen (KldB 2010) – durchschnittliche Falldauer nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



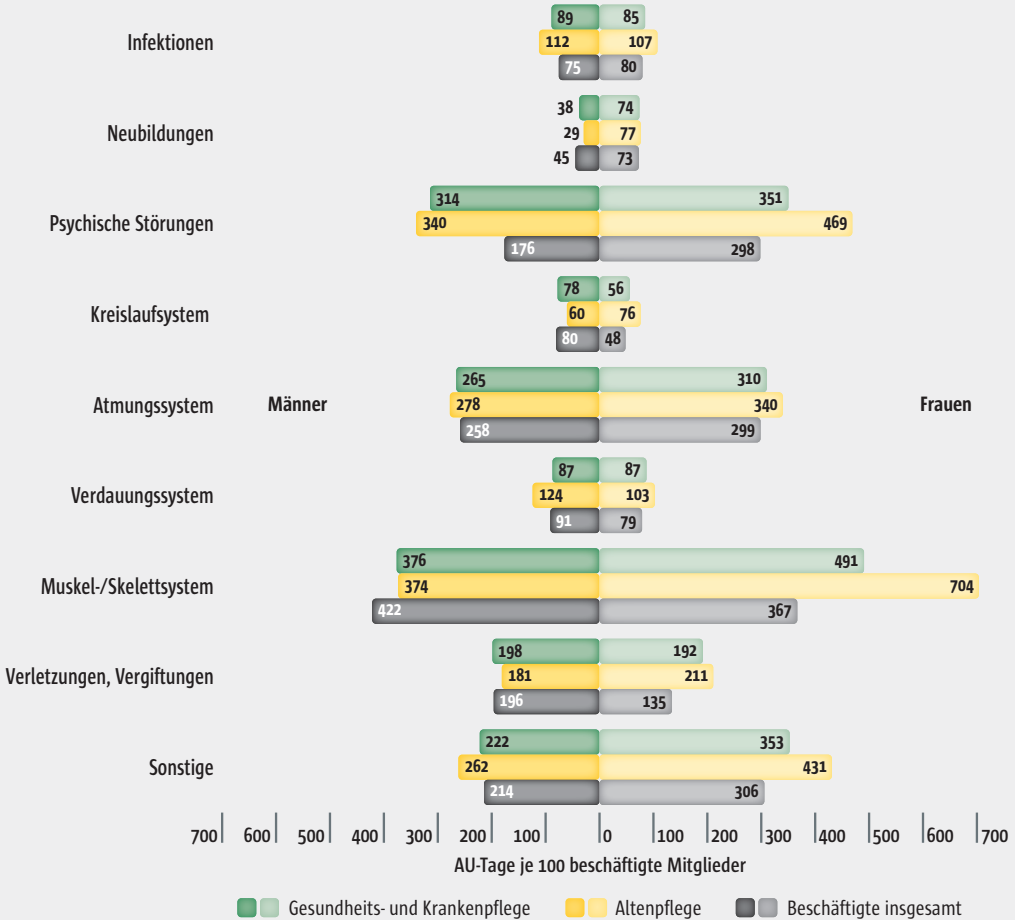
- Bei den Beschäftigten in den Pflegeberufen werden im Mittel deutlich mehr AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen verursacht als bei allen Beschäftigten insgesamt. Mit 4,7 AU-Tagen haben die Altenpflegerinnen mit deutlichem Abstand zu den weiblichen Beschäftigten insgesamt (3,0 AU-Tage) die meisten Fehltagetage aufgrund dieser Krankheitsart.
- Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen sind es die weiblichen Beschäftigten in den Pflegeberufen und auch hier wiederum die Altenpflegerinnen, die mit 7,0 AU-Tagen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (3,7 AU-Tage) liegen.

In **»»** Diagramm 2.28 sind die AU-Tage der Beschäftigten in der Altenpflege sowie in der Gesundheits- und Krankenpflege getrennt für Männer und Frauen und die wichtigsten Diagnosehauptgruppen dargestellt. Zunächst wird deutlich, dass beide Berufsgruppen bei der Mehrzahl der Krankheitsarten mehr bzw. wesentlich mehr AU-Tage aufweisen als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Besonders auffällig ist dies für beide Geschlechter bei den Fehltagen aufgrund von psychischen Störungen, wobei hier vor allem die Altenpfleger besonders hervorstechen. So sind die AU-Tage der männlichen Altenpfleger hier

fast doppelt so hoch wie die aller männlichen Beschäftigten insgesamt (3,4 vs. 1,8 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Die Altenpflegerinnen sind aber mit durchschnittlich 4,7 AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen noch länger arbeitsunfähig. Sind es bei den Beschäftigten insgesamt vorrangig die Männer, die häufiger wegen Muskel- und Skeletterkrankungen krankgeschrieben sind, so sind es in den Pflegeberufen vor allem die Frauen, die wesentlich höhere Fehlzeiten aufweisen. Mit durchschnittlich 7,0 AU-Tagen stechen die Altenpflegerinnen mit einem besonders hohen Wert hervor, der wiederum fast doppelt so hoch ist wie der aller beschäftigten Frauen (3,7 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Für die anderen betrachteten Krankheitsarten sind die Unterschiede zur Grundgesamtheit geringer ausgeprägt. Die hohe körperliche und psychische Belastung der Tätigkeit in den Pflegeberufen wirkt sich also nicht in gleichem Maße auf die Fehltagetage aus, sondern spiegelt sich belastungsspezifisch in den Muskel- und Skeletterkrankungen sowie den psychischen Störungen wider.

Werfen wir nun einen Blick auf die besonders prominenten Einzeldiagnosen aus dem Bereich der psychischen Störungen, der Muskel- und Skeletterkrankungen, sowie dem Burn-out-Syndrom

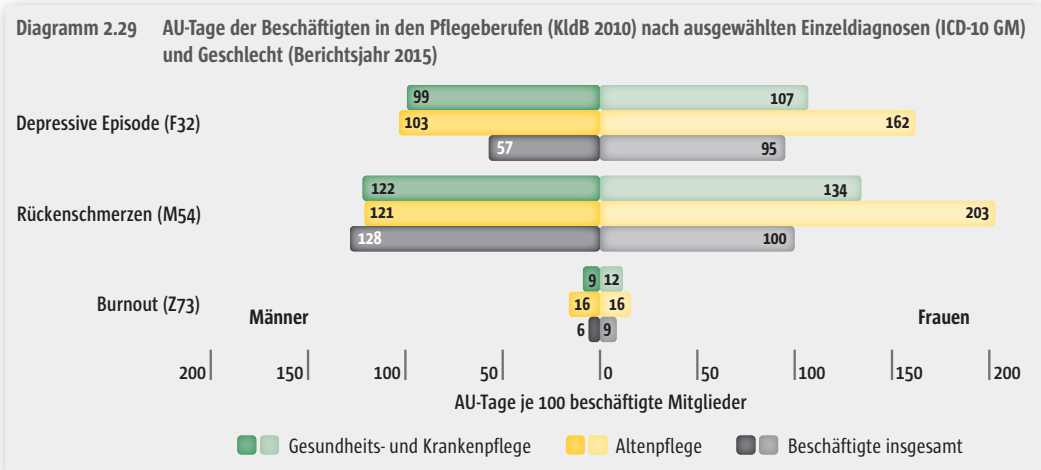
Diagramm 2.28 AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen (KldB 2010) nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



(III Diagramm 2.29). Es ist zu erkennen, dass sowohl die AU-Tage aufgrund einer depressiven Episode (F32) als auch die Fehltag aufgrund von Rückenschmerzen (M54) ein nahezu identisches Verteilungsmuster aufweisen wie die zugeordneten Diagnosehauptgruppen. Auch hier sind es jeweils vor allem die weiblichen Beschäftigten die deutlich mehr Fehltag aufweisen als die männlichen Kollegen und auch als die Beschäftigten insgesamt. Betrachtet man zusätzlich alle 144 Berufsgruppen bezogen auf die AU-Tage aufgrund einer depressiven Episode (F32), so zeigt sich, dass die Alten- und Krankenpfleger unter den Top-10-Berufen mit den meisten Fehltagen aufgrund dieser Diagnose zu finden sind.

Zwar sind auch die Fehltag aufgrund eines Burn-out-Syndroms in den Pflegeberufen höher ausgeprägt als in der Grundgesamtheit, allerdings spielen sie in Relation zu den hier dargestellten AU-Diagnosen in ihrer Ausprägung für das Fehlzeitengeschehen nur eine untergeordnete Rolle.

Betrachtet man die Fehltag im Zusammenhang mit dem Lebensalter, so fällt zunächst auf, dass die Beschäftigten in den Altenpflegeberufen in allen Altersklassen die mit Abstand meisten AU-Tage aufweisen (III Diagramm 2.30). So sind bereits die unter 20-jährigen Beschäftigten in der Altenpflege im Durchschnitt 3,7 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied länger krankgeschrieben als alle Beschäftigten die-

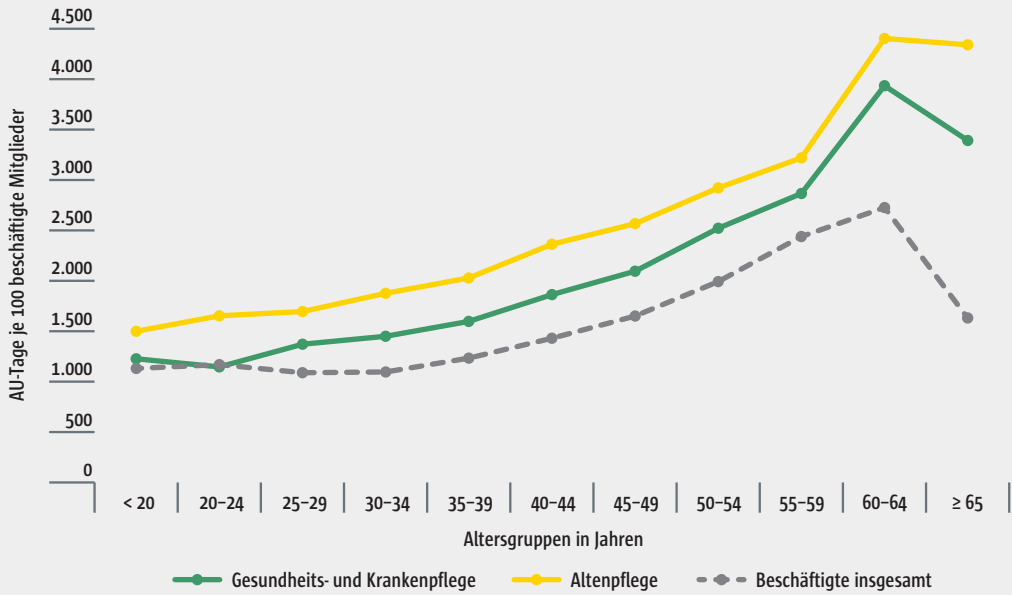


ses Alters insgesamt. Besonders groß wird dieser Unterschied in den letzten beiden Altersgruppen. So fallen bei den 60-64-jährigen Beschäftigten der Altenpflege 16,8 Fehltag mehr (44,0 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) und bei den Über-65-jährigen weit mehr als doppelt so viele AU-Tage (43,4 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) an, als bei den Beschäftigten insgesamt gleichen Alters (16,3 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). In Relation hierzu zeigt sich auch bei den Gesundheits- und Krankenpflegern ein ähnlicher Verlauf, allerdings durchweg auf einem niedrigeren Niveau. Für beide Pflegeberufe fällt der „Altersknick“ ab dem 65. Lebensjahr wesentlich geringer aus. Zu vermuten ist auch hier, dass die gesundheitlich angeschlagenen Pflegebeschäftigten bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze oder darüber hinaus im Erwerbsleben verbleiben, um eine möglichst auskömmliche Rente zu erarbeiten, aber auch Arbeitgeber aufgrund des Fachkräftemangels in den Pflegeberufen darauf angewiesen sind, dass diese Beschäftigten möglichst lang im Arbeitsleben

verbleiben. Gleichzeitig deutet das Ergebnis darauf hin, dass bei den Pflegeberufen besonders die altersgerechte Gestaltung von Arbeit und Arbeitsplätzen eine zentrale Aufgabe sein muss – der demografische Wandel steigert nicht nur die Zahl der Patienten und Pflegebedürftigen, er macht auch nicht vor den pflegenden Professionen selbst halt und wird ohne Gegensteuerung durch die sukzessive Anhebung der Regelaltersgrenze in den nächsten Jahren noch verschärft werden.

- Im Altersgruppenvergleich zeigt sich für beide Pflegeberufe, dass zum einen deren Fehltag in nahezu allen Altersklassen über denen der Beschäftigten insgesamt liegt und sich zum anderen dieser Abstand mit zunehmendem Alter noch vergrößert.
- Die Beschäftigten in der Altenpflege weisen über alle Altersgruppe die höchsten Werte auf. Bei den Über-65-jährigen sind es sogar weit mehr als doppelt so viele AU-Tage wie bei den Beschäftigten insgesamt (43,4 AU-Tage vs. 16,3 AU-Tage).

Diagramm 2.30 AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen (KIdB 2010) nach Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)



2.4 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

Nachdem die Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege nach Diagnosen, Alter und Geschlecht betrachtet wurden, eröffnet der folgende Kapitelabschnitt einen vertiefenden Blick auf die weiteren Merkmale, die auf Basis des Tätigkeitsschlüssels zur Verfügung stehen.

Anforderungsniveau der Tätigkeit

- Frauen in den Pflegeberufen weisen über alle Anforderungsniveaustufen hinweg deutlich höhere Fehltagelast auf als die weiblichen Beschäftigten insgesamt.
- Während bei den männlichen Altenpflegekräften, wie auch bei den Beschäftigten insgesamt, die AU-Tage mit zunehmendem Anforderungsniveau zurückgehen, bleiben sie bei den männlichen Gesundheits- und Krankenpflegern nahezu gleich hoch.

Das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ist ein weiteres Kennzeichen der Beschäftigung, welches sich aus dem Tätigkeitsschlüssel ableiten lässt. Dieses Merkmal wird auf Basis der 5. Stelle im Tätigkeitsschlüssel definiert und hat die Ausprägungen Helfer-/Anlernertätigkeiten, fachlich ausgerichtete Tätigkeiten, komplexe Spezialistentätigkeiten sowie hoch komplexe Tätigkeiten. Mit dem Anforderungsniveau verbunden sind in der Regel bestimmte schulische und berufliche Bildungsabschlüsse. So ist zum Beispiel bei fachlich ausgerichteten Tätigkeiten mindestens ein Berufsabschluss als Voraussetzung definiert, bei hoch komplexen Tätigkeiten wird dagegen ein Hochschulabschluss auf Diplom-/Masterniveau vorausgesetzt. Im Falle der Pflegeberufe sind unter anderem die Alten- und Krankenpflegehelfer auf der Stufe der Helfer- und Anlernertätigkeiten verortet, während zum Beispiel Pflegedienstleiter oder Pflegedirektoren den komplexen bzw. hochkomplexen Spezialistentätigkeiten zuzuordnen sind.

Betrachtet man zunächst die Beschäftigten insgesamt, so lässt sich für beide Geschlechter feststellen, dass mit zunehmendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit die durchschnittlichen AU-Tage abnehmen (»» Diagramm 2.31). Ein ähnliches Muster zeigt sich auch für die Beschäftigten der Altenpflege, wobei die Fehltagelast der männlichen Beschäftigten in den unterschiedlichen Anforderungsniveaus nahezu identisch dem Trend in Höhe und Relation der Beschäftigten insgesamt folgen. Gleiches gilt auch in der Grundtendenz bei den Frauen dieser Berufsgruppe, wenngleich auch auf einem wesentlich höheren Niveau: So haben die weiblichen Altenpflegekräfte mit hoch komplexen Tätigkeiten mit durchschnittlich 16,5 AU-Tagen nahezu genauso viele Fehlzeiten wie alle Beschäftigten Frauen insgesamt in der Gruppe der fachlich ausgerichteten Tätigkeiten (16,7 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei den Gesundheits- und Krankenpflegern. Folgen die Beschäftigten in den Helfer- und Anlernertätigkeiten bzw. in den fachlich ausgerichteten Tätigkeiten noch der Grundtendenz aller Beschäftigten insgesamt, so liegen die Fehltagelast bei komplexen bzw. hochkomplexen Tätigkeiten sowohl bei den Männern als auch den Frauen über dem jeweiligen Durchschnittswert aller Beschäftigten. Welche Krankheitsarten hierfür ursächlich sind und welche möglichen Erklärungen es für die Abweichung von der Gesamt tendenz gibt, soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

- Fehltagelast aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen treten besonders häufig bei den weiblichen Beschäftigten in den Pflegeberufen auf, wobei der Abstand zu den Beschäftigten insgesamt mit zunehmendem Anforderungsniveau immer größer wird.
- Altenpflegerinnen mit hoch komplexen Tätigkeiten haben sogar 3-mal so viele Fehltagelast aufgrund dieser Krankheitsart wie alle Beschäftigten insgesamt (4,8 vs. 1,6 AU-Tage).

Diagramm 2.31 AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen nach Anforderungsniveau der Tätigkeit (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

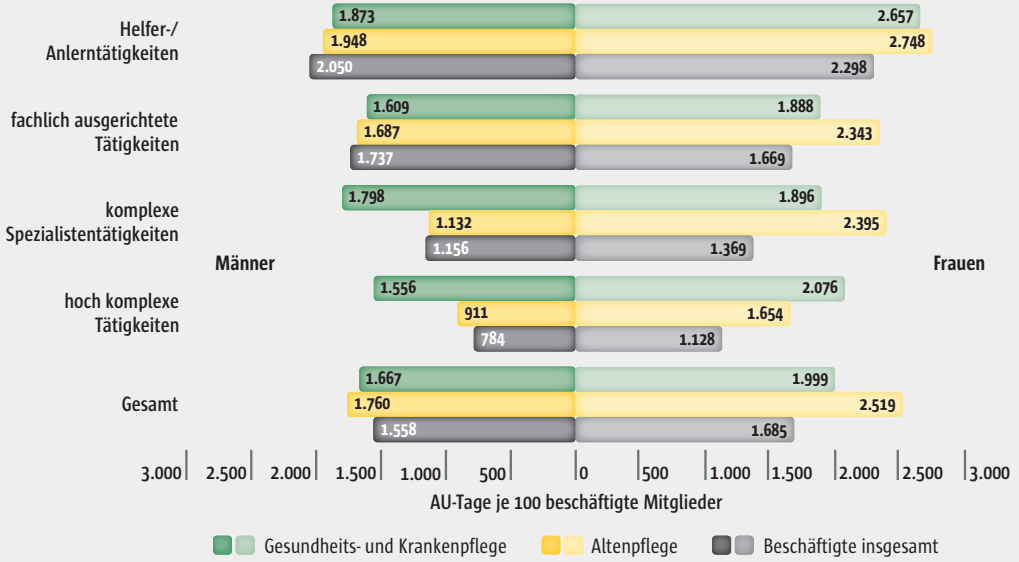
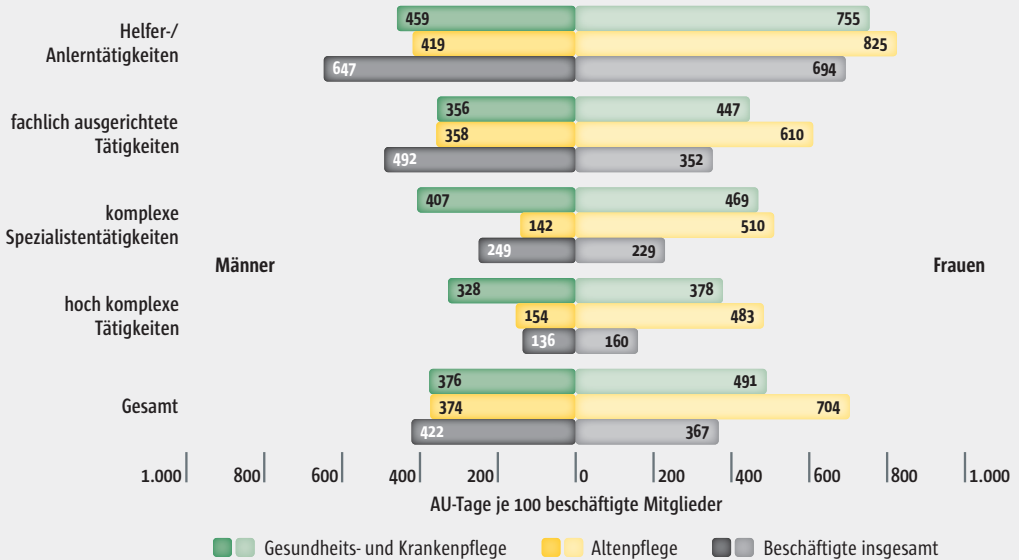


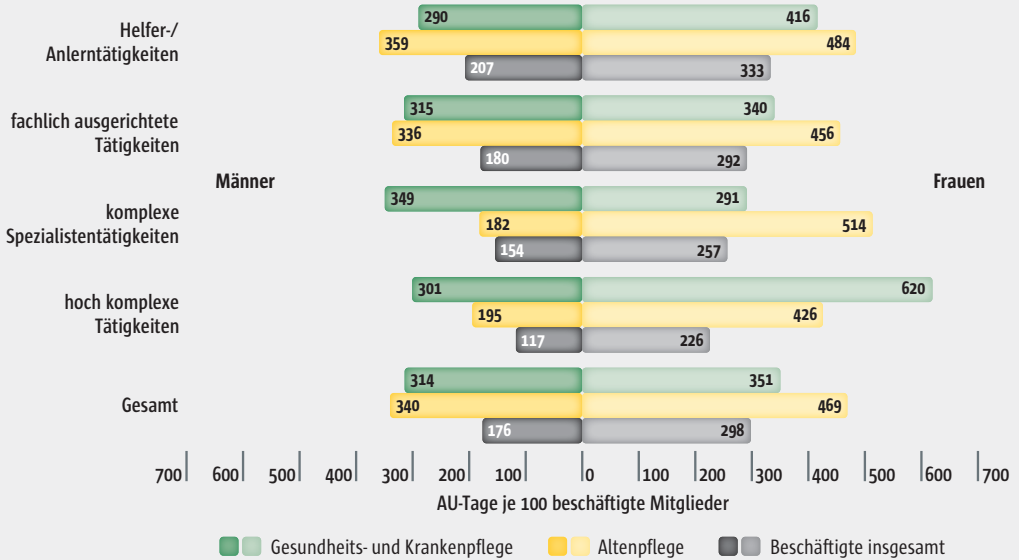
Diagramm 2.32 AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen nach Anforderungsniveau der Tätigkeit (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



Wie in Diagramm 2.32 zu erkennen ist, weisen die AU-Tage die aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen auftreten, ein nahezu identisches Muster al-

lerdings mit wesentlich höherer Amplitude auf als die AU-Tage insgesamt. Insbesondere zeigt sich, dass weibliche Alten- und Krankenpfleger über alle Anfor-

Diagramm 2.33 AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen aufgrund von psychischen Störungen nach Anforderungsniveau der Tätigkeit (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



derungsstufe hinweg deutlich mehr Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart aufweisen, als die Gesamtheit aller beschäftigten Frauen. So haben die Altenpflegerinnen mit dem höchsten Anforderungsniveau ca. 3-mal so viele Fehlzeiten und die Krankenpflegerinnen mehr als doppelt so viele Fehlzeiten wie die beschäftigten Frauen mit solchem Anforderungsniveau insgesamt zu verzeichnen. Dagegen zeigt sich bei den männlichen Altenpflegern, dass diese im Vergleich zu allen Beschäftigten zum Teil deutlich geringere Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart aufweisen. Die körperliche Belastung wirkt sich in dieser Berufsgruppe scheinbar geschlechtsspezifisch unterschiedlich aus. Anders dagegen bei den männlichen Krankenpflegern – hier liegen die AU-Tage der Beschäftigten in den beiden unteren Anforderungsniveaustufen ebenfalls deutlich unter dem jeweiligen Gesamtdurchschnitt, allerdings sind bei den männlichen Beschäftigten mit (hoch)komplexen Tätigkeiten im Verhältnis zu allen männlichen Beschäftigten mit gleichem Anforderungsniveau deutlich überdurchschnittliche Werte zu verzeichnen (407 vs. 249 AU-Tage bzw. 328 vs. 136 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder).

- AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen liegen bei den Pflegeberufen für Männer und Frauen über alle Anforderungsniveaustufen zum Teil deutlich über den Fehlzeiten aller Beschäftigten insgesamt.
- Spitzenreiter sind mit durchschnittlich 6,2 AU-Tagen die weiblichen Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege mit hoch komplexen Tätigkeiten, ein Wert der mehr als doppelt so hoch ist wie in der Vergleichsgruppe aller Beschäftigten (2,3 AU-Tage).

Wie **III** Diagramm 2.33 eindrucksvoll zeigt, liegen die AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen aufgrund von psychischen Störungen unabhängig vom Geschlecht und über alle Anforderungsniveaustufen hinweg deutlich über denen aller Beschäftigten – ein Indiz dafür, dass sich die hohe psychische Belastung des Berufs merklich auf die entsprechenden krankheitsspezifischen Fehlzeiten auswirkt. Bemerkenswert ist, dass vor allem die Beschäftigten mit (hoch-)komplexen Tätigkeiten in der Höhe der hier dargestellten Fehlzeiten die gleichen oder sogar höhere Werte im Vergleich zu den Fehlzeiten aufgrund von

Muskel- und Skeletterkrankungen erreichen. Haben die in der Altenpflege beschäftigten Helfer bzw. Fachkräfte durchweg höhere Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart, so sind es bei den (hoch-)komplexen Tätigkeiten überwiegend die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege, die deutlich höhere Werte aufweisen. So wird mehr als jeder vierte AU-Tag bei den weiblichen Gesundheits- und Krankenpflegern mit hochkomplexen Tätigkeiten (29,9%) durch psychische Störungen verursacht.

Aufsichts- und Führungskräfte

- Gesundheits- und Krankenpfleger mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion haben gleich viel bzw. sogar mehr Fehltag als die sonstigen Fachkräfte.
- Bei den männlichen Führungskräften der Gesundheits- und Krankenpflege kommen im Vergleich zu allen Beschäftigten besonders häufig Fehltag aufgrund von Herz- und Kreislauferkrankungen vor (180 vs. 66 AU-Tage je 100 Beschäftigte), seltener hingegen bei den Führungskräften in der Altenpflege (41 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Auch zwischen den Pflegekräften, die eine Aufsichts- bzw. Führungsposition in ihrem Unternehmen wahrnehmen und den sonstigen Fachkräften, zeigen sich deutliche Unterschiede im AU-Geschehen, wie in **»»»** Diagramm 2.34 erkennbar wird. Für die Beschäftigten in der Altenpflege zeigt sich, dass Führungs- und Aufsichtskräfte wesentlich weniger AU-Tage aufweisen, als entsprechende Beschäftigte ohne Aufsichts- bzw. Führungsposition. Ein anderes

Bild zeigt sich bei den Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege. Zeigen sich bezüglich der Fehlzeiten zwischen den männlichen Beschäftigten mit bzw. ohne Aufsichts- und Führungsverantwortung nahezu keine Unterschiede, so sind die AU-Tage der weiblichen Aufsichts- und Führungskräfte im Durchschnitt sogar einen Tag höher als die der weiblichen Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte.

Welche Erkrankungen hierfür ursächlich sind, zeigt **»»»** Tabelle 2.2. Bei den Beschäftigten der Krankenpflege fällt zunächst auf, dass die männlichen Aufsichts- und Führungskräfte deutlich mehr - und zwar fast 2,5-mal so viele - AU-Tage aufgrund von Herz- und Kreislauferkrankungen aufweisen (180 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder) als die sonstigen männlichen Fachkräfte (73 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder). Zu vermuten wäre zunächst, dass dies mit dem Altersunterschied zwischen beiden Gruppen zusammenhängt (46,7 vs. 38,3 Jahre), da kardiovaskuläre Erkrankungen mit zunehmendem Lebensalter deutlich häufiger auftreten. Allerdings zeigt der Blick auf die Gesamtheit der Beschäftigten, dass bei einem ähnlichen Altersunterschied (46,6 vs. 42,0 Jahre) die AU-Tage bei den Führungskräften aufgrund dieser Krankheitsart sogar niedriger sind als bei den sonstigen Fachkräften (66,2 vs. 81,3 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass diese Krankheitstage bei den Führungskräften in der Krankenpflege (z.B. Stationsleiter/-in, Krankenpflegeleiter/-in, Pflegedienstleiter/-in) auf besonders belastende und stressreiche Arbeitsbedingungen zurückzuführen sind, die geschlechtsspezifisch bei den Männern auf das Herz- und Kreislaufsystem wirken. Passend dazu

Diagramm 2.34 AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

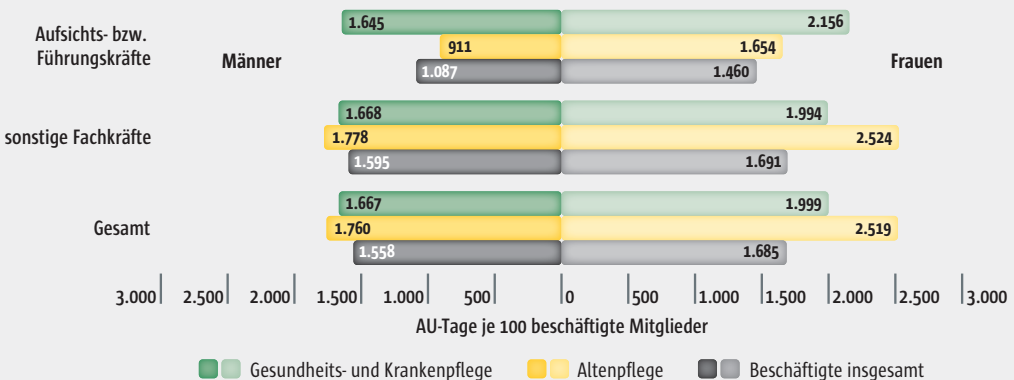


Tabelle 2.2 AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung (KldB 2010), ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

Diagnosehauptgruppen	Aufsichts- und Führungskräfte			sonstige Fachkräfte		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
AU-Tage je 100 Beschäftigte						
Gesundheits- und Krankenpflege						
Muskel- und Skeletterkrankungen	440	446	444	373	492	469
psychische Störungen	268	504	450	316	345	340
Atemwegserkrankungen	264	291	285	265	311	302
Verletzungen und Vergiftungen	120	164	154	202	193	195
Herz- und Kreislaufsystem	180	39	71	73	57	60
Altersdurchschnitt (in Jahren)	46,7	46,6	46,6	38,3	40,0	39,7
Altenpflege						
Muskel- und Skeletterkrankungen	154	483	368	378	705	658
psychische Störungen	195	426	345	343	469	451
Atemwegserkrankungen	157	167	164	280	341	332
Verletzungen und Vergiftungen	25	69	54	185	212	208
Herz- und Kreislaufsystem	41	24	30	61	77	74
Altersdurchschnitt (in Jahren)	48,5	48,8	48,7	36,3	41,4	40,7
Beschäftigte insgesamt						
Muskel- und Skeletterkrankungen	250	271	255	435	370	406
psychische Störungen	145	308	184	179	298	233
Atemwegserkrankungen	191	248	205	264	300	280
Verletzungen und Vergiftungen	116	106	114	202	135	172
Herz- und Kreislaufsystem	66	45	61	81	48	66
Altersdurchschnitt (in Jahren)	46,6	43,3	45,8	42,0	41,5	41,8

zeigt sich bei den männlichen Führungskräften auch eine höhere Anzahl von AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen im Vergleich zu den sonstigen Fachkräften (440 vs. 373 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder). Dagegen sind die Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen bei den Führungskräften in der Krankenpflege geringer als bei den sonstigen Fachkräften (268 vs. 316 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass insbesondere bei den männlichen Führungskräften

das AU-Geschehen durch somatische Erkrankungen dominiert wird. Bei den weiblichen Führungskräften in der Krankenpflege zeigen sich dagegen wesentlich mehr AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen im Vergleich zu den sonstigen Fachkräften (504 vs. 345 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder), die im Übrigen fast doppelt so hoch ausgeprägt sind wie die der männlichen Führungskräfte. Auch bei den weiblichen Führungskräften in der Krankenpflege zeigen sich annähernd gleich hoch ausgeprägte Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skelett-

erkrankungen wie bei den sonstigen Fachkräften (446 vs. 492 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder).

Bei den Altenpflegern zeigt sich dagegen ein anderes Bild. Hier sind sowohl insgesamt als auch geschlechtsspezifisch bei den sonstigen Fachkräften deutlich höhere Fehlzeiten als bei den Beschäftigten mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktionen zu erkennen. Bemerkenswert im Vergleich zu den Krankenpflegern ist zudem, dass bei den Beschäftigten in der Altenpflege die AU-Tage aufgrund Herz- und Kreislauferkrankungen insgesamt deutlich geringer ausgeprägt sind. Dies gilt auch für die AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen bei den Aufsichts- und Führungskräften in der Altenpflege, wobei diese für beide Geschlechter weiterhin deutlich über den Gesamtwerten aller Beschäftigten insgesamt liegen. Dieses Verhältnis kehrt sich bei den sonstigen Fachkräften um. Hier sind es vor allem die weiblichen Fachkräfte in der Altenpflege (469 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder) im Vergleich zur Gesundheits- und Krankenpflege (345 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder) die überdurchschnittlich viele AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen aufweisen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl zwischen den Aufsichts- und Führungskräften und den sonstigen Fachkräften aber auch zusätzlich zwischen Alten- und Krankenpflegern deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede im AU-Geschehen erkennbar sind und sich diese wiederum auch vom

Muster der Beschäftigten insgesamt unterscheiden. Ursachen hierfür liegen vermutlich in der überdurchschnittlich starken und dabei aber sehr berufsspezifischen Arbeitsbelastung in den einzelnen Pflegeberufen.

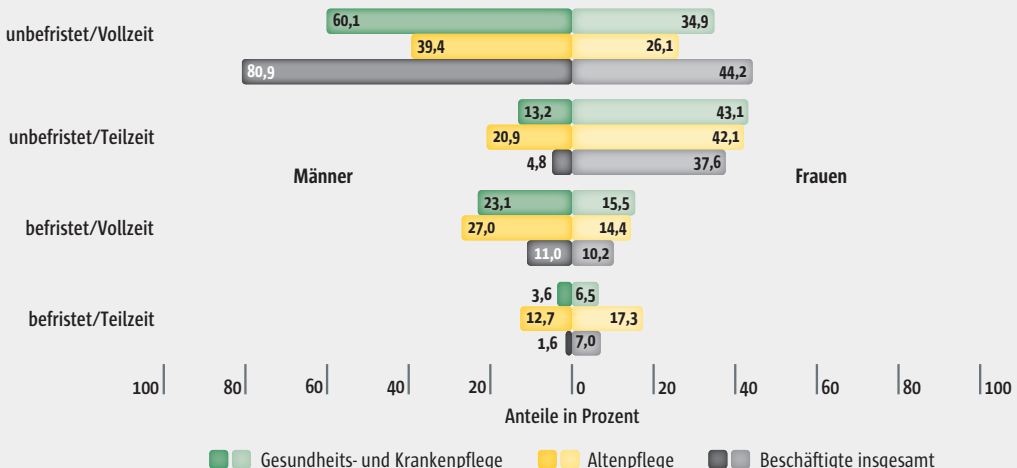
Vertragsform

- Jeder fünfte Beschäftigte in der Krankenpflege (22,9%) und nahezu jeder dritte Beschäftigte in der Altenpflege (32,9%) hat ein befristetes Arbeitsverhältnis, wesentlich mehr als bei den Beschäftigten insgesamt (14,6%).

Aus den Tätigkeitsangaben lassen sich zusätzlich auch Angaben zur Vertragsform (befristet/unbefristet) und zum Tätigkeitsumfang (Vollzeit/Teilzeit) ableiten. Bevor die damit verbundenen Fehlzeiten dargestellt werden, soll an dieser Stelle einmal ein Blick auf die Anteile der Beschäftigten in den Pflegeberufen an den einzelnen Vertragsformen im Vergleich zu allen Beschäftigten insgesamt geworfen werden (III Diagramm 2.35).

Der Anteil der unbefristet in Vollzeit Beschäftigten liegt sowohl in der Krankenpflege als auch – besonders deutlich – in der Altenpflege unter den Anteilen der beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt. So ist dieser Anteil bei den männlichen Altenpflege-

Diagramm 2.35 Anteile der Beschäftigten in den Pflegeberufen nach Vertragsform der Tätigkeit (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



gern nicht einmal halb so groß wie bei den Gesamtbeschäftigten (39,4% vs. 80,9%). Dagegen liegt wiederum der Anteil der unbefristet in Teilzeit beschäftigten Männer sowohl bei den Krankenpflegern als auch bei den Altenpflegern merklich über den Durchschnittswerten – sind es bei den männlichen Krankenpflegern mehr als doppelt so viele, so liegt der Anteil bei den Kollegen der Altenpflege (20,9%) um einen Faktor größer 4 über dem Bundesdurchschnitt (4,8%).

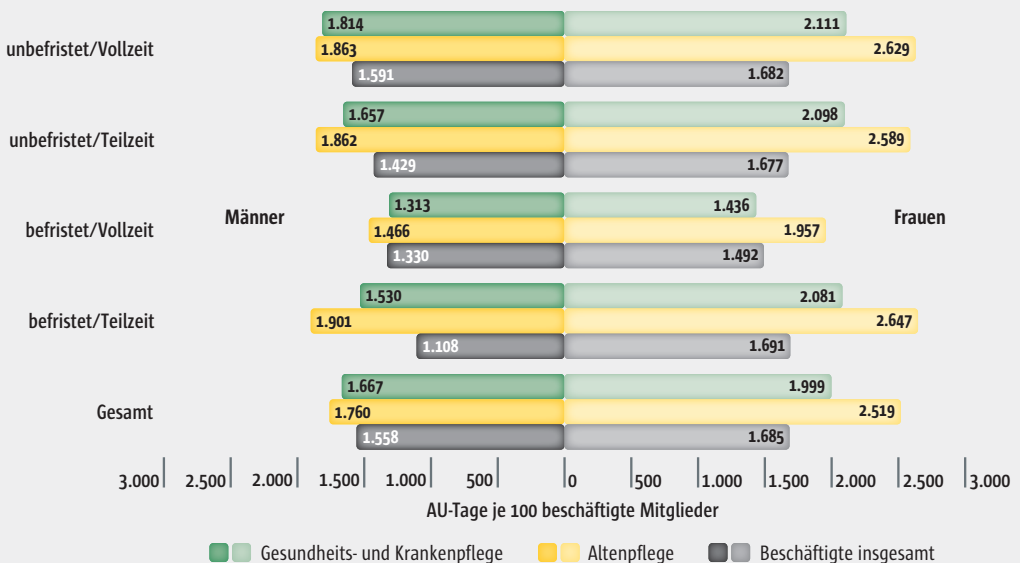
Umgekehrt zeigt sich, dass insgesamt mehr als jeder fünfte Beschäftigte in der Krankenpflege (22,9%) und nahezu jeder dritte Beschäftigte in der Altenpflege (32,9%) ein befristetes Arbeitsverhältnis hat. Auch diese Anteile liegen deutlich über den Anteilen der Beschäftigten insgesamt (14,6%). Gleiches gilt auch für den Anteil der in Teilzeit Beschäftigten in den Pflegeberufen. Diese sind sowohl bei den Krankenpflegern (43,3%) als auch bei den Altenpflegern (55,7%) wesentlich höher ausgeprägt, als bei den Beschäftigten insgesamt (23,3%). Wie der Beitrag von **» Bogai, Seibert & Wiethölter** in diesem Buch zeigt, spielt hierbei die hohe Arbeitsbelastung in den Berufen eine Rolle. Viele Pflegekräfte halten diese hohe Belastung in Vollzeit nicht aus und nehmen dafür dann eine Teilzeitstelle in Kauf. Der hohe An-

teil der befristeten Arbeitsverträge ist jedoch als bedenklich zu bewerten, da die damit verbundene Arbeitsplatzunsicherheit in der Regel auch mit höheren Fehlzeiten einhergeht (vgl. **» BKK Gesundheitsreport 2016**, S. 284 ff.).

- Bis auf die befristet in Vollzeit Beschäftigten, zeigen sich für alle anderen Vertragsformen annähernd die gleichen, zum Teil weiter über den Werten aller Beschäftigten liegenden, Fehltag.
- Die hohen Fehlzeiten der (vorrangig) weiblichen befristet in Teilzeit Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege (20,8 AU-Tage) bzw. in der Altenpflege (26,5 AU-Tage) können als Indiz für die gesundheitlichen Auswirkungen prekärer Beschäftigung gewertet werden.

Im **» Diagramm 2.36** sind die AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen im Vergleich zu denen aller Beschäftigten insgesamt nach Anstellungsverhältnis dargestellt. Ausgehend von den Studienergebnissen von **» Becka et al. 2016**; (vgl. **» Gastbeitrag Bogai, Seibert & Wiethölter** in diesem Buch), dass ein großer Anteil der Pflegekräfte aufgrund der hohen Arbeitsbelastung eine (unbefristete) Teilzeitbeschäftigung bevorzugt, zeigt sich hingegen bei

Diagramm 2.36 AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen nach Vertragsform der Tätigkeit (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



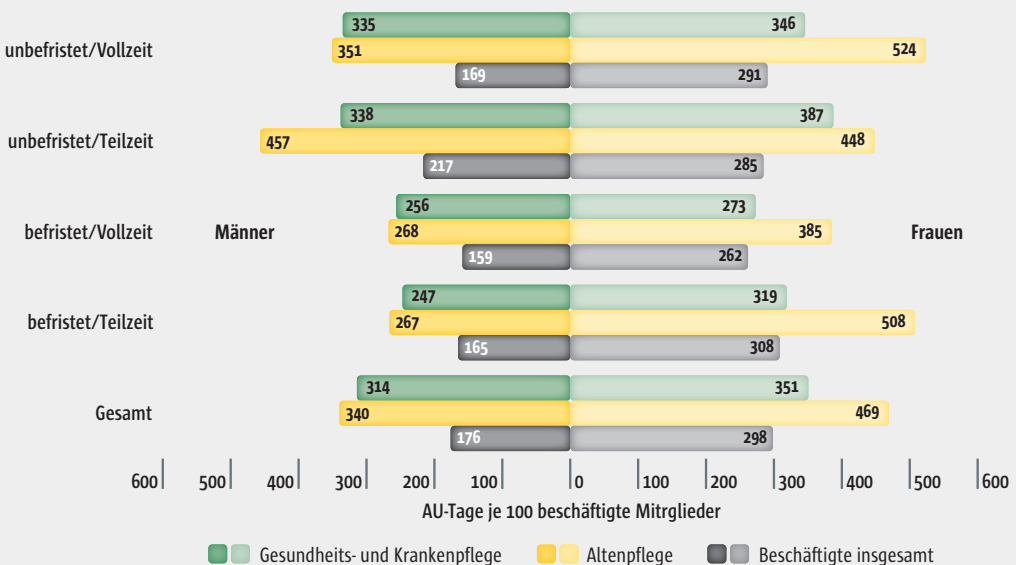
den AU-Kennzahlen, dass sich diese subjektive wahrgenommene Entlastung durch die Teilzeitbeschäftigung nicht in entsprechend reduzierten Fehlzeiten widerspiegelt. So sind sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die AU-Tage bei Teilzeitbeschäftigung (befristet/unbefristet) nahezu gleich hoch wie bei den unbefristet in Vollzeit Beschäftigten. Die Arbeitsbelastung in den Pflegeberufen scheint also nicht allein von der Anzahl der vereinbarten Arbeitsstunden abzuhängen. Zudem ist davon auszugehen, dass vor allem Frauen, die in Teilzeit beschäftigt sind, dies häufig aufgrund der Versorgung eines oder mehrerer meist minderjähriger Kinder oder auch pflegebedürftiger Angehöriger tun.

