



F. Knieps | H. Pfaff (Hrsg.)

# Gesundheit und Arbeit

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



BKK Gesundheitsreport 2016

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

**Gesundheit und Arbeit**



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft





BKK Gesundheitsreport 2016

Franz Knieps | Holger Pfaff (Hrsg.)

# Gesundheit und Arbeit

## Zahlen, Daten, Fakten

mit Gastbeiträgen aus  
Wissenschaft, Politik und Praxis von

P. Albert | I. Brandes | C. Ehlscheid | A. Frevel | L. Funk | H. Geißler | B. Graaf | C. Gravert | A. Gunkel  
I. Hermreck | J. Ilmarinen | S. Itt | K. Kliner | F. Knieps | R. Kraushaar | L.E. Kroll | S. Kruschwitz  
C. Kübel | T. Lampert | A. Lohmann-Haislah | S. Lonsing | N. Lotzmann | C. Lyhs | M. Morschhäuser  
S. Müters | B. Osterloh | I. Passier | H. Pfaff | S. Porzelt | D. Rennert | M. Richter | T. Rigotti | U. Ross  
J. Schneider | M. Schoch | M. Suckale | J. Tempel | U. Tigges | H.-J. Urban | D. Volpp | E. Voß  
M. Wacker | U. Walter | N. Wirtz | S. Zeike



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Der BKK Gesundheitsreport 2016 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Dachverband erstellt.

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

Redaktion: Karin Kliner, Dirk Rennert, Matthias Richter

Datenmanagement und Empirie: Karin Kliner und Dirk Rennert

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

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

ISBN 978-3-95466-282-1

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

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

#### **Zitation:**

Knieps F, Pfaff H (Hrsg.) BKK Gesundheitsreport 2016. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2016

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, November 2016

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: Frauke Budig, Berlin  
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin  
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen

## Die Herausgeber



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



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

## Die Autoren



**Peggy Albert**  
Vorstandsreferat  
BKK-VBU  
Lindenstraße 67  
10969 Berlin



**Benjamin Graaf**  
B. Braun Melsungen AG  
Gesundheitsdienst  
Carl-Braun-Straße 1  
34212 Melsungen



**Dr. PH Iris Brandes, Dipl.-Kffr., MPH**  
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und  
Gesundheitssystemforschung  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover



**Dr. Christian Gravert**  
Deutsche Bahn AG  
Potsdamer Platz 2  
10785 Berlin



**Christoph Ehlscheid, Pol. MA**  
IG Metall  
Wilhelm-Leuschner-Straße 79  
60329 Frankfurt am Main



**Alexander Gunkel**  
Mitglied der Hauptgeschäftsführung  
Bundesvereinigung der Deutschen  
Arbeitgeberverbände  
Breite Straße 29  
10178 Berlin



**Alexander Frevel**  
Beratung zur Arbeitsfähigkeit im demografischen  
Wandel  
Behringstraße 28a (Haus 1)  
22765 Hamburg



**Dr. Immanuel Hermreck**  
Bertelsmann SE & Co. KGaA  
Carl-Bertelsmann-Straße 270  
33311 Gütersloh



**Lydia Funk**  
Adolf Würth GmbH & Co. KG  
Reinhold-Würth-Straße 12-17  
74653 Künzelsau-Gaisbach



**Prof. (emer.) Dr. Juhani Ilmarinen**  
Juhani Ilmarinen Consulting GmbH (JIC GmbH)  
Ruuvitie 2  
01650 Vantaa  
Finnland



**Prof. Dr. Heinrich Geißler**  
Beratung & Forschung – Geißler  
Schendlingerstraße 39/6  
6900 Bregenz  
Österreich



**Sabine Itt**  
Leistungen/Versorgungsmanagement  
Merck BKK  
Frankfurter Straße 250  
64293 Darmstadt



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



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



**Regina Kraushaar**  
Abteilung 4 – Pflegesicherung und Prävention  
Bundesministerium für Gesundheit  
Rochusstraße 1  
53123 Bonn  
und  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin



**Dr. Lars Eric Kroll**  
Abteilung für Epidemiologie und  
Gesundheitsmonitoring  
Robert Koch-Institut  
General-Pape-Straße 62  
12101 Berlin



**Silke Kruschwitz**  
Adolf Würth GmbH & Co. KG  
Reinhold-Würth-Straße 12–17  
74653 Künzelsau-Gaisbach



**Christoph Kübel**  
Robert Bosch GmbH  
Robert-Bosch-Platz 1  
70839 Gerlingen-Schillerhöhe



**PD Dr. Thomas Lampert**  
Abteilung für Epidemiologie und  
Gesundheitsmonitoring  
Robert Koch-Institut  
General-Pape-Straße 62  
12101 Berlin



**Andrea Lohmann-Haislah, Dipl.-Psych.**  
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und  
Arbeitsmedizin  
Nöldnerstraße 40–42  
10317 Berlin



**Sarah Lonsing, M.A.**  
Adolf Würth GmbH & Co. KG  
Reinhold-Würth-Straße 12–17  
74653 Künzelsau-Gaisbach



**Dr. Natalie Lotzmann**  
SAP SE  
Dietmar-Hopp-Allee 16  
69190 Walldorf



**Claudia Lyhs, MPH**  
Unternehmensbereich Gesundheitsmanagement  
BKK-VBU  
Lindenstraße 67  
10969 Berlin



**Dr. Martina Morschhäuser, Dipl.-Psych.**  
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und  
Arbeitsmedizin  
Nöldnerstraße 40–42  
10317 Berlin



**Stephan Müters**  
Abteilung für Epidemiologie und  
Gesundheitsmonitoring  
Robert Koch-Institut  
General-Pape-Straße 62  
12101 Berlin



**Bernd Osterloh**  
Volkswagen AG  
Brieffach 011/1595  
38436 Wolfsburg



**Ines Passier, M.Sc. Psych.**  
AG Arbeits- und Ingenieurpsychologie  
Technische Universität Darmstadt  
Alexanderstraße 10  
64283 Darmstadt



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



**Simon Porzelt**  
Kundenservice/Versorgungsmanagement  
Betriebliches Gesundheitsmanagement  
Merck BKK  
Frankfurter Straße 250  
64293 Darmstadt



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



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



**Prof. Dr. Thomas Rigotti**  
Arbeits-, Organisations- und  
Wirtschaftspsychologie  
Psychologisches Institut  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Wallstraße 3  
55122 Mainz



**Uwe Ross**  
B. Braun Melsungen AG  
Zentralbereich Personal und Recht  
Carl-Braun-Straße 1  
34212 Melsungen



**Jürgen Schneider**  
Wieland BKK  
Graf-Arco-Straße 36  
89079 Ulm



**Manfred Schoch**  
BMW AG  
Knorrstraße 147  
80807 München



**Margret Suckale**  
Mitglied des Vorstands der BASF SE  
Carl-Bosch-Straße 38  
67056 Ludwigshafen



**Dr. med. Jürgen Tempel**  
Betriebsmediziner – Allgemeinmedizin  
Kurdamm 4 g  
21107 Hamburg



**Uwe Tigges**  
RWE AG  
Opernplatz 1  
45128 Essen



**PD Dr. Hans-Jürgen Urban**  
IG Metall  
Wilhelm-Leuschner-Straße 79  
60329 Frankfurt am Main



**Dieter Volpp**  
Betriebskrankenkasse Würth  
Gartenstraße 11  
74653 Künzelsau



**Dr. Eva Voß**  
Ernst & Young GmbH  
Mergenthalerallee 3–5  
65760 Eschborn/Frankfurt am Main



**Manuela Wacker**  
BKK B. Braun Melsungen AG  
Grüne Straße 1  
34212 Melsungen



**Prof. Dr. phil. Ulla Walter**  
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und  
Gesundheitssystemforschung  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Straße 1  
30625 Hannover



**Nina Wirtz, M.Sc.**  
Arbeits-, Organisations- und  
Wirtschaftspsychologie  
Psychologisches Institut  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Wallstraße 3  
55122 Mainz



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



## Vorwort

Einen Großteil ihrer Lebenszeit verbringen Beschäftigte mit Arbeit. Deshalb verwundert es nicht, dass die Arbeit und insbesondere die damit verbundenen Arbeitsbedingungen die Gesundheit von Beschäftigten maßgeblich beeinflussen. Neben der Tätigkeit selbst spielen aber auch weitere Rahmenbedingungen wie zum Beispiel die schulische und berufliche Vorbildung, der Arbeitszeitumfang, die Vertragsform, die Stellung im Beruf und das Anforderungsniveau der Tätigkeit eine wichtige Rolle. Welche Zusammenhänge zwischen diesen und weiteren Merkmalen mit der Gesundheit von Beschäftigten zu finden sind, wird auf den folgenden Seiten des BKK Gesundheitsreports 2016 dargestellt.

### Das Schwerpunktthema „Gesundheit und Arbeit“

Das Schwerpunktthema „Gesundheit und Arbeit“ ist aus vielen Gründen heraus prädestiniert für die diesjährige 40. Jubiläumsausgabe des BKK Gesundheitsreports. So wird es nicht erst seit der Einführung der Rente mit 67 Jahren auch für Unternehmen immer wichtiger, dass Beschäftigte möglichst lange arbeitsfähig sind und gesund ihren Beruf ausüben können. Die Belegschaften werden aufgrund des demographischen Wandels insgesamt älter, gleichzeitig verändert sich die Arbeitswelt auch immer weiter: Der Dienstleistungssektor wächst, die Zahl von atypischen Beschäftigungsverhältnissen steigt. Spürbar sind auch die Veränderungen, welche die fortschreitende Digitalisierung und Vernetzung mit sich bringt. Informationstechnologie durchdringt auch das Arbeitsleben so sehr, dass mittlerweile fast jeder mittelbar oder unmittelbar damit zu tun hat – oder anders formuliert – davon abhängig ist. Die Digitalisierung bietet enorme Möglichkeiten, die Arbeit einfacher und effektiver zu gestalten, so auch dadurch, dass man nicht mehr auf einen festen Platz, z. B. im Büro, beschränkt ist, sondern auch von zuhause oder unterwegs arbeiten kann. Andererseits verändern sich damit auch Rahmenbedingungen und Erwartungen an die Arbeit, sowohl von Arbeitgeber- als auch Arbeitnehmerseite. Es wird zunehmend die Frage gestellt werden müssen, wie dieser Wandel der Arbeitswelt so gestaltet werden kann, dass auch andere Arten zu arbeiten nicht die Arbeitenden krank machen, sondern im Gegenteil „gesund“ sein lassen.

Hier kommt gerade der betrieblichen Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle zu, Verände-

rungsprozesse zu begleiten und im Sinne der Arbeitsfähigkeit positiv zu beeinflussen. Das neue Präventionsgesetz, das im letzten Jahr verabschiedet wurde, wird diesen Prozess noch weiter beschleunigen. Schon vorher war bekannt, dass sich die Investition in betriebliche Gesundheitsförderung lohnt: Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), an der auch der BKK Dachverband aktiv beteiligt ist, konnte zeigen, dass mit jedem investierten Euro in Gesundheitsförderung allein mindestens 2,70 Euro durch die Reduktion von Fehlzeiten eingespart werden. Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement tragen somit nicht nur zur Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit bei, sondern sind darüber hinaus auch eine gewinnbringende Investition für die Unternehmen selbst.

Gerade die Betriebskrankenkassen sind durch ihre Unternehmensnähe für den Bereich der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements prädestiniert und verfügen über einen Markenkern, der sie von anderen Kassenarten unterscheidet. Eindrucksvoll belegt wird dies in den Praxisbeiträgen dieses Buches, die ausgewählte Beispiele betrieblicher Gesundheitsförderung in den Betriebskrankenkassen und deren Trägerunternehmen aufzeigen. Darüber hinaus sind die Betriebskrankenkassen und der BKK Dachverband auch in zahlreichen trägerübergreifenden Projekten zum Thema Gesundheit und Arbeit aktiv, wie zum Beispiel in der bereits erwähnten Initiative iga sowie der Initiative „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ (psyGA) oder auch beim Projekt „Gesund. Stark. Erfolgreich – Der Gesundheitsplan für Ihren Betrieb“ mit besonderem Fokus auf die kleinen und mittleren Unternehmen.

### Der BKK Gesundheitsreport 2016

Auch in diesem Jahr möchten wir uns an dieser Stelle besonders bei allen Gastautorinnen und Gastautoren bedanken, die mit ihrer Expertise und ihren Fachbeiträgen die Erkenntnisse aus den Analysen der Versichertendaten bereichern und erweitern. Nicht zuletzt gilt mein Dank auch allen Beteiligten, die zum Gelingen des BKK Gesundheitsreports 2016 beigetragen haben, vor allem dem Mitherausgeber Prof. Dr. Holger Pfaff sowie den Kolleginnen und Kollegen der Gesundheitsberichterstattung Karin Kliner, Dr. Matthias Richter und Dirk Rennert und auch der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlags-



gesellschaft und dort besonders Frauke Budig für die exzellente verlegerische Betreuung und Zusammenarbeit.

Ich bin überzeugt, dass der BKK Gesundheitsreport 2016 mit seinen Analysen und Erkenntnissen einen wichtigen Impuls für die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit darstellt und von allen Akteuren in Politik, Wissenschaft und Praxis als Basis weiterer Aktivitäten in diesem Bereich genutzt werden kann.

Ich wünsche Ihnen ein erkenntnisreiches und anregendes Lesevergnügen.



Franz Knieps  
Vorstand des BKK Dachverbandes e.V.

## Inhalt

Vorwort	ix
Tabellenverzeichnis	1
Diagrammverzeichnis	4
Methodische Hinweise	12
Das Wichtigste im Überblick	16
Gesundheit und Arbeit: ein Überblick <i>Holger Pfaff und Sabrina Zeike</i>	25
40 Jahre BKK Gesundheitsreport – Beständigkeit im Wandel	32
Einleitung	35
<b>1 Arbeitsunfähigkeit</b>	<b>37</b>
1.1 AU-Geschehen im Überblick	39
1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2015	39
1.1.2 Langzeittrends	41
1.1.3 Entwicklung im Jahr 2016	42
1.1.4 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Einzeldiagnosen	43
1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen	51
1.2.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht	51
1.2.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus	67
1.2.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	72
1.3 AU-Geschehen in Regionen	76
1.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	78
1.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	82
1.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit	86
1.4.1 Aktuelle Entwicklungen im Jahr 2016	86
1.4.2 Arbeitsumfeld- und Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten Mitglieder	87
1.4.3 Auswertung nach Wirtschaftsgruppen	92
1.4.4 Auswertungen nach Berufen	102
1.4.5 Auswertung nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	116
<b>Unternehmen gefragt</b>	<b>125</b>
Interview mit Dr. Christian Gravert	127
Interview mit Dr. Immanuel Hermreck	130
Interview mit Christoph Kübel	132
Interview mit Dr. Natalie Lotzmann	134
Interview mit Bernd Osterloh	136
Interview mit Manfred Schoch	138
Interview mit Margret Suckale	140
Interview mit Uwe Tigges	142
Interview mit Dr. Eva Voß	144

<b>2</b>	<b>Ambulante Versorgung</b>	<b>147</b>
2.1	Ambulante Versorgung im Überblick	147
2.1.1	Aktuelle Zahlen im Jahr 2015	149
2.1.2	Langzeittrends	150
2.1.3	Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Einzeldiagnosen	150
2.2	Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	154
2.2.1	Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht	154
2.2.2	Ambulante Versorgung nach Versicherterstatus	160
2.2.3	Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	162
2.3	Ambulante Versorgung in Regionen	166
2.3.1	Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	166
2.3.2	Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	170
2.4	Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit	172
2.4.1	Auswertung nach Wirtschaftsgruppen	172
2.4.2	Auswertungen nach Berufen	179
2.4.3	Auswertung nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	183
<b>Schwerpunkt Wissenschaft</b>		<b>189</b>
	Psychische Belastungen im Wandel der Arbeit	191
	<i>Martina Morschhäuser und Andrea Lohmann-Haislah</i>	
	Gesundheitliche Ungleichheit und Fehlzeiten – Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland Aktuell 2012	197
	<i>Lars Eric Kroll, Stephan Müters und Thomas Lampert</i>	
	Führung und Gesundheit	205
	<i>Nina Wirtz und Thomas Rigotti</i>	
	Gesundheitsförderung im Setting Betrieb – Hemmnisse und förderliche Faktoren bei der Erreichung der Mitarbeiter	212
	<i>Ulla Walter und Iris Brandes</i>	
	Arbeitsfähigkeit 2.0: Der „Radar-Prozess“ zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit und des Arbeits-Wohlbefindens	222
	<i>Juhani Ilmarinen, Alexander Frevel und Jürgen Tempel</i>	
<b>3</b>	<b>Stationäre Versorgung</b>	<b>229</b>
3.1	Stationäre Versorgung im Überblick	229
3.1.1	Aktuelle Zahlen im Jahr 2015	231
3.1.2	Langzeittrends	232
3.1.3	Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Einzeldiagnosen	233

3.2	Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen	240
3.2.1	Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht	240
3.2.2	Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus	253
3.2.3	Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	256
3.3	Stationäre Versorgung in Regionen	262
3.3.1	Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	262
3.3.2	Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen	267
3.4	Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit	268
3.4.1	Auswertung nach Wirtschaftsgruppen	268
3.4.2	Auswertung nach Berufen	269
3.4.3	Auswertung nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	277

<b>Schwerpunkt Politik</b>	<b>285</b>
Das neue Präventionsgesetz <i>Regina Kraushaar</i>	287
Gesundheit und Arbeitswelt – Perspektiven betrieblicher Präventionspolitik <i>Hans-Jürgen Urban und Christoph Ehlscheid</i>	293
Psychische Gesundheit und Arbeit <i>Alexander Gunkel</i>	298

<b>4 Arzneimittelverordnungen</b>	<b>305</b>
4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick	306
4.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2015	307
4.1.2 Langzeittrends	308
4.1.3 Die wichtigsten Arzneimittelverordnungen nach ATC-Klassifikation	308
4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen	313
4.2.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht	313
4.2.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus	320
4.2.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen	323
4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen	327
4.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise	327
4.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Verordnungen	330
4.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit	335
4.4.1 Auswertung nach Wirtschaftsgruppen	335
4.4.2 Auswertungen nach Berufen	343
4.4.3 Auswertung nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren	352

<b>Schwerpunkt Praxis</b>	<b>357</b>
Altersgerechtes Berufsleben – mit-alternde Arbeit <i>Alexander Frevel und Heinrich Geißler</i>	359
Die Präventionsschicht – Beispiel für eine gelungene praxisorientierte Kooperation <i>Manuela Wacker, Uwe Ross und Benjamin Graaf</i>	367
„Fit mit Würth“: Aktivpause und Gesundheitslotsen bringen Mitarbeiter in Bewegung <i>Sarah Lonsing, Silke Kruschwitz, Lydia Funk und Dieter Volpp</i>	374
FIGA: Frühzeitige Intervention psychische Gesundheit – ein sequentielles Arbeitsfähigkeitskonzept <i>Sabine Itt, Ines Passier und Simon Porzelt</i>	379
Psychisch stabil im Leben – das Programm der Wieland BKK und der Wieland-Werke AG <i>Jürgen Schneider</i>	387
Betriebliches Gesundheitsmanagement bei der BKK-VBU – ein Beispiel aus der Praxis <i>Peggy Albert und Claudia Lyhs</i>	392
<b>5 Gesundheit und Arbeit – Weichenstellungen für eine neue Beziehung</b>	<b>399</b>
<b>Anhang</b>	<b>403</b>
A Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	408
B Systematische Verzeichnisse	489

# Tabellenverzeichnis

## 1 Arbeitsunfähigkeit

### 1.1 AU-Geschehen im Überblick

Tabelle 1.1.1	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2015)	39
Tabelle 1.1.2	AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner (Berichtsjahr 2015)	40
Tabelle 1.1.3	AU-Tage pro Quartal der beschäftigten BKK Pflichtmitglieder nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2016)	44
Tabelle 1.1.4	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Veränderungen gegenüber dem Vorjahr nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	45
Tabelle 1.1.5	AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	47
Tabelle 1.1.6	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	49
Tabelle 1.1.7	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	49

### 1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 1.2.1	AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	53
Tabelle 1.2.2	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	68
Tabelle 1.2.3	AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	68
Tabelle 1.2.4	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	70
Tabelle 1.2.5	Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der beschäftigten Mitglieder nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	72
Tabelle 1.2.6	Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss der beschäftigten Mitglieder nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	75

### 1.3 AU-Geschehen in Regionen

Tabelle 1.3.1	Anzahl BKK Versicherte nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	77
Tabelle 1.3.2	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner im Zehnjahresvergleich (2005 und 2015) nach Bundesland (Wohnort)	79
Tabelle 1.3.3	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppe (Berichtsjahr 2015)	85

### 1.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit

Tabelle 1.4.1	Weitere Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten Mitglieder nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) im Vergleich mit allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2015)	92
Tabelle 1.4.2	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2015)	95
Tabelle 1.4.3	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2015)	108
Tabelle 1.4.4	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen (M00–M99) (Berichtsjahr 2015)	109
Tabelle 1.4.5	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von psychischen Störungen (F00–F99) (Berichtsjahr 2015)	110
Tabelle 1.4.6	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsuntergruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Atemwegserkrankungen (J00–J99) (Berichtsjahr 2015)	111

## 2 Ambulante Versorgung

### 2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Tabelle 2.1.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2015)	149
Tabelle 2.1.2	Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Inanspruchnahmequote im Zeitverlauf (2012–2015)	150

### 2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	160
Tabelle 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	161