Im Vergleich hierzu zeigen sich bei den befristet Vollzeitbeschäftigten beiderlei Geschlechts deutlich geringere Fehlzeiten. Dies kann unter anderem darin begründet liegen, dass in dieser Gruppe ein nicht unerheblicher Anteil von Auszubildenden bzw. auch Berufsanfängern in der Probezeit zu finden ist. Ein Hinweis darauf gibt das Durchschnittsalter der Beschäftigten in dieser Gruppe, das bei den Krankenpflegern bei 25,9 Jahren und bei den Altenpflegern bei 29,7 Jahren und damit deutlich unter denen der anderen Beschäftigungsverhältnisse liegt. Eine eindeutige Trennung dieser Gruppe von anderen befris-

tet und in Vollzeit Beschäftigten ist auf Basis der KldB 2010 nicht möglich. Ebenfalls hohe Fehlzeiten sind insbesondere bei den befristet in Teilzeit Beschäftigten Altenpflegern erkennbar, wobei die Frauen hier mit durchschnittlich 26,5 AU-Tagen den höchsten Wert im Vergleich zu allen anderen Beschäftigungsformen aufweisen. Hier, wie auch bei einem Teil der befristet in Vollzeit Beschäftigten, ist vermutlich auch ein nicht unerheblicher Teil von Beschäftigten über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt.

An dieser Stelle sei exemplarisch das AU-Geschehen zwischen den verschiedenen Beschäftigungsformen speziell für die psychischen Störungen betrachtet, da diese Krankheitsart insbesondere bei den Pflegeberufen aufgrund der hohen emotionalen und psychischen Arbeitsbelastung besonders häufig vorkommt (»» Diagramm 2.37). Wie zu erkennen ist, liegen die Fehlertage sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen unabhängig vom Beschäftigungsverhältnis zum Teil sehr deutlich über denen der Beschäftigten insgesamt. Das ist ein augenfälliges Indiz für die hohe psychische Belastung in diesen Berufen. Wie auch schon bei den Fehlzeiten insgesamt, so zeigt sich auch bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen, dass bei den Altenpflegern beson-

Diagramm 2.37 AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen aufgrund von psychischen Störungen nach Vertragsform der Tätigkeit (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



ders hohe Werte zu verzeichnen sind. Dabei liegen die Frauen immer vor den Männern – nicht so bei den unbefristet in Teilzeit Beschäftigten, dort haben die Männern mit durchschnittlich 4,6 AU-Tagen die meisten Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen. Bei den in der Krankenpflege Beschäftigten sind sowohl für die Männer als auch für die Frauen bei den unbefristet in Teilzeit Beschäftigten die meisten Fehlzeiten zu konstatieren. In Teilzeit zu arbeiten, (Becka et al. 2016; vgl. Gastbeitrag Bogai, Seibert & Wiethölter in diesem Buch) führt diesen AU-Kennzahlen zufolge nicht dazu, dass die Arbeitsbelastung reduziert wird. Wie im Gastbeitrag von Bühler in diesem Buch aus einer Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) zitiert, ist aber auch ein substantieller Teil nicht freiwillig in Teilzeit, sondern es werden schlicht keine anderen Stellenumfänge angeboten. Das führt anscheinend auch besonders bei den männlichen Beschäftigten zu einer höheren wahrgenommenen Belastung, möglicherweise auch deshalb, weil diese in der Regel allein oder in nicht unerheblichen Teilen für das Haushaltseinkommen sorgen.

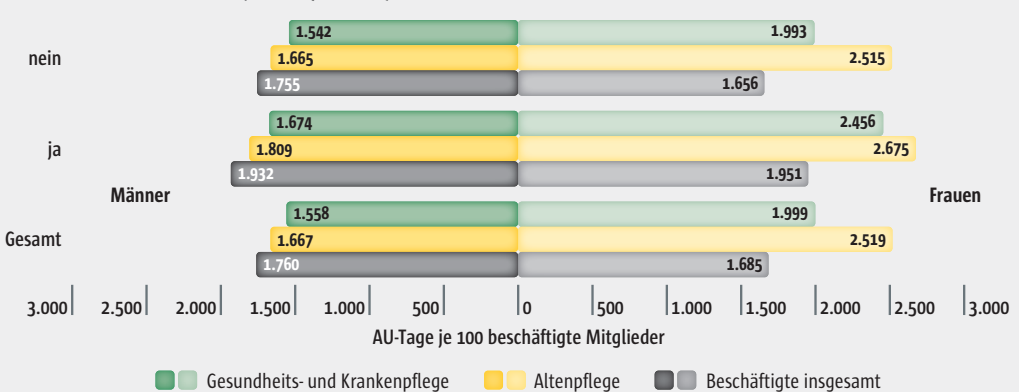
Arbeitnehmerüberlassung

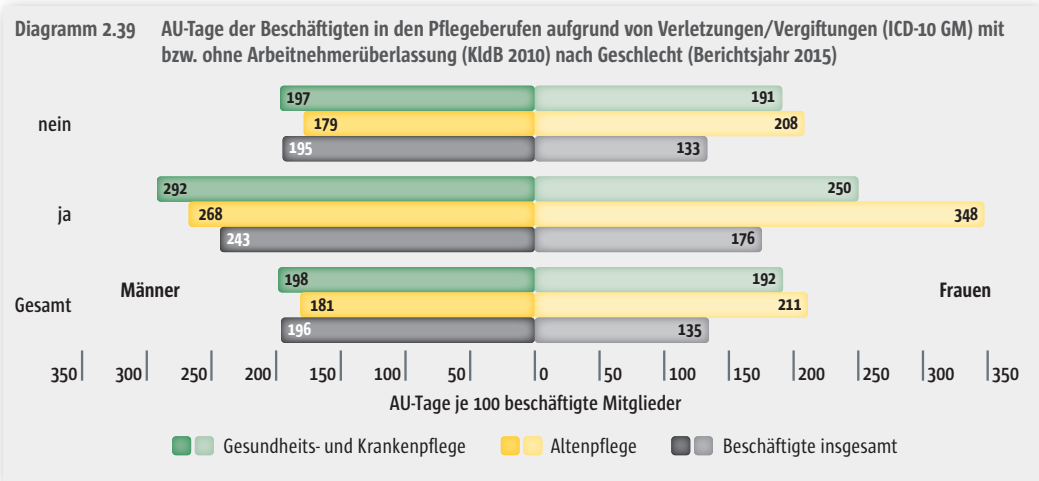
- Beschäftigte in den Pflegeberufen, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, weisen mehr Fehlzeiten auf als solche mit einer regulären Anstellung.
- Bei weiblichen Gesundheits- und Krankenpflegern ist der Unterschied bei den Fehlzeiten zwischen beiden Anstellungsformen mit fast 5 Kalendertagen am größten (19,9 vs. 24,6 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied).
- Differenzen in gleicher Richtung sind auch für AU-Tage aufgrund Muskel- und Skeletterkrankungen, psychischer Störungen und Verletzungen/Vergiftungen feststellbar.

Etwa 1,3% der Beschäftigten in der Krankenpflege und 2,1% der Beschäftigten in der Altenpflege sind über eine Arbeitnehmerüberlassung beschäftigt, was leicht unter den Anteilen des Bundesdurchschnitts (2,2%) aller beschäftigten BKK Mitglieder liegt.

Wie sich das AU-Geschehen in Abhängigkeit von regulärer Beschäftigung versus Beschäftigung in Leih- bzw. Zeitarbeit darstellt, zeigt Diagramm 2.38. Zunächst wird deutlich, dass sowohl die männlichen als auch die weiblichen Beschäftigten in beiden Pflegeberufen höhere Fehlzeiten aufweisen, wenn sie über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind. Prekäre Beschäftigung und

Diagramm 2.38 AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung (KldB 2010) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)





Arbeitsplatzunsicherheit wirken sich, wie hier sichtbar wird, negativ auf das Krankheitsgeschehen aus. Am prägnantesten ist dieser Unterschied mit nahezu 5 Kalendertagen bei den Krankenschwestern zu Ungunsten derer, die über eine Arbeitnehmerüberlassung tätig sind.

Dass sich atypische Beschäftigung auch negativ auf den Gesundheitszustand und somit auch auf die Fehlzeiten der Beschäftigten auswirkt, wurde schon im vorhergehenden Abschnitt zu den Vertrags- und Beschäftigungsformen deutlich. Dies zeigt sich auch diagnosespezifisch für das Merkmal Arbeitnehmerüberlassung insbesondere auch bei den Gesundheits- und Krankenpflegern. So weisen die in dieser Berufsgruppe über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellten Beschäftigten im Durchschnitt mehr als einen Kalendertag (+1,3 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) mehr Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Störungen auf als die Kollegen und Kolleginnen in regulärer Anstellung (3,4 vs. 4,7 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Noch deutlicher und ausgeprägter ist der Unterschied bei den Muskel- und Skeletterkrankungen: Sind bei den regulär Beschäftigten im Schnitt 4,7 AU-Tage zu verzeichnen, so summiert sich dieser Wert bei den über Leih- und Zeitarbeit Beschäftigten auf insgesamt 6,1 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied. In ähnlichem Verhältnis stellt sich auch die Situation bei den Altenpflegerinnen und Altenpflegern dar, wobei hier die in regulärer Anstellung Beschäftigten zum Teil noch deutlich mehr Fehlzeiten aufweisen als die Krankenpfleger,

die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind.

Auch bei den Fehltagen, die aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen zustande kommen, zeigt sich ein Zusammenhang zur Leih- bzw. Zeitarbeit. Wie in **»»»** Diagramm 2.39 zu erkennen ist, unterscheidet sich das AU-Geschehen in dieser Krankheitsart zwischen den Beschäftigten mit bzw. ohne Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung. So sind für beide Geschlechter und beide Berufsgruppen für über eine Arbeitnehmerüberlassung beschäftigte Pflegekräfte höhere Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart feststellbar. Bei den weiblichen Beschäftigten der Altenpflege beträgt dieser Unterschied mehr als einen Tag (+1,4 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Gerade in den Pflegeberufen können oft wechselnde Arbeitsstätten aufgrund der Komplexität der Tätigkeit und zu geringer Kenntnisse des Arbeitsumfeldes zu einem erhöhten Verletzungsrisiko führen. Dies kann sich nicht nur wie hier dargestellt auf die Beschäftigten selbst, sondern im schlimmsten Fall auch auf die Patientinnen und Patienten und deren Versorgungsqualität auswirken.

Arbeitsunfähigkeit im regionalen Vergleich

- Spitzenreiter bei den Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen ist Berlin mit 8,5 AU-Tagen bei den Beschäftigten der Altenpflege und Thüringen mit 6,2 AU-Tagen bei den Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege.

- Insbesondere in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin haben die Beschäftigten der Altenpflege jeweils deutlich mehr (+2,7 bis +3,3) AU-Tagen aufgrund dieser Krankheitsart als die Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege.
- Die wenigsten AU-Tagen aufgrund dieser Diagnosehauptgruppe finden sich für die Gesundheits- und Krankenpflege in Hamburg (3,3 AU-Tagen) und für die Altenpflege in Hessen (5,4 AU-Tagen).

Diagramm 2.40 AU-Tagen der Beschäftigten in den Pflegeberufen (KldB 2010) aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen (ICD-10 GM) nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2015)

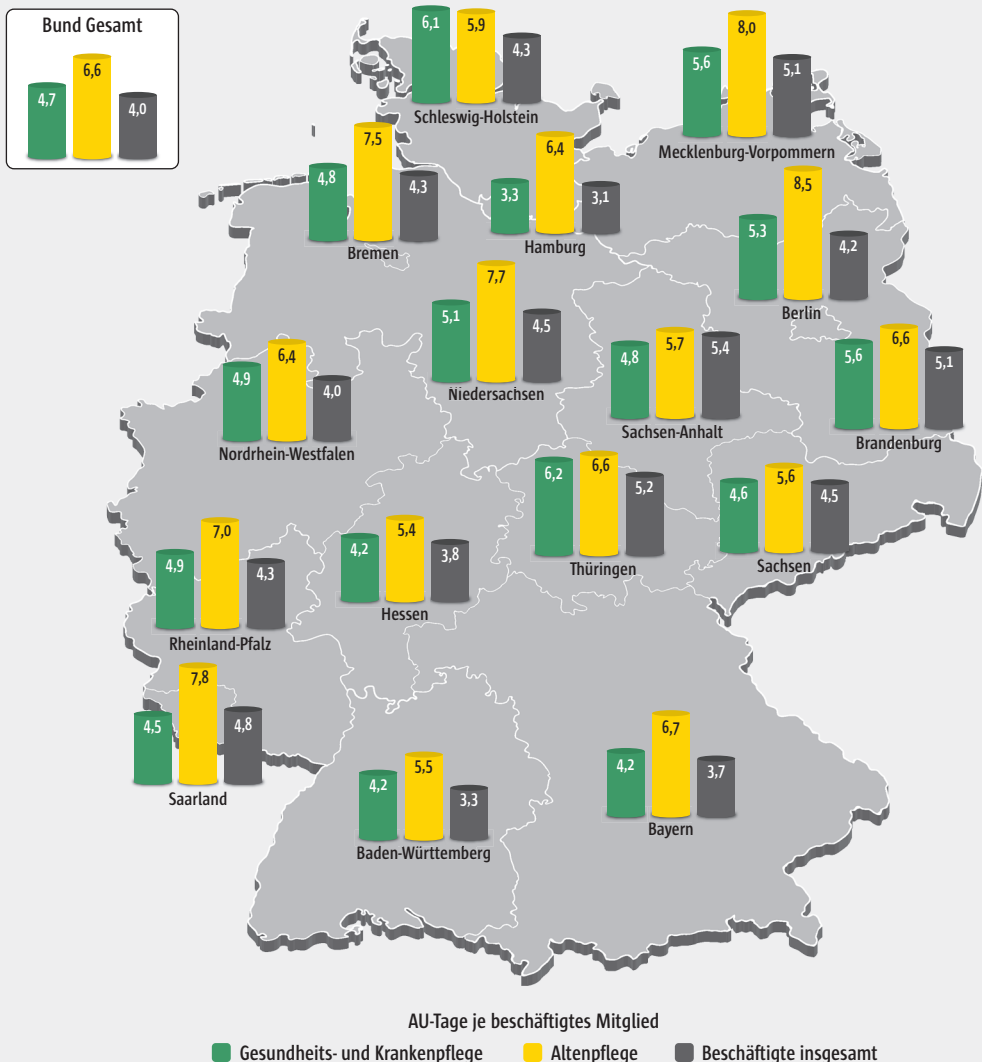
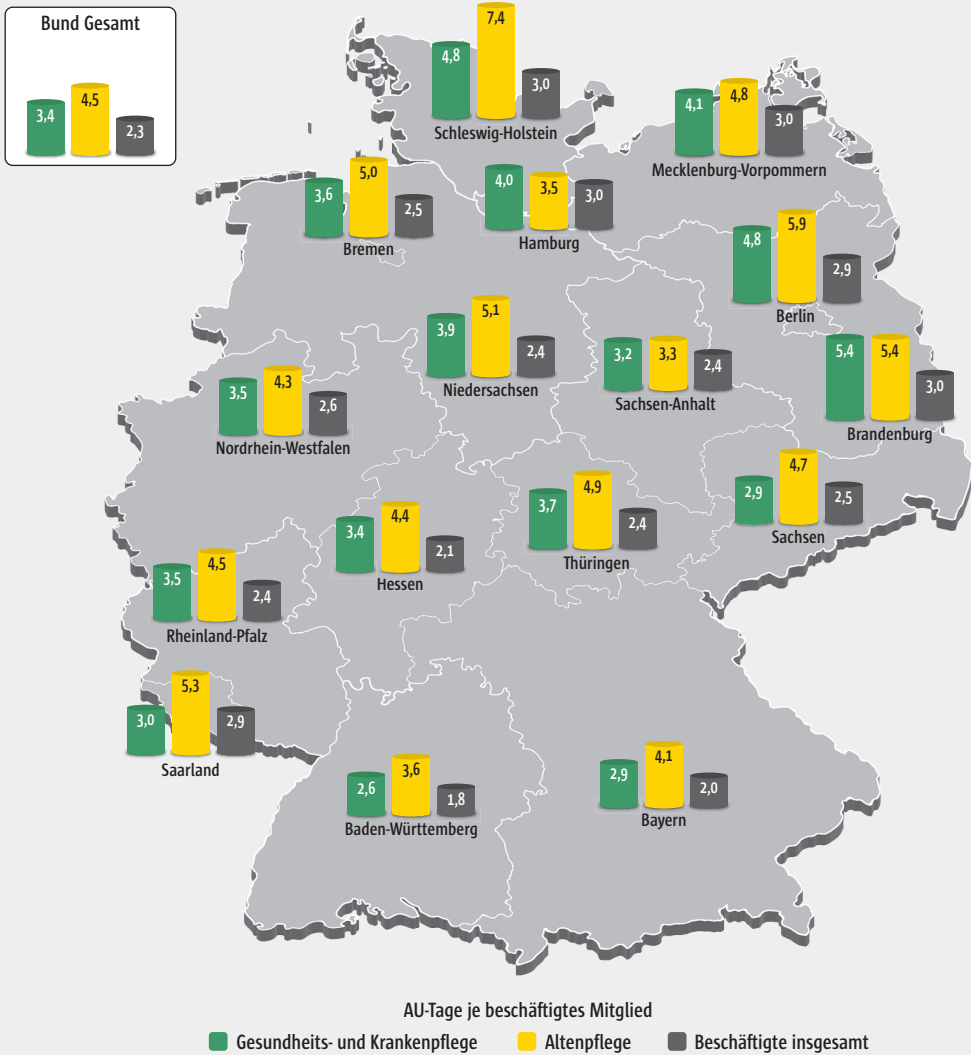


Diagramm 2.41 AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen (KIDB 2010) aufgrund von psychischen Störungen (ICD-10 GM) nach Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2015)



Abschließend soll in diesem Kapitel noch einmal der Blick auf die regionalen Unterschiede im AU-Geschehen der Pflegekräfte geworfen werden. Im [Diagramm 2.24](#) wurden ja bereits die Fehltage insgesamt für die Alten- und Krankenpfleger dargestellt. An dieser Stelle sollen die regionalen Variationen für die beiden für das AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten, die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen Störungen gezeigt werden.

Auf den ersten Blick erkennbar ist, dass in nahezu allen Bundesländern die Fehltage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen der Beschäftigten in den Pflegeberufen über denen der Beschäftigten insgesamt liegen ([Diagramm 2.40](#)). Des Weiteren sind – entgegen dem allgemeinen Trend – die Fehlzeiten in den neuen Bundesländern aufgrund dieser Krankheitsart in der Altenpflege sogar etwas niedriger ausgeprägt (6,5 vs. 6,6 AU-Tage je beschäftigtes

Mitglied), während sich dieses Bild in der Krankenpflege umgekehrt darstellt (5,4 vs. 4,6 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). So sind in Thüringen mit durchschnittlich 6,2 AU-Tagen je Beschäftigten in der Krankenpflege auch die höchsten Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen zu finden, die wenigsten AU-Tage dieser Berufsgruppe treten hingegen in Hamburg auf (3,3 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied).

Bei den Altenpflegern fallen die Beschäftigten in Berlin mit durchschnittlich 8,5 AU-Tagen aufgrund dieser Krankheitsart am häufigsten aus. Im Unterschied dazu sind im gleichen Berufsfeld Beschäftigte in Hessen mehr als 3 Tage weniger krankheitsbedingt arbeitsunfähig (5,4 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Auffällig ist zudem, dass insbesondere in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin die AU-Tage zwischen den beiden Berufsgruppen eine Abweichung von 2,7 bis zu 3,3 AU-Tagen zu Ungunsten der Altenpfleger aufweisen. Die Arbeitsbedingungen für Altenpfleger scheinen in Großstädten weniger gesundheitsförderlich zu sein als in Flächenländern, wo die Unterschiede merklich geringer sind (z. B. Schleswig-Holstein mit einer Differenz von 0,2 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied).

- Fehltag aufgrund psychischer Störungen zeigen bei den Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege ein deutliches Ost-West-Gefälle. Beschäftigte in Brandenburg haben doppelt so viele AU-Tage zu verzeichnen wie im gleichen Beruf Beschäftigte in Baden-Württemberg (5,4 vs. 2,6 AU-Tage).
- Bei den Beschäftigten der Altenpflege zeigt sich kein solches Ost-West-Gefälle. Hier haben die in dem Beruf Tätigen in Schleswig-Holstein die meisten Fehltag (7,4 AU-Tage), während die in Sachsen-Anhalt Beschäftigten am wenigsten wegen psychischer Störungen arbeitsunfähig sind (3,3 AU-Tage).

Bei den Fehltagen aufgrund von psychischen Störungen zeigt sich im Bundeslandvergleich ein deutlicher Ost-West-Unterschied bei den Beschäftigten in der

Krankenpflege (»» Diagramm 2.41). Treten in den alten Bundesländern im Schnitt nur 3,4 AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart auf, so sind es in den neuen Bundesländern mit durchschnittlich 4,1 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied deutlich mehr. Tendenziell höhere Werte mit dem gleichen Vorzeichen zeigen sich bei den Altenpflegern (Bund-West: 4,5 AU-Tage vs. Bund-Ost: 4,7 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Für diese wie auch für die einzelnen Bundeslandwerte gilt, dass die Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart durchgängig über denen der Beschäftigten insgesamt liegen. Mit durchschnittlichen 7,4 AU-Tagen bei den Altenpflegern weist Schleswig-Holstein die meisten Fehltag in dieser Berufsgruppe auf. Auch hier sind die Stadtstaaten Berlin (5,9 AU-Tage) und Bremen (5,0 AU-Tage) auf den vorderen Plätzen zu finden. Am wenigsten betroffen sind die in Sachsen-Anhalt wohnhaften Altenpfleger, die nicht einmal die Hälfte der Fehltag der Beschäftigten in Schleswig-Holstein erreichen (3,3 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Bei den Krankenpflegern liegt Brandenburg mit durchschnittlich 5,4 AU-Tagen an der Spitze der Bundesländer, was im Vergleich zu Baden-Württemberg (2,6 AU-Tage) mehr als doppelt so viele Fehltag verursacht durch psychische Störungen aufweist. Hier gilt zudem, dass diese krankheitsbedingten Fehlzeiten der Beschäftigten in den Pflegeberufen in allen Bundesländern zum Teil deutlich über denen aller Beschäftigten insgesamt liegen.

Literatur

1. Müller BH, Hasselhorn HM. Arbeitsfähigkeit in der stationären Pflege in Deutschland im europäischen Vergleich. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 2004, 58 (3): 167-177
2. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. Journal of Affective Disorders 2005, 88, 55-62



3

Ergebnisse aus anderen Versorgungsbereichen

Die nachfolgenden Analysen zur ambulanten und stationären Versorgung sowie zu Arzneimittelverordnungen ergänzen die bisherig dargestellten Ergebnisse der Umfrage zum Thema Gesundheit und Arbeit (» Kapitel 1) sowie zum Arbeitsunfähigkeits-

geschehen (» Kapitel 2). Weitere Details zu den drei nachfolgend dargestellten Leistungsbereichen sind außerdem im » BKK Gesundheitsreport 2016 enthalten.

3.1 Ambulante Versorgung

Die nachfolgend dargestellten Kennzahlen aus der ambulanten Versorgung beziehen sich auf die über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Diagnosen (» siehe Methodische Hinweise). Es werden die Anteile der beschäftigten Mitglieder ausgewertet, für welche mindestens einmal im Berichtsjahr eine Diagnose bei ambulanten Konsultationen von Ärzten bzw. Psychotherapeuten dokumentiert und zur Abrechnung gebracht wurde.

3.1.1 Ambulante Versorgung bei den beschäftigten Mitgliedern insgesamt

- Fast jedes zweite beschäftigte Mitglied war im Jahr 2015 wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen beim Arzt, fast genauso viele waren es aufgrund von Atmungssystemerkrankungen.
- Muskel-Skelett-Erkrankungen nehmen mit höherem Alter deutlich zu, rund 7 von 10 Frauen und mehr als 6 von 10 Männern zwischen 60 und 64 Jahren bekamen solche Diagnosen gestellt.
- Alters- und Geschlechtseffekt bei psychischen Störungen: Diese werden mit steigendem Alter häufiger diagnostiziert, über alle Altersgruppen hinweg sind Frauen häufiger betroffen als Männer.

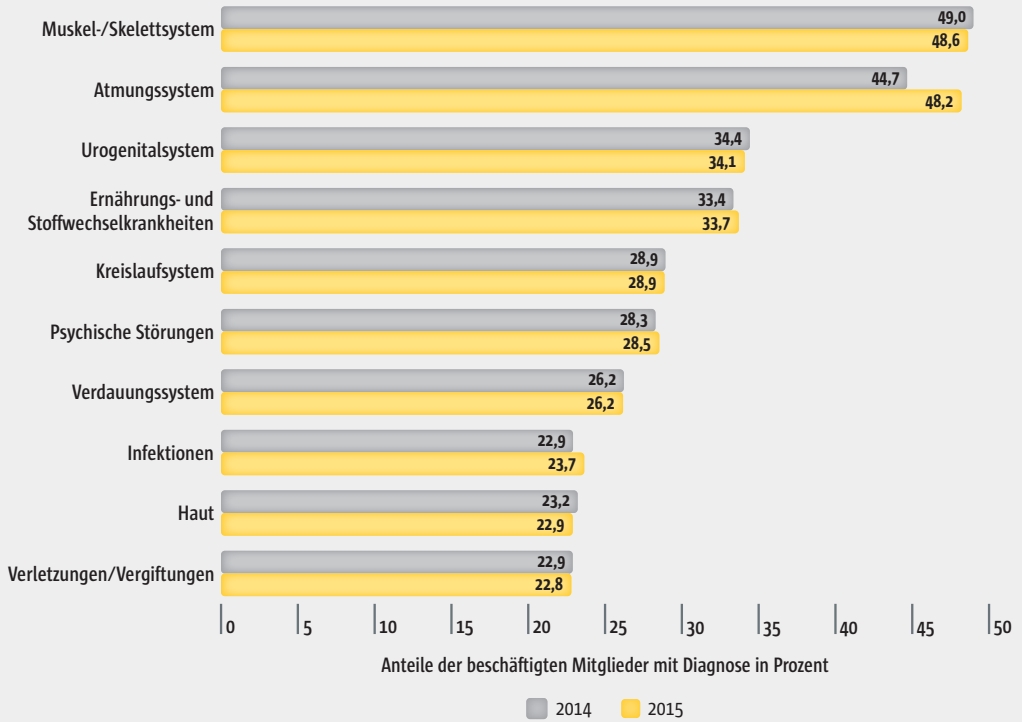
Die ambulante Versorgung deckt ein breites Aufgabenspektrum in der medizinischen Versorgung ab, welches über die reine Erkrankungsbehandlung hinausgeht und sich auch insbesondere in den Bereich der Prävention erstreckt. So ist beispielsweise im Jahr 2015 bei mehr als der Hälfte der beschäftigten Mitglieder (51,4%) mindestens einmal eine Diagnose aus der ICD-Diagnosehauptgruppe „Faktoren der Inanspruchnahme“ (Z00-Z99) – worunter auch Vorsorgemaßnahmen, Empfängnisverhütung etc. fallen – dokumentiert worden. Auch wurden bei mehr als einem Drittel (35,7%) in der Konsultation festgestellte Symptome und (Labor-)Befunde (R00-R99), die aber nicht anderweitig einer Erkrankung zugeordnet werden können, in den Akten festgehalten.

Wie » Diagramm 3.1 aufzeigt, sind aber auch bei fast der Hälfte der beschäftigten Mitglieder Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems diagnostiziert worden. Der Vergleich zum Vorjahr zeigt eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme besonders bei den Atmungssystemerkrankungen, was im Wesentlichen auf eine gegenüber 2014 deutlich stärkere Grippe- und Erkältungswelle zurückzuführen ist. Die im Vorkapitel zur Arbeitsunfähigkeit neben den Muskel-Skelett-Erkrankungen besonders betrachteten Diagnosegruppen – die psychischen Störungen sowie Verletzungen und Vergiftungen – kommen demgegenüber seltener in der ambulanten Versorgung vor: Diagnosen psychischer Störungen sind im Jahr 2015 bei 28,5% der beschäftigten Mitglieder gestellt worden, Verletzungen und Vergiftungen waren bei 22,8% der beschäftigten Mitglieder mindestens einmal der Grund, einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen.

Allgemein lässt sich feststellen, dass Männer etwa zwischen dem 20. und 60. Lebensjahr deutlich seltener in ambulanter Behandlung sind als Frauen. Dies ist auch zu einem nicht unerheblichen Teil darin begründet, dass Frauen regelmäßiger ambulante Versorgung für Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen sowie die Verordnung von Kontrazeptiva in Anspruch nehmen. Aber auch für einzelne Erkrankungsarten sind oftmals besondere, alters- bzw. geschlechtsspezifische Betroffenengruppen identifizierbar: So sind etwa von Krankheiten des Atmungssystems besonders junge Menschen betroffen, mit einem Anteil von 51,8% bei den unter 25-jährigen beschäftigten Mitgliedern ist dies die häufigste Erkrankung in dieser Altersgruppe.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen wiederum treten häufiger bei Älteren auf, insbesondere bei denen jenseits des regulären Renteneintrittsalters. Auch bei den in » Diagramm 3.2 nach Alter und Geschlecht differenziert dargestellten Diagnosehauptgruppen zeigen sich teils deutliche Unterschiede: So sind bei den unter 20-jährigen Muskel-Skelett-Erkrankungen

Diagramm 3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2015)



nur etwas häufiger vorkommend (Frauen: 28,0%; Männer: 23,6%) als Verletzungen bzw. Vergiftungen (Frauen: 20,6%; Männer: 24,2%). Während wegen Verletzungen und Vergiftungen auch mit höherem Alter relativ gleichbleibende Anteile der Beschäftigten in ambulanter Behandlung sind, steigt der Anteil von Betroffenen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen sehr deutlich. Schließlich sind bei den 60–64-Jährigen für beide Geschlechter (Frauen: 70,3%; Männer: 63,7%) die höchsten Anteile aufgrund dieser Krankheitsart zu finden. Mit noch höherem Alter sind wiederum deutlich weniger gestellte Diagnosen dokumentiert. Ähnliches zeigt sich auch bei den psychischen Störungen: Die Anteilswerte verdoppeln sich von den jüngsten Beschäftigten bis zu den über 50-Jährigen, bei den über 65-Jährigen wiederum fallen die Betroffenenquoten deutlich ab. Bei den psychischen Störungen zeigt sich außerdem ein deutlicher Geschlechtsunterschied, über alle Altersgruppen hinweg sind höhere Anteile von Frauen in ambulanter Behandlung. Am größten ist dabei die Differenz in der Gruppe der 30–34-Jährigen: Mit 32,9%

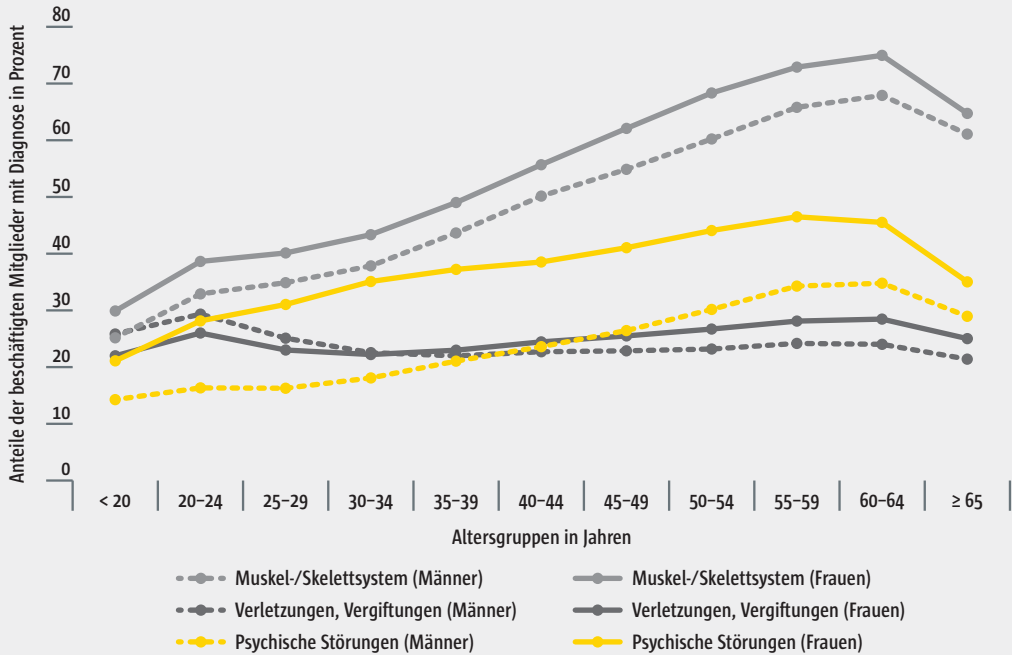
sind fast doppelt so häufig Frauen wegen einer psychischen Störung in Behandlung als die Männer (17,0%) dieser Altersgruppe.

3.1.2 Ambulante Versorgung nach Wirtschaftsgruppen

- Die Inanspruchnahme bei den Beschäftigten des Gesundheitswesens schwankt regional sehr stark, zwischen 78,5% (Sachsen) und 93,1% (Bremen).
- Der Anteil der über 49-jährigen Beschäftigten in Pflege- und Altenheimen, die aufgrund psychischer Störungen Ärzte oder Therapeuten konsultieren, ist gegenüber dem Durchschnitt aller Beschäftigten um rund 10 Prozentpunkte höher.

Entsprechend der bisherigen Darstellungen in den Vorkapiteln werden in diesem Abschnitt insbesondere die Wirtschaftsgruppen Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen in den Fokus genommen. Im **»»»** Diagramm 3,3 sind diese drei Gruppen zusammen mit den Vergleichsbranchen KFZ-Bau und IT-

Diagramm 3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



Dienstleistungen dargestellt. Die im Gesundheitswesen Beschäftigten sind mit einem Anteil von 91,6% nicht nur gegenüber diesen fünf Vergleichsgruppen, sondern auch im Vergleich zu fast allen anderen Wirtschaftsgruppen am häufigsten in ambulanter Versorgung. Auch die in Heimen Beschäftigten weisen mit 90,0% eine überdurchschnittliche Inanspruchnahmerate auf. Von den Mitarbeitern in IT-Dienstleistungsunternehmen sind hingegen nur 82,8% in ambulanter Behandlung gewesen.

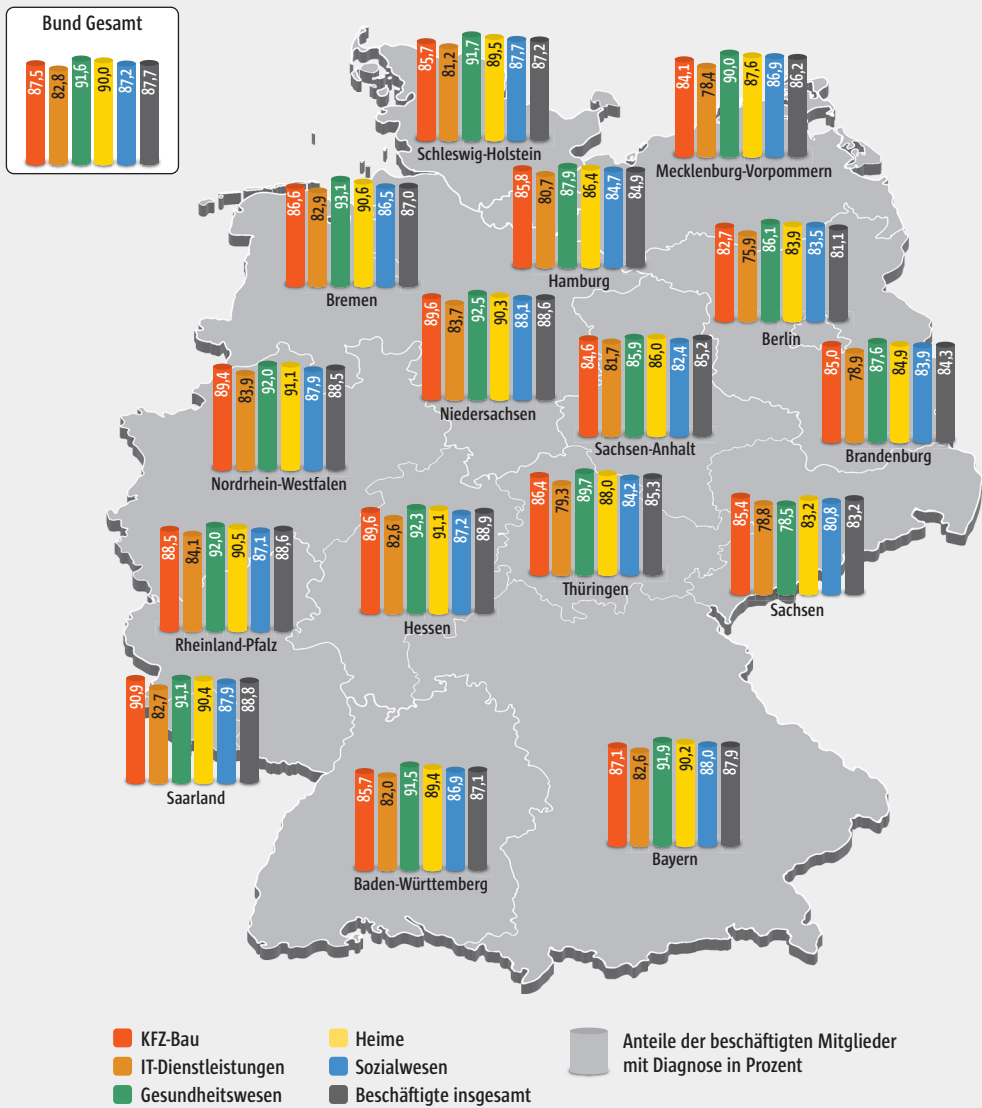
Im Vergleich zwischen den Bundesländern differenziert sich dieses Bild noch weiter, wobei insbesondere Sachsen mit der jeweils niedrigsten Inanspruchnahmerate für die Wirtschaftsgruppen Gesundheitswesen (78,5%), Heime (83,2%) und Sozialwesen (80,8%) auffällt. Die höchsten Werte wiederum sind in Bremen für das Gesundheitswesen (93,1%), für Heime in Hessen und Nordrhein-Westfalen (jeweils 91,1%) und für das Sozialwesen in Niedersachsen (88,1%) zu verzeichnen.

Der Blick auf die Inanspruchnahmeraten je nach Bundesland für die einzelnen Wirtschaftsgruppen zeigt relativ starke Differenzen. Über alle Bundesländer hinweg betrachtet, sind es aber in der Regel die IT-Dienstleistungen, die gegenüber dem Gesund-

heits- und Sozialwesen geringere Anteile von Beschäftigten mit einer Diagnose im aktuellen Berichtsjahr aufweisen. Hierfür sind Gründe sicher in den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen, aber auch im generell deutlich höheren Frauenanteil im Gesundheits- und Sozialwesen zu suchen.

Im nachfolgenden Vergleich (▮▮▮ Diagramm 3.4) sind die fünf mitgliederstärksten Untergruppen aus Gesundheitswesen, Heimen und Sozialwesen einbezogen. Fast durchgehend ist der Frauenanteil bei diesen Beschäftigten bei 80%, Ausnahme sind die (Zahn-)Arztpraxen mit über 95% beschäftigten Frauen (Durchschnitt aller beschäftigten Mitglieder: 44%). Für die schon zuvor betrachteten Diagnosehauptgruppen (psychische Störungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen/Vergiftungen) wird darüber hinaus in drei Altersklassen unterteilt. Insbesondere bei den in Praxen Beschäftigten ist zu bedenken, dass diese damit einen unmittelbaren Bezug zur ambulanten Versorgung haben, was vermutlich auch der wesentliche Grund ist, warum die Inanspruchnahme generell bei dieser Beschäftigtengruppe hoch ist. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass für die unter 25-jährigen Praxis-Beschäftigten überdurchschnittlich viele Diagnosen gestellt wor-

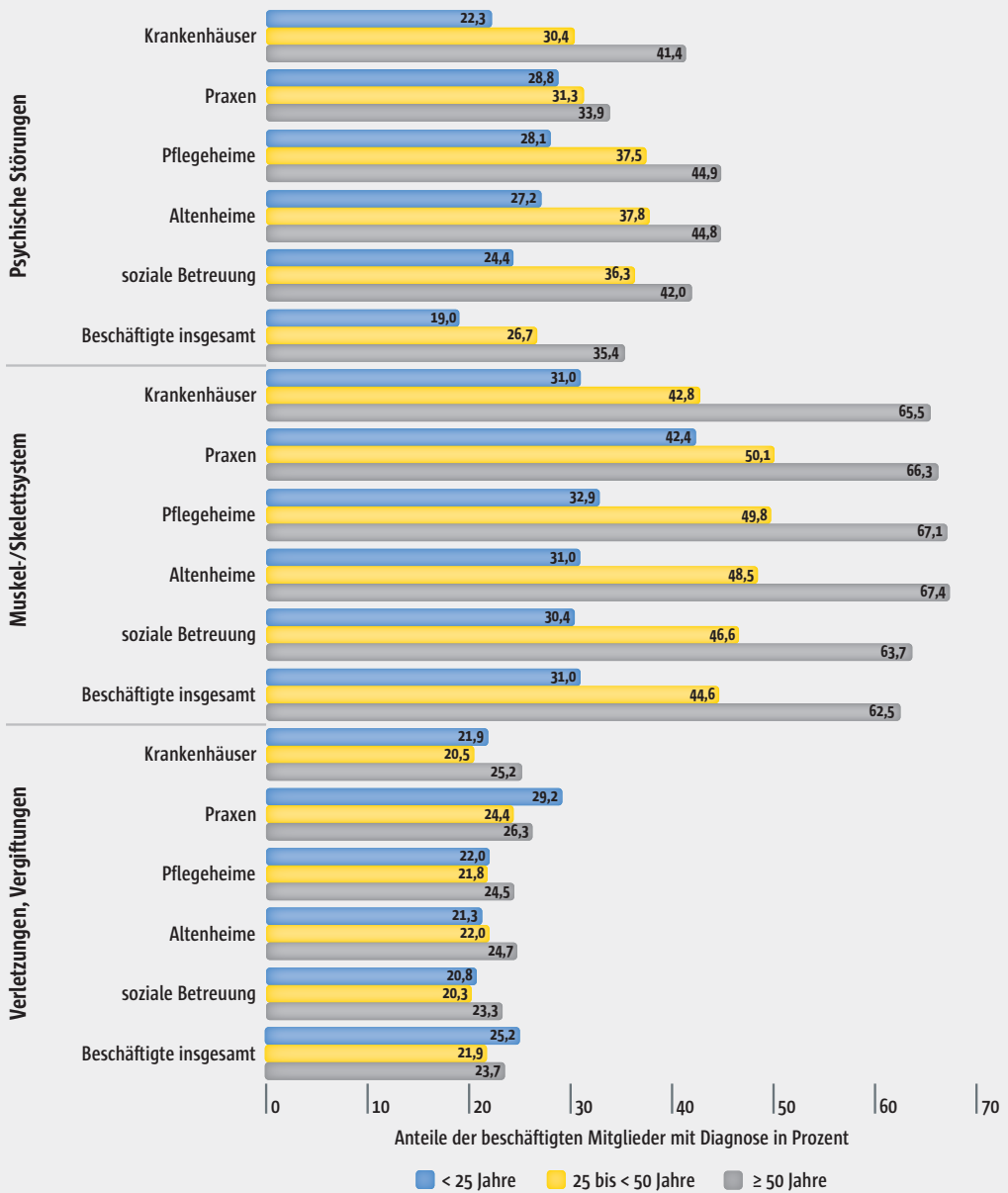
Diagramm 3.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)



den sind – und zwar fast durchweg für alle ICD-Diagnosehauptgruppen. Jedoch ist der Anteil Beschäftigter, für die Faktoren der Inanspruchnahme dokumentiert wurden (worunter auch allgemeine Untersuchungen und Vorsorgemaßnahmen fallen), bei den Beschäftigten der (Zahn-)Arztpraxen fast doppelt so hoch gegenüber dem Gesamtdurchschnitt. Aber auch bei Diagnosen aus dem Spektrum der psy-

chischen Störungen (28,8%), der Muskel-Skelett-Erkrankungen (42,4%) sowie der Verletzungen und Vergiftungen (29,2%) sind größere Anteile von Mitgliedern mit Diagnose bei den Praxis-Beschäftigten zu finden. Bei den über 50-jährigen sind es allerdings auch die Praxis-Beschäftigten, von denen deutlich weniger eine Diagnose einer psychischen Störung gestellt bekommen haben. In dieser Altersgruppe

Diagramm 3.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008), ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)



sind es vielmehr die Beschäftigten in Pflegeheimen und Altenheimen, die hohe Anteile mit einer diagnostizierten psychischen Störung aufweisen: Mit jeweils einem Anteil von rund 45% der Beschäftigten

sind die Inanspruchnahmeraten bei Pflege- und Altenheim-Beschäftigten um rund 10 Prozentpunkte höher als bei den Beschäftigten insgesamt.