### 2.3 Ambulante Versorgung in Regionen

Tabelle 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2015)	169
Tabelle 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2015)	170

### 2.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit

Tabelle 2.4.1	Ambulante Versorgung – die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen beschäftigter Mitglieder mit Diagnose (Berichtsjahr 2015)	182
Tabelle 2.4.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	183
Tabelle 2.4.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	184
Tabelle 2.4.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsform und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	186
Tabelle 2.4.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	187

## 3 Stationäre Versorgung

### 3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Tabelle 3.1.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2015)	231
Tabelle 3.1.2	Stationäre Versorgung – Versicherten-verteilung nach Anzahl der Krankenhaus-aufenthalte (Berichtsjahr 2015)	231
Tabelle 3.1.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	238

### 3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	254
---------------	--	-----

### 3.3 Stationäre Versorgung in Regionen

Tabelle 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2015)	265
---------------	--	-----

### 3.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit

Tabelle 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsuntergruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen (Berichtsjahr 2015)	276
Tabelle 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	279
Tabelle 3.4.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder ohne bzw. mit Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	281
Tabelle 3.4.4	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	282
Tabelle 3.4.5	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	283

## 4 Arzneimittelverordnungen

### 4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Tabelle 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der einbezogenen BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2015)	307
Tabelle 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2015)	308
Tabelle 4.1.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zehn häufigsten Verordnungen (ATC) im Zeitverlauf (2012–2015)	311

### 4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Tabelle 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	321
Tabelle 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2015)	322
Tabelle 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	324
Tabelle 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem beruflichem Ausbildungsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	325

### 4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Tabelle 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – DDD und Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Bundesland (Wohnort) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2015)	328
Tabelle 4.3.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2015)	330

### 4.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit

Tabelle 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) insgesamt (Berichtsjahr 2015)	347
Tabelle 4.4.2	Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) von ACE-Hemmern (ATC C09A) (Berichtsjahr 2015)	348
Tabelle 4.4.3	Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) von nichtsteroidalen Antiphlogistika und Antirheumatika (ATC M01A) (Berichtsjahr 2015)	349
Tabelle 4.4.4	Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) von Antidepressiva (ATC N06A) (Berichtsjahr 2015)	350



# Diagrammverzeichnis

## 1 Arbeitsunfähigkeit

### 1.1 AU-Geschehen im Überblick

Diagramm 1.1.1	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2015)	40
Diagramm 1.1.2	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner im Zeitverlauf insgesamt sowie ohne Fehltage aufgrund von Atemwegserkrankungen (2005–2015)	41
Diagramm 1.1.3	Krankenstand – Monatsdurchschnitte der beschäftigten Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (2014–2016)	43
Diagramm 1.1.4	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	45
Diagramm 1.1.5	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner im Zeitverlauf (2005–2015) nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM)	46
Diagramm 1.1.6	AU-Tage je Fall der Mitglieder ohne Rentner – durchschnittliche Falldauer nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	47
Diagramm 1.1.7	Krankengeldtage der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	48

### 1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.2.1	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	52
Diagramm 1.2.2	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – durchschnittliche Falldauer im Vorjahresvergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	52
Diagramm 1.2.3	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	54
Diagramm 1.2.4	AU-Fälle der Mitglieder ohne Rentner für ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	55
Diagramm 1.2.5	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	56
Diagramm 1.2.6	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems im Zeitverlauf (2005–2015) nach Geschlecht	57
Diagramm 1.2.7	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Muskel- und Skeletterkrankungen der Männer (Berichtsjahr 2015)	57
Diagramm 1.2.8	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Muskel- und Skeletterkrankungen der Frauen (Berichtsjahr 2015)	58
Diagramm 1.2.9	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Rückenschmerzen (M54) im Zeitverlauf (2005–2015) nach Geschlecht	59
Diagramm 1.2.10	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – psychische und Verhaltensstörungen im Zeitverlauf (2005–2015) nach Geschlecht	60
Diagramm 1.2.11	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Männer (Berichtsjahr 2015)	60
Diagramm 1.2.12	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Frauen (Berichtsjahr 2015)	61
Diagramm 1.2.13	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – depressive Episode (F32) im Zeitverlauf (2005–2015) nach Geschlecht	62
Diagramm 1.2.14	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Burn-out-Syndrom (Z73) im Zeitverlauf (2005–2015) nach Geschlecht	63
Diagramm 1.2.15	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Burn-out-Syndrom und mögliche alternative Kodierungen im Zeitverlauf (2005–2015)	64

Diagramm 1.2.16	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems im Zeitverlauf (2005–2015) nach Geschlecht _____	65
Diagramm 1.2.17	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Krankheiten des Atmungssystems der Männer (Berichtsjahr 2015) _____	65
Diagramm 1.2.18	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Krankheiten des Atmungssystems der Frauen (Berichtsjahr 2015) _____	66
Diagramm 1.2.19	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) im Zeitverlauf (2005–2015) nach Geschlecht _____	66
Diagramm 1.2.20	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen im Zeitverlauf (2010–2015) _____	69
Diagramm 1.2.21	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für Muskel- und Skeletterkrankungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015) _____	71
Diagramm 1.2.22	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für psychische und Verhaltensstörungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015) _____	71
Diagramm 1.2.23	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach dem höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015) _____	73
Diagramm 1.2.24	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach dem höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015) _____	74
Diagramm 1.2.25	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach dem höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015) _____	75
Diagramm 1.2.26	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach dem höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015) _____	76

### 1.3 AU-Geschehen in Regionen

Diagramm 1.3.1	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesland (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2015) _____	80
Diagramm 1.3.2	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2015) _____	81
Diagramm 1.3.3	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Muskel- und Skeletterkrankungen (M00–M99) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2015) _____	83
Diagramm 1.3.4	AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2015) _____	84

### 1.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit

Diagramm 1.4.1	Krankenstand – Monatsdurchschnitte der beschäftigten Mitglieder für Januar bis Juni 2016 nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) _____	87
Diagramm 1.4.2	Krankenstand – Monatsdurchschnitte der beschäftigten Mitglieder für Januar bis Juni 2016 nach ausgewählten Berufshauptgruppen (KlDB 2010) _____	88
Diagramm 1.4.3	Anteile der Beschäftigten nach Berufssegmenten (KlDB 2010) – Vergleich zwischen beschäftigten BKK Mitgliedern und den Beschäftigten Bund Gesamt* (Berichtsjahr 2015) _____	89
Diagramm 1.4.4	Anteile der Beschäftigten nach Wirtschaftsabschnitten (WZ 2008) – Vergleich zwischen beschäftigten BKK Mitgliedern und Beschäftigten Bund Gesamt* (Berichtsjahr 2015) _____	90
Diagramm 1.4.5	Anteil der beschäftigten Mitglieder nach Berufssektoren (KlDB 2010) bezogen auf die Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015) _____	91
Diagramm 1.4.6	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015) _____	93
Diagramm 1.4.7	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2015) _____	96

Diagramm 1.4.8	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)	97
Diagramm 1.4.9	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	98
Diagramm 1.4.10	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) aufgrund von Rückenschmerzen (M54) bzw. depressiver Episode (F32) (Berichtsjahr 2015)	100
Diagramm 1.4.11	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) aufgrund von Arbeitsunfällen (Berichtsjahr 2015)	101
Diagramm 1.4.12	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)	103
Diagramm 1.4.13	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	104
Diagramm 1.4.14	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder – nach Berufshauptgruppen (KldB 2010) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2015)	105
Diagramm 1.4.15	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	106
Diagramm 1.4.16	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufshauptgruppen (KldB 2010) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)	112
Diagramm 1.4.17	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen (KldB 2010) aufgrund von Arbeitsunfällen (Berichtsjahr 2015)	114
Diagramm 1.4.18	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (KldB 2010) (Berichtsjahr 2015)	115
Diagramm 1.4.19	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	116
Diagramm 1.4.20	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Betriebsgrößen (Berichtsjahr 2015)	117
Diagramm 1.4.21	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	119
Diagramm 1.4.22	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung für ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	120
Diagramm 1.4.23	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform (Berichtsjahr 2015)	121
Diagramm 1.4.24	Vertragsform der beschäftigten Mitglieder nach Geschlecht und Durchschnittsalter (Berichtsjahr 2015)	121
Diagramm 1.4.25	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung (Berichtsjahr 2015)	122
Diagramm 1.4.26	AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2015)	123

## 2 Ambulante Versorgung

### 2.1 Ambulante Versorgung im Überblick

Diagramm 2.1.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Zeitverlauf (2012–2015)	151
Diagramm 2.1.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose – die zwanzig häufigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) im Zeitverlauf (2012–2015)	152

## 2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 2.2.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	155
Diagramm 2.2.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	156
Diagramm 2.2.3	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM), Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	157
Diagramm 2.2.4	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten unter 20 Jahre mit Diagnose – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	158
Diagramm 2.2.5	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten von 20 bis 64 Jahre mit Diagnose – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	159
Diagramm 2.2.6	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten über 65 Jahre mit Diagnose – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	159
Diagramm 2.2.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	162
Diagramm 2.2.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und ausgewählten Schulabschlussgruppen (Berichtsjahr 2015)	163
Diagramm 2.2.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Ausbildungsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	164
Diagramm 2.2.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und ausgewählten Ausbildungsabschlussgruppen (Berichtsjahr 2015)	165

## 2.3 Ambulante Versorgung in Regionen

Diagramm 2.3.1	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	167
Diagramm 2.3.2	Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2015)	168

## 2.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit

Diagramm 2.4.1	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	173
Diagramm 2.4.2	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008), Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	175
Diagramm 2.4.3	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)	176
Diagramm 2.4.4	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)	177
Diagramm 2.4.5	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)	178
Diagramm 2.4.6	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	180
Diagramm 2.4.7	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten (KldB 2010) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	181
Diagramm 2.4.8	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	184

Diagramm 2.4.9	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Aufsichts-/Führungsverantwortung, ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	185
Diagramm 2.4.10	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsform, ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	186
Diagramm 2.4.11	Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	187

### 3 Stationäre Versorgung

#### 3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

Diagramm 3.1.1	Stationäre Versorgung – Krankenhausbehandlung der BKK Versicherten – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2015)	232
Diagramm 3.1.2	Stationäre Versorgung – Beginn und Ende des Aufenthalts der BKK Versicherten – Verteilung nach Wochentagen (Berichtsjahr 2015)	233
Diagramm 3.1.3	Stationäre Versorgung – KH-Fälle, KH-Tage und Verweildauer der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2005–2015)	234
Diagramm 3.1.4	Stationäre Versorgung – Krankenhausfälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (2013–2015)	235
Diagramm 3.1.5	Stationäre Versorgung – Krankenhaustage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (2013–2015)	236
Diagramm 3.1.6	KH-Fälle der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) für alle Krankenhausfälle vs. Langzeitfälle (Berichtsjahr 2015)	237
Diagramm 3.1.7	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) innerhalb ausgewählter Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2015)	239