3.1.3 Ambulante Versorgung nach Berufsgruppen

- Beschäftigte in medizinischen Gesundheitsberufen weisen die höchste Inanspruchnahme ambulanter Versorgung auf, fast 92% haben mindestens einmal einen Arzt oder Therapeuten konsultiert.
- Den größten Anteil Beschäftigter, die eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben, weisen die Altenpfleger/innen auf – fast 41% haben eine solche Diagnose gestellt bekommen.
- Ähnlich wie im AU-Geschehen sind es die Frauen in der Altenpflege, von denen überdurchschnittlich viele aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in Behandlung sind.

Gesundheitsberufe weisen eine hohe Inanspruchnahmequote ambulanter Versorgung auf, insbesondere die medizinischen Gesundheitsberufe haben mit 91,6% der Beschäftigten am häufigsten von allen Berufsgruppen ambulante Versorgung in Anspruch genommen. Auch die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe weisen eine überdurchschnittliche Inanspruchnahmequote auf (89,7%), während die beiden anderen Vergleichsgruppen unter dem bundesweiten Durchschnitt von 87,7% liegen (Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe: 85,8%; Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe: 82,4%). Regional sind die Anteilswerte allerdings stark unterschiedlich (» Diagramm 3.5): Gerade bei den medizinischen Gesundheitsberufen besteht eine große Spannweite: In Sachsen waren nur 78,9% der Beschäftigten aus medizinischen Gesundheitsberufen mindestens einmal bei niedergelassenen Ärzten oder Therapeuten, in Niedersachsen waren es hingegen 92,7%. Ebenfalls weist Sachsen die geringste Inanspruchnahmerate bei den Beschäftigten in nichtmedizinischen Gesundheitsberufen auf (82,4%), der größte Anteilswert für diese Berufsgruppe ist hingegen in Schleswig-Holstein (90,7%) zu finden.

Nachfolgend werden weitere Details für die beiden Pflegeberufe betrachtet, welche auch in » Kapitel 2 im Fokus stehen: Die Gesundheits- und Krankenpflege- sowie Altenpflegeberufe sind von der Beschäftigtenanzahl die jeweils größten Teilgruppen der übergeordneten Berufshauptgruppen der medizinischen sowie nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (im vorherigen Diagramm dargestellt). Im Arbeitsfähigkeitsgeschehen sind es gerade diese Berufsgruppen, für die überdurchschnittliche Ausfallzeiten zu verzeichnen sind – sowohl insgesamt als auch insbesondere bezogen auf psychische Störungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen.

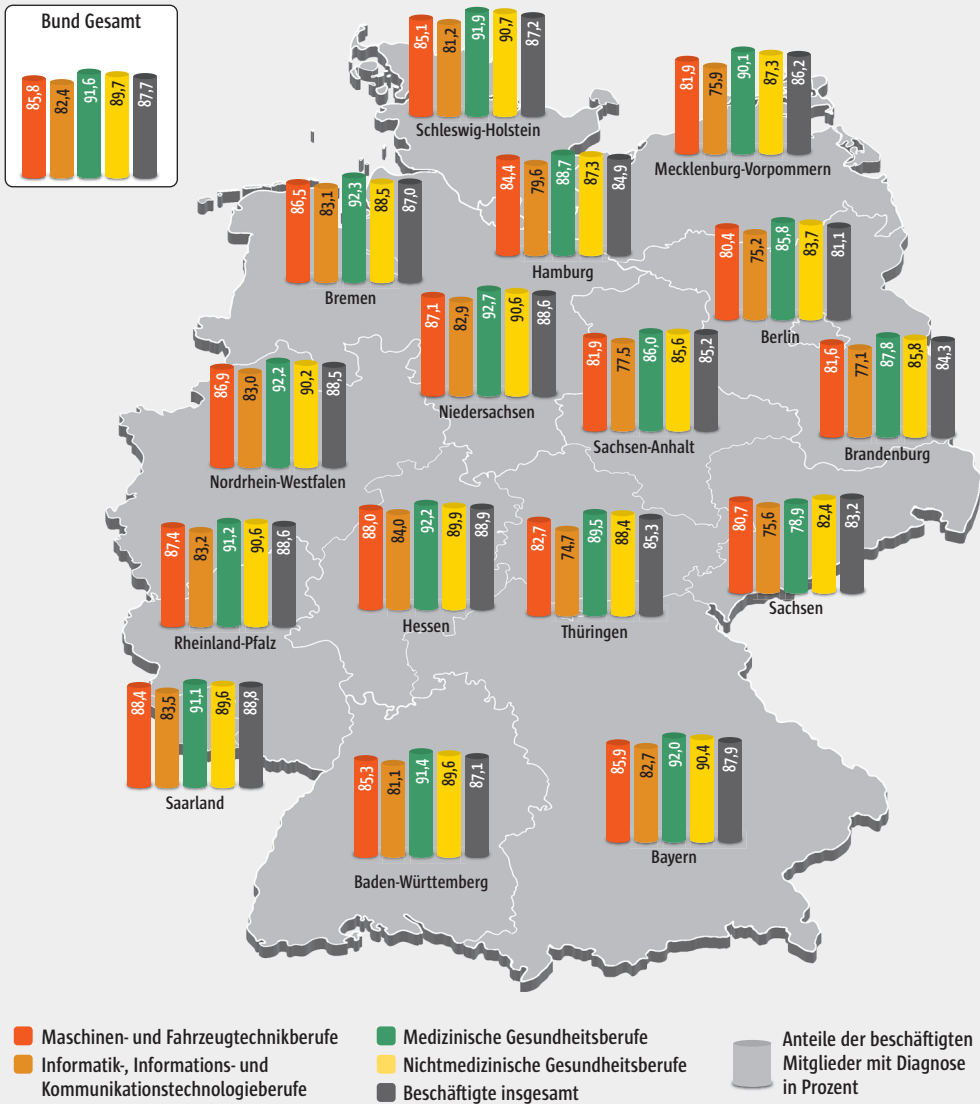
In der ambulanten Versorgung weisen die beiden Pflegeberufe ebenfalls eine hohe Inanspruchnahmerate allgemein (Gesundheits- und Krankenpflege: 90,9%; Altenpflege: 89,6%) als auch aufgrund psychischer Störungen auf. Die Altenpflege steht sogar mit einem Anteil von 40,5% der beschäftigten Mitglieder, für die eine psychische Störung dokumentiert wurde, an der Spitze aller Berufsgruppen (Gesamtdurchschnitt: 28,5%). Differenziert nach Alter und Geschlecht (» Diagramm 3.6) wird zudem erkennbar, dass die Inanspruchnahmeraten aufgrund psychischer Beschwerden bei den Altenpflegekräften für beide Geschlechter in allen Altersgruppen überdurchschnittlich sind. Des Weiteren sind besonders die weiblichen Beschäftigten in der Altenpflege überdurchschnittlich häufig wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen in ambulanter Behandlung (äquivalent zu den Ergebnissen aus dem AU-Geschehen). Von den Gesundheits- und Krankenpflege-Beschäftigten sind zudem höhere Anteile in ambulanter Behandlung aufgrund von psychischen Störungen zu finden. Die Inanspruchnahmerate aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. Verletzungen und Vergiftungen ist bei den Männern beider Pflegeberufsgruppen nur durchschnittlich oder liegt gar unter den Durchschnittswerten aller Beschäftigten.

Anforderungsniveau und Vertragsform

- Bei den Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege nehmen diejenigen, die hochkomplexe Tätigkeiten verrichten, ambulante Versorgung häufiger als andere aufgrund psychischer Störungen (bei 36%) bzw. Muskel-Skelett-Erkrankungen (bei 51%) in Anspruch.
- In Vollzeit beschäftigte Altenpflegekräfte – befristet genauso wie unbefristet – sind häufiger aufgrund psychischer Störungen in ambulanter Behandlung, die Differenz zu allen Beschäftigten in solch einem Arbeitsverhältnis beträgt mehr als 12 Prozentpunkte.

Im Vergleich der beiden Pflegeberufsgruppen hinsichtlich der Inanspruchnahme je nach Anforderungsniveau der ausgeübten Tätigkeit (» Diagramm 3.7) fällt besonders auf, dass die hochkomplexen Tätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege mit höheren Inanspruchnahmeraten aufgrund von psychischen Störungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen einhergehen: Im Vergleich zu den anderen Gruppen sind die Gesundheits- und Krankenpfleger mit hochkomplexen Aufgaben am häufigsten in ambulanter Behandlung ge-

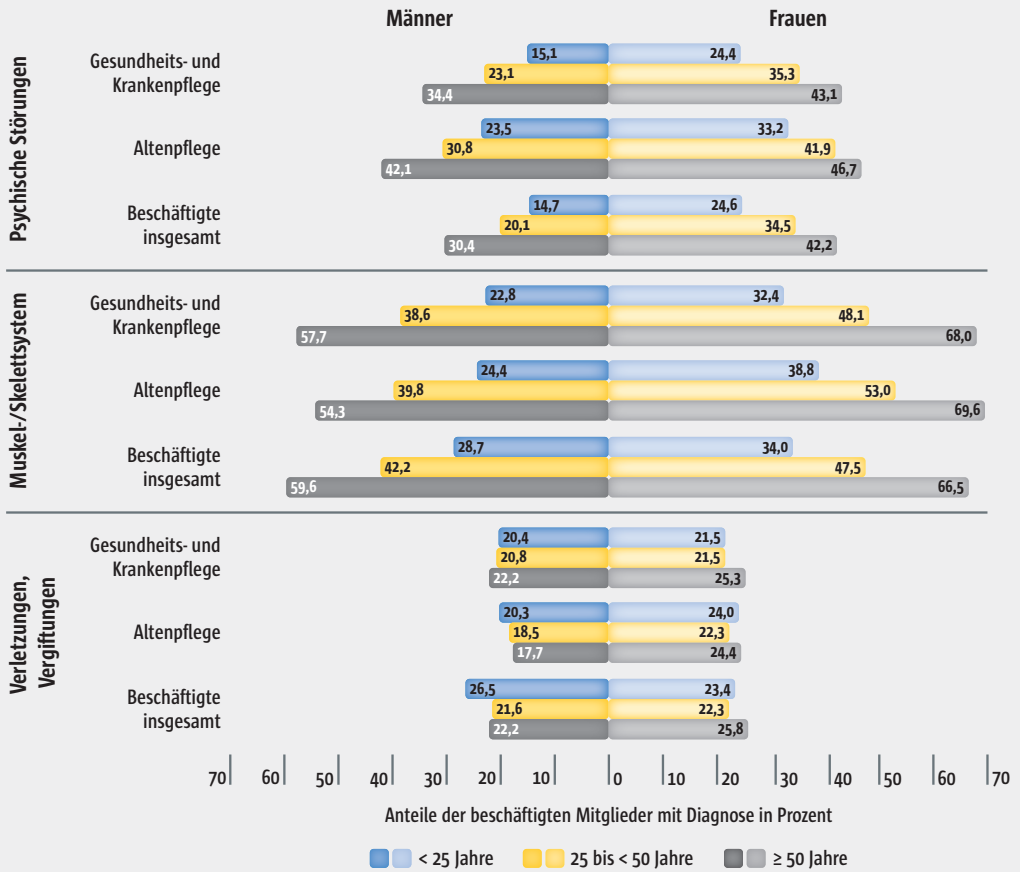
Diagramm 3.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Berufsgruppen (KldB 2010) (Berichtsjahr 2015)



wesen, die Beschäftigtenanteile in ambulanter Versorgung sind mehr als 14 Prozentpunkte (psychische Störungen) bzw. rund 12 Prozentpunkte (Muskel-Skelett-Erkrankungen) höher als bei allen Beschäftigten mit hochkomplexen Tätigkeiten. Indes sind die höchsten Anteile von Beschäftigten mit Diagnose in der Altenpflege bei denjenigen mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten zu finden. Bei Verletzungen

und Vergiftungen liegt die Inanspruchnahme dieser Gruppe ähnlich wie bei allen beschäftigten Fachkräften bei rund 23%, psychische Störungen wurden hingegen bei rund 41%, Muskel-Skelett-Erkrankungen sogar bei über 53% und damit deutlich häufiger als bei den Beschäftigten insgesamt mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten (29,3% bzw. 49,6%) diagnostiziert.

Diagramm 3.6 Ambulante Versorgung – Anteile der Beschäftigten in den Pflegeberufen (KldB 2010) mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM), Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



In **III** Diagramm 3.8 sind die Inanspruchnahmeraten hinsichtlich der Vertragsform, die der Tätigkeit zugrundeliegt, unterteilt. Wie schon im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (**III**Kapitel 2) dargelegt, haben die unbefristet beschäftigten Teilzeitkräfte ein höheres Durchschnittsalter, weshalb hier höhere Ausfallzeiten zu erwarten sind. Das gleiche gilt für die höheren Inanspruchnahmeraten ambulanter Versorgung, wie es das Diagramm aufzeigt. Außerdem ist anzumerken, dass unter den befristet in Vollzeit Tätigen auch ein relativ großer Anteil Auszubildender bzw. Berufsanfänger zu finden ist. Entsprechend ist das Durchschnittsalter dieser Subgruppe auch deutlich geringer, was sich wiederum auch in deutlich geringeren Anteilen Beschäftigter in dieser Gruppe widerspiegelt, die eine Muskel-Skelett-Erkrankung oder psychische Störung diagnostiziert be-

kommen haben. Dies gilt auch bei den Altenpflege-Beschäftigten – hier sind es aber eben die befristet in Vollzeit Beschäftigten, deren Inanspruchnahme mit einem Anteil von 33,5% um 12 Prozentpunkte höher ist als bei allen Beschäftigten mit einer solchen Vertragsform. Außerdem sind die Altenpflegekräfte mit unbefristeter Vollzeit-Tätigkeit häufiger in ambulanter Behandlung aufgrund psychischer Störungen gewesen: 40,0% der Altenpflegekräfte mit einem solchen Vertrag, aber nur 26,9% aller unbefristet in Vollzeit Beschäftigten haben eine psychische Störung diagnostiziert bekommen.

Diagramm 3.7 Ambulante Versorgung – Anteile der Beschäftigten in den Pflegeberufen (KldB 2010) mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Anforderungsniveau (Berichtsjahr 2015)

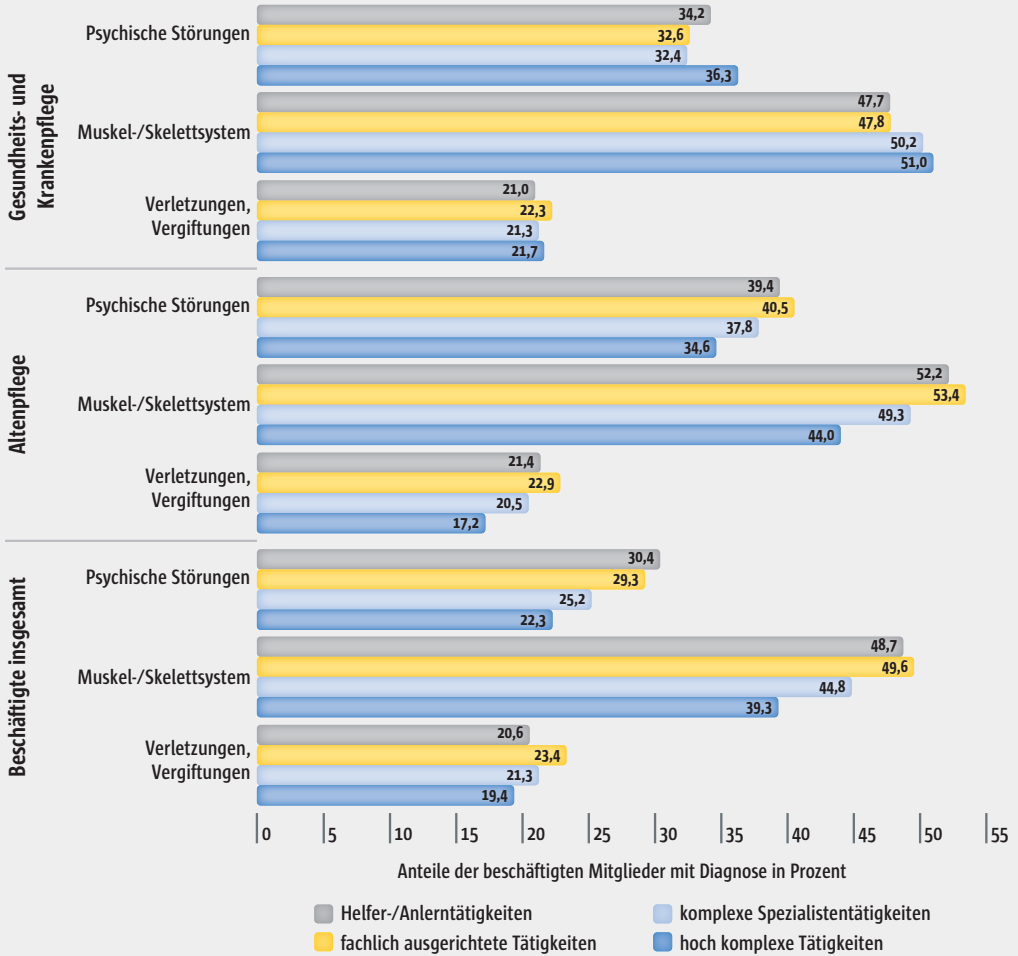
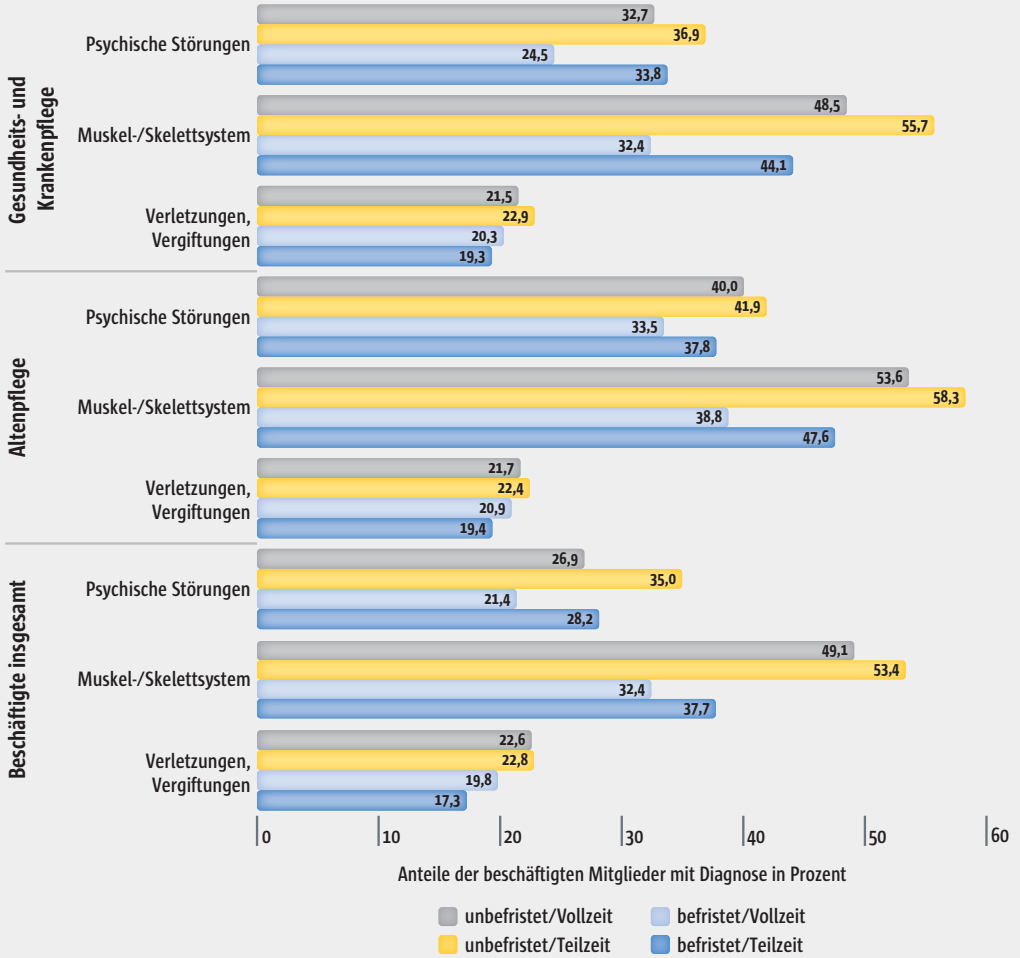


Diagramm 3.8 Ambulante Versorgung – Anteile der Beschäftigten in den Pflegeberufen (KldB 2010) mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Vertragsform (Berichtsjahr 2015)



3.2 Stationäre Versorgung

3.2.1 Stationäre Versorgung bei den beschäftigten Mitgliedern insgesamt

- Die weitaus meisten Tage in stationärer Behandlung werden aufgrund psychischer Störungen verursacht. Bei Frauen sind mehr Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen zu verzeichnen als bei Männern.
- Bei 50- bis 54-Jährigen ist die Anzahl der Krankenhaustage pro Kopf aufgrund psychischer Störungen am höchsten, wohingegen diese Zahl bei Beschäftigten ab 60 Jahren sehr deutlich abnimmt. Vermutlich liegt dies daran, dass in letztgenannten Altersgruppen die Behandlungsbedürftigen vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.
- Jenseits der 60 Jahre sind Muskel-Skelett-Erkrankungen häufiger als psychische Störungen als Behandlungsdiagnose bei Beschäftigten zu finden. Hiervon sind beide Geschlechter etwa gleichermaßen betroffen.

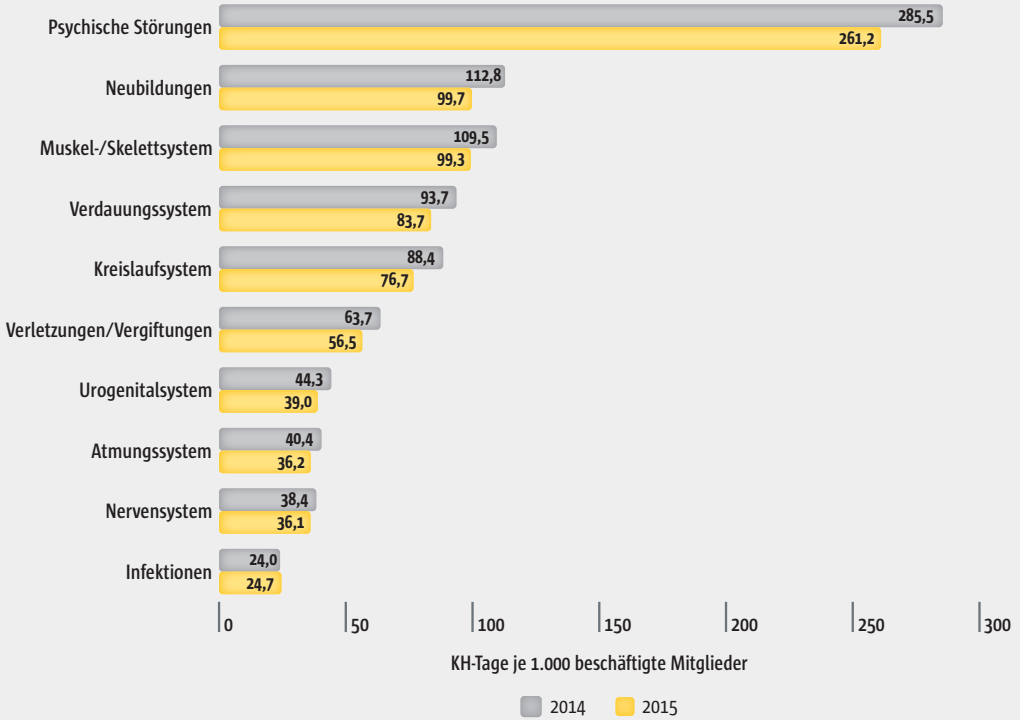
Die stationäre Versorgung ist wesentlich auf die Behandlung von schwerwiegenden akuten Beschwerden ausgerichtet und wird nur von 9,4% der Beschäftigten und damit nur von einem relativ kleinen Teil dieser Versicherten­gruppe in Anspruch genommen. Von diesen ist bei rund 70% der Aufenthalt nach spätestens 7 Tagen beendet, bei rund 80% der Beschäftigten mit Krankenhausaufenthalt bleibt es bei dem einen Fall im Jahr. Im Durchschnitt sind für die Beschäftigten insgesamt rund 123 Fälle stationärer Behandlungen je 1.000 beschäftigte Mitglieder dokumentiert, dabei sind im Durchschnitt 922 Behandlungstage je 1.000 beschäftigte Mitglieder erfolgt.

Die weitaus meisten stationären Behandlungstage sind dabei den psychischen Störungen zuzuschreiben, allein 261 Behandlungstage je 1.000 beschäftigte Mitglieder sind dieser Erkrankungsart zuzurechnen (» Diagramm 3.9). Diese herausragende Stellung der psychischen Störungen in den Versichertenstatistiken hängt auch insbesondere mit den

deutlich längeren Behandlungszeiten für die psychischen Störungen zusammen: 2015 lag die durchschnittliche Behandlungsdauer je Fall bei 28 Tagen, während für alle Diagnosen zusammengenommen die Falldauer gerade einmal 7,5 Tage beträgt. In diesen Gesamtwert sind naturgemäß auch die psychischen Störungen inkludiert, sodass für die meisten anderen Erkrankungsarten gilt, dass diese eine Falldauer zwischen 5 und 7 Tagen aufweisen. An zweiter Stelle nach Behandlungstagen sind die Neubildungen (100 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder), dicht gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen (99 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) zu finden. Vergleicht man außerdem diese aktuellen Daten mit Vorjahreswerten, so ist für die meisten Diagnosegruppen ein Rückgang der Durchschnittswerte der KH-Tage zu verzeichnen. Dies geht dabei sowohl mit einem Rückgang der Fallzahlen als auch – aber in geringerem Maße – mit einem Rückgang der durchschnittlichen Falldauer einher. Ausnahme sind hierbei wieder die psychischen Störungen: 2013 lag die durchschnittliche Falldauer bei den Beschäftigten noch bei 26 Tagen je Fall, somit ist seitdem die Falldauer um 2 Tage gestiegen.

Wie schon in der ambulanten Versorgung sind Frauen auch in der stationären Versorgung häufiger als Männer wegen psychischer Störungen in Behandlung (» Diagramm 3.10). Zudem ist gerade bei den Frauen unter 20 Jahren eine relativ hohe Zahl an Behandlungstagen in stationärer Versorgung zu verzeichnen. Die meisten Behandlungstage erfolgen jedoch bei den 50- bis 54-Jährigen. Bei den Beschäftigten, die 60 Jahre und älter sind, sinken wiederum die Kennzahlen deutlich. Hier ist zu vermuten, dass durch Austritt von häufig bzw. schwer Erkrankten aus dem Erwerbsleben die Gruppe der verbliebenen Beschäftigten gesünder erscheint („healthy worker effect“) – gerade bei psychischen Störungen ist ein deutlicher Effekt zu erwarten; diese Erkrankungsart ist aktuell der häufigste Grund für den Wechsel in die Erwerbsminderungsrente. Schließlich fallen Be-

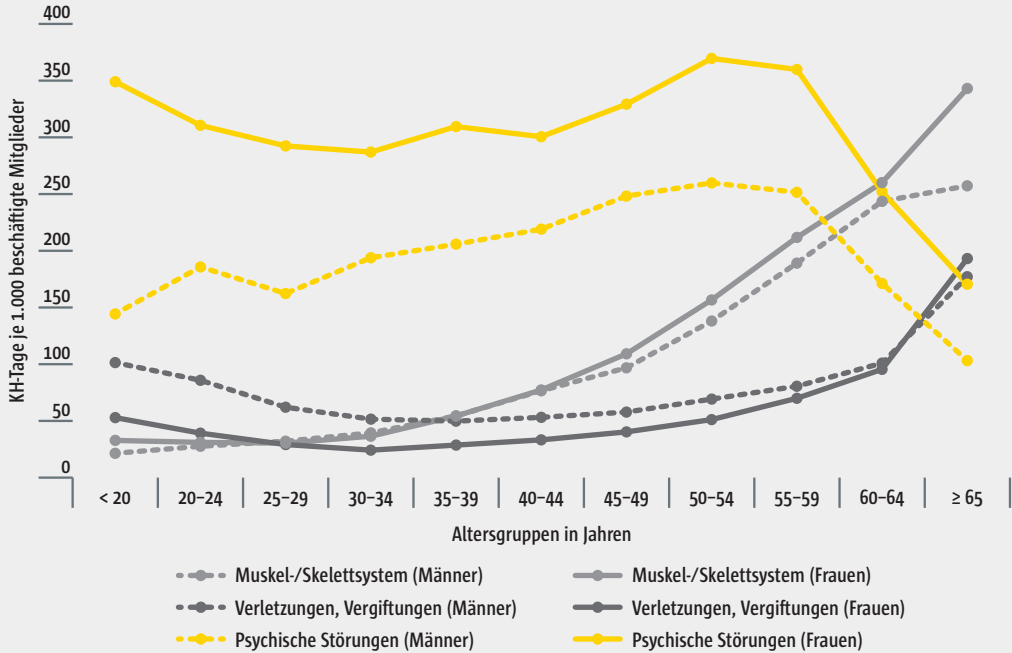
Diagramm 3.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2015)



schäftigte mit psychischen Störungen deutlich länger aus, so sind allein die Falldauern der stationären Behandlung gegenüber Muskel-Skelett-Erkrankungen und Vergiftungen mehr als drei Mal so lang (Bei den 60–64-Jährigen: 29 vs. 7–8 Tage). Hinzu kommt dann noch ambulante Versorgung, sodass hier ggf. eine weitere Arbeit nicht mehr möglich ist. Bei Muskel-Skelett-Erkrankungen und Verletzungen hingegen erfolgen die meisten Behandlungstage bei den über 64-Jährigen – was gegenläufig zu Ergebnissen im ambulanten Sektor ist, wo bei dieser Altersgruppe die Inanspruchnahme wegen dieser beiden Diagnosegruppen zurückgeht. Außerdem findet man in der stationären Versorgung andere Verhältnisse bei den geschlechtsdifferenzierten Kennwerten: Männer sind besonders in der ersten Hälfte des Erwerbslebens häufiger wegen Verletzungen und Vergiftungen im Krankenhaus, entsprechend ist hier auch die

Menge der Behandlungstage je beschäftigtes Mitglied größer. Erst bei den über 64-Jährigen sind für die Frauen höhere Fallzahlen und mehr Behandlungstage je beschäftigtes Mitglied aufgrund dieser Krankheitsart zu verzeichnen. Anders verhält es sich bei Muskel-Skelett-Erkrankungen: Die Kennzahlen sind bei Frauen und Männern fast gleich hoch, einzig bei den über 64-Jährigen ist ein deutlicher Unterschied vorhanden. Mit 343 Behandlungstagen je 1.000 beschäftigte Frauen sind in dieser Altersgruppe die meisten Behandlungstage auf Muskel-Skelett-Erkrankungen zurückzuführen, während die meisten Behandlungstage bei den Männern dieser Altersgruppe (654 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) auf Kreislauferkrankungen zurückgehen (Muskel-Skelett-Erkrankungen: 257 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Diagramm 3.10 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder für ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



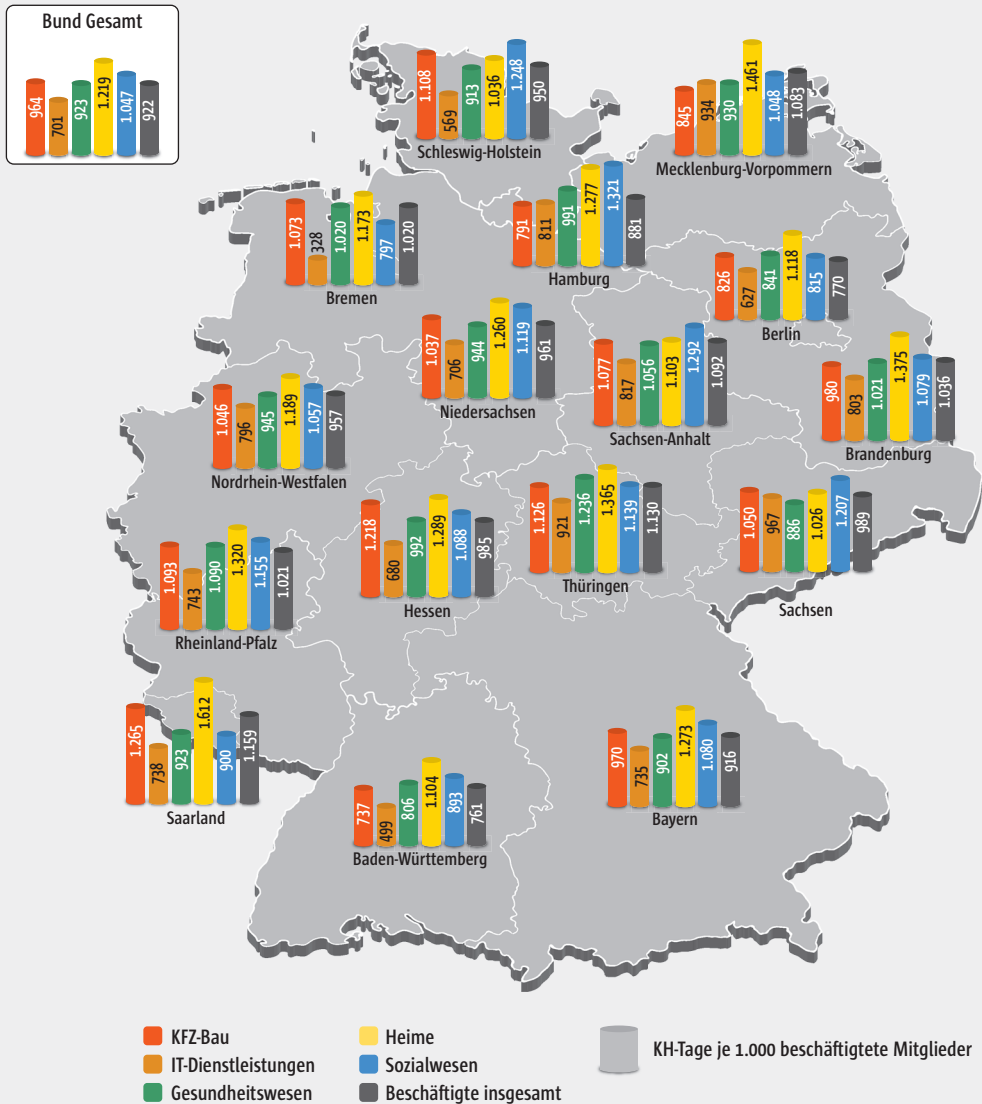
3.2.2 Stationäre Versorgung nach Wirtschaftsgruppen

- Die Beschäftigten in Heimen weisen hohe Fallzahlen stationärer Behandlung auf, entsprechend ist auch die durchschnittliche Anzahl an Behandlungstagen hoch, diese ist fast um drei Viertel höher als bei Beschäftigten der IT- Dienstleistungsbranche (1.219 vs. 701 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Besonders viele Behandlungstage sind bei Beschäftigten in Heimen im Saarland erfolgt (1.612 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), demgegenüber rund ein Drittel weniger waren es in Sachsen und Schleswig-Holstein.
- Bei den unter 25-jährigen Beschäftigten sind in Pflege- und Altenheimen pro Kopf mehr als doppelt so viele Behandlungstage im Vergleich zum Durchschnitt aller Beschäftigten dieses Alters erfolgt (622 bzw. 573 vs. 237 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Waren im ambulanten Sektor im Jahr 2015 sowohl von den Beschäftigten im Gesundheitswesen und in Heimen überdurchschnittlich hohe Anteile in Be-

handlung gewesen, so ist es im stationären Sektor – also dort, wo sich schwerwiegender akuter Behandlungsbedarf zeigt – die Wirtschaftsgruppe der Heime, die besonders hohe Fall- und Behandlungstageszahlen aufweist (»»» Diagramm 3.11). Für diese waren 150 KH-Fälle bzw. 1.219 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder zu verzeichnen (Beschäftigte insgesamt: 123 KH-Fälle und 922 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Deutlich unterdurchschnittlich sind hingegen die Kennzahlen bei den IT-Dienstleistungen (91 KH-Fälle und 701 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Je nach Bundesland schwanken die Kennwerte teils stark, die Beschäftigten in Heimen stechen aber auch dabei fast durchweg mit hohen Werten hervor. Besonders viele Krankenhaustage je Beschäftigten sind dabei im Saarland (1.612 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) und in Mecklenburg-Vorpommern (1.461 je 1.000 beschäftigte Mitglieder) zu verzeichnen, demgegenüber rund ein Drittel geringer ist die durchschnittliche Anzahl an Krankenhaustagen in Sachsen (1.026 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) und Schleswig-Holstein (1.036 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder).

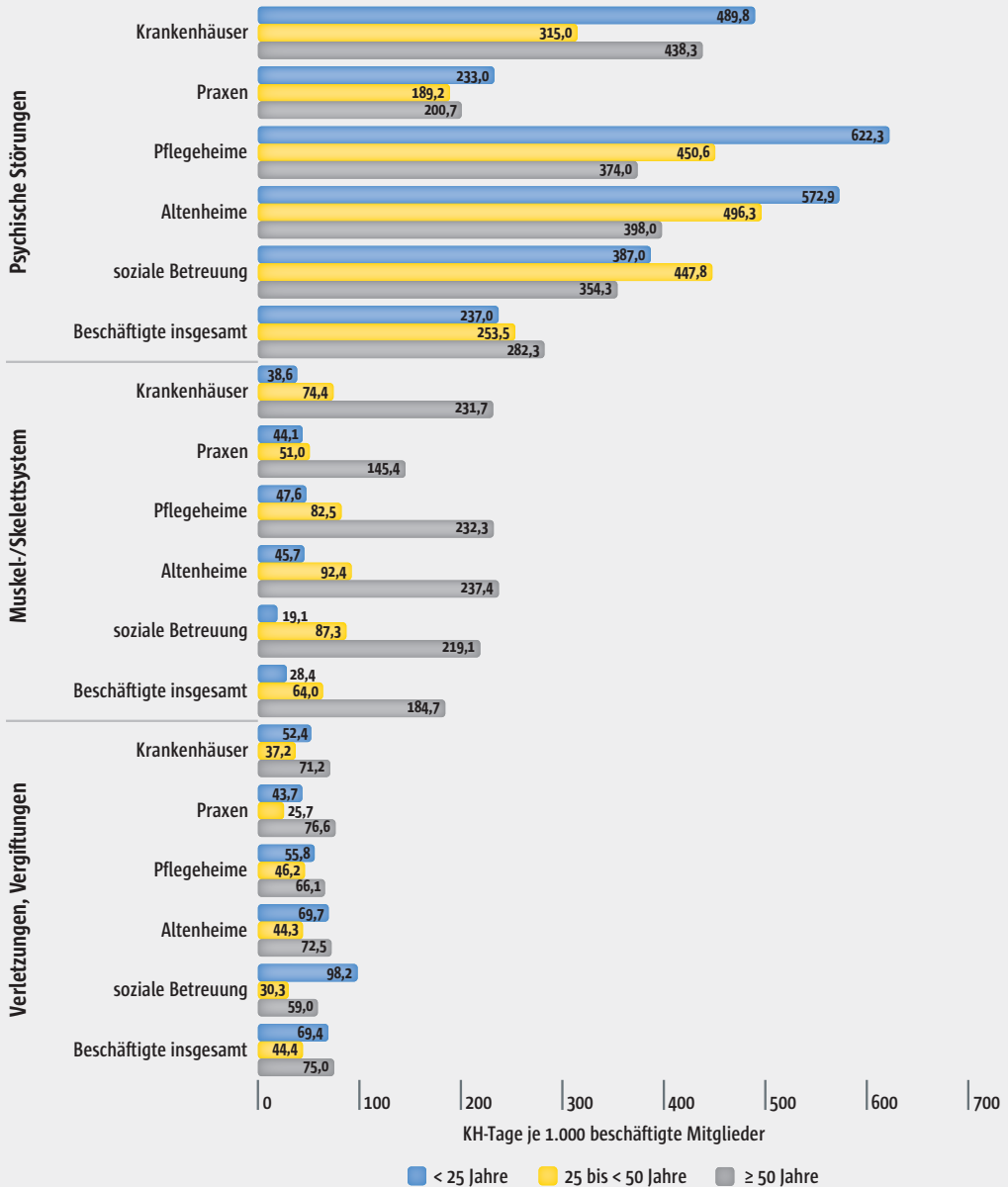
Diagramm 3.11 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)



Aufgrund des höheren Frauenanteils unter den Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens ist zu erwarten, dass die Kennwerte gerade auch für die psychischen Störungen höher ausfallen als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Aber auch unter Berücksichtigung dieses Umstands weichen diese deutlich von den Werten aller Beschäftigten ab, was sich auch bei Differenzierung nach Altersgruppen

(Diagramm 3.12) zeigt: Für die Beschäftigten in (Zahn-)Arztpraxen sind – gegenläufig zur Inanspruchnahme ambulanter Versorgung – nur durchschnittliche (bei den unter 25-Jährigen) oder geringere Behandlungstage je Beschäftigten zu verzeichnen und das, obwohl hier der Frauenanteil sogar noch einmal wesentlich höher ist, als in den anderen zum Gesundheitswesen zugehörigen Wirt-

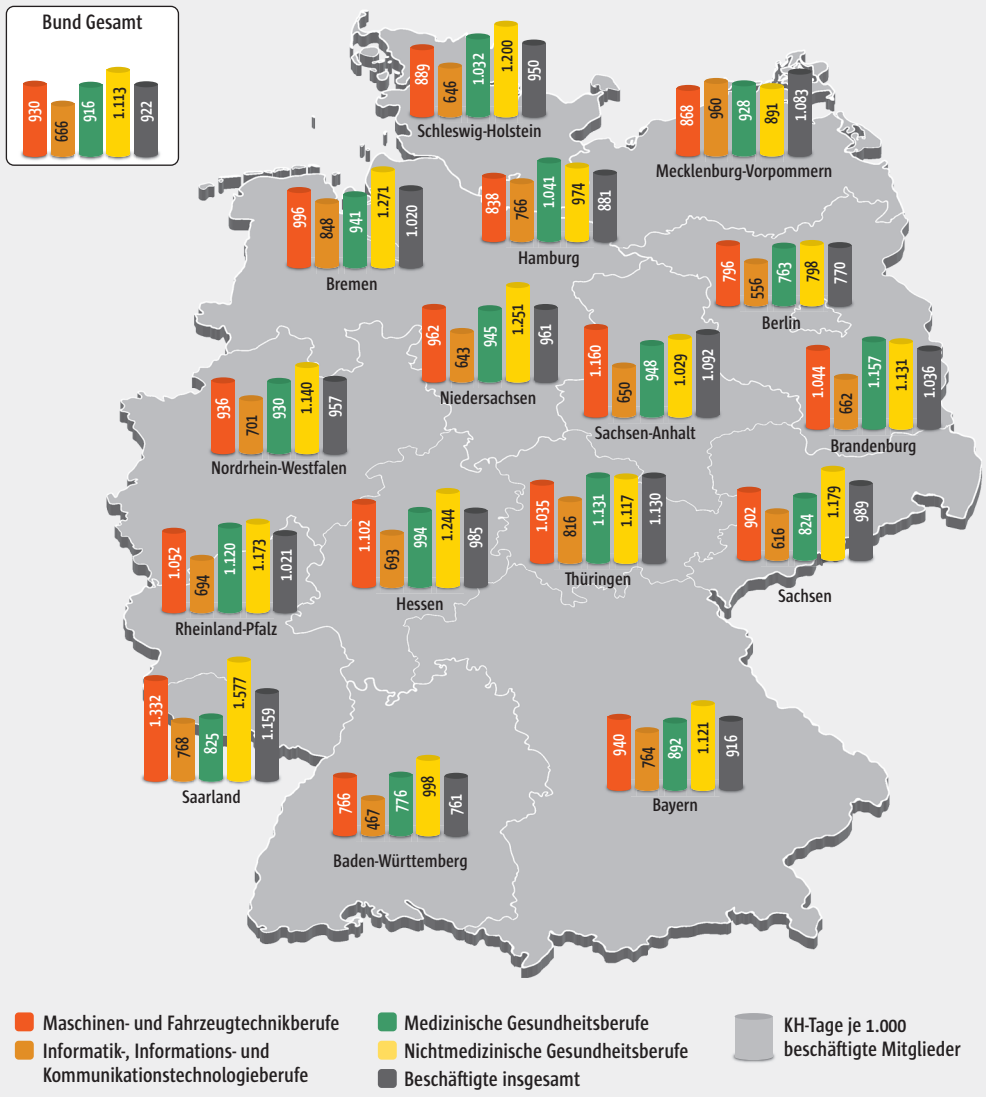
Diagramm 3.12 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008), Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)



schaftsgruppen. Bei den anderen hier betrachteten Wirtschaftsgruppen sind es die unter 25-jährigen Beschäftigten in Krankenhäusern, aber besonders in Pflege- sowie Altenheimen, die gegenüber dem Durchschnitt aller Beschäftigten (237 KH-Tage je

1.000 Beschäftigte) sogar jeweils mehr als doppelt so viele Behandlungstage aufweisen (Höchster Wert: Pflegeheime mit 622 Behandlungstagen je 1.000 Beschäftigte). Auch in den anderen Altersgruppen sind die Kennwerte überdurchschnittlich, wobei die Be-

Diagramm 3.13 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Berufsgruppen (KldB 2010) (Berichtsjahr 2015)



schäftigten in Altenheimen bei den 25- bis 50-Jährigen (496 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) sowie in Krankenhäusern bei den über 49-Jährigen (438 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) am stärksten über dem Gesamtdurchschnitt liegen. Hinsichtlich Muskel-Skelett-Erkrankungen sind die Abweichungen nicht ganz so deutlich, hier sind es besonders die Beschäftigten jünger als 25 Jahre in Pflege- und Altenheimen,

für die insgesamt eine überdurchschnittliche Zahl an Behandlungstagen zu verzeichnen sind. Die Anzahl der Krankenhaustage aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen sind hingegen im Wesentlichen nah am Durchschnitt aller Beschäftigten, am stärksten weicht dabei noch die Gruppe der in der sozialen Betreuung Tätigen, jünger als 25 Jahre ab (98 vs. 69 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

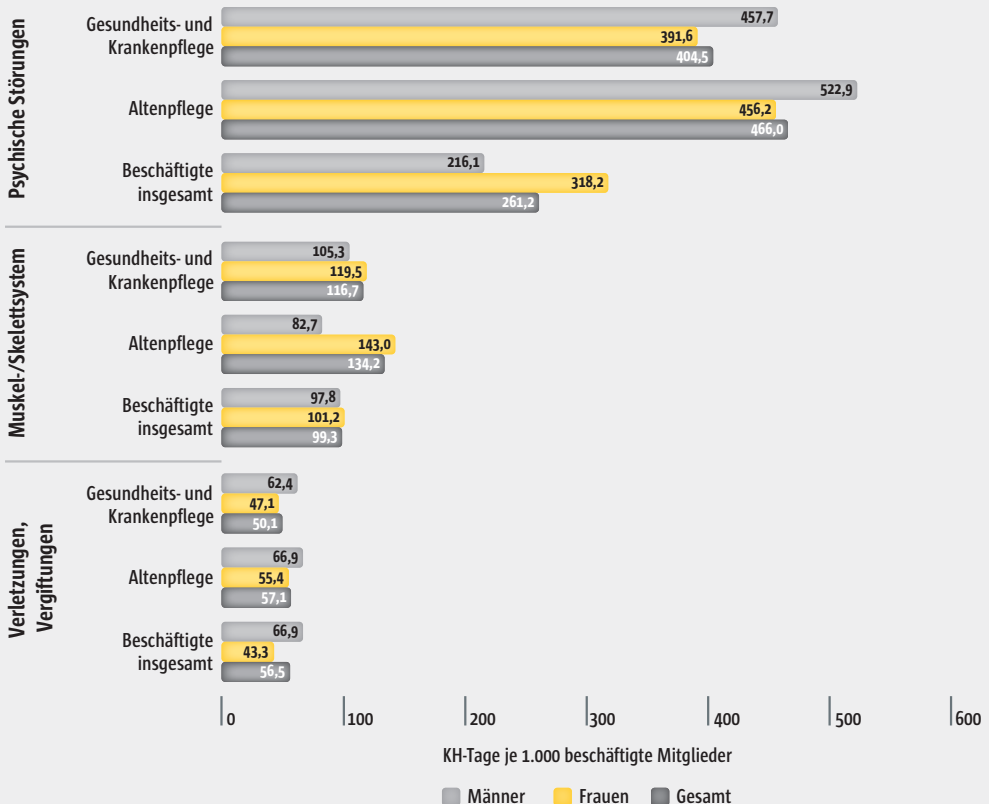
3.2.3 Stationäre Versorgung nach Berufsgruppen

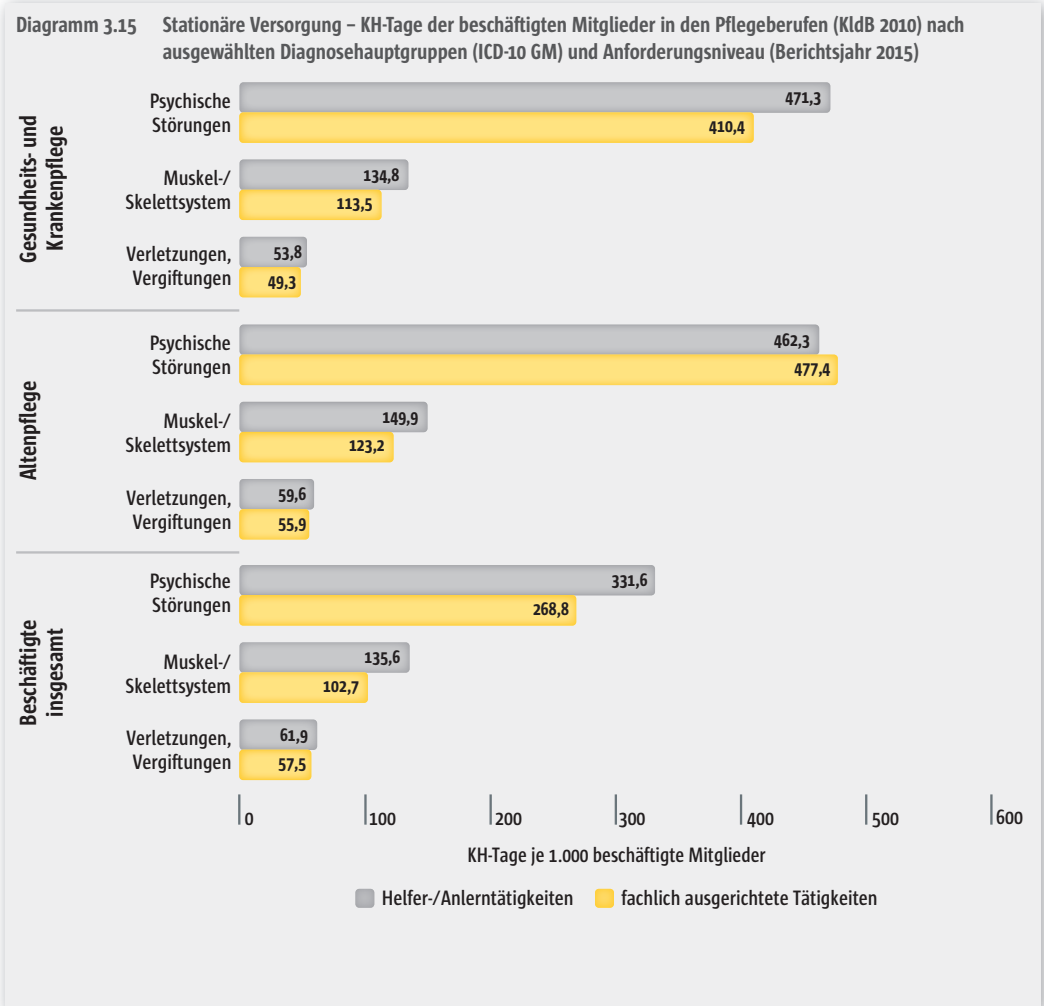
- Die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe weisen überdurchschnittlich viele Tage in stationärer Behandlung je Beschäftigte auf (1.113 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Besonders hoch ist für diese Berufsgruppe die durchschnittliche Anzahl an Krankenhaustagen im Saarland (1.577 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte), nur halb so viele sind es dagegen in Berlin (798 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Beschäftigte in Pflegeberufen weisen insgesamt deutlich überdurchschnittlich viele Krankenhaustage wegen psychischen Störungen auf (> 400 vs. 261 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Männliche Pflegekräfte sind – anders als Männer insgesamt – mehr Tage (etwa +15%) in stationärer Behandlung gewesen als Pflegerinnen.

- Altenpflegerinnen sind außerdem überdurchschnittlich viele Tage wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen im Krankenhaus (143 vs. 101 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Im Vergleich der Berufshauptgruppen (»»» Diagramm 3.13) weisen die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe überdurchschnittlich viele Krankenhaustage je Beschäftigte auf (1.113 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Wie in den anderen Sektoren der medizinischen Versorgung sind auch bei den Krankenhausbehandlungen die Kennwerte für die Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe (666 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) deutlich unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten (922 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder), während die Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe, aber auch die medizinischen Gesundheitsberufe von diesem Gesamtdurch-

Diagramm 3.14 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen (KldB 2010) nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)





schnitt nur geringfügig abweichen. Im regionalen Vergleich ist besonders auffällig, dass für Berliner Beschäftigte nicht nur insgesamt relativ wenige stationäre Behandlungstage angefallen sind, sondern dabei auch die durchschnittlichen Behandlungstage für die nichtmedizinischen Gesundheitsberufe nur geringfügig vom Landesgesamtwert abweichen (798 vs. 770 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Demgegenüber fallen in dieser Berufsgruppe fast doppelt so viele Krankenhaustage im Saarland an (1.577 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Die jeweils zentralen Berufsgruppen Altenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflege weisen insgesamt gegenüber den übergeordneten Hauptgrup-

pen mehr Behandlungstage je Beschäftigten auf (Gesundheits-/Krankenpflege: 1.272 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder; Altenpflege: 1.115 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Außerdem haben, äquivalent zur Inanspruchnahme ambulanter Versorgung, die Beschäftigten in diesen beiden Pflegeberufen auch überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen in stationären Einrichtungen verbraucht, wie an **III** Diagramm 3.14 erkennbar ist (eine weitere Unterteilung nach Altersgruppen ist aufgrund der zu geringen Fallzahlen in der stationären Versorgung nicht möglich). Gegenläufig zur Inanspruchnahme ambulanter Versorgung (und ebenso entgegen der Ge-

schlechterrelation bei den Beschäftigten insgesamt sind es die Männer, für die mehr Behandlungstage zu verzeichnen sind: Mit 458 Behandlungstagen je 1.000 männliche Gesundheits- und Krankenpfleger sind mehr als doppelt so viele Tage wie bei allen männlichen Beschäftigten insgesamt zu verzeichnen. Die in der Altenpflege tätigen Männer waren sogar im Schnitt 523 Tage je 1.000 Beschäftigte aufgrund psychischer Störungen in stationärer Behandlung. Anders hingegen bei Muskel-Skelett-Erkrankungen: Hier sind es die weiblichen Beschäftigten der Altenpflege, welche durchschnittlich über 40% mehr Tage in stationärer Behandlung verbracht haben als alle Beschäftigten insgesamt (143 vs. 101 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Die Altenpflegerinnen sind außerdem auch aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen mehr Tage im Krankenhaus gewesen, hier sind allerdings „nur“ rund 28% mehr Behandlungstage im Vergleich zu allen weiblichen Beschäftigten (55 vs. 43 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) erfolgt.

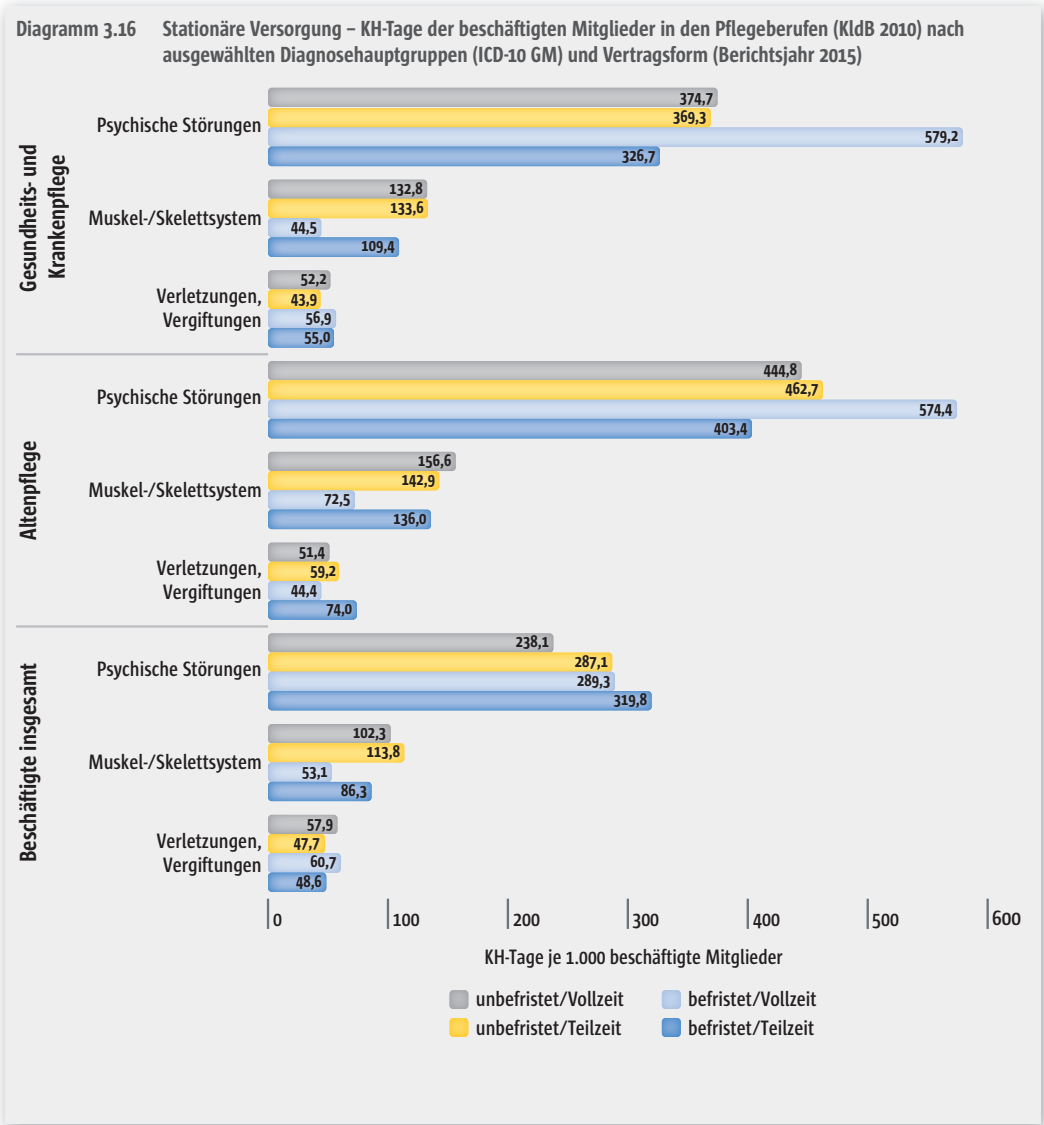
Anforderungsniveau und Vertragsform

- Helfer sind gegenüber Fachkräften häufiger in stationärer Behandlung, besonders groß ist die Differenz bei den psychischen Störungen (332 vs. 269 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).
- Bei Fachkräften in der Altenpflege treten etwa drei Viertel mehr Krankenhaustage aufgrund psychischer Störungen auf (477 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte) als beim Durchschnitt aller Fachkräfte. Die Werte liegen sogar über denen der Helfer in der Altenpflege.
- Anders als in der ambulanten Versorgung treten in der stationären Versorgung bei Pflegekräften mit befristeter Vollzeitstellung erheblich mehr Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen auf – rund doppelt so viele Krankenhaustage wie bei allen Beschäftigten in einem solchen Arbeitsverhältnis (> 570 vs. 289 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Bei der Unterscheidung nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit in Helfer und Fachkräfte (die Subgruppen Beschäftigter mit komplexer bzw. hochkomplexer Tätigkeit sind aufgrund zu geringer Fallzahlen hier nicht dargestellt) sind es die Helfer, die bei allen Erkrankungsarten mehr Tage in stationärer Behandlung waren. Absolut betrachtet beträgt die Differenz rund 63 Behandlungstage je 1.000 Beschäftigte bei den psychischen Störungen für alle Beschäf-

tigten insgesamt. Bei den Pflegeberufen zeigt sich gerade bei den psychischen Störungen ein bemerkenswerter Unterschied bei den Behandlungstagen zwischen den dargestellten Pflegeberufen (»»» Diagramm 3.15): Während Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege im Durchschnitt über 10% weniger Behandlungstage aufweisen als die Helfer in dieser Berufsgruppe (410 vs. 471 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder), sind bei den Altenpflegefachkräften sogar geringfügig mehr Behandlungstage gegenüber den Altenpflegehelfern zu verzeichnen (477 vs. 462 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Bei beiden Anforderungsniveaustufen gilt aber ebenso, dass die beiden Pflegeberufsgruppen gegenüber allen Beschäftigten mit jeweils gleichem Anforderungsniveau deutlich mehr Tage in stationärer Behandlung waren. Die Altenpflegefachkräfte sind auch hinsichtlich Muskel-Skelett-Erkrankungen durchschnittlich mehr Tage in Behandlung gewesen als alle Beschäftigten mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten (123 vs. 103 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege sind dagegen weniger Behandlungstage aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen in stationärer Behandlung gewesen als alle Beschäftigten insgesamt (49 vs. 58 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Gegenläufig zur Inanspruchnahme ambulanter Versorgung sind es diejenigen Pflege-Beschäftigten, die in befristeten Vollzeitverhältnissen tätig sind, welche deutlich mehr Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen in stationärer Versorgung waren (»»» Diagramm 3.16). Dies ist sicher auch darauf zurückzuführen, dass überdurchschnittlich viele junge Frauen in Pflegeberufen arbeiten und auch in der Gruppe der befristet Vollzeit-Tätigen in der Mehrheit sind. Auch unter Berücksichtigung dieses Umstands bleibt zu konstatieren, dass die Anzahl der Behandlungstage für beide Pflegeberufsgruppen rund doppelt so hoch ist, wie bei Beschäftigten insgesamt in gleicher Vertragsform (579 bzw. 574 vs. 289 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Auffällig ist zudem, dass diejenigen mit befristeten Teilzeitverträgen in den Pflegeberufen im Vergleich zu den anderen Subgruppen die geringste Anzahl an Behandlungstagen aufgrund psychischer Störungen aufweisen, während für diese Vertragsform bei den Beschäftigten insgesamt die meisten Behandlungstage zu verzeichnen sind. Die befristet in Teilzeit beschäftigten Pflegekräfte weisen aber relativ mehr Behandlungstage aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen auf, besonders in der Altenpflege ist dies der Fall. Genauso wie bei den unbefristet in Voll-



zeit tätigen Altenpflegern sind hier über 50% mehr Behandlungstage erfolgt als bei allen Beschäftigten mit einer solchen Vertragsform (157 vs. 102 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte). Auch bei Verletzungen und

Vergiftungen sind bei Altenpflegekräften in befristeter Teilzeitarbeit rund 50% mehr Behandlungstage erfolgt (74 vs. 49 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte).

3.3 Arzneimittelverordnungen

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich auf Abrechnungsdaten (Datenlieferungen der Apothekenrechenzentren, **III** siehe dazu auch Methodische Hinweise), weitere Gesundheitsleistungen ohne Verordnung bzw. Kostenerstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen sind darin nicht enthalten. Im Folgenden sind dementsprechend die nicht-verordneten Medikamente – darunter sind zum Beispiel Medikamente gegen Erkältungskrankheiten oder einfache Schmerzmedikamente zu finden – in der Regel nicht berücksichtigt.

3.3.1 Arzneimittelverordnungen bei den beschäftigten Mitgliedern insgesamt

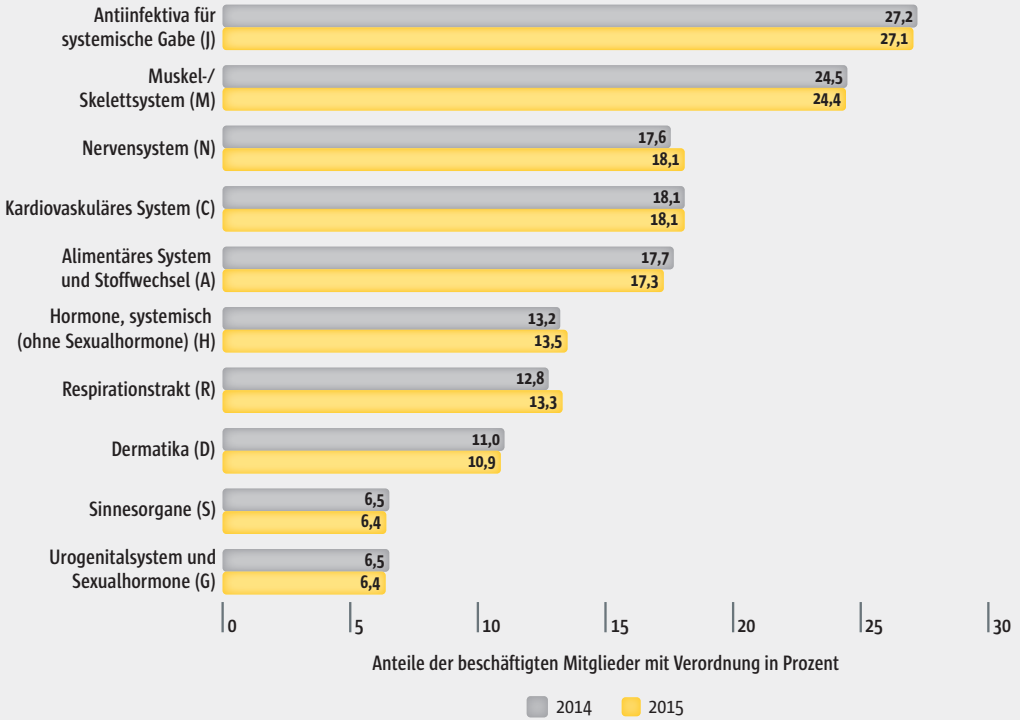
- Rund 27% der Beschäftigten haben Antiinfektiva verordnet bekommen, damit ist diese Arzneimittelart am verbreitetsten. Aber auch fast ein Viertel hat Medikamente mit Wirkung auf das Muskel-/Skelettsystem verschrieben bekommen.
- Die Verordnungsmengen der Muskel-Skelett-Medikamente steigen kontinuierlich mit zunehmendem Alter. Dies gilt für beide Geschlechter, wobei Männer jenseits der 55 Jahre gegenüber gleichaltrigen Frauen größere Mengen verordnet bekommen.
- Weibliche Beschäftigte bekommen mehr Tagesdosen von Arzneimitteln mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen. Die Verordnungsmengen steigen bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter, ab 60 Jahre werden diese aber wieder geringer.

Im Jahr 2015 haben von den beschäftigten Mitgliedern 67,2% mindestens einmal eine Arzneimittelverordnung erhalten. Die am weitesten verbreitete Medikamentengruppe entsprechend der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC) sind die Antiinfektiva zur systemischen Gabe, 27,1% haben solche im aktuellen Berichtsjahr mindestens einmal verordnet bekommen (**III** Diagramm 3.17). In

diese ATC-Gruppe fallen insbesondere erstattungspflichtige Medikamente zur Behandlung von Grippe- und Erkältungskrankheiten, dementsprechend werden diese zwar relativ vielen Patienten, aber meist nur für einen kurzen Zeitraum verordnet: So sind durchschnittlich je Beschäftigten nur 5,3 definierte Tagesdosen (DDD) verschrieben worden, was nur 1,9% aller Tagesdosen bei den Beschäftigten (272,6 DDD je beschäftigtes Mitglied) entspricht. Mit einem Anteil von 24,4% ebenfalls bei beschäftigten Mitgliedern recht verbreitet, sind Arzneimittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem. Außerdem haben jeweils 18,1% der Beschäftigten im Jahr 2015 Medikamente mit Wirkung auf das Nervensystem bzw. mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System erhalten. Gerade Herz- und Kreislaufmedikamente sind oftmals langfristig einzunehmen, je Beschäftigten sind im Berichtsjahr 112,8 Tagesdosen verordnet worden – damit entfallen auf diese Arzneimittelgruppe allein 41,4% aller verordneten Tagesdosen.

Für Arzneimittel mit Wirkung auf das Muskel-Skelett- sowie das Nervensystem sind in der folgenden Darstellung (**III** Diagramm 3.18) die verschriebenen Tagesdosen nach Geschlecht und Alter unterteilt. Während in der ambulanten Versorgung größere Anteile bei den Frauen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in Behandlung waren und im stationären Sektor im Wesentlichen kein Geschlechtsunterschied (Ausnahme: 65 Jahre und älter) hinsichtlich der Krankenhaustage feststellbar ist, weisen bei den Arzneimittelverordnungen hingegen besonders die Männer jenseits des 55. Lebensjahrs größere Verordnungsmengen auf (parallel übersteigt auch die Zahl der Einzelverordnungen bei den Männern die der Frauen). Mit steigendem Alter nehmen auch für die Frauen die Verordnungsmengen zu, sodass die meisten Tagesdosen bei den Beschäftigten über 64 Jahre (Frauen 33 DDD und Männer 39 DDD je beschäftigtes Mitglied) zu finden sind. Bei den Arzneimitteln mit Wirkung auf das

Diagramm 3.17 Arzneimittelverordnungen – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahre 2014 und 2015)

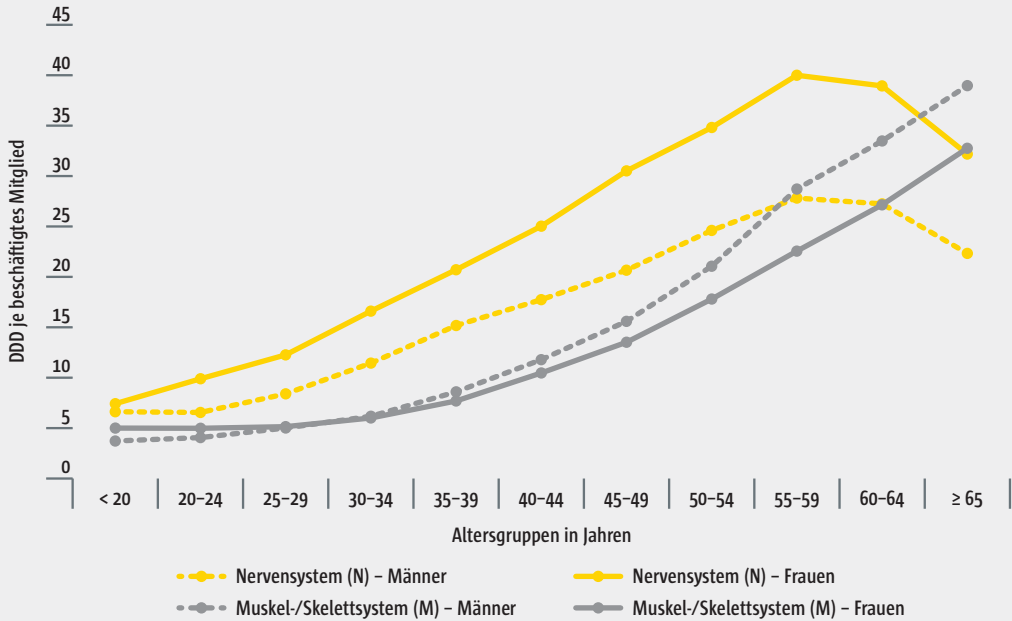


Nervensystem sind die größten Tagesdosismengen hingegen bei den 55- bis 59-jährigen Beschäftigten vorzufinden, hier sind es die Frauen, die – äquivalent zur ambulanten und stationären Versorgung – gegenüber den Männern deutlich größere Verordnungsmengen pro Kopf aufweisen (Frauen 40 DDD und Männer 28 DDD je beschäftigtes Mitglied). Mit höherem Alter gehen die Verordnungsmengen deutlich zurück. Auch hier ist, wie schon in den Analysen zur stationären Versorgung, ein Selektionseffekt zu vermuten („healthy worker effect“), der sich aber wesentlich auf psychische Störungen bezieht (langer Ausfall der Betroffenen, hohe Wahrscheinlichkeit des Wechsels in die Erwerbsminderungsrente), während demgegenüber bei Muskel-Skelett-Erkrankungen durch ambulante und medikamentöse Behandlung die Arbeitsfähigkeit erhalten bleibt.

3.3.2 Arzneimittelverordnungen nach Wirtschaftsgruppen

- Beschäftigte in Heimen bekommen rund 16% mehr Tagesdosen als der Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten (273 DDD je Beschäftigten) verordnet, Beschäftigte des Gesundheitswesens hingegen rund 10% weniger Tagesdosen als der Gesamtdurchschnitt.
- Hohe Verordnungsmengen von Arzneimitteln mit Wirkung auf das Nervensystem für Beschäftigte in Pflegeheimen sowie in Altenheimen (jeweils 37 DDD je Beschäftigten): Dabei sind diese mindestens 50% über den durchschnittlichen Mengen für alle Beschäftigten der jeweiligen Altersgruppe.
- Bei Muskel-Skelett-Medikamenten sind bei den Beschäftigten in Pflegeheimen und Altenheimen ebenfalls die Verordnungsmengen kontinuierlich über dem jeweiligen Gesamtdurchschnitt je Altersgruppe, allerdings in einem deutlich geringeren Ausmaß (im Mittel 20%).

Diagramm 3.18 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC), Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

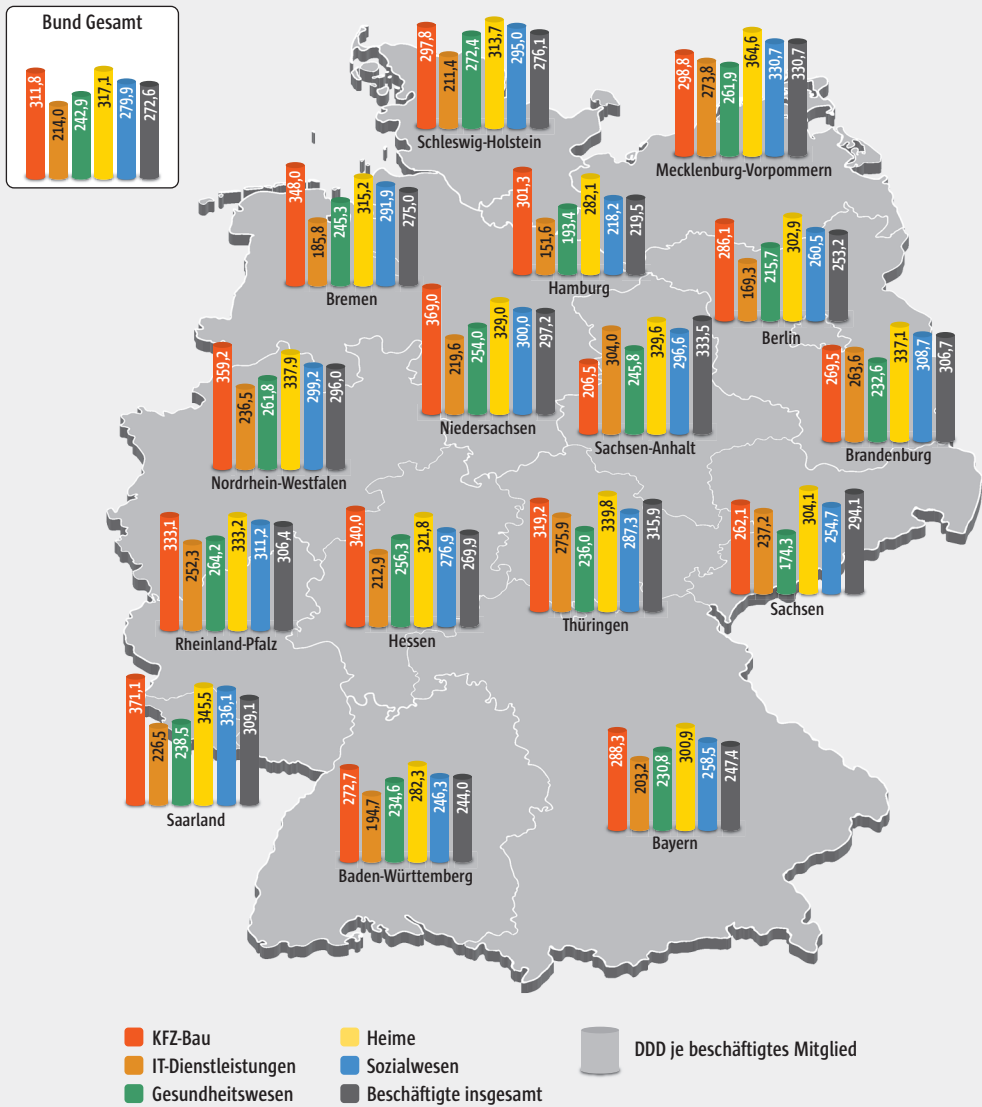


Während bei den Wirtschaftsgruppenvergleichen in der ambulanten Versorgung die Beschäftigten des Gesundheitswesens die höchsten Inanspruchnahmen und insbesondere die Heim-Beschäftigten deutlich überdurchschnittlich viele stationäre Behandlungstage je Beschäftigten aufweisen, zeigt die Analyse der Arzneimittelverordnungen noch ein etwas anderes Bild (»» Diagramm 3.19): Zwar sind es auch hier die Beschäftigten in Heimen, die durchschnittlich die meisten Tagesdosen pro Kopf verordnet bekommen haben (317 DDD je Beschäftigten; Bundesdurchschnitt: 273 DDD je beschäftigtes Mitglied). Dabei ist bei der Differenzierung nach Bundesländern auch keine sehr große Spannweite zwischen den dort ermittelten Verordnungsmengen zu erkennen – von 282 DDD in Baden-Württemberg bis 365 DDD je Beschäftigten in Mecklenburg-Vorpommern. Es ist aber auch für Beschäftigte im Gesundheitswesen festzustellen, dass diese im Bundesdurchschnitt rund 10% weniger und in den Bundesländern teils noch geringere Arzneimittelmen gen verordnet bekommen haben. So liegen die Tagesdosismengen in Sachsen bei nur 174 DDD, in Hamburg bei 194 DDD je Beschäftigten. Außerdem sind die Verordnungsmengen bei den KFZ-Bau-Beschäftigten im Bundesdurchschnitt mit 312 DDD je beschäftigtes

Mitglied überdurchschnittlich. In mehreren Bundesländern ist dabei in dieser Wirtschaftsgruppe die Anzahl an Tagesdosen noch höher als bei den Heim-Beschäftigten. Besonders auffällig ist dies im Saarland, in Niedersachsen und in Nordrhein-Westfalen, wo im Schnitt sogar mehr als 350 Tagesdosen je Beschäftigten im KFZ-Bau verordnet wurden.

Das »» Diagramm 3.20 zeigt für die fünf mitgliederstärksten Untergruppen aus den Bereichen Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen weitere Details der Arzneimittelverordnungen. Dabei fällt bei Arzneimitteln mit Wirkungen auf das Nervensystem auf, dass bei fast allen betrachteten Wirtschaftsgruppen die Verordnungsmengen höher sind als der jeweilige Durchschnitt aller Beschäftigten in den Altersgruppen. Bei den unter 25-Jährigen sind es die Beschäftigten in der Sozialen Betreuung, die im Durchschnitt fast doppelt so viele Verordnungen bekommen wie alle Beschäftigten dieses Alters. Die gleichsam kontinuierlichste Übersteigerung der durchschnittlichen Verordnungsmengen je Altersgruppe in diesem Vergleich ist aber bei den Beschäftigten in Pflegeheimen sowie in Altenheimen zu finden: Für beide Gruppen liegen die Verordnungsmengen immer mindestens 50% über denen der jeweiligen Altersgruppe. Die höchste Verordnungsmenge

Diagramm 3.19 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)

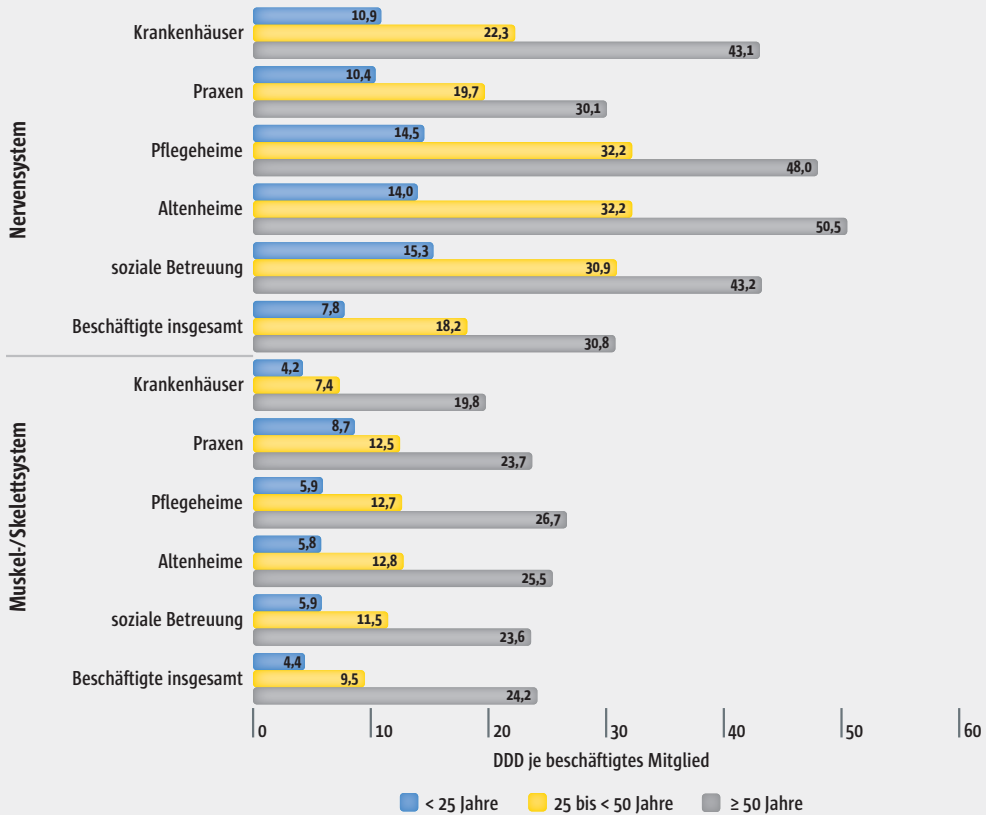


weisen dann auch die in Altenheimen Tätigen im Alter von 50 Jahren und älter mit 50,5 Tagesdosen je beschäftigtes Mitglied auf.