#### 3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.2.1	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	241
Diagramm 3.2.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	242
Diagramm 3.2.3	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	243
Diagramm 3.2.4	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	243
Diagramm 3.2.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	244
Diagramm 3.2.6	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2005, 2010 und 2015) nach Geschlecht	246
Diagramm 3.2.7	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Männer (Berichtsjahr 2015)	247
Diagramm 3.2.8	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Frauen (Berichtsjahr 2015)	247
Diagramm 3.2.9	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – rezidivierende depressive Störung (F33) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	248
Diagramm 3.2.10	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems (I00–I99) im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2005, 2010 und 2015) nach Geschlecht	249
Diagramm 3.2.11	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Herz-/Kreislaferkrankungen der Männer (Berichtsjahr 2015)	249

Diagramm 3.2.12	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Herz-/Kreislaufkrankungen der Frauen (Berichtsjahr 2015)	250
Diagramm 3.2.13	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Herzinsuffizienz (I50) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	251
Diagramm 3.2.14	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Neubildungen (C00-D48) im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2005, 2010 und 2015) nach Geschlecht	251
Diagramm 3.2.15	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Neubildungen der Männer (Berichtsjahr 2015)	252
Diagramm 3.2.16	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Neubildungen der Frauen (Berichtsjahr 2015)	252
Diagramm 3.2.17	Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge (C34) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	253
Diagramm 3.2.18	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	254
Diagramm 3.2.19	Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	255
Diagramm 3.2.20	Stationäre Versorgung – KH-Tage und -Fälle der beschäftigten Mitglieder insgesamt nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	256
Diagramm 3.2.21	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und ausgewählten Schulabschlussgruppen (Berichtsjahr 2015)	257
Diagramm 3.2.22	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und ausgewählten Schulabschlussgruppen (Berichtsjahr 2015)	258
Diagramm 3.2.23	Stationäre Versorgung – KH-Tage und -Fälle der beschäftigten Mitglieder insgesamt nach höchstem beruflichen Ausbildungsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	259
Diagramm 3.2.24	Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und ausgewählten Berufsabschlussgruppen (Berichtsjahr 2015)	260
Diagramm 3.2.25	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und ausgewählten Berufsabschlussgruppen (Berichtsjahr 2015)	261

### 3.3 Stationäre Versorgung in Regionen

Diagramm 3.3.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage und -Fälle der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2015)	263
Diagramm 3.3.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2015)	264
Diagramm 3.3.3	Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten – nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	266

### 3.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit

Diagramm 3.4.1	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	270
Diagramm 3.4.2	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2015)	271
Diagramm 3.4.3	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	272
Diagramm 3.4.4	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	273

Diagramm 3.4.5	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2015)	274
Diagramm 3.4.6	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)	275
Diagramm 3.4.7	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	277
Diagramm 3.4.8	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Betriebsgrößen (Berichtsjahr 2015)	278
Diagramm 3.4.9	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeiten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	280
Diagramm 3.4.10	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder ohne bzw. mit Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	281
Diagramm 3.4.11	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform, ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	283
Diagramm 3.4.12	Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	284

## 4 Arzneimittelverordnungen

### 4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

Diagramm 4.1.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Verordnungshauptgruppen (ATC) im Zeitverlauf (2012–2015)	309
Diagramm 4.1.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2015)	310

### 4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.2.1	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	314
Diagramm 4.2.2	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	314
Diagramm 4.2.3	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zehn häufigsten Verordnungen (ATC) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	315
Diagramm 4.2.4	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zwanzig häufigsten Verordnungen (ATC) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	317
Diagramm 4.2.5	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten – die zwanzig häufigsten Verordnungen (ATC) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	318
Diagramm 4.2.6	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung von Antibiotika zur systemischen Gabe (J01) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	319
Diagramm 4.2.7	Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung von Psychoanaleptika (N06) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	320
Diagramm 4.2.8	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC), ausgewählten Schulabschlussgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	325
Diagramm 4.2.9	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC), ausgewählten Ausbildungsabschlussgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	326

### 4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen

Diagramm 4.3.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2015)	329
Diagramm 4.3.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2015)	331
Diagramm 4.3.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) für Antiphlogistika und Antirheumatika (M01) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2015)	332
Diagramm 4.3.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) für Psychoanaleptika (N06) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2015)	333

### 4.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit

Diagramm 4.4.1	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	336
Diagramm 4.4.2	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	337
Diagramm 4.4.3	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)	338
Diagramm 4.4.4	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für ACE-Hemmer (C09A) nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	339
Diagramm 4.4.5	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika (M01A) nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	341
Diagramm 4.4.6	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	342
Diagramm 4.4.7	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)	343
Diagramm 4.4.8	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	344
Diagramm 4.4.9	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2015)	345
Diagramm 4.4.10	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufshauptgruppen (KldB 2010) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)	346
Diagramm 4.4.11	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (KldB 2010) (Berichtsjahr 2015)	351
Diagramm 4.4.12	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2015)	352
Diagramm 4.4.13	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung für ausgewählte Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2015)	353
Diagramm 4.4.14	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform (Berichtsjahr 2015)	354
Diagramm 4.4.15	Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	355
Diagramm 4.4.16	Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2015)	356



# Methodische Hinweise

## Datenbasis

Für die diesjährige Gesundheitsberichterstattung konnten nach Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen die Versicherten- und zugehörigen Leistungsdaten von 79,3% der BKK Versicherten und damit 13,2% aller GKV-Versicherten einbezogen werden.

### Versichertendaten

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

### Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten

Die für den Report verwendeten Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausdaten basieren hauptsächlich auf den quartalsweisen Datenlieferungen der Kassen im Rahmen der Erstellung der Leistungsstatistiken (KG2, KG8). Im Report werden zusätzlich zu den Ergebnissen des Berichtsjahrs 2015 auch die Krankenstand-Entwicklungen der Monate Januar bis Juni 2016 dargestellt. Diese Daten basieren auf einer Teilerhebung zur Ermittlung der monatsdurchschnittlichen Krankenstände. Für diese Erhebung melden die teilnehmenden Betriebskrankenkassen für ca. vier Millionen erwerbstätige BKK Mitglieder jeweils die im Vormonat angefallenen Arbeitsunfähigkeitszeiten. Diese Daten werden dann zeitnah nach verschiedenen Merkmalen wie Wirtschaftsgruppen, Diagnosehauptgruppen, Berufe, Regionen sowie Alter und Geschlecht ausgewertet und liefern damit sehr aktuelle monatsdurchschnittliche Krankenstände, die schon frühzeitig Trends im Krankheitsgeschehen erkennen lassen.

### Arzneimitteldaten und Daten der ambulanten Versorgung

Die Arzneimitteldaten basieren auf Datenlieferungen der Apothekenrechenzentren gemäß den Verein-

barungen 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:

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

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

## Methodik

### Datenselektion/betrachteter Zeitraum

Für den Gesundheitsreport 2016 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 Versichertenkurzsatz 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 inhaltli-

chen Bestimmungen der amtlichen KG2- bzw. KG8-Statistiken, in denen die Falldauer über den angegebenen Zeitraum zwischen Fall-Beginn und Fall-Ende (in Kalendertagen) ermittelt wird. Für die Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage im Report gilt es zusätzlich zu beachten: Es wird stets die volle Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Kalendertagen berücksichtigt, d. h., die Meldetage 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 Report gilt es 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 Arzneimitteldaten 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 Versicher-

ten-Pseudonyms im Datenjahr 2012 und einer damit einhergehenden verbesserten Zuordnung der Leistungsdaten zu den entsprechenden Versicherungsmerkmalen ein Vergleich der aktuellen Ergebnisse nicht mehr uneingeschränkt mit denen in davor liegenden Berichtsjahren möglich ist.

#### Qualitätssicherung und Datenbereinigung

Bevor die Daten für die Auswertungen und damit zur Erstellung der Tabellen, Diagramme und Zahlen im Gesundheitsreport 2016 eingesetzt werden, erfolgen zahlreiche Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen, gegebenenfalls Datennacherhebung und Datenbereinigung.

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

#### Darstellungsmerkmale, Kenngrößen und verwendete Datenschlüssel

Für den Gesundheitsreport werden die vorliegenden Versicherten- und Leistungsdaten nach verschiedenen Darstellungsmerkmalen wie z.B. Versichertengruppen, Diagnosegruppen, Alter, Geschlecht, Bundesland, aber auch nach arbeitsweltbezogenen Merkmalen wie Berufsgruppe, Wirtschaftsgruppe

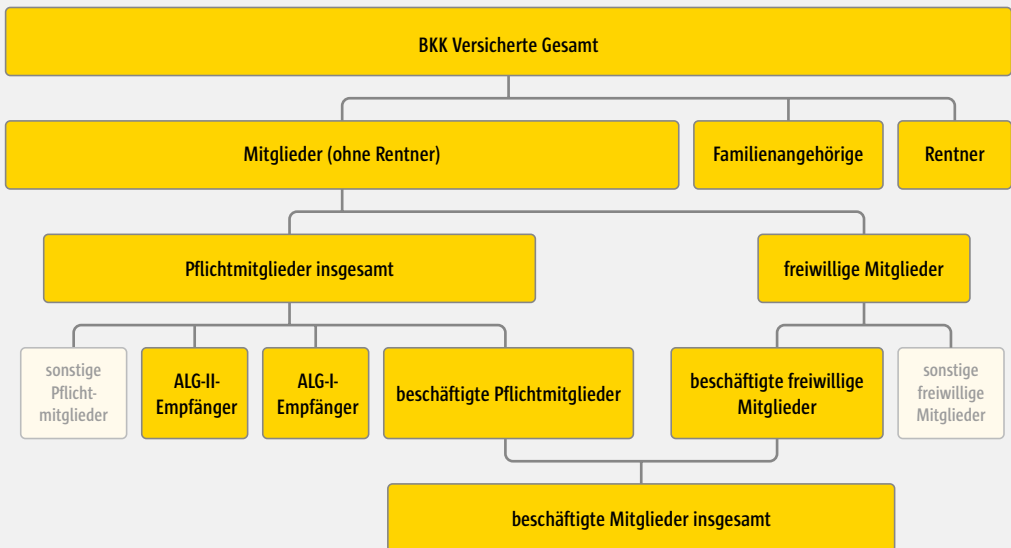
therapeutischen Untergruppen (»»» Anhang B.2: Systematische Verzeichnisse)