Bei den Arzneimitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem sind bei den Beschäftigten in Pflege- und Altenheimen ebenfalls die Verordnungsmengen kontinuierlich über dem jeweiligen Gesamtdurchschnitt je Altersgruppe, allerdings in

einem deutlich geringeren Ausmaß. Relativ die größte Differenz besteht bei den Praxis-Mitarbeitern jünger als 25 Jahre, die fast doppelt so viele Verordnungen von Muskel-Skelett-Arzneimitteln aufweisen (8,7 DDD vs. Gesamtdurchschnitt 4,4 DDD je beschäftigtes Mitglied). Bei Beschäftigten in Krankenhäusern sind hingegen die Verordnungsmengen im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt sogar niedriger.

Diagramm 3.20 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008), ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC) und Alter (Berichtsjahr 2015)

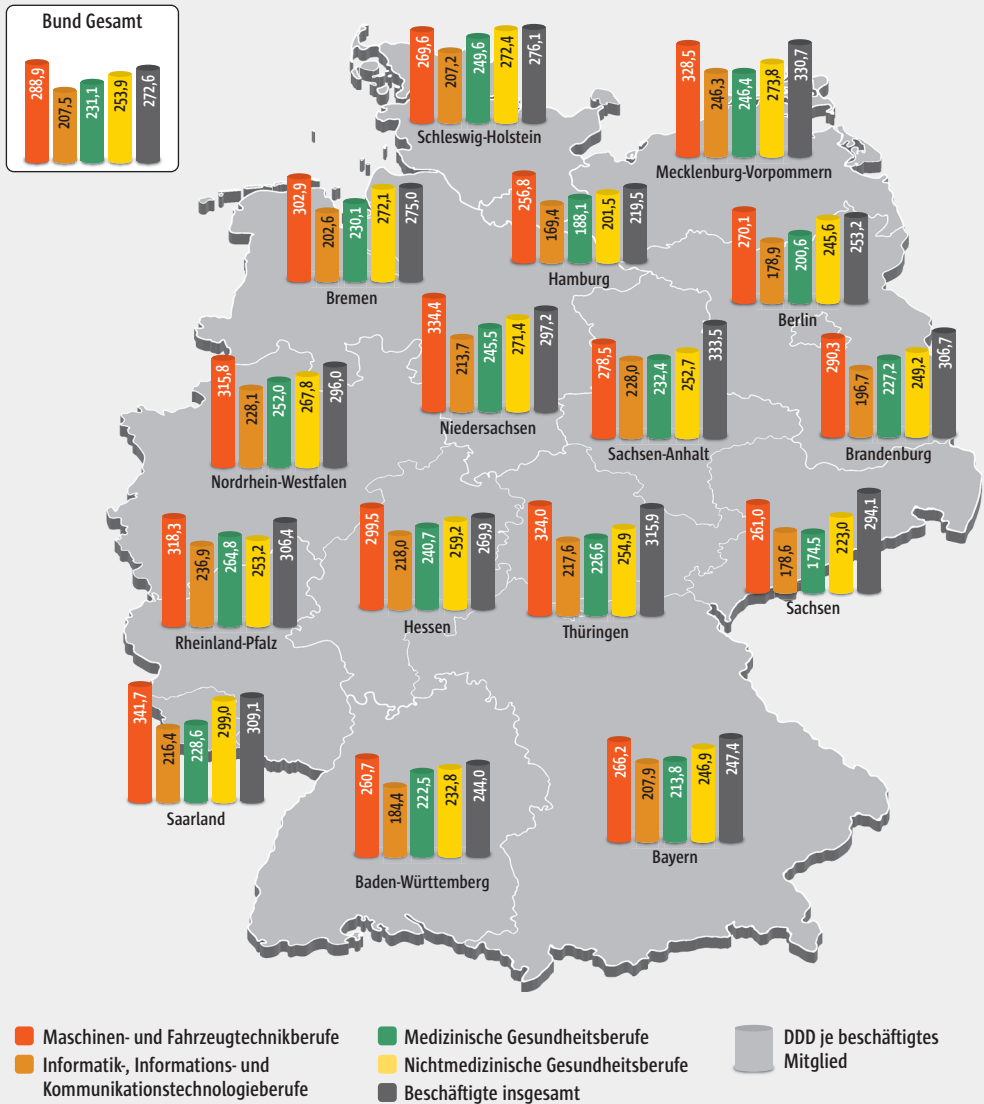


3.3.3 Arzneimittelverordnungen nach Berufsgruppen

- Die Beschäftigten in medizinischen Gesundheitsberufen allgemein sowie insbesondere die in Gesundheits- und Krankenpflegeberufen erhalten insgesamt weniger Arzneimittelverordnungen als der Durchschnitt aller Beschäftigten.
- Allerdings werden bei den Beschäftigten Kranken- und Altenpflegekräften überdurchschnittlich viele Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet, am meisten bei den Altenpflegerinnen im Alter von 50 Jahren und älter mit rund 51 Tagesdosen je beschäftigtes Mitglied.
- Männer beider Pflegeberufsgruppen bekommen mehr Nervensystem-Medikamente verordnet, Gesundheits- und Krankenpfleger dagegen weniger Muskel-Skelett-Medikamente als der Gesamtdurchschnitt der Männer.

Das **III** Diagramm 3.21 stellt für ausgewählte Berufsgruppen (entsprechend der vorherigen Kapitelabschnitte) den Vergleich auf Bundesebene sowie zwischen den Bundesländern her. Anders als in den anderen Leistungssektoren liegt bei den Arzneimittelverordnungen auf Bundesebene keine der aufgeführten Berufsgruppen deutlich über dem Durchschnitt aller Beschäftigten in Deutschland (273 DDD je beschäftigtes Mitglied). Mit 289 Tagesdosen je Beschäftigten weisen die Maschinen- und Fahrzeugtechnikerberufe etwas höhere Werte als der Gesamtdurchschnitt auf. Für diese Berufsgruppe ist auch wiederum im Saarland mit 342 Tagesdosen je Beschäftigten der höchste Bundeslandwert zu verzeichnen, während der niedrigste Wert in Hamburg (257 DDD je beschäftigtes Mitglied) zu finden ist. Wie schon in den anderen Versorgungssektoren sind für die Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe die Kennwerte durchweg niedrig; so ist selbst die größte Anzahl an Tagesdosen für diese Be-

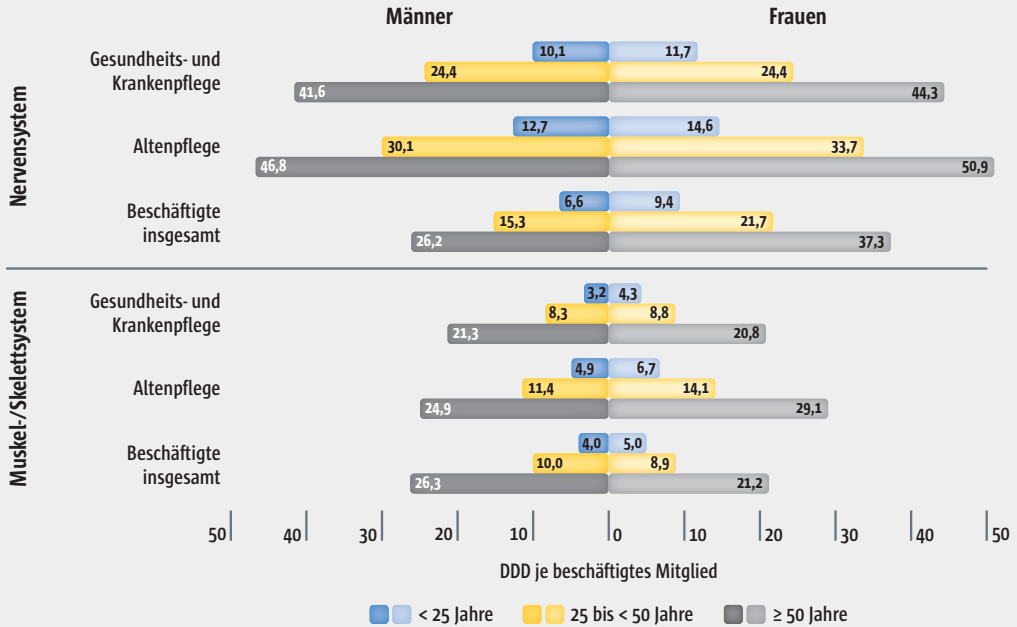
Diagramm 3.21 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Berufsgruppen (KldB 2010) (Berichtsjahr 2015)



rufsgruppe (246 DDD je beschäftigtes Mitglied in Mecklenburg-Vorpommern) niedriger als alle Bundeslandwerte in der Maschinen- und Fahrzeugtechnik. Auch die medizinischen Gesundheitsberufe weisen relativ niedrige Verordnungsmengen auf, auf Bundesebene sind es immerhin 15% weniger Tagesdosen als der Durchschnitt aller Beschäftigten (231 vs. 273 DDD je beschäftigtes Mitglied). In Sach-

sen sind es sogar im Durchschnitt nur 175 Tagesdosen. Demgegenüber liegen die durchschnittlichen Verordnungsmengen der nichtmedizinischen Gesundheitsberufe höher (Gesamtdurchschnitt 254 DDD je beschäftigtes Mitglied), am höchsten wiederum im Saarland mit 299 Tagesdosen je Beschäftigten.

Diagramm 3.22 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen (KldB 2010) nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC), Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



Betrachtet man wiederum speziell die Berufsgruppen Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Altenpflege, so sind für beide Pflegeberufsgruppen größere Verordnungsmengen als für die jeweilige Berufshauptgruppe zu verzeichnen, wobei die Altenpflege mit 318 Tagesdosen je Beschäftigten über dem Durchschnitt aller Beschäftigten liegt (Gesundheits- und Krankenpflege: 250 DDD je beschäftigtes Mitglied). Zudem fallen hierbei die besonders hohen Verordnungsmengen von Arzneimitteln mit Wirkung auf das Nervensystem auf (III Diagramm 3.22): Liegen die durchschnittlichen Verordnungsmengen für beschäftigte Frauen insgesamt bei 25,3 Tagesdosen, so bekommen Altenpflegerinnen im Alter von 50 Jahren und älter im Mittel die doppelte Menge verordnet (50,9 DDD je beschäftigtes Mitglied). Auch gegenüber dem Durchschnitt aller Frauen dieser Altersgruppe (37,3 DDD je beschäftigtes Mitglied) sind dies fast 14 Tagesdosen mehr pro Beschäftigte. In geringerer Höhe, aber größerem relativen Unterschied zu den Beschäftigten insgesamt, stellt sich das Bild bei den männlichen Altenpflegern bezogen auf die Arzneimittel mit Wirkung auf das Nervensystem dar: Im Vergleich zu den geschlechts- und altersspezifischen Verordnungsmengen bekommen die Alten-

pfleger jünger als 25 Jahre sowie zwischen 25–49 Jahren rund doppelt so viele Tagesdosen verordnet. Bei den Älteren (50 Jahre und älter) beträgt die Differenz immerhin 80% bzw. über 20 Tagesdosen mehr als bei den Beschäftigten insgesamt. Bei den Gesundheits- und Krankenpflege-Beschäftigten ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern nur gering. Entsprechend sind die Verordnungsmengen der in diesen Berufen arbeitenden Männer verglichen mit allen männlichen Beschäftigten deutlich abweichend: In den drei hier dargestellten Altersgruppen bekommen diese jeweils über 50% mehr Tagesdosen in dieser Wirkstoffgruppe verordnet.

Bei den Arzneimitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem sind die Werte hingegen für die männlichen Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege unterdurchschnittlich. Bei den Frauen dieser Berufsgruppe sind die Verordnungsmengen durchschnittlich, während die Frauen in der Altenpflege jeweils gegenüber allen gleichaltrigen beschäftigten Frauen mehr verordnet bekommen haben. Die höchste Verordnungsmenge weisen dabei die Altenpflegerinnen von 50 Jahren und älter mit 29 Tagesdosen je Beschäftigten auf.

Anforderungsniveau und Vertragsform

- Auch in den Pflegeberufen sind die Verordnungsmengen bei Beschäftigten mit Helfertätigkeiten am größten (≥ 35 DDD je Beschäftigten). Aber auch bei den Pflegekräften mit hochkomplexen Tätigkeiten (32 DDD je Beschäftigten) sind im Vergleich zu allen Beschäftigten mit gleichem Anforderungsniveau die Tagesdosis-mengen besonders hoch.
- Teilzeitkräfte – befristet genauso wie unbefristet – bekommen auffallend viele Arzneimittel verordnet. Das gilt auch für die Pflegeberufe.
- Eine große Differenz ist aber bei den unbefristet in Vollzeit arbeitenden Gesundheits- und Krankenpflegekräften gegenüber allen in solchem Arbeitsverhältnis Arbeitenden zu finden: Über 80% mehr Tagesdosen von Medikamenten mit Wirkung auf das Nervensystem werden diesen verordnet (37 vs. 20 DDD je beschäftigtes Mitglied).

In der Analyse der Arzneimittelverordnungsmengen bei den Beschäftigten in Pflegeberufen, unterteilt nach Anforderungsniveau der Tätigkeiten (»» Diagramm 3.23), fällt auf, dass anders als bei den Gesamtdurchschnittswerten aller Beschäftigten die Verordnungsmengen nicht mit anspruchsvolleren Tätigkeiten abnehmen. Vielmehr sind die Tagesdosis-mengen bei den Beschäftigten, die hochkomplexe Tätigkeiten verrichten, im Vergleich zu allen Beschäftigten in solcher Tätigkeit besonders hoch: Bei den Arzneimitteln mit Wirkung auf das Nervensystem bekommen Beschäftigte in Pflegeberufen über 90% mehr Tagesdosen verordnet (jeweils rund 32 vs. 16,5 DDD je beschäftigtes Mitglied). Es sind aber in diesem Vergleich immer die Beschäftigten mit Helfer- und Anlerntätigkeiten, welche die höchsten Verordnungsmengen aufweisen. Dies gilt auch für die Arzneimittel mit Wirkung auf das Muskel-/Skelettsystem. Aber auch hier sind es wieder die hochkomplexen Tätigkeiten, die mit erhöhten Verordnungs-

Diagramm 3.23 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen (KldB 2010) nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC) und Anforderungsniveau (Berichtsjahr 2015)

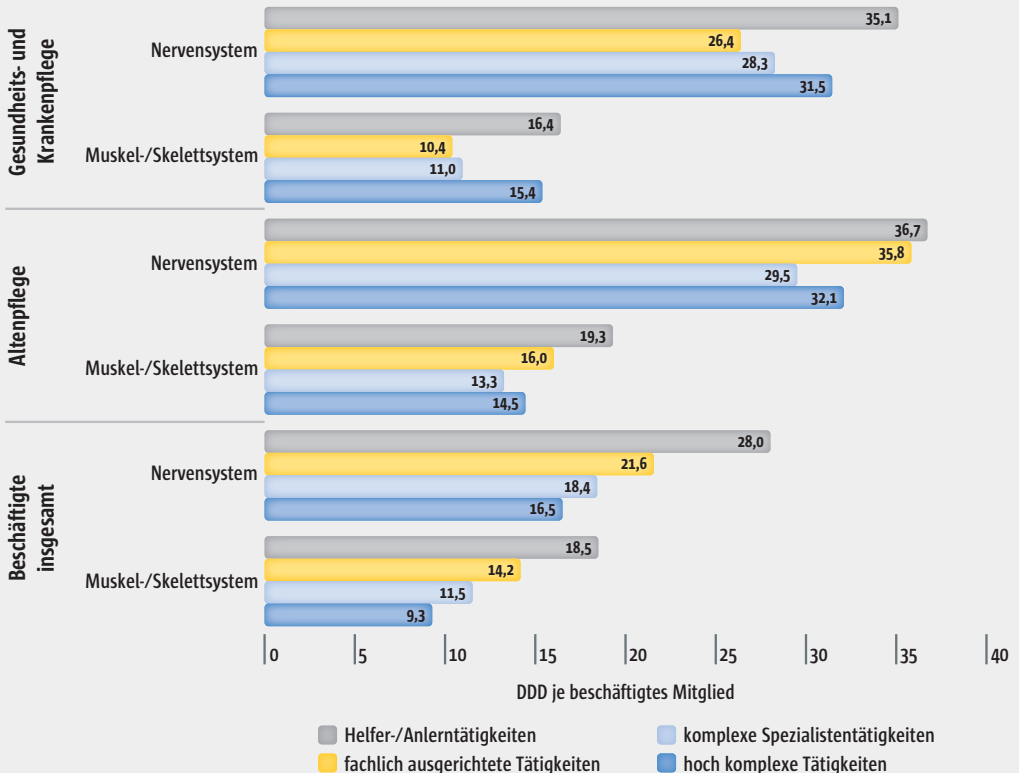
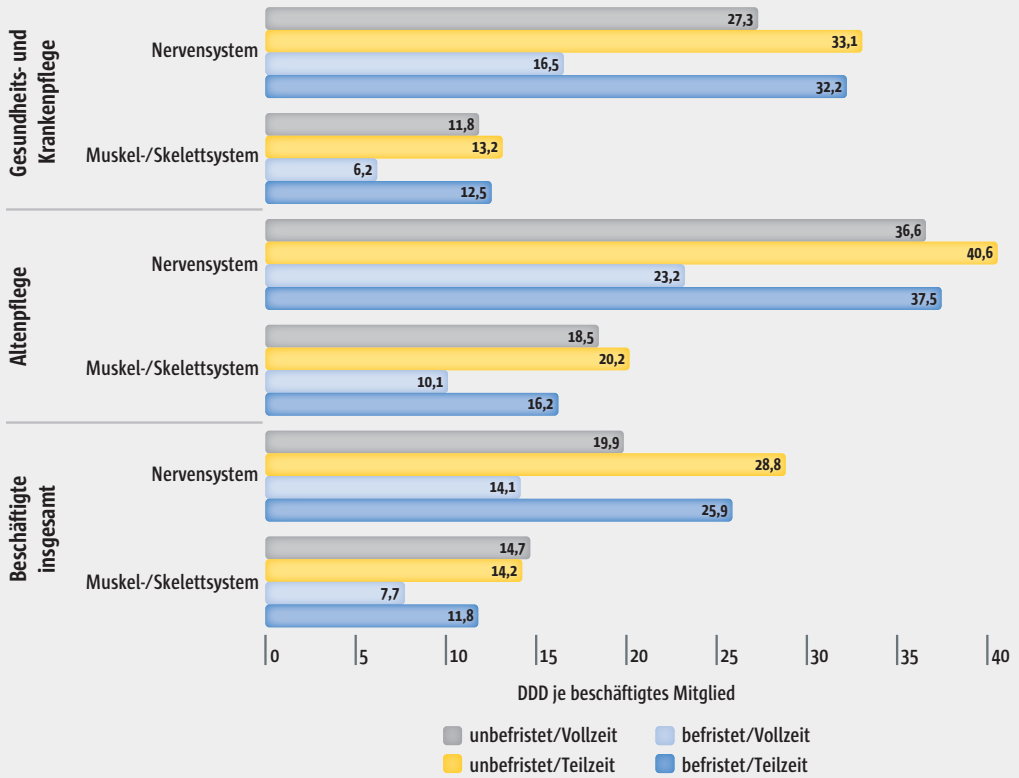


Diagramm 3.24 Arzneimittelversorgung – DDD der beschäftigten Mitglieder in den Pflegeberufen (KIdB) nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC) und Vertragsform (Berichtsjahr 2015)



mengen einhergehen: So bekommen Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit diesem Anforderungsniveau fast so viele Verordnungen wie Helfer, im Vergleich zu allen Beschäftigten mit solcher hochkomplexen Tätigkeit sind die Verordnungsmengen um 65% höher (15,4 vs. 9,3 DDD je beschäftigtes Mitglied).

In der stationären Versorgung sind es die Vollzeitkräfte im befristeten Arbeitsverhältnis, für welche im Vergleich zu anderen Vertragsformen in den Pflegeberufen die meisten Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen erfolgt sind. Bei den Arzneimittelverordnungen wiederum erhalten diese hingegen die wenigsten Tagesdosen sowohl bei Medikamenten mit Wirkung auf das Nervensystem als auch solche mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsys-

tem (»» Diagramm 3.24). Allerdings sind die Verordnungsmengen bei den befristet in Vollzeit beschäftigten Altenpflegekräften zumindest auf diesem niedrigeren Niveau gegenüber allen Beschäftigten in einem solchen Vertragsverhältnis immer noch um 60% höher (23,2 vs. 14,1 DDD je beschäftigtes Mitglied). Noch höher ist sogar die Differenz bei den unbefristet in Vollzeit arbeitenden Gesundheits- und Krankenpflegekräften, die über 80% mehr Tagesdosen von Medikamenten mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet bekommen haben (36,6 vs. 19,9 DDD je beschäftigtes Mitglied). Die meisten Verordnungen beider Wirkstoffarten erhalten wiederum die Altenpflegekräfte, die unbefristet in Teilzeit tätig sind (40,6 bzw. 20,2 DDD je beschäftigtes Mitglied).



4

Gastautorenbeiträge und Interviews

Beschäftigte in den Pflegeberufen – Bedeutung, Strukturmerkmale, Entwicklung und Perspektiven

Dieter Bogai, Holger Seibert und Doris Wiethölder
 Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Berlin-Brandenburg

Entwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

Die Gesundheitsbranche gehört zu einem der wichtigsten Beschäftigungsbereiche im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel. Vor allem der Pflegesektor wächst aufgrund der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen überdurchschnittlich. Nachfolgend wird die differenzierte Beschäftigungsentwicklung in den Pflegeberufen dargestellt, die aus statistischen Gründen¹ erst ab 2013 möglich ist.

Bundesweit sind aktuell gut vier Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in einem der hier ausgewählten Pflegeberufe² tätig. Eine be-

sondere quantitative Bedeutung in diesen beruflichen Teilarbeitsmarkt haben die examinierten Krankenpfleger/-innen. Sie stellen rund die Hälfte der Beschäftigten in den Pflegeberufen. Altenpfleger/-innen auf Fachkräfteniveau und Helfer/-innen in der Altenpflege folgen mit deutlichem Abstand.

Starke Zuwächse verzeichnen vor allem die Beschäftigten in der Altenpflege – sowohl die Fachkräfte wie auch die Helfer/-innen. Verglichen mit der Gesamtentwicklung ist dagegen die Zahl der Fachkräfte in der Krankenpflege zwischen Juni 2013 und Juni 2016 unterdurchschnittlich gestiegen, von rund 638.900 um ca. 30.100 oder 4,7% auf 669.000 Beschäftigte (» Tabelle 1). Die Helfer/-innen in der Krankenpflege konnten in diesem Zeitraum ein Beschäftigungsplus von sieben Prozent erzielen.

» Abbildung 1 zeigt die Beschäftigungsentwicklung in den Pflegeberufen zwischen 2013 und 2016, differenziert nach Bundesländern. Insgesamt ist die Zahl der Beschäftigten in den Pflegeberufen relativ betrachtet besonders stark in den ostdeutschen Flächenländern Brandenburg, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern gewachsen. Dagegen blieb die Zunahme in Bremen und Schleswig-Holstein unterdurchschnittlich. In allen Bundesländern zeigt sich, dass die Beschäftigungsentwicklung in der Altenpflege

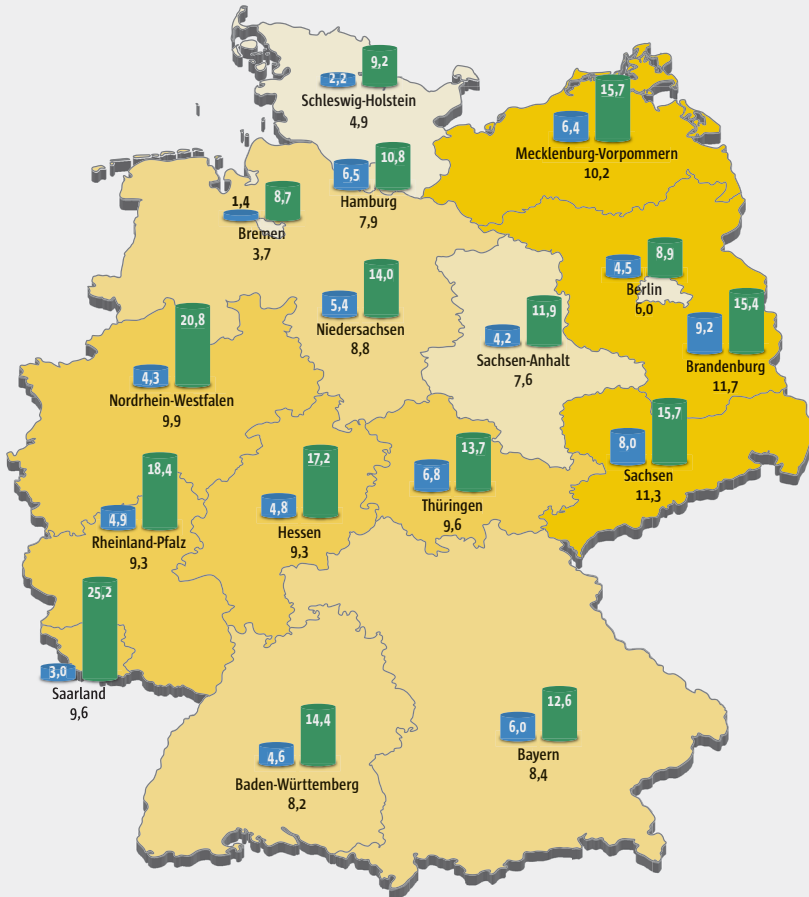
- 1 Aufgrund der Einführung der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) liegen auswertbare Daten erst ab Dezember 2012 vor. Ziel der neuen Berufsklassifikation ist es, die Besonderheiten des deutschen Arbeitsmarktes mit seiner ausgeprägten berufsspezifischen Strukturierung besser zu erfassen. Neben der tiefen tätigkeitsbezogenen Gliederung besteht ein zentraler Vorteil der KldB 2010 darin, vor allem Berufe in der Altenpflege nach dem betrieblichen Anforderungsniveau zu differenzieren (in dieser Analyse: Helfer und Fachkräfte).
- 2 In die Untersuchung fließen folgende Berufe der KldB 2010 [1] mit den jeweiligen Berufskennziffern ein: Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege (81301), Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege (81302), Helfer in der Altenpflege (82101) und Fachkräfte in der Altenpflege (82102).

Tabelle 1 Entwicklung der Beschäftigten in der Pflege in Deutschland (2013–2016)

(Anm.: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte jeweils am 30. Juni (einschließlich Auszubildende);
 Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen)

	Juni 2013	Juni 2014	Juni 2015	Juni 2016	2013–2016	
					absolut	in %
Helfer Krankenpflege	140.495	143.596	147.046	150.267	9.772	7,0
Helfer Altenpflege	206.355	216.244	229.955	241.054	34.699	16,8
Fachkräfte Krankenpflege	638.893	652.674	660.709	668.950	30.057	4,7
Fachkräfte Altenpflege	244.844	259.191	269.943	279.721	34.877	14,2
Gesamtbeschäftigung	29.615.680	30.174.505	30.771.297	31.373.691	1.758.011	5,9

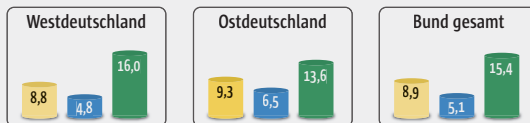
Abbildung 1 Entwicklung der Beschäftigten in allen Pflegeberufen* (Summe) und Teilentwicklung in Kranken- und Altenpflegeberufen 2013–2016 nach Bundesländern (Anm.: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte jeweils am 30. Juni [einschließlich Auszubildende]; Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen)



Beschäftigungsentwicklung in den Pflegeberufen*, 2013–2016 in Prozent

< 7 Prozent
 7 bis < 8 Prozent
 8 bis < 9 Prozent
 9 bis < 10 Prozent
 ≥ 10 Prozent

Teilentwicklung in Prozent in der: ■ Krankenpflege ■ Altenpflege



*Helfer und Fachkräfte in der Kranken- und in der Altenpflege

ge deutlich dynamischer als die in der Krankenpflege verlaufen ist. Relativ geringe Zuwächse in der Krankenpflege sind in einigen westdeutschen Bundesländern wie Bremen, Schleswig-Holstein und

Saarland zu beobachten. Zukünftig ist damit zu rechnen, dass aufgrund der demografisch bedingten Zuwächse an Pflegebedürftigen insbesondere Alten-

aber auch Krankenpflegekräfte zunehmend gefragt sein werden.

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte nach Strukturmerkmalen (Geschlecht, Vollzeit/Teilzeit und Alter)

Pflegeberufe weisen besondere Strukturmerkmale auf, die sie von anderen Berufen unterscheiden. Der Pflegeberuf ist ein typischer Frauenberuf. Im Gegensatz zum Frauenanteil an der Gesamtbeschäftigung mit 46% liegt der Anteil in allen ausgewählten Pflegeberufen bei über 80%.

Am höchsten ist der Anteil weiblicher Beschäftigter bei den Helfern in der Altenpflege. Vergleichsweise viele männliche Beschäftigte arbeiten demgegenüber mit fast 20% als Krankenpflegehelfer. Der außerordentlich hohe Frauenanteil in den ausgewählten Pflegeberufen korrespondiert mit einer ausgeprägten Bedeutung der Teilzeitarbeit in dieser Branche. Bei der Betrachtung des Beschäftigungswachstums in der Pflege ist es daher sinnvoll, nach der Arbeitszeit zu differenzieren.

Flexible Arbeitszeitmodelle werden auf dem Arbeitsmarkt immer bedeutender. Sie sind einerseits Ausdruck betrieblicher Gründe wie schwankendem Personalbedarf vor allem in der Altenpflege, andererseits kommen sie wie etwa die Teilzeitarbeit den Wünschen der Beschäftigten entgegen, die Familie und Beruf miteinander vereinbaren möchten. In den Pflegeberufen liegen indes teilweise besondere Belastungen körperlicher wie psychischer Art vor, weshalb viele Beschäftigte ihre Arbeit nicht in Vollzeit ausführen können oder wollen. Nach einer Studie von Becka et al. (2016) [2], die auf einer Onlineerhebung von Beschäftigten basiert, wurde von 41% der befragten Teilzeitbeschäftigten in der Pflege als Hauptgrund für ihre Teilzeitarbeit angegeben, dass eine Vollzeitbeschäftigung als zu stressig bzw. belastend empfunden wird. In keinem anderen Berufsfeld wurde in dieser Befragung die Arbeitsbelastung so hoch eingestuft.

Von den 1,34 Mio. Beschäftigten in den ausgewählten Pflegeberufen arbeiteten 2016 mehr als die Hälfte (675.000) in Teilzeit, 665.000 waren vollzeitbeschäftigt.³ Während der Anteil der Teilzeitkräfte

3 In der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit wird der Stundenumfang einer Teilzeitbeschäftigung nicht erfasst. Als Teilzeitarbeit werden in der Regel alle Arbeitsverhältnisse mit einer Arbeitszeit unterhalb der regelmäßigen betrieblichen oder tariflichen Arbeitszeit gefasst. Dies kann vollzeitnahe Teilzeit zum Beispiel mit 30 Stunden in der Woche oder eine Halbtagsstelle sein.

an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Mitte 2016 in Deutschland insgesamt 27,2% beträgt, sind es in den ausgewählten Pflegeberufen gut 50%. Den höchsten Anteil an Teilzeitbeschäftigten weisen Helfer/-innen in der Altenpflege (67,9%), gefolgt von den Helfern/-innen in der Krankenpflege (56,1%). Über 90% der Teilzeitbeschäftigten sind Frauen. Das ist deutlich mehr als der Frauenanteil an Teilzeitkräften in der Gesamtbeschäftigung (79,6%).

Sowohl die sozialversicherungspflichtige Vollzeit- als auch die Teilzeitbeschäftigung von Pflegekräften hat in den letzten Jahren zugenommen. Allerdings fiel das Wachstum der Vollzeitbeschäftigung mit 6,9% schwächer aus als dasjenige der Teilzeitarbeit (+10,9%). Das stärkste Plus an Teilzeitarbeitsplätzen verzeichneten zwischen 2013 bis 2016 mit 20% die Helfer/-innen in der Altenpflege. Deren Vollzeitbeschäftigung erhöhte sich dagegen nur um 10%. In den anderen ausgewählten Pflegeberufen war die Zunahme von Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigungen deutlich ausgeglichener.

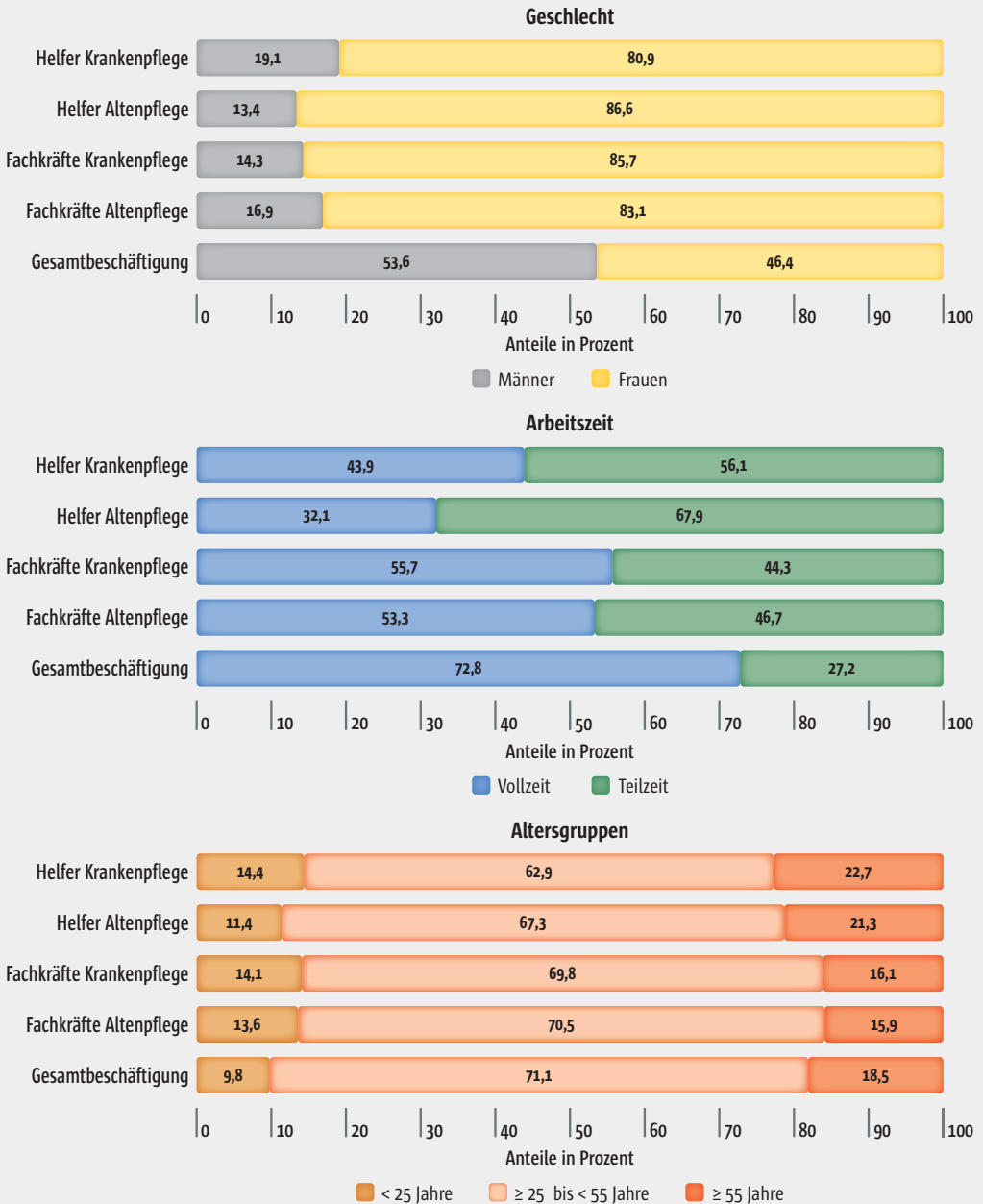
In Bezug auf die Altersstrukturen der Beschäftigten in den Pflegeberufen sind zwei Besonderheiten festzuhalten. Zum einem liegt der Anteil der Beschäftigten im Alter von 55 Jahren und älter in beiden Helferberufen höher als im Durchschnitt aller Beschäftigten. Zum anderen sind bei den Fachkräften die Anteile der jüngeren Beschäftigten unter 25 Jahren stärker besetzt als bei den Beschäftigten insgesamt (»»» Abbildung 2).

Die Entlohnung von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen den Berufen und Regionen

Ein zentraler Aspekt der Arbeitsbedingungen ist die Entlohnung in einem Beruf. Die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur ermöglicht Entgeltanalysen für Vollzeitbeschäftigte.⁴ Das Medianentgelt al-

4 Die Entlohnung der Pflegekräfte wird in dieser Untersuchung durch die Bruttoarbeitsentgelte ermittelt, die im Meldeverfahren zur Sozialversicherung erhoben werden, d.h. die Angaben entsprechen den tatsächlichen Zahlungen der Arbeitgeber. Die Entlohnungsvergleiche basieren auf dem Entgeltmedian, der von den Vollzeitbeschäftigten in den verschiedenen Berufen erzielt wird. Der Median ist der Wert, der genau in der Mitte aller Einzelentgelte liegt. 50% der Beschäftigten verdienen mehr als den Medianlohn, die anderen 50% weniger. Da für die Teilzeitbeschäftigten keine Angaben zur vereinbarten Stundenzahl vorliegen, können sich die Analysen nur auf die Vollzeitbeschäftigten beschränken. Zu berücksichtigen ist daher, dass wegen des hohen Teilzeitanteils nur 44% der in den ausgewählten Pflegeberufen beschäftigten Fachkräfte und Helfer in die Analysen einfließen. Insgesamt konnten die Entgelt-Daten von über 407.200 Fachkräften und mehr als 126.100 Helfern in den Pflegeberufen ausgewertet werden.

Abbildung 2 Beschäftigte in der Pflege nach Geschlecht, Arbeitszeit und Alter in Deutschland (2016, in %) (Anm.: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte jeweils am 30. Juni [einschließlich Auszubildende]; Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen)



ler Vollzeitbeschäftigten beträgt im Jahr 2015 in Deutschland 3.084 Euro. Im Vergleich dazu liegen die Fachkräfte in der Krankenpflege mit ihren Gehältern 3,5% über den Beschäftigten insgesamt (» Abbildung 3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der Krankenpflege häufig Zuschläge für spezielle Dienste (z.B. Nachtarbeit, Intensivstation usw.) gezahlt werden. Fachkräfte in der Altenpflege erzielen dagegen ein um 17% geringeres Gehalt als alle Beschäftigten.

Deutlich höher fallen die Entgelt differenzen bei den Helfern/-innen aus. Helfer/-innen in der Krankenpflege liegen 20% (634 Euro) unter dem mittleren Einkommen aller Beschäftigten. Einen noch größeren Lohnabstand zum Medianentgelt (über alle Berufe) weisen Altenpflegehelfer/-innen auf, nämlich 40,8% bzw. 1.257 Euro.

Zwischen den Alten- und Krankenpfleger/-innen bestehen gravierende Lohnunterschiede. In Deutschland liegt 2015 der monatliche Medianverdienst einer examinierten Altenpflegekraft bei 2.557 Euro, das sind 634 Euro bzw. ein Fünftel weniger als das Bruttomonatsentgelt einer Fachkraft in der Krankenpflege. Der Verdienstnachteil der Helfer/-innen in der Altenpflege (1.827 Euro) gegenüber denjenigen in der Krankenpflege entspricht im Mittel auch fast genau diesem Betrag (623 Euro) und beträgt anteilig sogar

über ein Viertel. Zwischen 2012 und 2015 sind die Lohnunterschiede zwischen den Pflegeberufen weitgehend konstant geblieben.

Auch 25 Jahre nach der Wiedervereinigung prägen noch immer erhebliche Ost-West-Unterschiede die Entlohnung der Beschäftigten. Dies gilt auch für die Pflegekräfte. Zunächst lässt sich festhalten, dass das mittlere Bruttoentgelt der Fachkräfte in der Altenpflege in den östlichen Bundesländern mit 2.111 Euro immer noch deutlich – nämlich um gut ein Fünftel – unter demjenigen in Westdeutschland (2.683 Euro) liegt (» Abbildung 4). Fachkräfte in der Krankenpflege erhalten dort im Mittel 12,2% geringere Bezüge als im Westen. Auf der Ebene der Helferberufe sind ebenfalls nennenswerte Unterschiede festzustellen. Die Helfer/-innen in der Altenpflege verdienen im Mittel im Osten knapp ein Fünftel weniger als im Westen, Krankenpflegehelfer/-innen sogar ein Viertel weniger.

Im Bundesländervergleich variieren die Entgeltunterschiede zwischen den Fachkräften in der Kranken- und Altenpflege deutlich. Auch der Lohnabstand zu allen beschäftigten Fachkräften bzw. Helfer/-innen unterscheidet sich regional. Die examinierten Altenpfleger/-innen verdienen in Sachsen-Anhalt und Sachsen erheblich weniger als die Krankenpfleger. Ihr Brutto Gehalt von rund 1.900 Euro liegt bis zu

Abbildung 3 Monatliche Bruttomedianentgelte der Beschäftigten in der Pflege in Deutschland im Vergleich (2012 und 2015, in Euro) (Anm.: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Jahresdurchschnitt [in Vollzeit, ohne Auszubildende]; Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen)

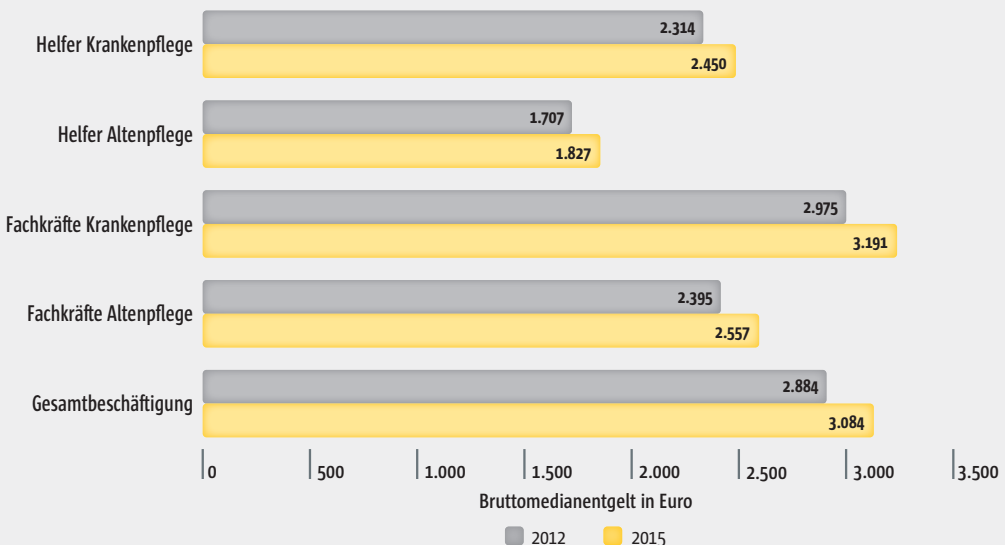
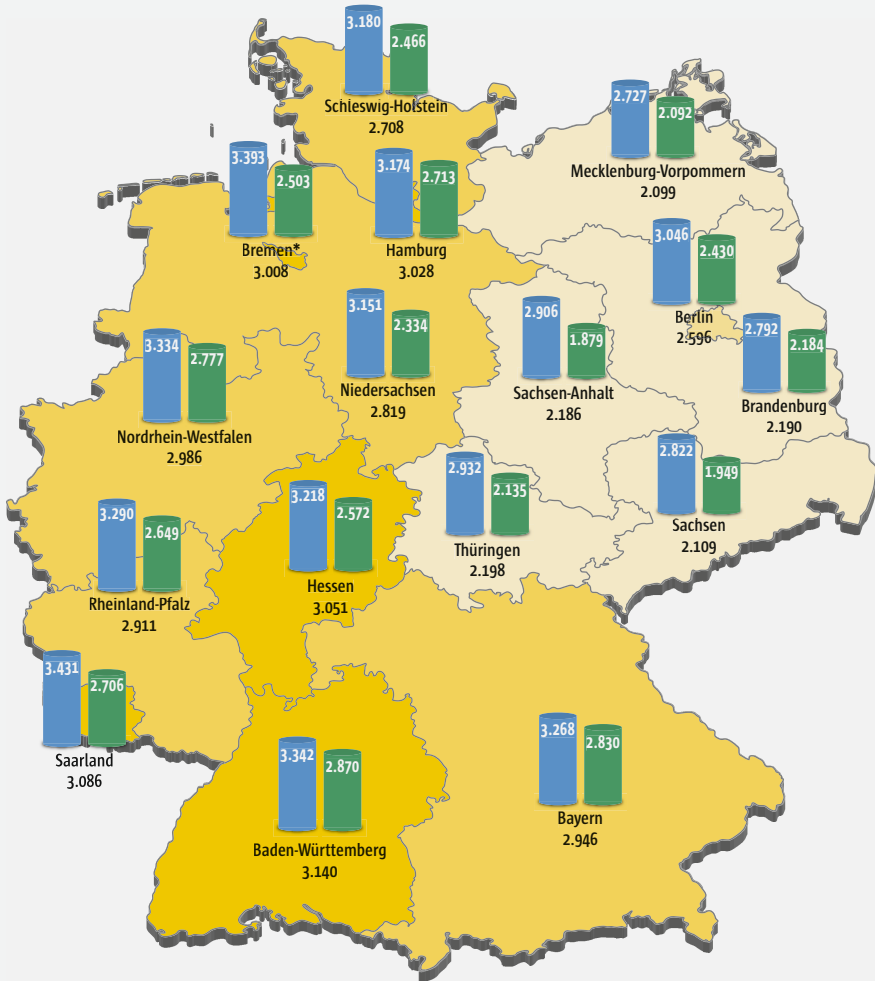


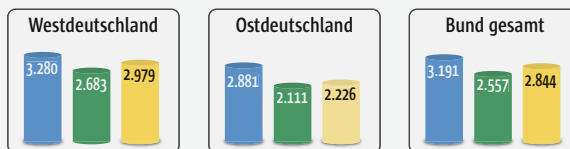
Abbildung 4 Monatliche Bruttomediantentgelte von Kranken- und Altenpflegefachkräften im Vergleich zu allen Fachkräften nach Bundesländern (2015), in Euro (Anm.: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Jahresdurchschnitt [in Vollzeit, ohne Auszubildende]; Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen)



Mediantentgelt aller Fachkräfte je Bundesland

< 2.200 Euro
 2.200 bis < 2.600 Euro
 2.600 bis < 3.000 Euro
 ≥ 3.000 Euro

Mediantentgelt in Euro von Fachkräften in der: ■ Krankenpflege ■ Altenpflege



* Entgelte der Fachkräfte in der Altenpflege sind aufgrund zu geringer Fallzahlen ungenau.

35% niedriger als das mittlere Entgelt der Krankenpflegefachkräfte in den beiden Bundesländern (III Abbildung 4). Aber nicht in allen Bundesländern ist der Verdienstunterschied derart stark. In Bayern, Baden-Württemberg und Hamburg befinden sich die Löhne der Altenpflegefachkräfte im Schnitt 14% unter dem Niveau in der Krankenpflege.

Bemerkenswert sind auch die Entlohnungsunterschiede im gleichen Pflegeberuf zwischen den Bundesländern. Examierte Altenpfleger verdienen in Baden-Württemberg und in Bayern fast 1.000 Euro brutto (rd. 53%) mehr als in Sachsen und Sachsen-Anhalt (III Abbildung 4). Bei den Fachkräften in der Krankenpflege sind die Differenzen zwischen den Bundesländern nicht so hoch. Sie erreichen maximal rd. 700 Euro (rd. 26%) zwischen dem Saarland und Mecklenburg-Vorpommern.

Die Helfer/-innen in der Altenpflege schneiden beim Verdienstvergleich mit den Helfern in der Krankenpflege am schlechtesten ab. Im Mittel liegt ihr Monatsentgelt 2015 in Deutschland bei 1.827 Euro (III Abbildung 5). Die Verdienste der Altenpflegehelfer/-innen weisen allerdings eine sehr große Bandbreite zwischen 2.163 Euro (in Nordrhein-Westfalen) und rund 1.500 Euro (in Sachsen bzw. Sachsen-Anhalt) auf, was einem maximalen Lohnunterschied von über 40% entspricht. Auch bei den Helfern/-innen in der Krankenpflege sind die Verdienstunterschiede zwischen den Bundesländern beträchtlich. In Rheinland-Pfalz liegt der Bruttomonatsverdienst mit 2.751 um 934 Euro höher als in Mecklenburg-Vorpommern. Damit fallen die Entgeltunterschiede zwischen den Bundesländern bei den Helfer/-innen in der Krankenpflege noch höher aus (51,4%).

Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen

Die Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen sind in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern besonders belastend. In der europäischen NEXT-Studie (nurses early exit study), an der zehn Länder teilnahmen, wurden die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege durch zentrale Indikatoren zum Arbeitsinhalt, sozialem Arbeitsumfeld, zu Aspekten der Arbeitsorganisation sowie zu relevanten Auswirkungen untersucht [3]. Die Werte für die deutschen Krankenhäuser lagen bei den meisten Indikatoren vergleichsweise ungünstig. Das gilt insbesondere in Bezug auf quantitative Arbeitsanforderungen und die Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten. Als ein zentraler Indikator für Belastungen am Arbeitsplatz gilt der so genannte Arbeitsfähigkeitsindex [4]. Der In-

dex ist ein Instrument zur subjektiven Einschätzung der psychischen und physischen Beanspruchung am Arbeitsplatz und damit der aktuellen und künftigen Arbeitsfähigkeit. Deutlich schlechtere Werte für den Arbeitsfähigkeitsindex als in anderen Ländern zeigen sich dabei in den deutschen Krankenhäusern [3]. Nach dieser Studie denken vor allem Pflegekräfte in Kliniken häufig über einen Berufsausstieg nach, vollziehen diesen Schritt aufgrund des hohen beruflichen Ethos allerdings eher selten, wie zum Abschluss dieses Beitrags belegt wird.

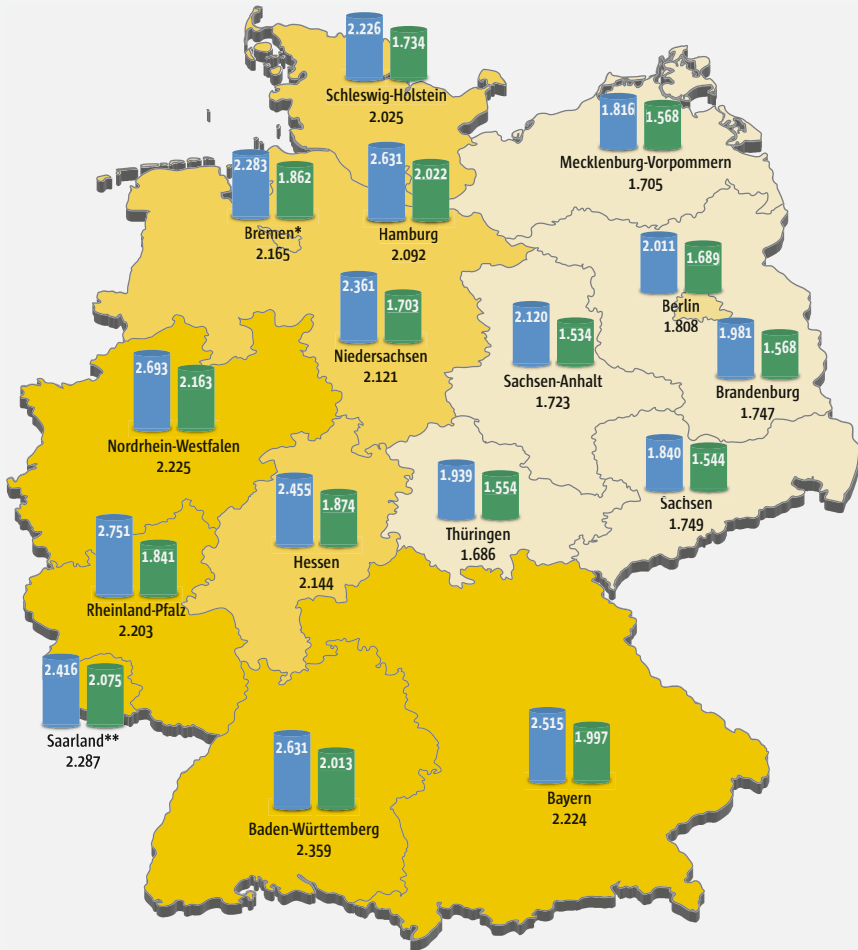
Eine repräsentative Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und des Bundesinstituts für Berufsbildung differenziert die zentralen Belastungsfaktoren in der Kranken- und Altenpflege [5]. „Arbeiten im Stehen“, „Heben und Tragen schwerer Lasten“ sowie „Arbeiten in Zwangshaltung“ werden in der Krankenpflege und vor allem in der Altenpflege deutlich häufiger als vom Durchschnitt aller Erwerbstätigen ausgeübt. Die zeitliche Beanspruchung für das Ausüben der Tätigkeiten ist ebenfalls hoch. Gut 45% der Krankenpfleger/-innen und rund 38% der Altenpfleger/-innen arbeiten im Schichtdienst, wodurch soziale Kontakte und Erholungsmöglichkeiten leiden. 54% der Kranken- und 39% der Altenpfleger/-innen berichten zudem von Pausenausfall wegen starker Arbeitsbelastung (andere Erwerbstätige: 28%). Erhöhte psychische Arbeitsanforderungen resultieren aus starkem Zeit- und Leistungsdruck sowie dem Umstand, mehrere Arbeiten gleichzeitig auszuführen. Dies ist vor allem in der Krankenpflege verbreitet.

Trotz der häufig belastenden Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen identifizieren sich die meisten Beschäftigten nach den Befunden der BIBB/BAuA-Studie [5] mit ihrem Beruf. Gut 90% der Erwerbstätigen in der Pflege sehen ihre Tätigkeit als wichtig an (andere Erwerbstätige: 77%). Zudem sind die sozialen Rahmenbedingungen in den Pflegeberufen, wie Gemeinschaftsgefühl, gute Zusammenarbeit und Unterstützung durch Kollegen/-innen mit über 80% Pflegekräfte stärker ausgeprägt als im Durchschnitt aller Erwerbstätigen.

Fachkräftesituation und Arbeitsmarktperspektiven in den Pflegeberufen

Der Arbeitsmarkt für Gesundheits- und Pflegeberufe ist bereits heute von Fachkräftengpässen geprägt, die sich künftig im demografischen Wandel weiter verstärken dürften. Zum einen sind offene Stellen im Pflegebereich schwer zu besetzen, zum anderen feh-

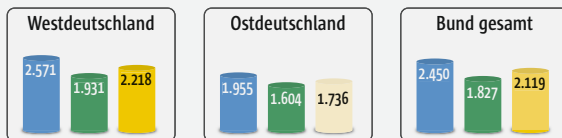
Abbildung 5 Monatliche Bruttomediantentgelte von Kranken- und Altenpflegehelfer nach Bundesländern (2015), in Euro
 (Anm.: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Jahresdurchschnitt [in Vollzeit, ohne Auszubildende];
 Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen)



Mediantentgelt aller Helfer je Bundesland

< 1.800 Euro
 1.800 bis < 2.000 Euro
 2.000 bis < 2.200 Euro
 ≥ 2.200 Euro

Mediantentgelt in Euro von Helfern in der: ■ Krankenpflege ■ Altenpflege



* Entgelte der Helfer in der Kranken- und Altenpflege sind aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht aussagekräftig.

** Entgelte der Helfer in der Krankenpflege sind aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht aussagekräftig.

len ausreichend Bewerber. Die Besetzung einer bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten Fachkraftstelle in der Gesundheits- und Krankenpflege benötigte Ende 2016 im Bundesdurchschnitt 132 Tage [6; 13 f.]. Die Dauer ist damit um 40% höher als bei allen offenen Stellen im Schnitt. Zudem standen 100 gemeldeten Arbeitsstellen lediglich 64 Arbeitslose gegenüber. Eindeutiger Fachkräftemangel in der Gesundheits- und Krankenpflege ist in fast allen Bundesländern (außer Sachsen-Anhalt und Sachsen) zu verzeichnen. Gemeldete Stellenangebote für examinierte Altenpflegefachkräfte waren im Bundesdurchschnitt sogar 162 Tage vakant. Auf 100 gemeldete Stellen kamen rechnerisch nur noch 36 Arbeitslose. Der Fachkräftemangel in der Altenpflege fokussiert sich auf examinierte Fachkräfte und zeigt sich ausnahmslos in allen Bundesländern. In keinem Bundesland stehen ausreichend arbeitslose Bewerber zur Verfügung, um die gemeldeten Stellen zu besetzen.

Basierend auf den BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen für Gesamtdeutschland wird die demografische Entwicklung den deutschen Arbeitsmarkt bis 2035 stark beeinflussen. Einerseits steigt mit der alternden Bevölkerung der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen, andererseits wechseln ältere Pflegekräfte in den nächsten Jahren zunehmend in die Rente. Insbesondere im Gesundheits- und Pflegesektor werden wachsende Engpässe bei qualifiziertem Personal prognostiziert. Im Berufsfeld „Pflege- und Gesundheitsberufe ohne Approbation“ wird damit gerechnet, dass das Arbeitskräfteangebot nur noch bis 2025 zunimmt. Da die Arbeitskräftenachfrage aber auch nach 2025 weiter ansteigen wird, würden bis zum Jahr 2035 270.000 Beschäftigte in diesem Bereich fehlen [7]. Differenziert nach Bundesländern zeigt eine Studie von Zika et al. (2015) [8], dass im Jahr 2030 in nahezu allen Regionen das Arbeitskräfteangebot in den Gesundheitsberufen geringer als der Bedarf sein wird. Hierbei wurde auch der Berufswechsel in den Gesundheits- und Pflegesektor aus anderen Berufen berücksichtigt. Somit sind bessere Arbeitsbedingungen und eine angemessene Bezahlung eine Voraussetzung, um Gesundheits- und Pflegeberufe attraktiv für junge Menschen zu machen. Wenn Arbeitskräfte einmal für diese Berufe gewonnen werden, so bleiben sie aufgrund der hohen intrinsischen Motivation diesen Berufen auch zumeist treu, nämlich zu rund 75% im Vergleich zu allen Erwerbstätigen mit 55% [9]. Aber auch eine verstärkte Zuwanderung von qualifizierten Fachkräften aus dem Ausland ist als Maßnahme gegen drohende Engpässe in den Pflegeberufen notwendig.

Zusammenfassung

In den letzten Jahren ist die Zahl der Beschäftigten in der Kranken- und vor allem Altenpflege deutlich gestiegen. Pflegeberufe werden zum weit überwiegenden Teil von Frauen und in hohem Maße in Teilzeit ausgeübt. Die Teilzeit kommt einerseits den Wünschen der Beschäftigten nach besserer Vereinbarkeit von Familie und Beruf entgegen, andererseits ist sie aber auch ein Indiz belastender Arbeitsbedingungen. Nach Simon (2015: 48) [10] haben in den letzten Jahren vor allem Pflegekräfte in den Krankenhäusern ihre Arbeitszeit reduziert, um ihre Gesundheit vor den Folgen einer chronischen Arbeitsüberlastung zu schützen.

Die demografische Entwicklung wird den deutschen Arbeitsmarkt der kommenden Dekaden stark beeinflussen. Insbesondere im Pflegebereich werden gravierende Engpässe bei qualifiziertem Personal prognostiziert. Die Besetzung offener Stellen für Kranken- sowie Altenpflegefachkräfte im Gesundheitssektor fällt schon gegenwärtig in nahezu allen Bundesländern zunehmend schwerer. Auch wenn die hohe intrinsische Motivation, eine Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor auszuüben, bislang häufig über die vergleichsweise ungünstigen Arbeitsbedingungen und Einkommen (insbesondere in der Altenpflege) hinweg geholfen hat, so wird dieses Berufsfeld aufgrund der Konkurrenz mit anderen Berufen mittlerer Qualifikation nur mit steigenden Einkommen und besseren Arbeitsbedingungen junge Menschen dazu bewegen können, einen Beruf in diesem Tätigkeitsfeld zu erlernen [11].

Literatur

1. Bundesagentur für Arbeit (2011) Klassifikation der Berufe 2010 – Band 2: Definitorischer und beschreibender Teil, Nürnberg Mai 2011
2. Becka D, Evans M, Öz F (2016) Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege – Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. IAT, Forschung Aktuell, 4/2016
3. Müller BH, Hasselhorn HM (2004) Arbeitsfähigkeit in der stationären Pflege in Deutschland im europäischen Vergleich. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Jg. 58, H. 3, S. 167–177
4. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2013) Why WA? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention – Erfahrungsberichte aus der Praxis, 5. Auflage, Dortmund (www.baua.de/dok/697346)
5. Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB); Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2012) Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. BIBB/BAuA-2012, Fact Sheet 10

6. Bundesagentur für Arbeit (2016) Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse. Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Dezember 2016
7. Neuber-Pohl C (2017) Das Pflege- und Gesundheitspersonal wird knapper. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BIBB BWP), 1/2017, S. 4–5
8. Zika G, Maier T, Helmrich R, Hummel M, Kalinowski M, Hänisch C, Wolter MI, Mönning A (2015) Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen bis 2030: Engpässe und Überhänge regional ungleich verteilt. IAB-Kurzbericht, 09/2015, Nürnberg
9. Hall A (2012) Kranken- und Altenpflege – was ist dran am Mythos vom Ausstiegs- und Sackgassenberuf? In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BIBB BWP), 6/2012, S. 16–19
10. Simon M (2015) Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser – Eine Einschätzung auf Grundlage der verfügbaren Daten, Hannover
11. Helmrich R, Zika G (2017) Langfristige Entwicklung von Angebot und Bedarf auf dem Arbeitsmarkt – Berufsfeldprojektionen für soziale und Gesundheitsberufe bis 2030. In: Schlemmer E, Lange A, Kuld L (Hrsg.) Handbuch Jugend im demografischen Wandel. Konsequenzen für Familie, Bildung und Arbeit, Weinheim: Beltz Juventa, S. 226–242



Dr. Dieter Bogai

Diplom-Volkswirt und Diplom-Kaufmann, seit 1991 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Schwerpunkte: Arbeitsmarktentwicklung Berlin-Brandenburg, Zuwanderung, Pflege-Arbeitsmarkt, Digitalisierung und ihre Auswirkungen auf die Arbeitswelt.



Dr. Holger Seibert

Soziologe, seit 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Schwerpunkte: Arbeitsmarktentwicklung Berlin-Brandenburg, Lebensverlaufs-forschung, Bildung und Ausbildung, Migration, Pflege-Arbeitsmarkt, regionale und berufliche Mobilität, Transferleistungsbezug.



Doris Wiethölder

Diplom Sozialwissenschaftlerin und Verwaltungswissenschaftlerin. Seit 2004 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Schwerpunkte: Arbeitsmarktentwicklung Berlin-Brandenburg, regionale Mobilität, Pflege-Arbeitsmarkt, Ausbildung.

Arbeitsbedingungen und Belastungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen

Sylvia Bühler
 Bundesvorstand der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)

„Keine Pause, Mehrarbeit, Überstundenaufbau. Keine Gespräche und Besprechungen möglich mit Leitung und Ärzten. Kopfschmerzen (keine Zeit zum Trinken), Gliederschmerzen und Schlafstörungen, starke Gereiztheit, Überforderung (ein Team muss auf drei Stationen verteilt werden). Ständig neue Patienten zu versorgen. Frischoperierte müssen nach Kollaps, Erbrechen sofort versorgt werden! Abendessen soll schon verteilt sein. Blutzuckerkontrollen mussten gestrichen werden.“

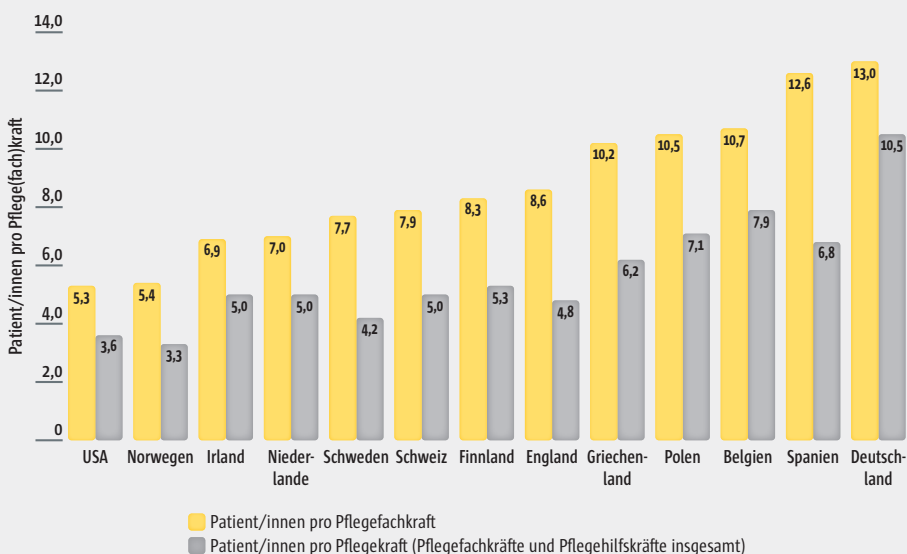
So steht es in einer der vielen Gefährdungsanzeigen, die ver.di aus Krankenhäusern und Pflegeheimen vorliegen. Sie machen deutlich: Die hohe Arbeitsbelastung und der Mangel an Personal gefährden nicht nur die Qualität der Patientenversorgung, sondern auch die Gesundheit der Beschäftigten.

Bereits im Februar 2013 hat ver.di festgestellt, dass in deutschen Krankenhäusern 162.000 Beschäf-

tigte fehlen, davon rund 70.000 in der Pflege. Befragt wurden Beschäftigte als Expertinnen und Experten ihrer Arbeit. Sie sollten beurteilen, wie viel Personal nötig ist, um Patientinnen und Patienten gut und nach fachlichen Standards adäquat zu versorgen. Demnach ist in den Kliniken etwa ein Fünftel zu wenig Personal an Bord. Auch wenn die Untersuchung keinen wissenschaftlichen Anspruch hat – die Zahlen sind realistisch und werden von niemandem ernsthaft bestritten. Neuere Studien kommen auf einen noch höheren Fehlbedarf [1].

Deutschland steht damit weitaus schlechter da als andere Länder. Laut der internationalen RN4Cast-Studie ist eine Pflegefachkraft hierzulande für durchschnittlich 13 Patientinnen und Patienten zuständig – in den Niederlanden sind es sieben, in den USA 5,3 (» Abbildung 1) [2]. Eine Folge ist, dass die

Abbildung 1 Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser in 12 europäischen Staaten und den USA (Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der RN4Cast-Studie)



Beschäftigten der Krankenhäuser ver.di-Berechnungen vom Mai 2016 zufolge einen Überstundenberg von 35,7 Millionen Stunden vor sich herschieben. Das sind durchschnittlich 32,5 Stunden pro Person. Allein um diese Anhäufung von Überstunden zu vermeiden, wären 17.800 zusätzliche Stellen nötig.

Zuletzt hat ver.di die Situation im Nachtdienst in den Blick genommen. In einer Nacht besuchten 780 Gewerkschafter/-innen fast 3.800 Bereiche und Stationen in 238 Krankenhäusern aller Regionen und unterschiedlicher Trägerschaften. Die Ergebnisse sind alarmierend. So arbeiten fast zwei Drittel der Pflegefachkräfte auf Normalstationen nachts allein. Im Durchschnitt versorgen sie dabei 26 Patientinnen und Patienten. Auf 14 Prozent der Stationen ist eine Pflegekraft für zwischen 30 und 39 Patient/-innen verantwortlich, in vier Prozent gar für 40 oder mehr [3].

Der „Nachtdienstcheck“ belegt, dass sich der Personal­mangel auf die Versorgungsqualität auswirkt. So kommt es auf Stationen mit nur einer Pflegefachkraft häufiger zu gefährlichen Situationen: Während 50,9 Prozent der zu zweit arbeitenden Pflegefachkräfte in den vergangenen vier Wochen nachts eine gefährliche Situation erlebt haben, sind es bei denjenigen, die allein tätig sind, 60 Prozent. Ist eine Pflegekraft allein für mehr als 40 Patientinnen und Patienten zuständig, steigt dieser Wert auf 78,3 Prozent (» Abbildung 2). Auch berichten Beschäftigte davon, dass sie erforderliche Leistungen aus Zeitmangel weglassen müssen. Gleiches gilt für die Einhaltung der Hygienevorschriften. So müssen Pflegekräfte unter anderem vor und nach jedem Patientenkontakt ihre Hände 30 Sekunden lang desinfizieren. Vier von zehn Pflegekräften, die allein für über 40 Pa-

tientinnen und Patienten zuständig sind, können diese Vorschrift nicht einhalten.

Personalnot ist gefährlich – nicht nur für die Patientinnen und Patienten. Auch die Pflegenden selbst leiden darunter, wenn sie Patient/-innen nicht optimal versorgen können. Denn die allermeisten Beschäftigten des Gesundheitswesens wählen ihren Beruf auch aus einer ethischen Motivation heraus: Sie wollen Menschen helfen, eine sinnstiftende Arbeit ausüben. Doch seit Jahren kollidiert ihr Anspruch mit den Rahmenbedingungen, die für eine gute Versorgung keine Zeit lassen. Wissenschaftler/-innen bezeichnen diese Problematik als moralische bzw. kognitive Dissonanz [4]. Sie führt zu „qualendem psychischen Unbehagen“, das Burn-out und andere psychische Erkrankungen oder aber die Flucht aus dem Beruf nach sich ziehen kann.

Psychische Belastung

Der Widerspruch zwischen fachlichen Ansprüchen an die eigene Arbeit und der alltäglichen Realität ist eine große emotionale Belastung. Sie dürfte ein entscheidender Grund dafür sein, dass – wie der BKK-Gesundheitsreport 2016 zeigt – Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe, vor allem aber Altenpflegerinnen und Altenpfleger weit überdurchschnittlich von psychischen Störungen betroffen sind als andere Beschäftigtengruppen [5]. Dass 74 Prozent der Pflegekräfte davon ausgehen, nicht bis zum gesetzlichen Rentenalter im Beruf durchhalten zu können, ist ein weiteres Alarmsignal [6].

Abbildung 2 Personal­mangel führt zu gefährlichen Situationen (Quelle: ver.di-Nachtdienstreport. www.nachtdienstreport.verdi.de; Darstellung: werkzwei)

KRANKENHAUS: GEFÄHRLICHE SITUATIONEN

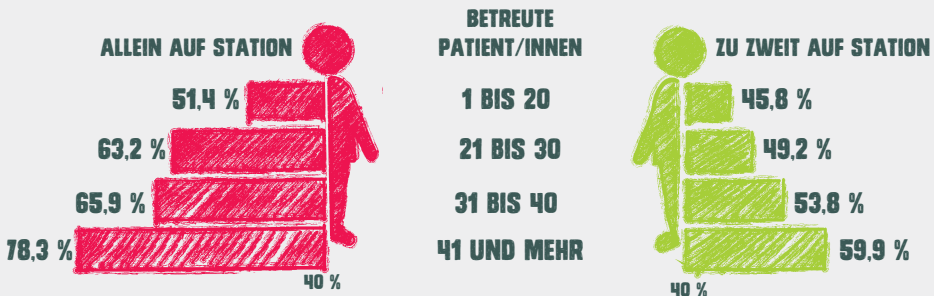
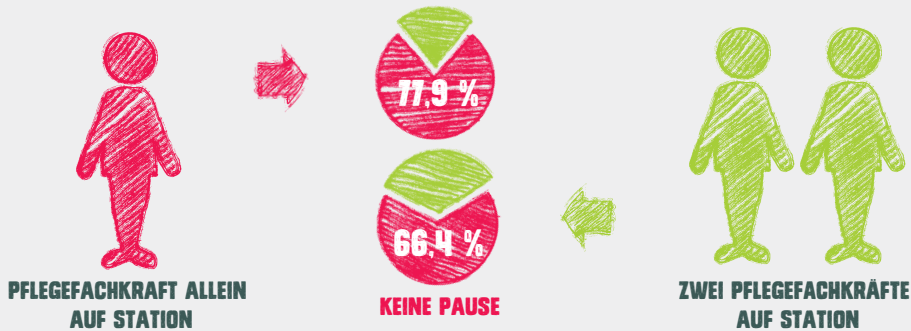


Abbildung 3 Nachts im Krankenhaus: Keine Pause möglich (Quelle: ver.di-Nachtdienstreport. www.nachtdienstreport.verdi.de; Darstellung: werkzwei)

NACHTS IM KRANKENHAUS: KEINE PAUSE MÖGLICH



Der ver.di-„Nachtdienstcheck“ zeigt des Weiteren, dass Gesetze zum Gesundheitsschutz wegen des Personalmangels nicht eingehalten werden. So erklärten 70,6 Prozent der Pflegefachkräfte, dass sie in der letzten Nachtschicht keine ungestörte Pause machen konnten, ist die Pflegefachkraft allein auf der Station liegt dieser Anteil gar bei 77,9 Prozent (» Abbildung 3) – obwohl eine mindestens halbstündige Pause bei Arbeitszeiten von mehr als sechs Stunden zwingend vorgeschrieben ist. Bei mehr als neun Stunden Arbeit muss die Pause wenigstens 45 Minuten betragen.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass solche Vorgaben eingehalten werden. Doch viele nutzen die Empathie, das Engagement und die Geduld der Beschäftigten schamlos aus. Um die Effizienz zu steigern, sollen sich die einzelnen Teams selbst organisieren – unter den Bedingungen des Personalmangels. Das ist perfide. Denn in der Praxis führt das nicht zu größerer Autonomie, sondern zur Verlagerung des Drucks in die Teams hinein. Beschäftigte fühlen sich gegenüber ihren Kolleginnen und Kollegen sowie den Patient/-innen moralisch dazu verpflichtet, auf Pausen zu verzichten, außerhalb des Dienstplans einzuspringen, sich über die eigenen Kräfte hinaus zu verausgaben. Mit dieser als „indirekte Steuerung“ bekannten Form der Unternehmensführung überträgt die Leitung faktisch auch die Verantwortung für die Gesundheit der Beschäftigten auf diese selbst. Die Beschäftigten unterlaufen zu ihrem Schutz existierende Vorschriften, weil sie die Arbeit sonst nicht schaffen würden [7].

Wenn eine Pflegekraft nachts allein auf der Station ist und gleichzeitig mehrere Patient/-innen klingeln – in welches Zimmer soll sie zuerst gehen? Wen soll sie in einer potenziell gefährlichen Situation allein lassen? Den älteren Patienten oder das Kind? Solche Entscheidungen zu treffen, ohne Einfluss auf die Rahmenbedingungen nehmen zu können, ist psychisch belastend. Die Verantwortung muss an die verantwortlichen Führungskräfte zurückdelegiert werden – an diejenigen, die für den Mangel (mit-)verantwortlich sind oder ihn ohne Gegenwehr akzeptieren.

Ein besonders gravierendes Problem für Beschäftigte der Alten- und Krankenpflege sind unzuverlässige Dienstpläne. Dass sie in ihrer Freizeit angerufen und aufgefordert werden, kurzfristig einzuspringen, ist eher die Regel als die Ausnahme. Darunter leiden soziale Beziehungen und familiäre Verpflichtungen. Wie kann man Freundschaften pflegen, in Vereinen oder politisch aktiv sein und sich um Kinder oder ältere Verwandte kümmern, wenn man ständig zum Dienstantritt bereitstehen muss? Auch diese Belastung trägt zur Zunahme psychischer Erkrankungen bei.

Schon Auszubildende sind vom Personalmangel betroffen. Knapp zwei Drittel der Pflege-Azubis beklagen, dass sie keine oder zu wenige strukturierte Praxisanleitungen erhalten. Drei von vier müssen regelmäßig kurzfristig auf anderen Stationen ausshelpen, um fehlendes Personal auszugleichen [8]. Viele verlassen schon unmittelbar nach der Ausbildung wieder den Beruf.

Finanzielle Sorgen

Hinzu kommen prekäre Arbeitsverhältnisse und schlechte Bezahlung. Das gilt insbesondere für die Servicebereiche, die vielfach in eigene Tochtergesellschaften ausgliedert oder an Fremdfirmen vergeben werden – zu deutlich schlechteren Konditionen für die Beschäftigten. Die Zergliederung von Einrichtungen führt zu Reibungsverlusten, Unsicherheiten und Unzufriedenheit. Es leidet auch die Qualität der Versorgung, wenn zum Beispiel Stationsassistentinnen nicht im Team integriert sind, sondern per Werkvertrag beschäftigt werden. Rechtlich dürfen sie dann nicht mit den Pflegekräften unmittelbar kommunizieren. Weil das für alle Beteiligten zutiefst unmenschlich ist, wird dagegen auf den Stationen täglich verstoßen. Doch das arbeitsrechtliche Risiko tragen die abhängig Beschäftigten. Schlecht bezahlt wird auch der überwiegende Teil der Beschäftigten in der Altenpflege. Die Flucht aus Tarifverträgen wird forciert, seit private, gewinnorientierte Pflegekonzerne die Branche für sich entdeckt haben. Ein Großteil der privaten Pflegeheime und ambulanten Dienste ist nicht an Tarifverträge gebunden. Ihr Konkurrenzdruck veranlasst einige Wohlfahrtsverbände ebenfalls dazu, aus der Tarifbindung auszusteigen und Standards zu senken. Die Folge ist, dass für verantwortungsvolle und belastende Tätigkeiten Niedriglöhne bezahlt werden. So verdienen Fachkräfte in der Altenpflege laut einer Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) in Ostdeutschland 16,1 Prozent, im Westen 17 Prozent weniger als der Durchschnitt der Beschäftigten [9]. Es ist keine Ausnahme, wenn eine in Vollzeit beschäftigte, examinierte Altenpflegerin in Ostdeutschland brutto nur 1.800 Euro im Monat verdient. Ein solches Einkommen reicht weder für die Versorgung einer Familie noch für den Aufbau einer armutsfesten Alterssicherung. Hinzu kommt oft unfreiwillige Teilzeitarbeit: Laut IAB geben von den Teilzeitbeschäftigten in Ostdeutschland 46 Prozent der Fachkräfte und 55 Prozent der Helfer/-innen in der Altenpflege sowie 41 Prozent der Hilfskräfte in Krankenhäusern an, keine Vollzeitstelle gefunden zu haben. Das gilt auch für viele Pflegehelfer/-innen im Westen.

Bei erzwungener Teilzeitarbeit und Niedriglöhnen sind finanzielle Probleme unausweichlich. Die Menschen machen sich Sorgen, wie sie jetzt und vor allem im Alter über die Runden kommen sollen. Auch das ist eine psychische Belastung, deren Folgen nicht zu unterschätzen sind. Angemessene Einkommen sind daher auch im Sinne des Gesundheitsschutzes dringend nötig. Statt die Flexibilität auf

Kosten der Beschäftigten immer weiter zu erhöhen, sollten die Einrichtungen deren Arbeitszeitwünsche berücksichtigen. Einerseits keine Vollzeitstellen anzubieten und andererseits über Fachkräftemangel zu jammern, passt nicht zusammen.

Vor allem aber muss die Tarifbindung im Gesundheitswesen wieder erhöht werden. Nur Tarifverträge können eine auskömmliche Vergütung und angemessene Arbeitsbedingungen garantieren. In tariflosen Pflegeeinrichtungen ist es verbreitet, nur den gesetzlichen Urlaubsanspruch von 20 Tagen bei einer Fünf-Tage-Woche zu gewähren. Bei der hohen physischen und psychischen Belastung in diesem Beruf ist das völlig inakzeptabel. Nur Tarifverträge sichern den Beschäftigten einklagbare Ansprüche. Starke Gewerkschaften setzen diese durch. Im Gesundheits- und Sozialwesen ist das die Gewerkschaft ver.di.

Die politischen Verantwortlichen können einen Beitrag zur Stabilisierung des Tarifsystems leisten, indem sie die Allgemeinverbindlichkeit von Tarifverträgen weiter erleichtern. Denn dann müssen auch nicht-tarifgebundene Firmen die Standards bei Entgelten und Arbeitsbedingungen einhalten. Der Konkurrenz mittels Lohndumping wird so ein Riegel vorgeschoben. Es steht außer Frage, dass allgemeinverbindliche Tarifverträge in der Altenpflege „im öffentlichen Interesse geboten“ wären, wie es das Gesetz verlangt. Dennoch verhindern Arbeitgebervertreter beispielsweise in Bremen, dass Tarifverträge für Auszubildende und Beschäftigte der Altenpflege allgemeinverbindlich werden. Auch die kirchlichen Wohlfahrtsverbände Diakonie und Caritas sorgen mit ihrem Festhalten am kirchlichen Sonderrecht, dem sogenannten Dritten Weg, dafür, dass allgemeinverbindliche Tarifverträge nicht zustande kommen.

Ursachen und Alternativen

Grundlegende Ursache des Personalmangels und der Arbeitsverdichtung im Gesundheitswesen ist dessen Kommerzialisierung. Die sukzessive Einführung marktwirtschaftlicher Mechanismen hat es von einem Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge in ein profitables Geschäftsfeld verwandelt. Krankenhäuser können heute Gewinne oder Verluste machen. In der Altenpflege dominieren private Anbieter, die hohe Gewinne realisieren. Es steht nun nicht mehr der hilfebedürftige Mensch im Mittelpunkt, sondern das Interesse des Leistungserbringers, seinen Ertrag zu steigern. Die Handlungslogik verschiebt sich. Markt und Wettbewerb bestimmen das Geschehen, aber nicht ein professioneller Wettbewerb um die besten Kon-

zepte, sondern ein marktliberaler Wettbewerb, der letztlich nur über den Preis entschieden wird. Darum setzen vor allem private, unter ihrem Druck aber auch öffentliche und freigemeinnützige Träger darauf, die Kosten immer weiter zu senken. Stellen werden abgebaut, Arbeit flexibilisiert, Löhne gekürzt – auf Kosten der Patientinnen und Patienten und der Beschäftigten, deren beider Gesundheit auf dem Spiel steht.

ver.di will diese unsägliche Entwicklung stoppen. Mit unzähligen Aktionen, Petitionen und Protesten wurden die Zustände in den Krankenhäusern und Pflegeheimen ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Eine zunehmende Zahl von Beschäftigten ist nicht länger bereit, ihre Gesundheit zu opfern, um das System am Laufen zu halten. Eine Bewegung für Entlastung entsteht. An der Charité hat ver.di erstmals einen Tarifvertrag für mehr Personal durchgesetzt. Damit hat die Belegschaft des Berliner Uniklinikums gezeigt: Man kann etwas bewegen. Das gilt auch für das Saarland, wo ver.di alle 21 Kliniken zu Tarifverhandlungen über Entlastung aufgefordert hat. Nach zwei Warnstreiks und vielen Aktionen wird nun in einigen Häusern verhandelt. Die neue Landesregierung hat aufgrund des öffentlichen Drucks im Koalitionsvertrag vereinbart, Qualitätsindikatoren und auf Gutachterbasis stationsbezogene Personalmindestzahlen im Rahmen der Krankenhausplanung aufzustellen. Außerdem will sie sich für einen bundesgesetzlichen Rahmen zur Qualitätssicherung einsetzen. Dazu brauche man insbesondere die Vorgabe bedarfsgerechter Personalzahlen für alle Bereiche der stationären Versorgung. Auffallend viele junge Beschäftigte der saarländischen Kliniken haben sich gewerkschaftlich organisiert und wehren sich gegen unzumutbare Zustände – sie wollen sich gut um ihre Patientinnen und Patienten kümmern.

Auch anderswo setzen Belegschaften Grenzen. Teams verweigern außerplanmäßiges Einspringen, nehmen sich ihre Pausen, lehnen das Erbringen freiwilliger Leistungen ab. Kolleginnen und Kollegen lernen, nein zu sagen – nicht nur individuell, sondern gemeinsam. Betriebs- und Personalräte fordern Arbeitgeber auf, alle Arbeitsplätze einer Gefährdungsbeurteilung zu unterziehen. Schon seit 1996 sind sie dazu verpflichtet. Seit 2013 sollen auch psychische Belastungen berücksichtigt werden. Doch allzu oft kommen Arbeitgeber dem nicht nach. Und wenn eine Gefährdungsbeurteilung stattfindet, werden die daraus folgenden Maßnahmen nicht konsequent umgesetzt. Das muss sich ändern. Die Kosten dürfen kein Argument sein, die Gesundheit von Beschäftigten zu gefährden. Der Arbeitgeber hat eine Fürsorgepflicht.

Und die politisch Verantwortlichen müssen handeln. Voraussetzung für gute Arbeitsbedingungen ist genug Personal. Wenn sich zu wenige Beschäftigte um zu viele Patienten/-innen oder Bewohnerinnen und Bewohner kümmern müssen, greifen alle anderen Präventionsmaßnahmen zu kurz. Deshalb fordert ver.di eine gesetzliche Personalbemessung, die verbindlich vorschreibt, wie viele Beschäftigte auf den Stationen und in den Bereichen am Bedarf der Patientinnen orientiert zur Verfügung stehen müssen.

In der stationären Altenpflege besteht derzeit ein Flickenteppich unterschiedlicher Personal-Richtwerte in den Bundesländern. Zudem mangelt es an Verbindlichkeit. Frühestens 2020 soll nach Planungen der Bundesregierung ein Instrument zur einheitlichen Personalbemessung zur Verfügung stehen. Das muss deutlich schneller gehen. Zudem muss die Fachkraftquote von mindestens 50 Prozent erhalten bleiben, und es darf nicht aufgeweicht werden, wer als Fachkraft anzuerkennen ist: ausschließlich Pflegefachkräfte. Als Sofortmaßnahme sollte ein Schlüssel von einer Pflegekraft zu zwei Bewohnerinnen und Bewohner gelten. Nachts soll keine Pflegekraft mehr allein arbeiten müssen.