- Für die regionale Gliederung der Daten wird der aktuelle Kreis-Gemeindeschlüssel (Gemeindeverzeichnis des Statistischen Bundesamtes) genutzt.
- Zur Darstellung der arbeitgeberbezogenen Merkmale wie Wirtschaftsgruppen und Betriebsgrößenklassen wird auf entsprechende Daten des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen. Der Einteilung der Wirtschaftsgruppen liegt die in der amtlichen Arbeitsmarktstatistik seit 2008 gebräuchliche Systematik der Wirtschaftszweige (WZ 2008) zugrunde. Die Klassifikation weist im Vergleich zur vorherigen WZ 2003 systematische Veränderungen auf, sodass auf der neuen Systematik basierende Analysen und Berechnungen nicht mehr uneingeschränkt mit denen in älteren Gesundheitsreports vor 2008 vergleichbar sind. Für die Auswertung im BKK Gesundheitsreport wurde eine angepasste Kategorisierung der Wirtschaftsgruppen verwendet. Diese orientiert sich an den Branchen, die im BKK System besonders bzw. weniger prominent vertreten sind. Ausgangsbasis sind die zweistelligen Kodierungen der Abteilungen in WZ 2008 (»»» Anhang B.3: Systematische Verzeichnisse). Die angepasste Kategorisierung kann anhand der entsprechenden WZ2008-Zweisteller nachvollzogen werden, eine

oder Betriebsgröße zusammengefasst. Hierbei sind einige Besonderheiten zu beachten:

- Je nach Leistungsbereich und Betrachtungsweise werden für die Ergebnisdarstellung unterschiedliche Versichertengruppen zugrunde gelegt. Welche Gruppen jeweils betrachtet worden sind, ist in den entsprechenden Abschnitten des Gesundheitsreports beschrieben. »»» Abbildung 1 zeigt die betrachteten Versichertengruppen.
- Die Ergebnisdarstellung nach Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen erfolgt entsprechend der internationalen Diagnoseklassifikation ICD-10 GM 2015 (DIMDI) nach Kapiteln, Gruppen oder Einzeldiagnosen. Die Diagnosen liegen dafür in den entsprechenden Leistungsdaten nach der ICD-10 GM (»»» Anhang B.1: Systematische Verzeichnisse) verschlüsselt vor. Bei den AU-Daten wird zu jedem Arbeitsunfähigkeitsfall nur eine Haupt- oder erstgenannte Diagnose der AU-Bescheinigung ausgewertet. Bei den KH-Daten findet entsprechend die jeweils erstgenannte Entlassungsdiagnose Verwendung und für die ambulante Versorgung werden nur gesicherte Diagnosen berücksichtigt.
- Eine Darstellung der Arzneimittelergebnisse erfolgt entsprechend der Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC; DIMDI) nach anatomischen Hauptgruppen sowie nach

Abbildung 1 Übersicht über die betrachteten Versicherten



umfangreiche Darstellung befindet sich dazu im Anhang in **III** Tabelle A6.

- Die berufsbezogenen Informationen ergeben sich aus den im Meldeverfahren nach der Datenerfassungs- und Datenübermittlungsverordnung (DEÜV) an die Krankenkassen weitergeleiteten Tätigkeitsschlüsseln. Bis Dezember 2011 wurde dieser Tätigkeitsschlüssel einheitlich, fünfstellig übermittelt. 2010 ist von der Bundesagentur für Arbeit eine neue, differenziertere Klassifikation der Berufe eingeführt worden (KldB 2010), die in den Tätigkeitsschlüssel des DEÜV-Meldeverfahrens seit Dezember 2011 übernommen wurde. Der neue Schlüssel ist damit von fünf auf neun Stellen erweitert worden und weist im Vergleich zur vorherigen KldB von 1988 deutliche, systematische Veränderungen auf, sodass auf der neuen Systematik basierende Analysen und Berechnungen nicht mehr uneingeschränkt mit denen in älteren Gesundheitsreporten vergleichbar sind. Die Zusammenfassung der neuen Berufsgruppen erfolgt entsprechend der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) nach Berufssektoren, -segmenten und Berufshauptgruppen (**III** Anhang B.4: Systematische Verzeichnisse). 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. Weitere Details hierzu sind im entsprechenden Schlüsselverzeichnis zu finden, das die Bundesagentur für Arbeit auf ihrer Internetseite zur Verfügung stellt. 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 im Gesundheitsreport berichteten Arbeitsunfähigkeitstagen handelt es sich stets um Kalendertage und nicht um betriebliche Ausfall-/Arbeitstage. In einer Annäherung können die betrieblichen Fehlzeiten durch einen Gewichtungsfaktor (bei einer Richtgröße von 220 Arbeitstagen pro Kalenderjahr: 220 dividiert durch 365) bestimmt werden.
- Bei dem Krankenstand handelt es sich um eine berechnete Kenngröße aus der Zahl der AU-Tage je BKK Mitglied in Bezug auf den betrachteten Zeitraum. So erhält man den Krankenstand eines Jahres rechnerisch aus der Anzahl der AU-Tage je Mitglied im Jahr 2015 dividiert durch 365 Kalendertage (als Prozentwert:  $\times 100$ ). Die monatlichen Krankenstände werden analog ermittelt.
- Die Kenngrößen AU-/KH-Fälle oder AU-/KH-Tage je Mitglied werden in Bezug zu den Versichertenzeiten berechnet, bezeichnen also die AU-/KH-Häufigkeit und die AU-/KH-Dauer pro Versichertenjahr.
- In einzelnen Kapiteln des Gesundheitsreports werden aus Vergleichsgründen auch alters- sowie geschlechtsstandardisierte Kenngrößen berechnet. Die Standardisierung dient dazu, dass Krankheitsgeschehen unabhängig von den jeweils unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilungen abbilden zu können. Hierbei wird das Verfahren der direkten Standardisierung angewendet und die Gesamtheit der gesetzlich Krankenversicherten (GKV-Versicherte) bzw. für arbeitsweltbezogene Auswertungen die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2015 in Deutschland als Standardpopulation genutzt. Die entsprechenden Kenngrößen werden also so berechnet, als entspräche die Alters- und Geschlechtsverteilung der BKK Mitglieder der Verteilung bei den GKV-Versicherten insgesamt. Die Standardisierung bewirkt die Vergleichbarkeit der BKK Daten mit den Angaben anderer Krankenkassen, sofern sich die Methoden entsprechen.

# Das Wichtigste im Überblick

## 1. Allgemein

### *Arbeitsunfähigkeitsgeschehen*

- Trotz Grippewelle zu Beginn des Jahres 2015 hat sich der Krankenstand der Mitglieder im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert und liegt weiterhin bei 4,2%.
- Die Grippewelle im Jahr 2015 hat aber zu einem deutlichen Anstieg bei den (Kurzzeit-)AU-Fällen geführt: Die Mehrzahl der AU-Fälle (66,3%) dauert nur maximal 7 Tage.
- Trotz des Rückgangs um durchschnittlich -0,3 AU-Tage je Mitglied im Vergleich zum Vorjahr bleiben die Muskel- und Skeletterkrankungen auch 2015 die Hauptursache für Arbeitsunfähigkeit, gefolgt von den Atemwegserkrankungen und den psychischen Störungen.
- Mit 36 AU-Tagen je Fall sind Mitglieder durchschnittlich am längsten wegen psychischer Störungen arbeitsunfähig.
- Auch bei den psychischen Störungen ist ein leichter Rückgang der AU-Tage im Vorjahresvergleich zu erkennen. Trotz dieser positiven aktuellen Entwicklung haben sich die AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart zwischen 2005 und 2015 mehr als verdoppelt.
- Muskel- und Skeletterkrankungen und psychische Störungen sind zusammen für mehr als die Hälfte (56,3%) aller AU-Tage mit Krankengeldbezug verantwortlich.
- Die drei wichtigsten Einzeldiagnosen für das AU-Geschehen sind die akuten Infektionen der Atemwege (J06), Rückenschmerzen (M54) und die depressive Episode (F32). Fast jeder fünfte AU-Tag (19,3%) geht bei den Mitgliedern auf eine dieser drei Einzeldiagnosen zurück.

### *Ambulante Versorgung*

- 90,5% der BKK Versicherten waren im Jahr 2015 mindestens einmal ambulant in Behandlung - geringfügig weniger als im Vorjahr.

- Aufgrund einer starken Grippewelle im Jahr 2015 ist die größte Steigerung der Diagnosequote gegenüber dem Vorjahr bei den Atmungssystemerkrankungen zu finden.
- Seit 2012 sind hingegen die Versichertenanteile mit Erkrankungen des Nervensystems, des Verdauungssystems sowie mit psychischen Störungen jeweils mit einem Plus von 10% am stärksten gewachsen.
- Eine bedeutende Rolle in der ambulanten Versorgung spielen aber auch die Vorsorgemaßnahmen, insbesondere Krebsvorsorgeuntersuchungen und Impfungen werden häufig in Anspruch genommen.

### *Stationäre Versorgung*

- In 2015 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 195 Krankenhausfälle mit daraus resultierenden 1.738 Behandlungstagen in der stationären Versorgung erfolgt. Gegenüber dem Vorjahr sind damit die Fallzahlen und die daraus resultierenden Mengen an Behandlungstagen um jeweils 3,6% gesunken.
- Die erstmals seit Jahren sinkenden Kennwerte verbleiben im Vergleich zu den zehn vorhergehenden Jahren auf hohem Niveau. Zukünftig wird sich zeigen, ob es sich bei dieser neuen Tendenz sinkender Werte um eine nachhaltige Trendumkehr handelt.
- Es hat mit 12,7% aller Versicherten tatsächlich nur ein relativ kleiner Teil eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen. Die meisten Fälle dauern dabei relativ kurz, so sind zwei Drittel aller Fälle nach höchstens einer Woche abgeschlossen.
- Über einen längeren Zeitraum betrachtet sind die Krankenhausfälle und Krankenhaustage deutlich gestiegen: Gegenüber 2005 sind im aktuellen Berichtsjahr mehr als ein Viertel zusätzliche Krankenhausfälle und rund ein Fünftel mehr Behandlungstage erfolgt.

- Die meisten Fälle in der stationären Versorgung werden durch Herz- und Kreislauferkrankungen verursacht, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems. Letztgenannte Erkrankungsart weist dabei in dieser TOP 3-Liste den größten Rückgang mit -6,4% gegenüber dem Vorjahr auf.
- Die bei weitem meisten Behandlungstage sind aufgrund psychischer Störungen erfolgt: Mehr als jeder fünfte Behandlungstag geht darauf zurück. Für diese Erkrankung ist die stationäre Behandlung meist langwierig: Jeder Fall dauert im Durchschnitt mehr als 25 Tage, gegenüber dem Vorjahr ist dieser Wert sogar leicht gestiegen.
- Unter den häufigsten Einzeldiagnosen ist es die sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung (J44), für die mit fast 10% mehr Fällen und fast 7% mehr Behandlungstagen gegenüber dem Vorjahr eine deutliche Steigerung zu sehen ist. Für Schizophrenie (F20) sind hingegen immerhin 7% weniger Fälle und 8% weniger Behandlungstage gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen.

### Arzneimittelverordnungen

- Circa drei von vier BKK Versicherten haben 2015 im ambulanten Bereich mindestens ein Arzneimittel verordnet bekommen. Während diese Verordnungsquote genauso wie die durchschnittliche Anzahl der Einzelverordnungen in den letzten 4 Jahren nahezu unverändert sind, haben sich die verordneten Tagesdosen im gleichen Zeitraum um 8,3% erhöht.
- Mehr als jede vierte Einzelverordnung (26,3%) sowie mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (44,1%) gehen auf Mittel mit Wirkung auf das Herz- und Kreislaufsystem zurück.
- Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) sind bei mehr als jedem vierten BKK Versicherten (26,8%) im Berichtsjahr mindestens einmal verordnet worden.

## 2. Soziodemografische Besonderheiten

### Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Während die Zahl der AU-Tage mit zunehmendem Alter ansteigt, nimmt gleichzeitig die Zahl der AU-Fälle kontinuierlich ab. Ältere Mitglieder sind somit im Durchschnitt zwar weniger häufig, dafür aber deutlich länger krankheitsbedingt arbeitsunfähig.
- Die meisten AU-Tage fallen bei den Frauen aufgrund von psychischen Störungen an. Bei den

Männern sind es nach wie vor die Muskel- und Skeletterkrankungen, die die meisten krankheitsbedingten Fehltagetage verursachen.

- Für Rückenschmerzen (M54) – der Hauptursache von Fehltagen innerhalb der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen – sind die AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr um -8,4% (Männer) bzw. um -7,7% (Frauen) zurückgegangen, gleichzeitig sind die Fallzahlen nahezu unverändert geblieben. Ob sich hier eine Trendumkehr auch für die kommenden Jahre abzeichnet, bleibt abzuwarten.
- Ein knappes Drittel der AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen gehen allein zulasten der depressiven Episode (F32). Frauen weisen hierbei zwar wesentlich mehr AU-Fälle und AU-Tage auf, die durchschnittliche Falldauer unterscheidet sich aber nur marginal zwischen den Geschlechtern.
- Arbeitslose (ALG-I) haben nach wie vor insgesamt die meisten Fehltagetage, gefolgt von den beschäftigten Pflichtmitgliedern und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern.
- Innerhalb der letzten 5 Jahren haben die Fehltagetage in der Gruppe der beschäftigten freiwilligen Mitglieder am stärksten zugenommen (+4,9 AU-Tage je Mitglied), bewegen sich aber weiterhin deutlich unterhalb aller anderen Versicherten Gruppen.
- Je höher der Schulabschluss eines Beschäftigten, desto geringer sind dessen krankheitsbedingte Fehlzeiten. Besonders deutlich wird dies bei den Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen: Beschäftigte mit Volks-/Hauptschulabschluss haben viermal mehr Fehltagetage aufgrund dieser Krankheitsart als solche mit (Fach-)Abitur.
- Auch bei den beruflichen Ausbildungsabschlüssen sind weniger Fehltagetage mit einem höheren Grad des beruflichen Abschlusses zu verzeichnen. Auch hier zeigt sich insbesondere für die durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursachten AU-Tage der deutlichste Unterschied: Beschäftigte ohne Berufsabschluss haben hier fast viermal so viele AU-Tage wie solche mit einem Hochschulabschluss.

### Ambulante Versorgung

- Der Anteil der Frauen in Behandlung (93,6%) ist größer als der Anteil der Männer (87,4%).
- Bei spezifischen Erkrankungsarten ist das typische Bild in der ambulanten Versorgung: Der Anteil Betroffener mit Diagnose ist bei den Frauen größer als bei den Männern. Außerdem werden



mit zunehmendem Alter die meisten Erkrankungen häufiger diagnostiziert.

- Gegenbeispiel dazu sind Erkrankungen des Atmungssystems und Infektionen: Die meisten Diagnosen aus diesem Spektrum dieser Erkrankungsarten werden bei Kindern und Jugendlichen gestellt.
- Krebsvorsorge ist vor allem bei Frauen zwischen 20 und 64 Jahren verbreitet: Fast jede zweite Versicherte in diesem Alter war in 2015 mindestens einmal bei einer solchen Untersuchung. Bei den Männern dieser Altersgruppe ist hingegen weniger als jeder Zehnte auf Neubildungen untersucht worden.
- 7 von 10 Versicherten über 65 Jahren waren in 2015 wegen Bluthochdruck in ambulanter Behandlung.
- Bei den Beschäftigten werden überdurchschnittlich häufig Erkrankungen des Atmungssystems sowie Muskel- und Skeletterkrankungen diagnostiziert.
- Arbeitslose sind zwar seltener in ambulanter Behandlung, insbesondere die ALG-II-Empfänger weisen aber einen überdurchschnittlich hohen Anteil an psychischen Erkrankungen auf: Bei 40% wurde eine solche Diagnose dokumentiert.
- Wie zu erwarten sind die meisten Versicherten in ambulanter Behandlung bei den Rentnern vorzufinden. Gegenüber dem Vorjahr sind hier die Anteilswerte aber am stärksten zurückgegangen.
- Im Vergleich der Versicherten mit unterschiedlichen Schulabschlüssen sind diejenigen ohne einen Schulabschluss am seltensten in ambulanter Behandlung gewesen.
- Von den Versicherten mit Meister- oder Technikerabschluss sind im Vergleich zu anderen Abschlussgruppen mehr Personen wegen Stoffwechsel-, Herz- und Kreislauf- sowie Muskel- und Skeletterkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen.

### Stationäre Versorgung

- Frauen ab dem 65. Lebensjahr sind deutlich häufiger aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen in stationärer Behandlung als Männer. Männer werden hingegen insgesamt häufiger wegen Herz- und Kreislauferkrankungen behandelt, insbesondere zwischen dem 45. und 75. Lebensjahr ist der Geschlechtsunterschied besonders deutlich.
- Herz- und Kreislauferkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Für Personen ab dem 65. Lebensjahr ist dies der häufigste Grund einer

stationären Behandlung und die meisten Behandlungstage gehen darauf zurück. Bei den unter 60-Jährigen gehen hingegen die meisten stationären Fälle und daraus resultierenden Behandlungstage auf psychische Störungen zurück.

- Blickt man 10 Jahre zurück, so wird – auch bei aktuell leicht rückläufigen Fallzahlen – der gewachsene Anteil der psychischen Störungen am stationären Versorgungsgeschehen deutlich: Seit 2005 sind insgesamt mehr als 50% Krankenhausfälle hinzugekommen, die Anzahl der Behandlungstage stieg sogar um mehr als 70%.
- In den letzten 10 Jahren haben krebsbedingte Behandlungstage bei Männern stärker zugenommen als bei Frauen.
- Häufigste Einzeldiagnosen beim Herz- und Kreislaufsystem sind Herzinsuffizienz (I50) und Herzinfarkt (I63), mehr als jeder fünfte Behandlungsfall (und fast jeder dritte Behandlungstag) geht auf eine dieser beiden Diagnosen zurück. Geschlechtsunterschiede zeigen sich unter anderem besonders deutlich bei der chronisch ischämischen Herzkrankheit (I25), die Fallzahlen sind hier bei Männern dreimal so hoch wie bei Frauen. Wiederum sind für Frauen doppelt so viele stationäre Behandlungsfälle wegen Bluthochdruck (I10) erfolgt.
- Depressionen (F32 bzw. F33) sind die dominierende Erkrankungsart bei den psychischen Störungen: Bei Frauen gehen darauf allein rund die Hälfte, bei Männern immerhin etwa ein Drittel der psychisch bedingten Behandlungstage zurück.
- Bösartige Neubildungen der Bronchien und Lunge (C34) sind die häufigste Krebsart, aufgrund derer BKK Versicherte insgesamt in stationärer Behandlung sind. Dies ist die häufigste Krebsdiagnose bei Männern und zweithäufigste bei Frauen, bei denen hingegen Brustkrebs (C50) noch häufiger der Behandlungsgrund ist.
- Neben den Rentnern sind auch Arbeitslose überdurchschnittlich oft in stationärer Behandlung. Häufigster Grund dafür sind psychische Störungen: Bei den Arbeitslosen gehen mehr als die Hälfte aller Behandlungstage auf diese Krankheitsart zurück.
- Je höher der Schulabschluss der Beschäftigten, desto weniger wahrscheinlich ist bei ihnen eine stationäre medizinische Behandlung. Besonders deutlich wird dies bei Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Muskel- und Skeletterkrankungen: Bei Beschäftigten mit Volks-/Hauptschulabschluss erfolgten jeweils 2,5-mal mehr Behand-

- lungsfälle und -tage aufgrund dieser Krankheitsarten als bei Beschäftigten mit (Fach-)Abitur.
- Ähnlich wie bei den Schulabschlüssen sind auch mit höherem Grad des beruflichen Abschlusses insgesamt weniger Behandlungsfälle und -tage zu verzeichnen. Beschäftigte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss sind aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen mit Abstand häufiger in stationärer Behandlung, als es bei anderen Abschlüssen zu beobachten ist – so unter anderem mehr als doppelt so häufig im Vergleich zu Meistern/Technikern oder Hochschulabsolventen.

### Arzneimittelverordnungen

- Mit zunehmendem Lebensalter steigt der Anteil der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung an, wobei gleichzeitig die Unterschiede zwischen Männern und Frauen abnehmen. Die deutlichsten Alterseffekte zeigen sich bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem sowie auf das alimentäre System und den Stoffwechsel. Diese Wirkstoffgruppen sind auch insbesondere mit altersbedingten Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck oder Diabetes, assoziiert.
- Während Frauen deutlich häufiger Antibiotika (J01) und Psychoanaleptika (N06) verordnet bekommen, sind es bei den Männern vor allem Mittel mit Wirkung auf das Herz- und Kreislaufsystem, die mit wesentlich mehr verordneten Tagesdosen zu Buche schlagen.
- Bleibt der Anteil an Antibiotikaverordnungen im Erwachsenenalter relativ stabil auf hohem Niveau, so ist bei den Psychoanaleptika insbesondere ab dem Renteneintrittsalter ein sprunghafter Anstieg der Verordnungsmengen zu verzeichnen.
- Die mit Abstand meisten Arzneimittel erhalten die Rentner: Mehr als neun von zehn Versicherten aus dieser Gruppe bekommen pro Jahr mindestens ein Arzneimittel verordnet.
- Dass die beschäftigten Mitglieder deutlich mehr Arzneimittelverordnungen (67,2%) erhalten als die arbeitslosen ALG-I-Empfänger (45,3%), liegt vor allem in den Verordnungen von Antiinfektiva zur systemischen Gabe und für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem begründet. Dahinter stehen zum Großteil Kurzzeiterkrankungen, wie zum Beispiel Atemwegsinfektionen, bei denen Arbeitslose vermutlich seltener einen Arzt aufsuchen als beschäftigte Mitglieder und entsprechend weniger Arzneimittel verordnet bekommen.