In den Krankenhäusern gibt es, von wenigen Ausnahmen abgesehen, bislang überhaupt keine Personalvorgaben. Viele Aktionen waren nötig, um die schwarz-rote Koalition zu der Erkenntnis zu bringen: Der Markt regelt es nicht. Gute Pflege und Versorgung gibt es nur mit einer angemessenen Personalausstattung, die verbindlich vorgeschrieben wird. Für „pflegesensitive Bereiche“ hat die Bundesregierung nun Pflegepersonaluntergrenzen auf den Weg gebracht, die allerdings erst 2019 in Kraft treten sollen. Stellt sich die Frage: Was ist im Krankenhaus nicht „pflegesensitiv“? In allen Bereichen der Pflege sind verbindliche Personalvorgaben nötig – um die Qualität der Patientenversorgung zu sichern und die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten.



Um den künftigen Fachkräftebedarf zu decken und die Gesundheitsberufe für junge Menschen attraktiv zu machen, braucht es eine gute Bezahlung und eine ausreichende Personalausstattung.

Literatur

1. Simon M (2015) Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser – Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten, Hochschule Hannover

- Simon M, Mehmecke S (2017) Nurse-to-Patient Ratios: Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hans-Böckler-Stiftung, Working Paper 27, Düsseldorf
- ver.di-Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen (2017) Personalmangel und Versorgungsprobleme in deutschen Krankenhäusern, www.nachtdienstreport.verdi.de
- Kühn H (2003) Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit. In: Büssing A, Glaser J (Hrsg.) Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, S. 77ff.
- Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) (2016) BKK Gesundheitsreport 2016 „Gesundheit und Arbeit“. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- DGB-Index Gute Arbeit 2012, Ergebnisse der Repräsentativumfrage, Juni 2013. URL: <http://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/jahresreports/++co++dbde5bf6-d77c-11e3-8c30-52540023ef1a> (Zugriff am 22.05.2017)
- Peters K (2005) Wie Krokodile Vertrauen schaffen. Die neue Selbständigkeit im Unternehmen: Arbeiten ohne Ende? In: Lorenz F, Schneider G (Hrsg.) Vertrauensarbeitszeit, Arbeitszeitkonten, Flexi-Modelle. Konzepte und betriebliche Praxis. Hamburg, VSA, S. 63ff.
- ver.di-Jugend (2015): Ausbildungsreport Pflegeberufe. <http://gesundheit-soziales.verdi.de/service/publikationen/++co++073c31d6-d358-11e6-8724-52540066e5a9>
- Bogai D, Carstensen J, Seibert H, Wiethölter D, Hell S, Ludwig O (2015) Viel Varianz: Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Pflegebeauftragter der Bundesregierung/Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Berlin



Foto: Die Hoffotografen

Sylvia Bühler

ist Mitglied im Bundesvorstand der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) und leitet den Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen.

Von der Idee zur Tat: Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Pflege

Andreas Flöttmann und Frank Großheimann
BKK Diakonie

Einleitung und Hintergrund

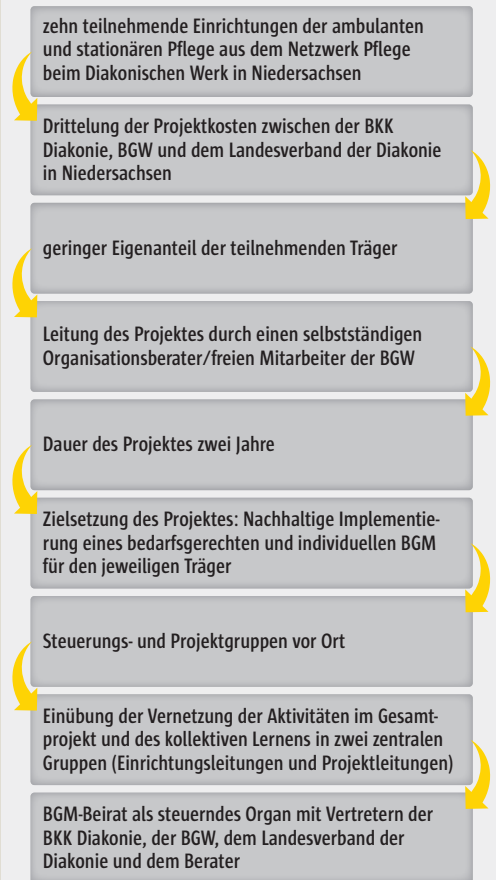
Gesundheit am Arbeitsplatz ist zu einem Schlüsselthema in der Pflegebranche geworden. Der spürbare Fachkräftemangel und hohe Krankenstände zwingen Pflegeeinrichtungen, sich diesem Bereich stärker zu widmen – nicht nur aus sozialer Verantwortung, sondern auch aus wirtschaftlicher Notwendigkeit. Träger, die sich um die Gesundheit ihrer Mitarbeiter kümmern, verringern zum Beispiel Fehlzeiten, werden als attraktive Arbeitgeber wahrgenommen und binden erfahrene Fachkräfte. Das ist gerade im Pflegebereich von großer Bedeutung, denn durch den demografischen Wandel wächst die Zahl der pflegebedürftigen Menschen weiter und damit auch der Bedarf an Pflegekräften.

Der Handlungsbedarf ist also groß. Als Krankenkasse für soziale Berufe unterstützt die BKK Diakonie darum Betriebe, ein professionelles Gesundheitsmanagement aufzubauen und zeigt Wege, wie Arbeitsabläufe gesundheitsfördernd gestaltet werden können. In einem Pilotprojekt (» Abbildung 1) entwickelt die BKK Diakonie zurzeit mit dem Diakonischen Werk in Niedersachsen und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) einen Ansatz speziell für die Arbeit in der Altenpflege. Zehn diakonische Einrichtungen aus Niedersachsen nehmen teil und bauen ein auf ihren Betrieb zugeschnittenes Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) auf.

Das Profil der BKK Diakonie – die Krankenkasse für soziale Berufe

Die BKK Diakonie ist eine moderne Betriebskrankenkasse mit langer Tradition. Entstanden ist sie vor mehr als 110 Jahren aus den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel in Bielefeld heraus. Pastor Friedrich von Bodelschwingh gründete 1903 eine Kasse, um Bethel-Mitarbeiter im Krankheitsfall gut abzu-

Abbildung 1 Projektstruktur des Pilotprojekts „Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Pflege“



sichern: Der Grundstein der BKK Diakonie war gelegt. Diese Wurzeln und die enge Verbindung zur Diakonie prägen das Profil und Handeln der BKK Dia-

konie bis heute. Rund 75 Prozent der Versicherten arbeiten in Kirche, Diakonie und sozialen Berufen. Die BKK Diakonie versteht sich als Partner von Unternehmen der Sozialwirtschaft und sieht hier ihren Arbeitsschwerpunkt und Auftrag. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement hat sich dabei zu einem Kernthema der BKK Diakonie entwickelt. Aufgrund langjähriger Erfahrung weiß die BKK Diakonie, wie stark Menschen gerade in pflegenden und sozialen Berufen gefordert sind und kennt die besonderen Herausforderungen in diesem Berufsfeld genau.

Arbeitsbedingungen und spezifische Krankheitsursachen in Pflegeberufen

Neben der körperlich anstrengenden Arbeit und damit einhergehenden Muskel-Skelett-Erkrankungen sind es vor allem die psychischen Belastungen, die zu Erschöpfung oder gar zu Krankmeldungen führen. Hinzu kommen Arbeitsverdichtung, Schichtdienst, Zeit- und Termindruck. Nicht zuletzt haben Beschäftigte in sozialen Berufen oft einen besonders hohen Anspruch an ihre Tätigkeit und ein großes Maß an Verantwortungsbewusstsein den Menschen gegenüber, die auf sie angewiesen sind. So erledigen sie manche zusätzlichen Aufgaben und gehen bis an die Grenze der Belastbarkeit oder darüber hinaus. Dieser harte Berufsalltag schreckt manche junge Menschen ab. Schon Praktikanten und junge Menschen im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) melden zurück, dass sie sich nicht sicher sind, dauerhaft diesem Druck gewachsen zu sein.

Ein ähnliches Bild zeichnet eine aktuelle Umfrage des BKK Dachverbands unter 2.000 Beschäftigten. Gut ein Drittel der Mitarbeitenden in der Altenpflege hatten Zweifel oder hielten es für unwahrscheinlich, dass sie ihren Beruf auch in den nächsten zwei Jahren noch ausüben können, ausgehend vom jetzigen Gesundheitszustand. In der Krankenpflege war sich jeder vierte Befragte nicht sicher. Damit liegen beide Berufsgruppen deutlich über dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Die befragten Altenpfleger sahen dabei sowohl ihre körperliche (28,6%) und noch stärker ihre psychische Gesundheit (35,7%) stark bzw. sehr stark gefährdet.

Und auch das zeigt die Umfrage: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz ist den Beschäftigten wichtig. In der Altenpflege gab allerdings mehr als die Hälfte der Befragten (57,1%) an, dass es in ihrem Betrieb dazu keine Angebote gibt. Sind sie jedoch vorhanden, dann ist die Inanspruchnahme gerade in der Altenpflege überdurchschnittlich hoch (79,2%).

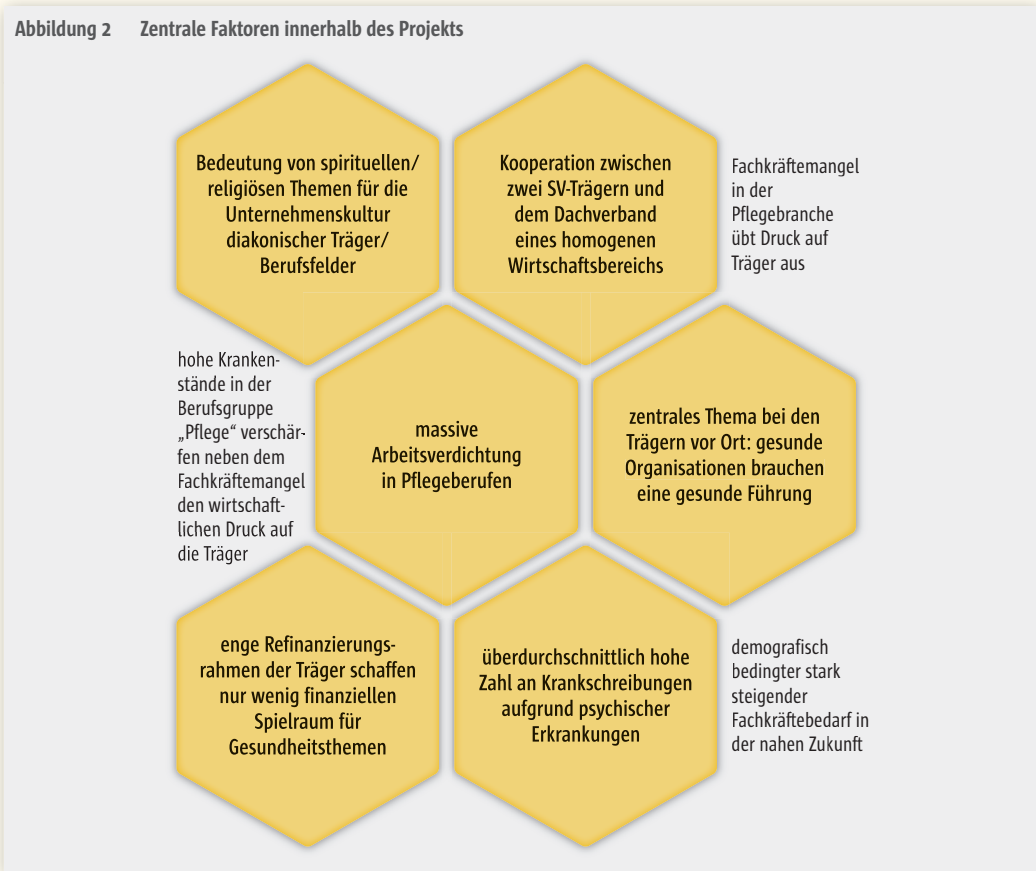
Von der Idee zur Tat: Pilotprojekt zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement in der Pflege

Im September 2015 fiel der Startschuss für das zweijährige Projekt zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement in der Pflege (»» Abbildung 2). Initiator ist das Netzwerk Pflege, ein Zusammenschluss diakonischer Träger ambulanter und stationärer Pflege in Niedersachsen. Die Diakonie in Niedersachsen vertritt als Dachverband die Arbeitgeberseite, die Sozialversicherungsträger sind durch die BKK Diakonie und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) repräsentiert. Beide Träger haben eine ähnliche Versichertenstruktur und sind zudem gesetzlich verpflichtet, Betriebe bei der Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gefahren zu unterstützen. Das Projekt läuft bis Ende 2017, die Ergebnisse werden anschließend evaluiert und 2018 vorgestellt.

Konkret umgesetzt wird das Projekt in zehn Einrichtungen des Netzwerks Pflege in Niedersachsen. Diese Einrichtungen bauen derzeit mit Unterstützung eines externen Projektleiters ein jeweils auf ihren Betrieb individuell zugeschnittenes BGM auf. Das Spektrum der teilnehmenden Einrichtungen reicht von der kleinen diakonischen Sozialstation mit nur wenigen Mitarbeitern bis hin zum Großbetrieb mit insgesamt mehr als 1.000 Beschäftigten. Hinzu kommen mehrere stationäre Altenheime mit 60 bis 80 Beschäftigten. So unterschiedlich die Betriebe sind, der Aufbau des BGM läuft in allen Einrichtungen ähnlich ab:

- Am Anfang stand nach einem Projekt Kick-off eine ausführliche **Analyse** von Daten und Arbeitsprozessen in den teilnehmenden Unternehmen. Ein Ergebnis der Datenanalyse ist die systematische Erfassung von körperlichen und psychischen Gesundheitsrisiken im Betrieb. Wo gibt es Zeit- und Termindruck? Welche Stressfaktoren benennen die Mitarbeiter? Welchen körperlichen und psychischen Belastungen sind sie ausgesetzt? Es zeigt sich, an welchen Stellen es kritische Strukturen und Handlungsbedarf gibt.
- Die Analyse und Auswertung gehört zu den Aufgaben des jeweiligen **Steuerungskreises**, der ebenfalls am Anfang aufgebaut wurde. Ein vom Unternehmen benannter Beauftragter/Koordinator leitet diesen Kreis. Teil des Projektes war und ist die Qualifizierung dieser Personen für die neue Aufgabe. Hinzu kommen Vertreter des Personalbereichs, der Leitung sowie der Mitarbeiterschaft. In regelmäßigen Treffen bearbeiten die Steuerungskreise die identifizierten Themen, er-

Abbildung 2 Zentrale Faktoren innerhalb des Projekts



arbeiten Lösungen, dokumentieren und überprüfen die Umsetzung.

- Ein Gremium bestehend aus den jeweiligen **internen Projektleitern** sorgt dafür, dass neue Netzwerke entstehen, die auch über das Projekt hinaus Bestand haben und so z.B. Wege zur kollegialen Beratung bereiten.
- Nicht zuletzt spielt auch die **Öffentlichkeitsarbeit** im Projekt eine wichtige Rolle, die systematisch einbezogen wird. Denn die besten Ideen bringen nichts, wenn sie nicht kommuniziert werden, nach innen, in den Betrieb hinein, aber auch in der Außendarstellung, um sich auch über das Projekt hinaus als gesundheitsorientierter Betrieb zu profilieren.
- Ein **Projektbeirat** begleitet und berät die Entwicklung des Projektes. Dieser ist besetzt mit je einem Vertreter der Diakonie in Niedersachsen, der beteiligten Einrichtungen, der BGW und der BKK Diakonie.

- Die Erkenntnisse zum Aufbau **trägerspezifischer BGM-Konzepte** werden nach Abschluss des Projekts weiteren interessierten Einrichtungen des Netzwerks Pflege bei der Diakonie in Niedersachsen zur Verfügung gestellt. Diese sollen die für ihre Unternehmen relevanten Aspekte und Erfahrungen aus dem Projekt zum Aufbau eigener gesundheitsfördernder Strukturen nutzen.

Grundsätzliches zum Aufbau gesunder Unternehmen

Beim Aufbau gesunder Unternehmen kommt grundsätzlich den Führungskräften unterhalb der Geschäftsführung eine entscheidende Rolle zu. Eine gezielte Qualifizierung der Leitenden z.B. im „**Gesunden Führen**“ hat sich bewährt.

- Ein BGM wird durch ein **Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)** ergänzt. Hier geht es darum, Beschäftigte nach einer längeren Krank-

heit wieder Schritt für Schritt in den Arbeitsprozess einzubinden und Hilfen anzubieten, damit sie in Zukunft ihre Arbeit gut bewältigen können und nicht erneut erkranken.

- Externe **Experten von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften** einzubinden, erweist sich häufig als sehr hilfreich. Diese „Gäste“ blicken von außen auf das Unternehmen und erkennen so oft Probleme, die Insidern gar nicht mehr auffallen.
- Unser BGM zeichnet sich dadurch aus, dass wir in Abstimmung mit unseren diakonischen Partnerunternehmen auch auf **spirituelle und religiöse Themen** und ihre Bedeutung für die Unternehmenskultur eingehen. Um gesund zu bleiben, müssen Körper, Geist und Seele gestärkt werden, darum verfolgen wir einen ganzheitlichen Ansatz. Dies ist nicht zuletzt das Ergebnis einer Forschung zur „Spiritualität und Gesundheit“ der Fachhochschule der Diakonie (FHdD) in Bielefeld.

Betriebliche Gesundheitsförderung versus Gesundheitsmanagement

Oft werden beide Begriffe miteinander verwechselt oder gleichgesetzt, dabei gibt es eine klare Abgrenzung der beiden Bereiche: Die **Betriebliche Gesundheitsförderung** umfasst individuelle Angebote für Mitarbeitende zum Beispiel einen Fitness-Kurs im Betrieb oder Vorträge zum Thema Stress oder Suchtprävention. Die Angebote richten sich an die Mitarbeiter und zielen auf eine *Veränderung des Verhaltens* der Einzelnen. Das **Betriebliche Gesundheitsmanagement** umfasst neben der Betrieblichen Gesundheitsförderung weitere Aspekte, wie z.B. das Betriebliche Eingliederungsmanagement und den Arbeitsschutz. Damit ist es im Schwerpunkt darauf gerichtet, eine *Veränderung der Verhältnisse* im Unternehmen zu bewirken. Es geht darum, gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen nachhaltig und systematisch im Betrieb zu implementieren und Gesundheitsrisiken systematisch zu reduzieren. Das BGM ist eine Führungsaufgabe, in der Regel erwächst daraus auch eine bessere Gesundheitsförderung im Betrieb.

Beispiele aus der Praxis

Ein BGM setzt bei Strukturen und Arbeitsabläufen an und kümmert sich nicht um konkrete Einzelmaßnahmen. Eine Steuerungsgruppe zum BGM organisiert zum Beispiel nicht einen speziellen Yoga- oder

Raucher-Entwöhnungskurs, sondern erkennt aufgrund der Betriebsanalyse, dass es sinnvoll wäre, einen Suchtbeauftragten oder Konfliktmanager im Betrieb zu installieren. Das BGM schafft damit dauerhafte Strukturen und Anlaufstellen, die sich um konkrete Hilfen und Unterstützung für die einzelnen Mitarbeiter kümmern und sorgt auf diese Weise für gesunde Verhältnisse.

Ein anderes Beispiel sind Hilfsmittel in der Pflege. Die Betriebsanalyse verschafft zunächst Klarheit über die Arbeitsbedingungen und Abläufe. Welche Hilfsmittel sind auf der Pflegestation vorhanden? Werden Lifter und andere Hilfsmittel auch genutzt? Wo gibt es Investitionsbedarf? Werden Hygienevorschriften angewandt oder aus Zeitmangel und Hektik übergangen? Aus den Erkenntnissen kann die Steuerungsgruppe möglicherweise ableiten, dass zusätzliche Mitarbeiterschulungen in Sachen Infektionsschutz notwendig sind oder Arbeitsabläufe neu organisiert werden müssen.

In einem gesunden Unternehmen wächst auch ein Verständnis für die Bedeutung von verlässlicher Arbeitseinteilung. Planbare Dienstzeiten und regelmäßig freie Wochenenden sind für die Arbeitszufriedenheit und Gesundheit der Mitarbeiter von großer Bedeutung. Dazu gehören auch regelmäßige Pausen im Dienst. Ebenso können Modelle einer flexibleren Arbeitszeitgestaltung Altenpflegerinnen und -pfleger helfen, den Job weiterhin gesund auszuüben.

Wichtig ist auch zu erkennen, wo die Grenzen eines BGM sind. Der Einfluss ist natürlich auf den Arbeitsbereich beschränkt und kann Gesundheitsrisiken in der Freizeit und im Privatleben nicht verhindern. Ebenso wäre es unrealistisch zu glauben, dass ein professionelles Management alle Gesundheitsprobleme im Betrieb löst. Möglicherweise steigt mit Einführung eines BGM sogar der Krankenstand, weil Mitarbeiter bewusster mit ihrer Gesundheit umgehen und sich krankmelden, statt wie bisher mit Rücken- oder Halsschmerzen zur Arbeit zu gehen. Dennoch sollten Arbeitgeber die Einflussmöglichkeiten, die sie haben, so gut wie möglich nutzen. So geht es doch um die langfristige Verbesserung bzw. den Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden.

Erste Erfahrungen

Ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zu implementieren, ist ein Kraftakt, aber er lohnt sich. So lautet die bisherige Bilanz des Projekts. Klar ist: Die Aufgabe erfordert Zeit, Geld und Engagement und lässt sich nicht einfach „nebenbei“ bewerkstelligen. Pro-

tolle müssen geschrieben, Treffen organisiert und Maßnahmen dokumentiert werden. Dieser Mehraufwand ist für soziale Einrichtungen eine Herausforderung, denn Mitarbeiter und Führungskräfte sind mit dem Tagesgeschäft in der Regel schon voll ausgelastet. Dennoch sind wir überzeugt, dass Unternehmen, die wettbewerbsfähig und zukunftssicher aufgestellt sein wollen, nicht umhinkommen, sich um eine gesunde Unternehmenskultur zu kümmern. Dafür reicht es nicht, einmal im Jahr einen Gesundheitstag zu organisieren. Studien zeigen, dass der Effekt solcher Einmal-Aktionen schnell verpufft. Eine nachhaltige Wirkung setzt erst ein, wenn das Thema Gesundheit dauerhaft und auf allen Ebenen im Betrieb mitgedacht und gelebt wird. Damit ein BGM zum Erfolg wird, sind aus unserer Erfahrung folgende Punkte wichtig:

- **BGM braucht Macht:** Um Veränderungen im Unternehmen anzustoßen, braucht es am Anfang eine Entscheidung mit Macht und ein klares Bekenntnis der Unternehmensspitze, das Vorhaben umzusetzen. Es reicht nicht, dass die Geschäftsführung das Vorhaben akzeptiert und zulässt, sie muss den Prozess aktiv unterstützen sowie Geld und Zeitressourcen zur Verfügung stellen.
- **BGM braucht Verbündete:** Aber auch ein Chef alleine kann kein BGM zum Erfolg bringen. Das BGM muss zu einer Bewegung im Unternehmen werden, die sich durch alle Abteilungen zieht. Eine zentrale Rolle spielen dabei die Führungskräfte, die geschult werden und Gesundheitskompetenz aufbauen müssen. BGM ist eine Führungsaufgabe, die nur im Zusammenspiel mit allen Verantwortlichen im Betrieb erfolgreich umgesetzt werden kann.
- **BGM braucht Offenheit:** Veränderungen anzustoßen ist immer schwierig, denn es bedeutet, im Betrieb etablierte Strukturen und Routinen zu durchbrechen. Nicht selten regt sich Widerstand bei Mitarbeitern und/oder Abteilungsleitern, wenn neue Wege beschritten werden sollen. „Das haben wir schon immer so gemacht.“ „Das ist erprobt und hat sich bewährt.“ „Wir kennen den Laden am besten.“ Diese Haltung ist immer wieder zu erleben, erst recht, wenn sogenannte Experten von

außen Vorschläge machen. Hier braucht es Offenheit, Anregungen als Chance zu verstehen und Mut, neue Wege zu gehen.

- **BGM kostet Geld:** Ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zum Nulltarif gibt es nicht, langfristig zahlen sich Investitionen in die Gesundheit aber aus. Der exakte Mehrwert lässt sich dabei nicht immer genau beziffern. Es gibt Studien, die von einem Verhältnis von 1 zu 3 bis 4 ausgehen. Das heißt, 1.000 investierte Euro bringen einen Vorteil von 3.000 bis 4.000 Euro für das Unternehmen, zum Beispiel, weil der Krankenstand sinkt und Mitarbeiter motivierter arbeiten.
- **BGM kann jedes Unternehmen:** Ein BGM ist in jedem Betrieb möglich, unabhängig von der Größe. Natürlich ist es für kleine Pflegestationen schon aufgrund der Mitarbeiterzahl schwieriger, ein professionelles Gesundheitsmanagement aufzubauen. Allerdings sind kleine Einrichtungen oft flexibler und können mit wenigen Veränderungen viel bewegen. Große Unternehmen haben dagegen mehr Ressourcen und Chancen, sind aber auch unbeweglicher, wenn es darum geht, Strukturen zu verändern. Am besten lässt sich ein BGM in mittleren, überschaubaren Einheiten umsetzen.

Ausblick

Ein professionelles Gesundheitsmanagement ist eine Unternehmensstrategie mit Weitblick. Erfolg und Qualität einer Pflegeeinrichtung hängen in entscheidendem Maße von gesunden, leistungsfähigen und motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ab. Dazu kann ein Unternehmen beitragen, indem Arbeitsbedingungen gut gestaltet und Gesundheitsrisiken minimiert werden. Zudem binden gesundheitsorientierte Unternehmen erfahrene Fachkräfte und sind attraktiv für Arbeitssuchende. Gerade angesichts des Kostendrucks und Fachkräftemangels in der Pflegebranche sollten Träger ihre Einflussmöglichkeiten nutzen. Gesundheit und Mitarbeiterorientierung sind ein Wettbewerbs- und Erfolgsfaktor, auch und gerade in der Pflege.



Andreas Flöttmann

Seit 2005 Vorstand der BKK Diakonie mit Sitz in Bielefeld-Bethel. Der Diplomkaufmann im Gesundheitswesen (FH) begann 1996 seine Tätigkeit bei der BKK Diakonie und arbeitete dort bis 2004 im mittleren Management. Zuvor war Andreas Flöttmann Bezirksgeschäftsführer bei der DAK.



Frank Großheimann

Seit 2002 Bereichsleiter Marketing, Öffentlichkeitsarbeit und Vertrieb bei der BKK Diakonie. Der Krankenkassenbetriebswirt und systemische Coach ist Mitglied in zahlreichen diakonischen Gremien und Netzwerken und begleitet/unterstützt mit seinen Mitarbeitern bundesweit diakonische Unternehmen in Gesundheitsfragen.

Kein Stress mit dem Stress.

Lösungen und Tipps für Pflegeeinrichtungen

Birgit Schauerte¹, Franziska Stiegler² und Peter Krauss-Hoffmann³

¹ Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH

² BKK Dachverband e.V.

³ Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt fördern – Handlungshilfen für die betriebliche Praxis: Das Projekt psyGA

Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt ist längst kein Nischenthema mehr und die Folgen stressbedingter Erkrankungen und Ausfalltage sind branchenübergreifend spürbar.

Seit den 1990er-Jahren sind in Wissenschaft, Forschung und Politik viele Erkenntnisse und Empfehlungen zur Prävention psychischer Belastungen in der Arbeitswelt entwickelt worden. Erst kürzlich hat die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) eine wissenschaftliche Standortbestimmung [1] vorgelegt und dabei zentrale Einflussfaktoren identifiziert. Die Forschung zeigt deutlich, dass psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel multifaktorielle Ursachen aus beruflichen und privaten Einflussfaktoren, sowie individuellen Dispositionen zugrunde liegen. Sie zeigt auch, welche Arbeitsbedingungen, in Bezug auf die Arbeitsaufgabe, Führung und Organisation, Arbeitszeit und ergonomische Faktoren einen gefährdenden Einfluss auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten haben können. Darüber hinaus werden präventiv wirksame Gestaltungsempfehlungen für die einzelnen Bereiche umfassend beschrieben.

Aus wissenschaftlichen Erkenntnissen praktische Handlungsempfehlungen für die Prävention psychischer Gesundheit in der Arbeitswelt abzuleiten, ist keine leichte Aufgabe. So zeigt der Blick in die Praxis, dass trotz der fundierten Erkenntnisse nur wenige Unternehmen das Potenzial betrieblicher Präventionsstrategien für den Erhalt der psychischen Gesundheit der Beschäftigten ausschöpfen. Die Ursachen hierfür liegen trotz breiter medialer Berichterstattung und öffentlicher Diskussion u. a. in der unzureichenden Aufbereitung dieser Erkenntnisse für betriebliche Gestaltungsprozesse. Insbe-

sondere kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) fällt ein systematischer Zugang häufig schwer. Vor diesem Hintergrund hat das Projekt psyGA bereits im Jahr 2009 damit begonnen, das vorhandene Präventionswissen so aufzubereiten, dass es in der betrieblichen Praxis Anwendung finden kann. Ziel des Projektes ist, Akteure in Unternehmen und Organisationen für das Thema „psychische Gesundheit“ zu sensibilisieren, zu informieren und bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit zu unterstützen. Dafür hat psyGA vorhandenes Wissen in einem Anwendungskonzept gebündelt und in praktikable Handlungshilfen übersetzt. Das Projekt nutzt hierzu die Präventionsexpertise und die Netzwerke von 19 Kooperationspartnern aus dem Gesundheitswesen mit Zugang zu KMU und zahlreichen Netzwerken, die den Transfer der entwickelten Materialien unterstützen. Die Angebote von psyGA sollen Unternehmen sensibilisieren und unterstützen, Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten im Betrieb präventiv wirksam gestalten zu können. Neben klassischen Broschüren mit Informationen und Handlungshilfen hat psyGA auch eine Reihe digitaler Tools entwickelt, um die Inhalte an die Zielgruppe zu transportieren.

Die Projektleitung von psyGA liegt beim BKK Dachverband. Das Projekt wird durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) gefördert. psyGA wird fachlich begleitet durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

Angebote für Branchen

Die betrieblichen Rahmenbedingungen, bei denen Prävention ansetzen kann, sind unterschiedlich: So

stehen z.B. Betriebe, die in der Altenpflege tätig sind, vor anderen Herausforderungen als Handwerks- oder Gastronomiebetriebe. Zudem haben Großunternehmen andere Möglichkeiten, Einfluss auf die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu nehmen als KMU.

Das Projekt psyGA hat deshalb in den vergangenen Jahren damit begonnen, vorliegende Handlungshilfen durch enge Zusammenarbeit mit Präventionsexperten und KMU besonders belasteter Branchen (z.B. Handwerk, Gastronomie und Pflegeeinrichtungen) auf deren Bedarfe anzupassen.

Passgenaue Hilfestellungen für Betriebe in der Pflegebranche

Wie die im BKK Gesundheitsreport 2016 vorgestellten Ergebnisse zeigen, treten Fehltag aufgrund psychischer Störungen am häufigsten in der Altenpflege auf. Hier fiel 2015 jeder bzw. jede Beschäftigte im Schnitt 4,5 Tage wegen psychischer Störungen aus – das sind nahezu doppelt so viele Fehltag, wie bei allen Beschäftigten insgesamt (2,3 Tage) aufgrund dieser Krankheitsart auftreten [2].

Die Ursachen hierfür sind vielschichtig. Zum einen trifft der demografische Wandel die Pflegebranche in ganz besonderer Weise: Eine älter werdende Belegschaft muss mit einer geringer werdenden Anzahl qualifizierter Fachkräfte eine immer höhere Anzahl an Pflegebedürftigen versorgen, die wiederum aufgrund ihres zunehmenden Alters verstärkt multimorbid und dementiell verändert sind. Hohe Dokumentationsanforderungen, eine dünne Personaldecke und hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten führen dazu, dass sich der subjektiv empfundene Handlungsspielraum für die „eigentliche“ Pflege immer geringer anfühlt. Hinzu kommt, dass Arbeit in der Pflege als Arbeit am Menschen hohe Anforderungen an die professionelle Regulation der eigenen Gefühle (Emotionsarbeit) stellt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in pflegenden Berufen befinden sich häufig im Spagat zwischen professionellem Pflegeanspruch und der Realität, unter den gegebenen Bedingungen, dem Anspruch nicht gerecht werden zu können. Dass die Anforderung, inadäquate Emotionen zu unterdrücken, in einem engen Zusammenhang mit emotionaler Erschöpfung steht, konnte mittlerweile gut belegt werden [3].

Im ambulanten Pflegedienst werden diese Herausforderungen durch die mobile Tätigkeit, die oft nur wenig Erholung zwischen den Einsätzen und einem entlastenden Austausch mit Kollegen zulässt,

noch zusätzlich verstärkt. Auch die körperliche Belastung für die Pflegefachpersonen in der häuslichen Umgebung ist sehr hoch. Oftmals herrscht räumliche Enge und es fehlt eine unterstützende Hand, insbesondere bei der Pflege von Schwerstpflegefällen. Nicht zuletzt erschweren Wochenend- und Wechseldienste private Planungen. Neben der hohen Arbeitsintensität und der zunehmenden Emotionsarbeit zeigt der Austausch mit der Praxis, dass es weitere Einflussfaktoren gibt, die sich auf die Arbeitszufriedenheit und das psychische Wohlbefinden der Beschäftigten auswirken. Hervorzuheben sind hier in erster Linie unregelmäßige Arbeitszeiten und lange Arbeitsphasen, fehlende Pausen und fehlende erholungswirksame Freiphasen. Für die Kombination aus hoher Arbeitsintensität und hohen Anforderungen an Emotionsarbeit mit langen oder schwer planbaren Arbeitszeiten (Schicht- und Nachtdienste), ist die negative Wirkung auf das psychische Wohlbefinden und die Erholungsfähigkeit deutlich nachweisbar [1].

Warum die Arbeit in der Pflege trotz der schwierigen Rahmenbedingungen ein sehr erfüllender Beruf ist und wie Einrichtungsleitungen Einfluss auf die Gesundheit, Zufriedenheit und damit auch die Motivation der Beschäftigten nehmen können, zeigt die Handlungshilfe „Kein Stress mit dem Stress. Lösungen und Tipps für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen“ [4] (►► Abbildung 1).

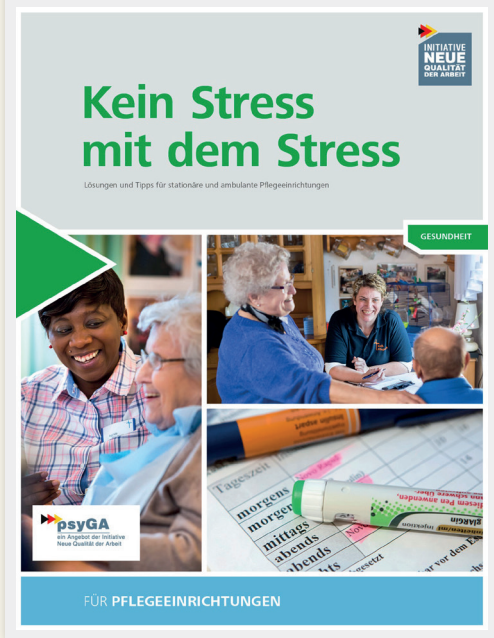
Die Handlungshilfe wurde vom Projekt psyGA gemeinsam mit dem Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH in enger Kooperation mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen entwickelt. Die Handlungshilfe bündelt Informationen, Maßnahmen und Umsetzungsbeispiele und gibt den Einrichtungen kompakte Umsetzungshilfen an die Hand.

Im Überblick

Die Handlungshilfe richtet sich vorwiegend an ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, die auf die Pflege älterer Menschen ausgerichtet sind. Sie zeigt, was Einrichtungsleitungen und Leitungen in Pflegeeinrichtungen dazu beitragen können, um die Gesundheit ihrer Beschäftigten und damit auch die eigene zu erhalten.

In neun Kapiteln wurden von Präventionsexperten im engen Austausch mit Einrichtungen die zentralen betrieblichen Einflussfaktoren für die psychische Gesundheit der Beschäftigten aufgegriffen und in konkrete Maßnahmen und Lösungsvorschläge übersetzt. Die Handlungshilfe behandelt dabei einleitende Strategien und Erfolgsfaktoren für gesunde

Abbildung 1 Kein Stress mit dem Stress – Lösungen und Tipps für ambulante Pflegeeinrichtungen



9. **Gesetzliche Anforderungen erfüllen:** Psychische Belastung erkennen und reduzieren

Die Handlungshilfe ist so aufgebaut, dass sie von den Leserinnen und Lesern sowohl als kompaktes Nachschlagewerk als auch als Hintergrundlektüre verwendet werden kann. Durch Kurzchecks zu Beginn jedes Themenkapitels ist es möglich, einen ersten Überblick zu bekommen, bei welchen Aspekten z. B. im Bereich der Arbeitsorganisation (Ist der Dienstplan für die Beschäftigten verlässlich und gibt es eine Vertretungsregelung?) in der Einrichtung aktuell Handlungsbedarf besteht. Anschließend werden vertiefende branchenspezifische Informationen und der mögliche Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten beschrieben. Es folgen konkrete Lösungsvorschläge und praktische Tipps zu den im Kurzcheck identifizierten Handlungsfeldern, die durch zahlreiche Praxisbeispiele aus Pflegeeinrichtungen „von Pflegenden für Pflegenden“ abgerundet werden. Jedem Kapitel wurden konkrete Arbeitshilfen zugeordnet, die helfen, den Handlungsbedarf zu erkennen und Maßnahmen umzusetzen. Insgesamt finden die Leserinnen und Leser 29 praktische Arbeitshilfen im Anhang der Handlungshilfe.

Für einen besseren Einblick in die entstandene Handlungshilfe werden im Folgenden exemplarisch drei der neun Kapitel näher beschrieben.

Arbeit genauso wie die zentralen Herausforderungen des Pflegealltags. Themen wie gute Arbeitsorganisation, gesundes Miteinander unter Kollegen und mit Bewohnern sowie eine mitarbeiterorientierte Führung spielen hierbei eine zentrale Rolle. Auch der Umsetzung gesetzlicher Anforderungen wurde ein eigenes Kapitel gewidmet. Die im Folgenden aufgeführten Kapitel können nacheinander oder je nach Bedarf einzeln bearbeitet werden:

1. **Gesundheit in den Blick nehmen:** Strategien und Erfolgsfaktoren für gesunde Arbeit
2. **Stress vermeiden:** Arbeit gut planen und organisieren
3. **Konflikte verhindern und lösen:** Ein gesundes Miteinander fördern
4. **Beziehungsarbeit unterstützen:** Mit herausfordernden Situationen offen umgehen
5. **Überforderung vorbeugen:** Veränderungen gemeinsam meistern
6. **Gesund führen:** Auf die Beschäftigten achten
7. **Ressourcen aufbauen:** Die Gesundheit der Beschäftigten stärken
8. **Selbstfürsorge ernst nehmen:** Auf sich selbst achten

Gesundheit in den Blick nehmen – Strategien und Erfolgsfaktoren für gesunde Arbeit

Wenn „Minutenpflege“ und wenig planbare Unwägbarkeiten den beruflichen und organisatorischen Alltag bestimmen, ist die Umsetzung einer ganzheitlichen Präventionsstrategie in einer Einrichtung leichter gesagt als getan. Die meisten Einrichtungsleitungen fühlen sich in ihrer Rolle durch die Vielzahl an Aufgaben unter hohem Zeitdruck, einem niedrigen Stellenschlüssel und hoher Fluktuation eher als Organisatoren eines ständigen Ausnahmezustandes denn als strategische Leitung.

Die Gesundheit der Beschäftigten in einer Pflegeeinrichtung in den Blick zu nehmen, bedeutet also weit mehr als die Einhaltung hygienischer Vorschriften oder die Umsetzung des Arbeitsschutzes. Verschiedene strategische Überlegungen bereiten den Boden für eine ganzheitliche Präventionskultur, die eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung genauso in den Blick nimmt, wie die Sensibilisierung der Beschäftigten für einen gesunden Lebens- und Arbeitsstil. Darüber hinaus geht es auch um Entwicklung eines gesundheitsorientierten Leitbildes

und den Aufbau einer mitarbeiterorientierten Führungskultur.

Wie Arbeitsbedingungen gesundheitsorientiert gestaltet, organisatorische Abläufe vorausschauend geplant und ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) in einer Einrichtung implementiert werden kann, erfahren die Einrichtungsleitungen im Schwerpunkt in den ersten beiden Kapiteln der Handlungshilfe.

In fünf Schritten zu einem ganzheitlichen BGM

In fünf Schritten (» Abbildung 2) wird dafür unter anderem die Einführung eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) beschrieben. Bei BGM geht es um den Aufbau von gesundheitsförderlichen Strukturen mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. BGM umfasst dabei sowohl die Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als auch Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung als Teil eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Neben der Gestaltung gesundheitsförderlicher ergonomischer und organisatorischer Arbeitsbedingungen spielen auch der Aufbau einer mitarbeiterorientierten Führungskultur sowie die Förderung eines gesunden Miteinanders und die Sensibilisierung der Beschäftigten für einen gesunden Lebens- und Arbeitsstil eine entscheidende Rolle. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist als Führungsaufgabe zu verstehen, die ein syste-

matisches Vorgehen und die Einbeziehung aller Beteiligten erfordert. Gut umgesetzt können stressreduzierende, gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen entwickelt und die Beschäftigten für ein gesundheitsförderliches Verhalten sensibilisiert werden.

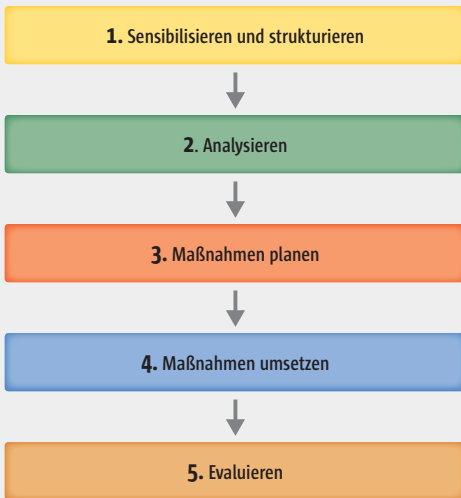
Die weiteren Kapitel bieten neben diesen grundlegenden Informationen konkrete Empfehlungen für eine gesunde Arbeitsorganisation (Kapitel 2), die neben Beispielen für eine mitarbeiterorientierte Dienstplangestaltung u. a. auch Tipps zum Thema „erholungswirksame Pausenkultur“ umfassen. Aus der Praxis für die Praxis erfahren die Leserinnen und Leser interviewbasiert darüber hinaus bewährte Methoden, wie die Pflegedokumentation vereinfacht werden kann und vieles mehr.