- Bei den beschäftigten Mitgliedern geht hingegen der mit Abstand größte Anteil der verordneten Tagesdosen auf Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem zurück.
- Je höher der Schulabschluss eines Beschäftigten ist, desto weniger häufig bzw. desto kleinere Mengen an Arzneimitteln bekommt er verordnet. Bei den definierten Tagesdosen tritt dieser Effekt besonders prominent bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zutage.
- Auch beim beruflichen Ausbildungsabschluss der Beschäftigten zeigt sich, dass ein höherer Abschluss mit niedrigeren Verordnungsanteilen und -mengen von Arzneimitteln einhergeht.
- Die Beschäftigten ohne Abschluss nehmen eine Sonderstellung ein, da es sich hier zum Großteil um vergleichsweise junge Mitglieder handelt, die sich noch in ihrer beruflichen Ausbildung befinden.

### 3. Regionale Unterschiede

#### Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

- Nach wie vor ist im Fehlzeitengeschehen ein deutliches Ost-West-Gefälle erkennbar. Dieser Unterschied bleibt auch nach Standardisierung für Alters- und Geschlechtsunterschiede bestehen.
- Mitglieder in Baden-Württemberg (13,2 AU-Tage je Mitglied) haben durchschnittlich fast eine Kalenderwoche weniger Fehltag als die in Sachsen-Anhalt wohnhaften Mitglieder (20,4 AU-Tage je Mitglied).
- Auch bei den Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen zeigt sich ein besonderer Schwerpunkt in den neuen Bundesländern. Besonders niedrige Werte sind auch hierbei vor allem in Teilen von Baden-Württemberg und Bayern zu finden.
- Bei den psychischen Störungen ist dagegen ein starkes Nord-Süd-Gefälle zu beobachten.

#### Ambulante Versorgung

- In Berlin sind die wenigsten Versicherten verglichen mit den anderen Bundesländern in ambulanter Behandlung gewesen. Allerdings sind hier psychischen Störungen häufiger als anderswo diagnostiziert worden.
- Im Saarland ist hingegen der Anteil Versicherter mit einer Diagnose am größten. Besonders Erkrankungen des Atmungssystems sowie Muskel- und Skeletterkrankungen sind dort häufiger als anderswo Konsultationsgrund: Jeweils mehr als



jeder Zweite war in 2015 deshalb in ambulanter Behandlung.

- Sachsen-Anhalt ist mit deutlichem Abstand Spitzenreiter bei den Herz- und Kreislauferkrankungen: Bei 47,5% der dortigen Versicherten wurden diese festgestellt. Zum Vergleich: In Baden-Württemberg waren es nur rund 30%.

#### Stationäre Versorgung

- Baden-Württemberg weist die pro Kopf wenigsten, Sachsen-Anhalt die meisten Krankenhausfälle und -tage aller Bundesländer auf. Rechnet man Alters- und Geschlechtsunterschiede, die zwischen den Bundesländern bestehen, aus den Kennwerten heraus, ist hingegen Thüringen bei den Krankenhausfällen und Bremen bei den Krankenhaustagen je Versicherten auf dem Spitzenplatz.
- Im Vergleich zum Vorjahr ist in Bremen – anders als in den anderen Bundesländern – die Menge der Behandlungsfälle (+8%) und -tage (+6%) gestiegen. Besonders bei Rentnern und Familienangehörigen sind mehr Behandlungstage als im Vorjahr zu verzeichnen gewesen. Dabei sind in Bremen Behandlungsfälle und -tage in überdurchschnittlichem Maße auf Neubildungen zurückzuführen: Fast jeder 4. Behandlungstag geht dort darauf zurück.
- Besonders viele Behandlungstage aufgrund von Herz- und Kreislauferkrankungen sind in Sachsen-Anhalt zu verzeichnen, in Mecklenburg-Vorpommern sind wiederum die psychischen Störungen für überdurchschnittlich viele Behandlungstage ursächlich.

#### Arzneimittelverordnungen

- Bezogen auf den Anteil der Versicherten, die im Jahr 2015 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten haben, sind die höchsten Quoten in den Altbundesländern zu finden.
- Dagegen zeigen sich bei der Betrachtung der Tagesdosen die neuen Bundesländer mit den höchsten Verordnungsmengen an der Spitze.
- In den neuen Bundesländern werden deutlich weniger Antibiotika verordnet als in den Altbundesländern. Für alle betrachteten Wirkstoffgruppen fällt zudem auf, dass insbesondere das Saarland, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Ostbayern überdurchschnittlich viele verordnete Tagesdosen aufweisen.

## 4. Schwerpunktthema „Gesundheit und Arbeit“

Bei den Ergebnissen zum Schwerpunktthema ist Folgendes zu beachten:

- Grundlage der Analysen ist die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt, wozu rund 4,4 Mio. Versicherte gezählt werden. Die dargestellten Daten stellen den Ist-Zustand dar und sind hinsichtlich Alter und Geschlecht nicht standardisiert. Bei der Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse sind diesbezügliche Unterschiede auch zu berücksichtigen. So sind etwa Führungs- und Aufsichtspersonen wie auch Beschäftigte in unbefristeter Teilzeitarbeit älter als der Durchschnitt aller Beschäftigten. Ein höherer Männeranteil ist beispielsweise bei Vollzeitbeschäftigten, Führungs- und Aufsichtspersonen, aber auch bei Leih- und Zeitarbeit vorzufinden.
- Bezogen auf die Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit finden sich besonders hohe Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder im verarbeitenden Gewerbe, im Bereich Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen sowie im Gesundheits- und Sozialwesen.
- Bei einer Differenzierung nach Berufsgruppen sind beschäftigte BKK Mitglieder besonders häufig in den kaufmännischen und unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen sowie den Produktionsberufen zu finden.

### 4.1 Unternehmensmerkmale

#### Arbeitsunfähigkeit

- Wie auch im Vorjahr weisen die Beschäftigten im Bereich der Postdienste (26,2 AU-Tage je Mitglied) sowie der Abfallbeseitigung und des Recyclings (22,3 AU-Tage je Mitglied) die mit Abstand meisten Fehltagetage von allen Wirtschaftsgruppen auf. Nicht einmal halb so viele Fehltagetage fallen im Vergleich bei den Beschäftigten im Bereich Verlage und Medien (9,6 AU-Tage je Mitglied) an.
- Unabhängig von der Wirtschaftsgruppe steigen die AU-Tage bis zum 64. Lebensjahr kontinuierlich an. Die beschäftigten 65-Jährigen und Ältere weisen wesentlich weniger Fehltagetage auf. Ursache ist ein Selektionseffekt: Die durch Krankheit stark belasteten Beschäftigten scheiden (meist frühzeitig) aus dem Erwerbsleben, sodass in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren überproportional viele „gesunde“ Beschäftigte zu finden sind.
- Viele Fehltagetage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sind vor allem in Wirtschaftsgruppen zu finden, die mit körperlich besonders be-

anspruchenden Tätigkeiten verbunden sind (z.B. Baugewerbe, Abfallbeseitigung und Recycling). Im Gegensatz dazu finden sich besonders viele AU-Tage aufgrund psychischer Störungen bei Wirtschaftsgruppen mit einem hohen Anteil an psychischer Beanspruchung (z.B. Sozialwesen).

- Jeder vierzigste AU-Tag im Jahr 2015 wird durch einen Arbeitsunfall verursacht. Zwischen der Wirtschaftsgruppe mit den meisten (Postdienste) und der mit den wenigsten (Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung) Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfällen beträgt der Unterschied bei den AU-Tagen mehr als das 11-Fache.
- Insbesondere Betriebe mit einer mittleren Anzahl von Beschäftigten weisen die durchschnittlich höchsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten auf. Kleinstbetriebe haben zwar im Schnitt die wenigsten Fehltage (13,3 AU-Tage je Beschäftigten), dort treten aber die mit Abstand längsten Fall-dauern auf.

### Ambulante Versorgung

- Die höchsten Anteile Versicherter in ambulanter Behandlung sind in den Wirtschaftsgruppen Gesundheits- und Sozialwesen und öffentliche Verwaltung/Sozialversicherung zu finden. Die wenigsten Versicherten in Behandlung waren es hingegen in Land- und Forstwirtschaft sowie im Gastgewerbe.
- Bei den im Postdienst Beschäftigten steigt die Inanspruchnahme mit zunehmenden Alter sehr stark an: Sind von den unter 25-Jährigen mit einem Anteil von 62% noch deutlich weniger als der Durchschnitt in ambulanter Behandlung, so sind bei den Älteren überdurchschnittlich viele (92%), insbesondere wegen Muskel- und Skeletterkrankung, beim Arzt.
- Die Postbediensteten in Mecklenburg-Vorpommern sind im Vergleich zu anderen Bundesländern am häufigsten in ambulanter Behandlung, vor allem aufgrund von muskuloskelettalen Erkrankungen. Unter den dortigen Postbediensteten ist zudem auch der Anteil der Beschäftigten mit diagnostizierter psychischer Störung am höchsten.
- Ebenfalls auffällig hoch sind in der Berliner Verwaltung/Sozialversicherung sowie im Bremer Gesundheits- und Sozialwesen die Anteile der Beschäftigten, die eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben.

### Stationäre Versorgung

- Wie auch im Vorjahr weisen die im Postdienst Beschäftigten die mit Abstand meisten stationären

Behandlungstage von allen Wirtschaftsgruppen auf. Hier sind es insbesondere die Frauen, welche die bei weitem meisten Tage pro Beschäftigten in stationärer Behandlung aufweisen.

- Die meisten Krankenhaustage für männliche Beschäftigte sind bei der Wirtschaftsgruppe Abfallbeseitigung und Recycling vorzufinden – rund 30% mehr als bei den dort beschäftigten Frauen.
- Die wenigsten Tage verbrachten Beschäftigte der Wirtschaftsgruppen Informationsdienstleistungen/Datenverarbeitung, freiberufliche/wissenschaftliche bzw. technische Dienstleistungen sowie Verlage und Medien in stationärer Versorgung.
- Im Vergleich der Wirtschaftsgruppen sind die meisten Behandlungstage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sowie aufgrund von Neubildungen bei den Postdiensten zu finden. Hingegen sind die meisten stationären Behandlungstage aufgrund psychischer Störungen bei den Beschäftigten im Sozialwesen zu verzeichnen.
- Beschäftigte in Kleinstbetrieben sind am seltensten im Krankenhaus, für diese fallen entsprechend auch die wenigsten Behandlungstage an.
- Bei den Beschäftigten in Großunternehmen (> 5.000 Mitarbeiter) sind die Männer – anders als in Unternehmen mit weniger Beschäftigten – häufiger im Krankenhaus als die Frauen.