Beziehungsarbeit unterstützen – Mit herausfordernden Situationen offen umgehen

Kapitel 4 der Handlungshilfe verdeutlicht, welche Möglichkeiten Einrichtungen haben, Emotionsarbeit zu unterstützen, denn Arbeit in der Pflege ist immer Beziehungsarbeit. Das bedeutet für die Pflegenden, dass sie sich sowohl körperlich als auch emotional auf die Bewohnerinnen und Bewohner einlassen. Die Nähe zu den Bewohnerinnen und Bewohnern, die Erlebnisse mit ihnen und die Wertschätzung, die sie ihnen entgegenbringen, sind erfüllende und wichtige Aspekte des Pflegeberufs. Professionalität in der Gestaltung dieser Beziehungen stellt sehr hohe Anforderungen an die Pflegekräfte. Die Balance zwischen Nähe und Distanz ist eine tägliche Herausforderung. Darüber hinaus bringt es der Pflegealltag mit sich, dass Pflegenden immer wieder mit Situationen konfrontiert werden, die sie physisch oder psychisch belasten. Neben körperlichen Tätlichkeiten gegen Pflegenden und Übergriffe wie verbal aggressives Verhalten (Beschimpfungen, Bedrohungen) ist auch der Umgang mit der Sexualität der Bewohner eine alltägliche Herausforderung, die häufig nicht thematisiert wird.

Im Kapitel „Beziehungsarbeit unterstützen“ wird aufgezeigt, welche Rahmenbedingungen für eine bewohnerorientierte Pflege geschaffen werden können und wie eine Kultur entstehen kann, in der ein offener Umgang mit herausforderndem und schambe-setztem Verhalten möglich ist. Dafür wird erklärt, wie herausfordernde Situationen z. B. in Fallbesprechungen thematisiert werden können und wie den Beschäftigten durch den Aufbau von Bewältigungskompetenzen ganz konkrete Hilfestellungen angeboten werden können. Aus der Praxis berichtet eine Einrichtungsleiterin, wie sie in ihrer Einrichtung das (Tabu-)Thema Gewalt angegangen ist, was dabei die

Abbildung 2 5 Schritte zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement [5]



Herausforderungen waren und wie sie es geschafft hat, den Aufbau von Bewältigungskompetenzen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu unterstützen.

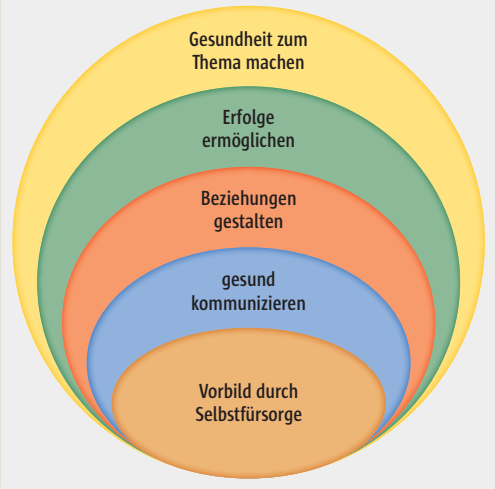
Gesunde Führung in der Pflege

Der Einfluss einer gesundheitsgerechten Führung auf das psychische Wohlbefinden der Mitarbeitenden ist mittlerweile sehr gut nachgewiesen. Das gilt selbstverständlich auch für die Pflegebranche. Ein mitarbeiterorientierter Führungsstil motiviert die Beschäftigten und trägt damit zum Erhalt und der Steigerung des Wohlbefindens und damit auch der Gesundheit bei. Gute Führung ist jedoch im Arbeitsalltag, gerade unter den beschriebenen Rahmenbedingungen eine große Herausforderung. Die Leitungen in der Pflege tragen die Verantwortung für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen, die Umsetzung des Arbeitsschutzes, die Organisation der Arbeitsabläufe. Bei ihnen landen tägliche Konflikte genauso wie AU-Bescheinigungen, für die Ersatz besorgt werden muss. Diesen komplexen Anforderungen gerecht zu werden, ist selbst für erfahrene Leitungen eine Herausforderung.

Wie gute Mitarbeiterführung in einer Pflegeeinrichtung trotz der schwierigen Rahmenbedingungen gestaltet werden kann, zeigt die Handlungshilfe an den fünf Elementen einer gesundheitsgerechten Führung (»»» Abbildung 3). Die Leitungen in der Pflege oder in der Hauswirtschaft können diese Elemente im Alltag mit Leben füllen. Wie das geht, wird im Kapitel 6 unter „So geht’s“ ausführlich beschrieben.

Gute Führung beginnt dabei immer mit guter Selbstfürsorge. Da dies gerade in helfenden Berufen häufig vernachlässigt wird, widmet sich die Handlungshilfe dem Thema „Selbstfürsorge ernst nehmen“ mit einem eigenen Kapitel (Kapitel 8). Neben der Vorbildfunktion ist eine transparente Kommunikation ein elementarer Bestandteil gesundheitsgerechter Führung. Selbst wenn Zeitdruck und hohes Arbeitsaufkommen nicht zu ändern sind, können der Austausch und das Miteinander, die Wertschätzung für die geleistete Arbeit und ein konstruktiver Umgang mit Konflikten die Belastung für die Beschäftigten und auch die Leitungen merklich reduzieren. Wie dies mithilfe einer Arbeitssituationsanalyse oder den sogenannten „Ideen-Treffen“ mit Beschäftigten umgesetzt werden kann, wird in dem Kapitel anschaulich beschrieben. Nicht zuletzt gehört es zur Verantwortung von Führungskräften, auftretende psychische Belastungen bei Beschäftigten zu erkennen und angemessen zu reagieren. Für

Abbildung 3 Fünf Elemente gesundheitsgerechter Führung [5; S. 93]



diese anspruchsvolle Aufgabe bietet die Handlungshilfe eine Arbeitshilfe mit Hinweisen, die beim Erkennen von psychisch beanspruchten Beschäftigten helfen, sowie einen Gesprächsleitfaden für ein lösungsorientiertes Vieraugengespräch.

Die Handlungshilfe „Kein Stress mit dem Stress – Lösungen und Tipps für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen“ kann über die Website www.psyGA.info/pflege kostenlos bestellt werden und ist auch als Download verfügbar. Auf der Seite wurden zudem Links zu weiterführenden Informationen aufbereitet. Interessierte finden darüber hinaus Links zu Unterstützungsangeboten von Krankenkassen, Netzwerken und weiteren Initiativen und Akteuren.

Literatur

1. Rothe I, Adolph I, Beermann B, Schütte M, Windel A, Grewer A, Lenhardt U, Michel J, Thomson B, Formazin M (2017) Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Wissenschaftliche Standortbestimmung. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Dortmund
2. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) (2016) BKK Gesundheitsreport 2016. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
3. Schöllgen I, Schulz A (2016) Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Emotionsarbeit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Dortmund
4. Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.) (2017) Kein Stress mit dem Stress. Lösungen und Tipps für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Berlin
5. BGF-Institut (2015) Fit für den demografischen Wandel. Betriebliches Gesundheitsmanagement und regionale Unterstützungsmöglichkeiten in der Region Mülheim, Essen und Oberhausen



Dr. Birgit Schauerte

Dr. Birgit Schauerte studierte an der Deutschen Sporthochschule (DSHS) Sportwissenschaften mit dem Schwerpunkt Rehabilitation und Prävention.

Seit 2011 leitet sie das Team Forschung und Entwicklung im Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung der AOK Rheinland/Hamburg in Köln. Sie setzt mit ihrem Team schwerpunktmäßig drittmittelgeförderte anwendungsorientierte Forschungsprojekte im Bereich der betrieblichen Prävention um und war maßgeblich an der Entwicklung der hier vorgestellten Handlungshilfe beteiligt.



Franziska Stiegler

Franziska Stiegler absolvierte ein Studium der Sozialwissenschaften und Psychologie mit Abschluss Master in Berlin und eine Ausbildung zur systemischen Beraterin und Therapeutin in Wiesloch und Heidelberg. Danach war sie mehrere Jahre lang als Beraterin und Trainerin bei einer externen Mitarbeiterberatung tätig. Seit 2016 ist sie Referentin in der Abteilung Gesundheitsförderung des BKK Dachverbands und dort verantwortlich für das vom BMAS im Rahmen von INQA geförderte Projekt „psyGA – Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“.



Dr. Peter Krauss-Hoffmann

Regierungsdirektor, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Arbeitswissenschaftler und promovierter Gesundheitspädagoge. 2000 Berufseinstieg bei der Deutschen Bahn AG im Bereich Human Resource Management mit den Schwerpunkten Personalentwicklung und Qualifizierung. 2002 Wechsel in die Bundesverwaltung zur Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) mit Schwerpunkten in den Bereichen „Qualifizierung“, „Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)“, „Transfer“ sowie „wissenschaftliche Politikberatung“. Im Rahmen von INQA baute er im Bund gesundheitsbezogene Netzwerke für Fachakteure und Kompetenznetzwerke für Betriebe (KMU) auf. 2011 Wechsel in das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin/Bonn. Dort Regierungsdirektor und Projektkoordinator „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt/psyGA“. Lehrbeauftragter an der Hochschule des Bundes in Brühl sowie am Fachbereich Sozialversicherung der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg.

Interview mit Bettina Tews-Harms



Bettina Tews-Harms

Staatl. gepr. Krankenschwester, Geschäftsführerin der Bettina Harms GmbH, leitet seit über 20 Jahren einen ambulanten Pflegedienst und hat 2015 für die gelungene Implementierung des BGM den Deutschen Unternehmenspreis Gesundheit gewonnen.

Wir über uns: Die Bettina Harms GmbH

Die Bettina Harms GmbH ist ein Pflegeunternehmen mit Sitz im Landkreis Gifhorn und der Stadt Wolfsburg. Seit der Gründung des Betriebes im Jahr 1994 leitet die ausgebildete Krankenschwester Bettina Tews-Harms das Unternehmen.

Täglich werden mehr als 700 Menschen in der Region durch die mehr als 300 Mitarbeiter/-innen versorgt. Zusätzlich werden über 2.000 Pflegegeldempfänger pro Jahr beraten.

Die Angebote sind sehr vielseitig, es gibt neben der Hauswirtschaft und Pflege auch noch:

- ambulant betreute Wohngemeinschaften,
- Tagespflegeeinrichtungen,
- Heimbeatmungen und Intensivpflegen,
- Kinderintensivpflege,
- Palliativpflege sowie
- Pflegeberatungen, Schulungen und Seminare.

Der Betrieb ist überwiegend dezentral organisiert und durch ein starkes Mitarbeiterwachstum geprägt (in den letzten Jahren zwischen 12–20% pro Jahr).

Aktuell steht das Unternehmen durch den Fachkräftemangel und den demografischen Wandel vor sehr großen Herausforderungen.

Wie und warum wurde bei der Bettina Harms GmbH ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) eingefügt?

Im Jahr 2012 hat sich die Unternehmensleitung zur Einführung eines strukturierten BGM entschieden. Die Gründe dafür waren:

- eine Altersstrukturanalyse mit dem Ergebnis, dass der Altersdurchschnitt der Mitarbeiter/-innen 42,5 Jahre beträgt,
- der überdurchschnittlich große Anteil der über 55-jährigen Mitarbeiter/-innen,
- der drohende Fachkräfte-/Pflegerkräftemangel,
- die Zunahme an psychischen Belastungen u.a. durch die vermehrte Versorgung von Menschen mit Demenz,
- die Spezialisierung im Bereich der Palliativpflege und die damit verbundenen besonderen Belastungen,
- die Erkenntnis, dass punktuelle Maßnahmen nur sehr kurzfristige Erfolge zeigten und
- nicht zuletzt das Wissen um den Zusammenhang von Führung und Gesundheit.

Deshalb wurde eine **AG Gesundheit** gegründet, die in den ersten Jahren unter regelmäßiger Teilnahme der Geschäftsführung tagte, um die Bedeutung für das Unternehmen zu unterstreichen („Gesundheit ist Chefsache“). Eingeladen waren Mitarbeiter/-innen aus allen Abteilungen. In den ersten anderthalb Jahren wurde die **AG Gesundheit** durch eine externe Beraterin moderiert, um das Thema BGM strukturiert und zielgerichtet zu bearbeiten. In dieser Zeit wurde die Vision „**Gesunder Betrieb 2020**“ entwickelt, verknüpft mit dem Ziel, als attraktiver Arbeitgeber von jungen und älteren Pflegekräften in der Region wahrgenommen zu werden und die eigenen Mitarbeiter/-innen bis zum Renteneintrittsalter gesund im Betrieb zu halten.

Welche konkreten Schritte waren zur Einführung eines BGM nötig und welche Maßnahmen wurden geplant bzw. bereits umgesetzt?

Folgende Aspekte wurden bei der Einführung, Planung und Umsetzung des BGM berücksichtigt:

- Ressourcen nutzen,
- Führung und Gesundheit,
- Zusammenarbeit mit der Leitung und
- bedarfsgerechte Angebote schaffen.

Ressourcen nutzen

In der AG Gesundheit wurde sehr schnell deutlich, dass es bereits viele gesundheitsfördernde Maßnahmen und Strukturen im Unternehmen gab, allerdings waren sie nicht allen Mitarbeiter/-innen bekannt. Vor allem für neue Mitarbeiter/-innen fehlten Hinweise auf die Angebote. Viele Maßnahmen wurden auch noch nicht dem BGM zugeordnet (Supervision, Coaching, Training für Führungskräfte, Mitarbeiterentwicklungsgespräche, Fortbildung, familienfreundliche Arbeitszeiten usw.).

Diese bestehenden Ressourcen wurden als Maßnahmen des BGM erfasst, systematisiert, bei Bedarf verschriftlicht und durch die Installation von Multiplikatoren für das BGM besser bekannt gemacht.

Führung und Gesundheit

Die Bedeutung des BGM in der Bettina Harms GmbH wurde durch die Festlegung in den Führungsgrundsätzen und Aufnahme in das Unternehmensleitbild hervorgehoben.

Die Führungskräfte haben in den Führungskräftetrainings den Zusammenhang von Führung und Gesundheit bearbeitet: Resilienztrainings helfen den Führungskräften, die Bedeutung der Selbstfürsorge sowie die eigenen Ressourcen zu erkennen und werden auch für neue Führungskräfte regelmäßig angeboten.

Sich ihrer Vorbildfunktion auch in Sachen Gesundheit bewusst zu werden, ist ein wichtiger Bestandteil der Fortbildungsmaßnahmen für Führungskräfte.

Zusammenarbeit mit der Leitung

Die Bettina Harms GmbH ist bekannt für das gute Betriebsklima. Das hat sich auch in der Mitarbeiter-

befragung 2015 und aktuell im Rahmen eines BGM Workshops bestätigt. Von großer Bedeutung ist dabei die gute Zusammenarbeit der Leitung mit den Teammitgliedern.

Als wesentliche Merkmale der guten und gesundheitsfördernden Zusammenarbeit wurden immer wieder folgende Aspekte hervorgehoben:

- flache Hierarchien,
- Wertschätzung im Umgang,
- Verlässlichkeit in Absprachen,
- die persönliche Erreichbarkeit der Vorgesetzten,
- die Bereitschaft von Vorgesetzten, Fehler einzugestehen,
- Rücksichtnahme der Vorgesetzten auf die persönliche Lebenssituation des Einzelnen sowie
- Mitgestalten und Einfluss nehmen zu können.

Um diese gute Zusammenarbeit weiter zu festigen, wird derzeit in der Führungsebene in moderierten Workshops die Einführung des 360°Feedbacks diskutiert.

Bedarfsgerechte Angebote schaffen

In der (ambulanten) Pflege sind geteilte Dienste aufgrund der Versorgungszeiten der Kunden sehr häufig.

Umso wichtiger ist für die Akzeptanz von gesundheitsfördernden Angeboten, dass sie zielgruppenspezifisch, standortnah und zeitlich flexibel angeboten werden. Sie müssen sich in den Tagesablauf der überwiegend weiblichen Beschäftigten gut einbauen lassen und dürfen nicht als zusätzliche Belastung empfunden werden.

- So werden z. B. in kurzen Workshops für die Pflege „Anti-Stress-Quickies“ angeboten. Dort lernen die Mitarbeiter/-innen Übungen zum schnellen „Ent-stressen“ in angespannten Situationen und Muskelentspannungs- oder Kräftigungsübungen, die sie während der Autofahrt, z. B. an der Ampel, durchführen können.
- Für die Mitarbeiter/-innen in der hauswirtschaftlichen Versorgung werden gezielte Workshops zur Reduzierung von einseitigen, körperlichen Belastungen (z. B. beim Fensterputzen) angeboten.
- Die Verwaltungsmitarbeiter/-innen haben am Telefon häufig mit verzweifelten, hochbetagten und verstörten Kunden zu tun. Das wird als Belastung empfunden. Sie lernen in eigens hierfür ausgerichteten Workshops, wie sie mit dieser Belastung besser umgehen können.

Welche positiven Wirkungen hat das BGM gezeigt und was können andere ambulante Pflegedienste von Ihnen lernen?

Derzeit hat das BGM eine besonders große Bedeutung im Zusammenhang mit dem Wettbewerb um Pflegekräfte. Wir sind davon überzeugt, dass die Einführung des BGM ein wesentlicher Wettbewerbsvorteil für das Unternehmen ist und ein Baustein darstellt, die bevorstehenden Herausforderungen zu meistern. Wir sehen uns dabei auf einem guten Weg, schließlich zeigten sich auch positive Ergebnisse in der Mitarbeiterbefragung zum Thema Gesundheit: Die Gesundheitsvorsorge der Firma allgemein und speziell das Stressbewältigungsprogramm sowie das Sportangebot wurden positiv hervorgehoben. Wir stellen zudem fest, dass der Krankenstand nach wie vor stabil bleibt – auch, wenn durch manchmal unvermeidliche Überstunden die Belastung zunimmt. Wir fühlen uns dadurch in unserem Engagement für das Betriebliche Gesundheitsmanagement bestätigt. Aber Bestätigung erfolgte auch von anderer Seite: Wir sind stolz, dass die Bettina Harms GmbH 2015 mit dem Deutschen Unternehmenspreis Gesundheit ausgezeichnet wurde (»»» Abbildung 1).

Andere Pflegedienste werden dadurch hoffentlich ermutigt, ebenfalls etwas für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu tun. Dabei ist der Einstieg denk-

Abbildung 1 Bettina Harms GmbH: Preisträger 2015 in der Kategorie „Kleine und Mittlere Unternehmen“



bar einfach: Zunächst sollte man Erkenntnisse sammeln, die schon vorliegen, oftmals gibt es schon Hinweise auf Veränderungsbedarf. Hilfreich ist es zudem, einfach mit den Mitarbeitern das Gespräch zu suchen, um herauszufinden, wo diese die größten Belastungen sehen. Das Engagement der Unternehmensführung ist hierbei ein wichtiges Signal, sowohl nach innen als auch nach außen – zeigt es doch die hohe Wertschätzung für und Wertlegung auf das BGM und damit auch die Achtung vor den Mitarbeitern, deren Gesundheit auch dem Unternehmen am Herzen liegt.

Interview mit Dr. Andrea Grebe



Foto: WüstenhagenVivantes

Dr. Andrea Grebe
Vorsitzende der Geschäftsführung
der Vivantes Netzwerk für
Gesundheit GmbH

Die Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

Vivantes mit Sitz in Berlin ist Deutschlands größter kommunaler Klinikkonzern, zu dem Krankenhäuser, Pflegeheime, Seniorenwohnhäuser, Gemeinschaftspraxen und ein Hospiz gehören. Jedes Jahr schenken dem Unternehmen eine halbe Millionen Patienten ihr Vertrauen, etwa jedes 3. Berliner Baby wird in einer Vivantes Klinik geboren. Alle Kliniken sind akademische Lehrkrankenhäuser. Vivantes zählt zu den größten Ausbildern im Gesundheitsbereich. Insgesamt beschäftigt Vivantes über 15.000 Mitarbeiter.

Was war der Anlass, Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) in Ihrem Unternehmen einzuführen?

Die gesellschaftliche und demografische Entwicklung bewirkt auch im Gesundheitswesen einen ständigen Wandel der Arbeitsbedingungen: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden älter, Fachkräfte knapper. Um die Gesundheit, aber auch die Zufriedenheit der Beschäftigten nachhaltig zu verbessern, hat Vivantes vor über zehn Jahren begonnen, ein umfassendes Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) einzuführen (» Abbildung 1). Die Weiterentwicklung ist jetzt Bestandteil unserer Personalstrategie.

Abbildung 1 Betriebliches Gesundheitsmanagement bei Vivantes



**Betriebliches
Gesundheits
Management**

Welche BGM-/BGF-Maßnahmen bieten Sie für Ihre Beschäftigten an und wie werden diese genutzt?

Vivantes bietet ein breites Spektrum, vom klassischen Arbeitsschutz als integralem Bestandteil des BGM, über Seminare zur Führungskultur oder Burn-out-Prophylaxe bis hin zu Zumba-Betriebssportgruppen oder Hilfestellung beim Umgang mit Suchterkrankungen. Vivantes hat daher einen eigenen Koordinator für das Betriebliche Gesundheits- und Eskalationsmanagement, wo alle Prozesse zusammenlaufen, evaluiert und gesteuert werden. Als Grundlage für die Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen werden u.a. Analyseinstrumente wie Fehlzeitenberichte der Krankenkassen genutzt.

Beim Arbeitsschutz steht eine aktuelle Gefährdungsbeurteilung im Vordergrund, die auch die körperlichen und psychischen Belastungen berücksichtigt. Das Vorsorge- und Impfmanagement ist gefahrungsadaptiert. Neben speziellen arbeitsplatzbezogenen Beratungen bietet Vivantes an allen Standorten „Arbeitsschutztage“ an. Hier werden allgemein gültige Themen geschult, wie z.B. Verhalten bei einem Arbeitsunfall, aber auch aktuelle Themen, wie z.B. „Masernausbruch in Berlin“.

Von zunehmender Bedeutung ist auch, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lernen, mit gewalttätigem Verhalten im Gesundheitswesen umzugehen. Vivantes verfügt dazu über ein strukturiertes Deeskalationsmanagement, welches im Unternehmen implementiert ist und allen Beschäftigten zur Verfügung steht. Ausgebildete Trainer vermitteln professionelle Techniken der Deeskalation und Gewaltbeherrschung. Kommt es dennoch zu Vorfällen, stehen intern psychologische Erstbetreuer/-innen bereit.

Sehr erfolgreich läuft unser Programm zur Ausbildung zum „Sprachbegleiter/Sprachmentor im Gesundheitswesen“. Kommunikation, Sprache und Wortwahl spielen im Klinikalltag eine wichtige Rolle im Umgang mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen, aber auch mit Kolleginnen und Kollegen. Sprache kann den Ausschlag geben, ob man sich freundlich zugewandt begegnet oder ob Stress entsteht. Die Idee des Projektes ist es, unsere Beschäftigten speziell im Pflegebereich für die Bedeutung einer zugewandten Sprache und Wortwahl zu sensibilisieren, die sich letztlich auch auf einen selbst positiv auswirkt. Inzwischen sind deutlich mehr als 300 Pflegekräfte zu Sprachbegleitern bzw. -mentoren ausgebildet, die dann auch als Multiplikatoren wirken.

Darüber hinaus gehört Vivantes beispielsweise zum Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser (DNRfK) und bietet Beratungen und Tabakentwöhnungen an. Das Unternehmen verfügt über ein vielfältiges Angebot von Betriebssportgruppen, diverse Kooperationen mit Anbietern von Fitness, Wellness und Präventionskursen im gesamten Stadtgebiet und unterstützt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Teilnahme an mehreren großen Laufveranstaltungen. Diese und weitere Angebote werden über das Handbuch und die Webseite „vivaVital“ sowie über interne Nachrichtenkanäle kommuniziert.

Welche positiven Wirkungen sind dabei zu verzeichnen?

Zunächst einmal ist es gelungen, die Führungskräfte für das Thema Mitarbeitergesundheit und ihre eigene Vorbildfunktion zu sensibilisieren. Die steigende Nachfrage nach Präventionskursen oder Schulungen vonseiten der Beschäftigten zeigt, dass das BGM im Unternehmen erfolgreich verankert ist, und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichten über die begleitenden Evaluationen von positiven Auswirkungen auf ihre körperliche und mentale Gesundheit.

Die Senkung arbeitsbedingter Belastungen, beispielsweise durch die verpflichtende Teilnahme aller Pflegekräfte an der Fortbildung „RückenAKTIV“, wirkt sich mit Sicherheit positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten aus. Ein exakter Nachweis der Wirkung einzelner BGM-Maßnahmen, beispielsweise anhand der Entwicklung des Krankenstandes, ist allerdings aufgrund der Vielzahl der Einflussfaktoren schwierig. Immerhin: Vivantes hat mit seinem BGM 2014 die höchste Stufe (Exzellenzstufe) beim Corporate Health Award erreicht. Dies ist die führende Qualitätsinitiative für nachhaltiges BGM im deutschsprachigen Raum. Im Januar 2015 wurde die Auditierung sehr erfolgreich abgeschlossen. Hierzu schreibt der Auditor des Corporate Health Audit:

„Die Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH hat ein exzellentes Betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert. Das Gesundheitsmanagement fördert eine unternehmensweite Gesundheitskultur. Die Mitarbeiter profitieren von gut auf ihre Bedarfe abgestimmten, Gesundheitsleistungen und werden in ihrer Leistungsfähigkeit und Motivation nachhaltig gestärkt.“

Wo gibt es noch Optimierungsbedarf und was ist in der Zukunft geplant?

Ziel ist es natürlich, die Gesundheitsquote der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhöhen. Dazu müssen wir uns genauer anschauen, welche unserer Maßnahmen besonders zielführend sind und welche weniger. Allerdings benötigen wir dafür eine valide Datenbasis, um konkrete Effekte genauer messen zu können und Angebote noch passgenauer zuschneiden zu können. Zusätzlich soll das BGM im Rahmen der ständigen Weiterentwicklung noch stärker in den betrieblichen Strukturen und Prozessen verankert werden, d.h. alle Führungskräfte und Beschäftigten sollen ihren Einfluss auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit kennen und bei Bedarf Angebote zur Unterstützung nutzen, notfalls durch einzelnes Case Management.

Was können andere Gesundheitsunternehmen von Ihnen im Bereich BGM/BGF lernen?

Von zentraler Bedeutung sind zunächst ein klares Bekenntnis der Geschäftsführung zum BGM und die Bereitstellung nötiger Ressourcen. Auch die Einbindung des BGM in wichtige Entscheidungen in unterschiedlichen Unternehmensbereichen spielt eine Rolle. Und schließlich müssen viele verschiedene In-

formationswege genutzt werden, um alle Beschäftigten zu ermutigen sich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen. Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden beispielsweise gleich bei der In-

formationsveranstaltung „Willkommen bei Vivantes“ auf das BGM aufmerksam gemacht. Der Fokus liegt aber auf die Führungskräfte und Multiplikatoren auf allen Ebenen.



5

Fazit

„Für Ihre Gesundheit schufteten wir uns krank“ – Was muss sich ändern an den Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen?



Franz Knieps
Vorstand des BKK Dachverbands,
Berlin

Eigentlich wissen wir gut Bescheid, was gute Arbeit ausmacht: Autonomie und Selbstbestimmung bei der Ausgestaltung von Arbeitsbedingungen, Anerkennung und Respekt für die Leistung bei Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzten und vor allem in der Gesellschaft, Differenzierung und Abwechslung bei den Arbeitsinhalten, faire Entlohnung und gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen speziell bei der Führung. Insoweit unterscheidet sich gute Arbeit im Gesundheitswesen nicht wesentlich von Arbeit in anderen Branchen und Tätigkeitsfeldern. Obwohl die Gesundheits- und Arbeitswissenschaften in den letzten Jahren und Jahrzehnten die Erkenntnislage bei Diagnose und Therapien von Fehlentwicklungen stark verbessert haben, tun sich gerade die Institutionen des Gesundheitswesens schwer, hier praktische Verbesserungen zu erzielen, obwohl der eklatante Fachkräftemangel an allen Orten und in allen Bereichen nicht mehr wegzudiskutieren ist. Ob die Probleme bei der Personal- und Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen auch damit zusammenhängen, dass der Erfolg der Arbeit der Gesundheitsberufe selten ein Werk Einzelner ist und ganz wesentlich vom Gegenüber, dem kranken und/oder gehandicapten Patienten abhängt, soll hier nicht vertieft untersucht werden, sondern wird als Belastungsfaktor bei allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen unterstellt. Der folgende Beitrag skizziert vielmehr einige der Ursachen, die in der

Systemarchitektur und in politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen zu suchen sind und die Professionen unterschiedlich treffen, und gibt Anregungen, wo Veränderungen dringlich und möglich sind.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen – Die Dominanz der ärztlichen Profession

Betrachtet man das deutsche Gesundheitswesen aus der internationalen Perspektive, so fällt sofort auf, wie dominant die ärztliche Profession gegenüber anderen Professionen herausgehoben ist und tatsächlich agiert. Dies beginnt bei der begrifflichen Dominanz der Medizin gegenüber der Pflege sowie anderen Tätigkeiten, die von „Assistenzberufen“ oder „nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen“ ausgeführt werden. (Haftungs-)Rechtlich wird den Ärzten eine Definitionsmacht zugeordnet und die Verantwortung für Arbeitsinhalte übertragen, die wenig oder nichts mit Medizin im engeren Sinne zu tun haben. Größere Organisationseinheiten wie Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren und ambulante Praxen stehen unter ärztlicher Leitung, selbst wenn der Pflege eine gewisse Autonomie und Mitwirkung an der Führung – etwa in vielen Landeskrankenhausesetzen bei der Leitung eines Krankenhauses – zugestanden wird. In der Praxis kann trotzdem nicht von Augenhöhe die Rede sein, zumal sich im Konkurrenzkampf um die Ressourcen in aller Regel die ärztliche Profession durchsetzen kann.

Dazu trägt auch bei, dass das deutsche Berufs- und Sozialrecht bei vielen Tätigkeiten den Arztvorbehalt kennt, die in anderen Ländern Pflegekräften oder anderen Gesundheitsberufen zugeordnet sind. Zwar hat der Gesetzgeber in jüngster Zeit hier Lockerungen über Modellversuche ermöglicht, doch tut sich die Selbstverwaltung, in der andere Gesundheitsberufe als die Ärzte und Psychotherapeuten nicht vertreten sind, schwer, Spielräume auszuloten und flexible Lösungen zu erproben. Soweit institu-

tionelle und/oder materielle Interessen traditioneller Akteure im Selbstverwaltungssystem betroffen sind, reicht es folgerichtig nicht aus, gesetzliche Möglichkeiten zur Veränderung zu schaffen. Das lehrt schon die jahrzehntelange Auseinandersetzung um die Stärkung der Primärversorgung. Wenn der Gesetzgeber Veränderungsbedarf sieht, muss er vielmehr zwingende Vorgaben zur Veränderung inklusive Zeitplan und Konfliktlösung machen. Zugleich müssen die Kostenträger ihre traditionellen Vorbehalte gegen die Übertragung von Kompetenzen auf andere Gesundheitsberufe zurückstellen. Referenz für Änderungen sollte nicht das Idealbild eines Gesundheitssystems sein, sondern die alltägliche Realität, beispielsweise bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln.

Überkommene Ordnungsvorstellungen – Mängel in der Bildung

Die Ursachen hierfür liegen aber nicht nur in den rechtlichen Rahmenbedingungen, die noch vielfach von überkommenen Ordnungsvorstellungen überlagert sind. Sie sind vielfältiger Natur und beginnen bereits mit Aus-, Weiter- und Fortbildung. Nur der Arztberuf ist vollständig akademisiert. Zudem werden Aus- und Weiterbildung der Ärzte in aller Regel von den Steuer- und Beitragszahlern finanziert, während viele andere Berufsgruppen in die eigene Tasche greifen müssen. Noch immer sind das Elite- und Kastendenken in weiten Teilen nicht nur der Universitätsmedizin stark ausgeprägt und der Widerstand gegen eine gemeinsame (Grund-)Ausbildung mit anderen (akademischen) Gesundheitsberufen hoch. Die Verfolgung ärztlicher Sonderinteressen spiegelt auch die überwiegende Organisation der Ärzte in einer Spartengewerkschaft und in schlagkräftigen Berufsverbänden wider, die vor dem (legalen) Einsatz von Arbeitskampfmaßnahmen bis hin zum Streik nicht zurückschrecken. Dagegen ist der Organisationsgrad anderer Professionen deutlich geringer. Bei vielen Berufen ist zudem eine Zersplitterung in unterschiedliche Gruppen zu beobachten, die sich untereinander oft heftiger bekämpfen als Geschlossenheit für ihre wichtigsten Forderungen zu demonstrieren.

Arbeitsverdichtung mit einseitigen Belastungen und mangelhafter Respekt für anspruchsvolle Arbeit

Vor diesem Hintergrund darf es nicht verwundern, dass die Ärzteorganisationen in den letzten Jahren

sowohl im ambulanten Sektor wie in der stationären Versorgung bedeutende Verbesserungen insbesondere bei der Arbeitszeit und der Vergütung erzielt haben. Diese Verbesserungen wirken sich sogar teilweise zum Nachteil anderer Berufsgruppen in den Versorgungsbereichen aus. Während die Zahl der Ärzte in fast allen Krankenhäusern deutlich anstieg, wurde zeitgleich fast überall die Personalausstattung im Pflegedienst und in sonstigen Funktionsbereichen reduziert. Dem kann man nicht entgegenhalten, dass sich die Versorgung allgemein in den ambulanten Sektor verlagere, denn die Zahl der Fälle in den Krankenhäusern steigt stetig. Zugleich sinkt die Verweildauer, was im Ergebnis zu einer spürbaren Verdichtung der Arbeit führt. Berichte über skandalöse Personalausstattungen in der Nacht und am Wochenende können nicht länger als Einzelfälle abgestempelt werden. Es ist ein alarmierendes Zeichen, wenn diese Zustände – wie Anfang des Jahres in der ZEIT – selbst von Krankenhausärzten angeprangert werden. Es dürfte nur noch eine Frage der Zeit sein, bis Krankenhausträger wegen Organisationsversagen für eventuelle Fehler von der Rechtsprechung in Haftung genommen werden.

Auch der unaufhaltsame, aber gestaltbare Prozess der Digitalisierung spielt eher den Ärzten als Pflegekräften und anderen Gesundheitsberufen in die Hände. Alle Berufsgruppen tun sich zwar schwer mit den steigenden Anforderungen an Transparenz und Dokumentation, doch erleichtern Aus- und Weiterbildung der Ärzte an Universitätskliniken und Häusern der Maximalversorgung den Übergang zur Hightech-Medizin zumindest für die jüngeren Generationen. Auch ist zu berücksichtigen, dass viele Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung in überalterten Gebäuden untergebracht sind und in antiquierten Arbeitsorganisationsformen und nicht optimal aufeinander abgestimmten Arbeitsprozessen arbeiten. Das erschwert den motivierenden Einsatz moderner Technik. Schließlich hängt es auch wesentlich von den Professionen selbst ab, inwieweit sie sich dem technischen Fortschritt öffnen. Bei den Mediziner*innen ist in jüngster Zeit eine Öffnung von Denken und Handeln erkennbar. Doch fehlt es bei allen Berufsgruppen an Verständnis für die Wirkungen und Steuerbarkeit der Veränderungen und allgemein an zukunftsorientierter Haltung; Digitalisierung wird eher als Problem denn als Chance begriffen. In Deutschland ist das Glas grundsätzlich halbleer.

Die Spaltung zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen betrifft nicht nur die organisatorischen Arbeitsbedingungen, sondern vor allem die

Vergütung. Auch wenn anzuerkennen ist, dass sich mit der Einführung eines Mindestlohns in der Pflege und mit einer besseren tariflichen Bezahlung von Fachkräften für einen Teil der Beschäftigten die finanzielle Lage verbessert hat, liegt noch vieles im Argen. Es gibt Berichte über Lohndumping, Arbeitszeitüberschreitungen und anderes mehr. Arbeit am kranken Menschen muss nicht nur bei Ärzten fair vergütet werden. Vor allem fehlt es aber immer noch an ausreichender Anerkennung und Respekt vor der Leistung der vielen im Gesundheitswesen Tätigen. Die Bezeichnung der Pflegekräfte als „Proletariat des Gesundheitswesens“ durch einen führenden Ärztenfunktionär mag ironisch gemeint gewesen sein, sie ist aber auch Beleg für die Probleme in den Beziehungen der Ärzte zu anderen Gesundheitsberufen. Daher stellt sich die Frage nach politischen Konsequenzen. Ehe auf diese näher eingegangen wird, erfolgt doch noch einmal ein Appell an die direkt Verantwortlichen.

Wo bleibt die gesundheitsförderliche Führung?

Die Gesundheit der Beschäftigten hängt auch unter schwierigen Rahmenbedingungen vor allem von einer gesundheitsförderlichen Führung ab. Das ist mittlerweile Allgemeingut. Trotzdem besteht gerade in den Einrichtungen des Gesundheitswesens erheblicher Nachholbedarf, die es sich zu leichtmachen, wenn sie eine unbegrenzte intrinsische Motivation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter voraussetzen. An den praktischen Defiziten im Arbeitsschutz und im betrieblichen Gesundheitsmanagement ändern auch die Lippenbekenntnisse von Unternehmens- und Verbandsspitzen sowie Politikerinnen und Politikern speziell in den Wahljahren nichts. Entscheidend ist, wie sich die tatsächlichen Verhältnisse darstellen und wie Veränderungen bei den Betroffenen auf der Arbeitsebene ankommen.

Was kann die Politik ändern? – Bilanz der jüngsten Gesetzgebung und Erwartungen an die nächste Legislaturperiode

Politisch sieht die Bilanz der auslaufenden Legislaturperiode gemischt aus. Positiv hervorzuheben sind vor allem die Pflegestärkungsgesetze, die mehr Mittel für die Pflege allozieren, die Pflegequalität in den Fokus rücken und die Leistungen dieser Teilkaskoversicherung – was vielen Bürgern und Professionals nicht bewusst ist – verbessern. Auch das

Krankenhaus-Strukturgesetz, an dem es viel zu kritisieren gäbe, wirkt sich durch die geplante Einführung von Personaluntergrenzen für die Ausstattung der Pflegedienste in stationären Einrichtungen positiv aus. Schließlich dürften sich die Veränderungen in der ambulanten Versorgung, speziell in der Primärversorgung, ebenfalls förderlich auf die Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe in diesem Sektor auswirken, auch wenn man hier mutigere Schritte zur Aufwertung dieser Berufe erwartet hätte.

Kein Ruhmesblatt ist das Gezerre um die Reform der Ausbildung von Kranken- und Altenpflege. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass speziell private Betreiber von Alten- und Pflegeheimen hier auf der Bremse stehen, um billige Arbeitskräfte zu behalten. Kritisch ist schließlich zu sehen, dass die zentralen Fragen der Krankenhausplanung und -finanzierung weiter ungelöst sind. Die Bundesländer, die nicht müde werden, ihre Vorrangstellung in der stationären Versorgung zu betonen, denken gar nicht daran, radikale Kapazitätsanpassungen und aus Qualitätsgründen unerlässliche Zentrenbildungen nach einheitlichen Kriterien vorzunehmen und ihre Investitionsverpflichtungen zu erfüllen. Dabei soll nicht verkannt werden, dass die Situation in den Ländern sehr unterschiedlich ist, doch mutet es merkwürdig an, wenn die Länder nach einer Ausweitung der Steuerungskompetenzen in den ambulanten Bereich rufen, wenn sie zugleich bei der investiven Ausstattung der Krankenhäuser eklatante Defizite verantworten, die letztlich zulasten des (nicht-ärztlichen) Personals gehen.

Diese – zugegebenermaßen nur geraffte – Zusammenstellung der Fehlentwicklungen zeigt, dass der Reformbedarf auch in der kommenden Legislaturperiode nicht geringer wird. Wie immer gilt: Nach der Reform ist vor der Reform. Neben den großen Themen, wie die Konvergenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung, die Integration von ambulanter und stationärer Versorgung und die Ausgestaltung des Finanzierungssystems einschließlich des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen, wird die Sisyphusarbeit im Detail fortgesetzt werden müssen. Dies gilt vor allem, aber nicht nur, für die Umsetzung und Erweiterung der Krankenhausreform. An der Aufwertung von Prävention, Rehabilitation und Pflege führt ebenso wenig ein Weg vorbei wie an der Aufwertung der Gesundheitsberufe gegenüber der alles dominierenden Medizin. Hierzu muss das Sozialrecht ebenso wie das Berufsrecht an vielen Stellen geändert werden.

Ein neues Leitbild für das Gesundheitswesen – Innere Einstellungen und äußere Rahmenbedingungen

Ein gelingender Wandel ist vor allem eine Frage von Kultur und Haltung aber natürlich auch der finanziellen Ausstattung und der Verteilung der Ressourcen. Das Leitbild der gesundheitlichen Versorgung muss sich der soziodemografischen und der epidemiologischen Entwicklung hin zu chronischen Erkrankungen und Multimorbidität anpassen. Die Umsteuerung muss in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe beginnen, den Schwerpunkt der Fortbildung bilden und durch die monetären Anreize unterstützt und nicht konterkariert werden. Gewünschte Veränderungen müssen gezielt inzentiviert, unerwünschte (Neben-)Wirkungen sanktioniert werden. Das setzt komplexe Detailarbeit voraus.

Solche Veränderungen im Detail versprechen nur dann Erfolg, wenn sich die innere Einstellung bei allen Akteuren des Gesundheitswesens ändert. Dies gilt speziell für die Führungskräfte, die die Hauptverantwortung für gesundheits- und qualitätsförderliche Arbeit für alle Gesundheitsberufe tragen. Sie müssen Benchmarkingprozesse initiieren, Leuchtturmprojekte aufgreifen und den Knowhowtransfer von der Wissenschaft in die Praxis organisieren. Instrumente des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung, die sich in anderen Betrieben und Branchen bewährt haben, müssen – gegebenenfalls an die besonderen Bedingungen vor Ort angepasst – auch in der Gesundheitsbranche und unabhängig von der Betriebsgröße flächendeckend eingesetzt werden. Vor allem müssen Führungskräfte ihre Vorbildfunktion erfüllen und dem Aspekt der

Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Vorrang vor konfligierenden Zielen geben. Das Präventionsgesetz bietet dazu bessere rechtliche und ökonomische Rahmenbedingungen als je zuvor, die auch genutzt werden müssen.

Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung lohlen sich auch im Gesundheitswesen

Nach dem Eindruck des Verfassers fehlt es dabei weniger an Spielräumen in der Regulierung als an Kreativität und Mut im Vollzug. Hier können alle Verantwortlichen ihren Beitrag leisten, wenn sie das Wohl aller Beschäftigten im Gesundheitswesen im Auge haben und die Instrumente von Kommunikation, Koordination und Kooperation gezielt einsetzen. Relativ bald werden sich auch im Gesundheitswesen als größter deutscher Wirtschaftsbranche die messbaren Erfolge einstellen, die in anderen Branchen selbstverständlich sind, denn nachhaltig betriebene Prävention – das ist vielfach belegt – lohnt sich. Dann muss es nicht länger heißen „Für Ihre Gesundheit schufteten wir uns krank“, sondern es kann endlich lauten „Für Ihre und unsere Gesundheit arbeiten wir gern“.

Weiterführende Literatur

- Knieps F (Hrsg.) (2017) Gesundheitspolitik – Akteure, Probleme, Lösungen. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) (2013) Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln: Grundsätze und Perspektiven. Stuttgart