### Arzneimittelverordnungen

- Den beschäftigten Frauen der Postdienste sowie den beschäftigten Männern im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling werden im Durchschnitt die meisten Tagesdosen an Arzneimitteln verordnet. Dieses Bild deckt sich mit dem Fehlzeitengeschehen – auch hier sind diese beiden Wirtschaftsgruppen im Vergleich mit den meisten AU-Tagen zu finden.
- Bei den Arzneimitteln, die vor allem bei somatischen Erkrankungen wie zum Beispiel Bluthochdruck oder Rückenschmerzen Anwendung finden, liegen ebenfalls die beschäftigten Frauen der Postdienste bzw. die Männer im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling an der Spitze.
- Bei den Antidepressiva (No6A) sind es hingegen die Beschäftigten aus dem Bereich Sozialwesen, die die größten Verordnungsmengen aufweisen.
- Beschäftigte der Postdienste bekommen in den neuen Bundesländern deutlich mehr Tagesdosen verordnet, dagegen erhalten die im Bereich Metallverarbeitung Beschäftigten in den Altbundesländern wesentlich mehr Arzneimittel.

- Beschäftigte in den Metropolen Hamburg und Berlin liegen in allen Vergleichen deutlich unterhalb des Bundesdurchschnitts. Hier ist zu vermuten, dass – wie auch bei den BKK Versicherten insgesamt – nichtmedikamentöse bzw. nichtärztliche Therapiemöglichkeiten regional häufiger vorhanden sind und auch genutzt werden.

#### 4.2 Merkmale der beruflichen Tätigkeit

##### *Arbeitsunfähigkeit*

- Mit 23 AU-Tagen je Beschäftigten haben die Reinigungsberufe die meisten krankheitsbedingten Fehlzeiten. Im Durchschnitt fast 11 AU-Tage weniger weisen dagegen die in der Unternehmensführung und -organisation Tätigen auf (12,2 AU-Tage je Beschäftigten). Fertigungsberufe sowie Verkehrs- und Logistikberufe sind ebenfalls von besonders hohen Fehlzeiten betroffen. Die niedrigsten Fehlzeiten sind dagegen im Bereich Dienstleistung bzw. bei den geisteswissenschaftlichen Berufen zu finden.
- Wie bei den Wirtschaftsgruppen zeigt sich auch bei den Berufen, dass Beschäftigte in körperlich belastenden Tätigkeiten besonders hohe Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen aufweisen (z.B. Fertigungsberufe). Umgekehrt sind Berufe mit vorwiegend psychisch belastenden Tätigkeiten besonders häufig von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Störungen betroffen (z.B. Gesundheitsberufe).
- Fehltag aufgrund psychischer Störungen treten am häufigsten in der Altenpflege auf (4,5 AU-Tage je Beschäftigten) – das sind fast doppelt so viele wie bei allen Beschäftigten im Durchschnitt (2,3 AU-Tage je Beschäftigten).
- Bei den AU-Kennzahlen aufgrund von Atemwegserkrankungen zeigen sich zwischen den Berufsgruppen, im Vergleich zu den anderen Krankheitsarten, die geringsten Unterschiede. Stärker betroffen sind dabei solche Berufe, die potenziell das Atmungssystem gefährdenden Stoffen ausgesetzt sind (z.B. Chemie) bzw. ein erhöhtes Infektionsrisiko aufgrund des häufigeren Kontakts mit anderen Menschen haben (z.B. Servicekräfte im Personenverkehr).
- Die AU-Tage steigen mit zunehmendem Alter unterschiedlich stark bei den Berufen an: In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen beträgt der Unterschied bei den Fehltagen zwischen den Beschäftigten der Hoch- und Tiefbauberufe und denen im Finanzdienstleistungsbereich mehr als 3 Kalenderwochen.

##### *Ambulante Versorgung*

- Beschäftigte in Gesundheitsberufen sind am häufigsten in ambulanter Behandlung. Gründe dafür waren, häufiger als bei anderen Berufsgruppen, Atemwegserkrankungen genauso wie psychische Störungen, aber auch Vorsorgemaßnahmen.
- In Reinigungsberufen Beschäftigte sind deutlich weniger in ambulanter Behandlung. Allerdings sind vor allem bei den weiblichen Reinigungskräften viele wegen Muskel- und Skeletterkrankungen, psychischen Störungen oder Herz- und Kreislauferkrankungen in Behandlung gegangen.

##### *Stationäre Versorgung*

- Mit über 1,2 Behandlungstagen je Beschäftigten weisen die Reinigungsberufe die meisten Krankenhaustage auf, gefolgt von Sicherheitsberufen und Verkehrs- und Logistikberufen.
- Die wenigsten Behandlungstage erfolgten für Personen mit IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen. Im Vergleich zu Reinigungsberufen sind dort mehr als ein Drittel weniger Behandlungstage zu verzeichnen.
- Die meisten Behandlungstage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen und Neubildungen weisen ebenfalls die Reinigungsberufe auf. Bei den (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen gehen mehr Krankenhaustage als bei allen anderen Berufsgruppen auf psychische Störungen zurück.

##### *Arzneimittelverordnungen*

- Beschäftigte der Sicherheitsberufe, der Reinigungsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe erhalten im Berufsgruppenvergleich die meisten Arzneimitteltagesdosen verordnet.
- Die meisten Tagesdosen insgesamt werden bei Berufen im Bereich Verkehr und Logistik verordnet – allein fünf von zehn Berufen sind aus dieser Gruppe mit den meisten Verordnungen zu finden.
- Bei Arzneimitteln, die vor allem bei somatischen Erkrankungen wie zum Beispiel Bluthochdruck oder Rückenschmerzen eingesetzt werden, finden sich vor allem Berufe mit körperlich belastenden Arbeitsbedingungen an der Spitze nach Verordnungsmengen.
- Dagegen weisen Berufe mit einer besonders hohen psychischen Arbeitsbelastung (zum Beispiel die Alten- bzw. Krankenpflege) überdurchschnittlich hohe Verordnungsmengen von Antidepressiva (No6A) auf.

### 4.3 Anforderungsniveau der Tätigkeit und Aufsichts-/Führungsfunktion

#### Arbeitsunfähigkeit

- Ein höheres Anforderungsniveau einer Tätigkeit geht mit niedrigeren Fehlzeiten einher.
- Fast jeder 3. AU-Tag (30,8%) bei Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten geht auf eine Muskel- und Skeletterkrankung zurück.
- Angestellte mit hoch komplexen Tätigkeiten sind weniger häufig von Fehltagen aufgrund von psychischen Störungen betroffen (1,6 AU-Tage je Beschäftigten), allerdings gehen 17,2% aller AU-Tage in dieser Gruppe auf diese Krankheitsart zurück (Helfer-/Anlernertätigkeiten: 12,4%).
- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen insgesamt weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten als andere Fachkräfte auf (11,8 vs. 16,4 AU-Tage je Beschäftigten). Lediglich beim Burn-out-Syndrom (Z73) weisen die Beschäftigten mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung tendenziell höhere Fehlzeiten auf.

#### Ambulante Versorgung

- Von den Beschäftigten, die Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten ausführen, sind verglichen mit anderen Beschäftigten weniger in ambulanter Behandlung gewesen.
- Männer mit Aufsichts- und Führungsfunktion sind häufiger wegen Herz- und Kreislauferkrankungen in Behandlung, aber seltener wegen psychischen Störungen. Frauen in solcher Position sind seltener wegen einer Atmungssystemerkrankung in Behandlung.

#### Stationäre Versorgung

- Mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit nimmt die durchschnittliche Zahl der Behandlungstage in stationärer Versorgung bei den Beschäftigten ab: Berufstätige mit niedrigem Anforderungsniveau weisen im Schnitt 55% mehr Behandlungsfälle und 65% mehr Behandlungstage als Beschäftigte mit hoch komplexen Tätigkeiten auf.
- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind seltener im Krankenhaus in Behandlung als Beschäftigte ohne eine solche Funktion. Dieser Trend gilt nicht für Krankenhausaufenthalte aufgrund von Neubildungen: Bei weiblichen Aufsichts- bzw. Führungskräften sind hier sogar rund 22% mehr Behandlungstage in 2015 erfolgt als bei Beschäftigten ohne diese Funktion.

#### Arzneimittelverordnungen

- Je höher der Komplexitätsgrad der Tätigkeit, desto niedriger ist der Arzneimittelverbrauch.
- Beschäftigte in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten erhalten rund doppelt so viele Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem wie solche mit hoch komplexen Tätigkeiten.
- Aufsichts- und Führungskräfte weisen aufgrund ihres höheren Lebensalters größere Verordnungsmengen bei den Herz- und Kreislaufmedikamenten auf. Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. das Nervensystem bekommen die Beschäftigten ohne Führungsverantwortung mehr Tagesdosen verordnet.

### 4.4 Vertragsform und Arbeitnehmerüberlassung

#### Arbeitsunfähigkeit

- Befristet Vollzeitbeschäftigte haben wesentlich weniger Fehltage (13,9 AU-Tage) als Beschäftigte in allen anderen Vertragsformen. Aufgrund des niedrigen Durchschnittsalters in dieser Gruppe ist zu vermuten, dass hier ein großer Teil von Personen in Ausbildung oder in Probezeit tätig ist. Möglicherweise lassen sich Beschäftigte in dieser Gruppe aber auch weniger häufig krank schreiben, um die Chancen für eine Übernahme in eine unbefristete Anstellung zu verbessern.
- Leih- bzw. Zeitarbeiter weisen je Beschäftigten durchschnittlich 1,7 AU-Tage mehr auf als solche mit einem regulären Arbeitsvertrag. Zwischen den Berufen differieren die Unterschiede zwischen Leiharbeitern und regulär Angestellten stark: So sind Leiharbeiter in Land-, Forst- und Gartenbauberufen durchschnittlich 5,5 AU-Tage weniger krankgeschrieben, hingegen sind es bei den Gesundheitsberufen 4,2 AU-Tage mehr als die regulär Angestellten.

#### Ambulante Versorgung

- Auch befristet Beschäftigte haben seltener ambulant eine Diagnose gestellt bekommen als unbefristet Tätige.
- Gerade von den befristet in Teilzeit beschäftigten Frauen sowie von den unbefristet in Teilzeit tätigen Männern waren nur relativ wenige in ambulanter Behandlung – dagegen weisen diese Gruppen in der stationären Versorgung die meisten Krankenhaustage auf.
- Verglichen mit anderen Beschäftigten ist ein deutlich geringerer Anteil der in Arbeitnehmerüberlassung Beschäftigten in ambulanter Behandlung gewesen. Zwar sind die Zeit- bzw. Leih-

arbeiter im Durchschnitt jünger, aber auch z.B. bei Atmungssystemerkrankungen, die eigentlich bei jüngeren häufiger diagnostiziert werden, ist die Inanspruchnahme ambulanter Behandlung deutlich geringer.

### Stationäre Versorgung

- Insgesamt sind befristet in Vollzeit Beschäftigte im Durchschnitt deutlich jünger (hierzu zählen auch viele Beschäftigte in Ausbildung oder Probezeit), was sich auch darin zeigt, dass bei dieser Gruppe z.B. Herz- und Kreislauferkrankungen und Neubildungen im stationären Versorgungsgeschehen seltener auftreten. Dagegen sind hier psychische Störungen häufiger Grund für eine stationäre Behandlung.
  - In Arbeitnehmerüberlassung tätige Frauen sind häufiger in stationärer Behandlung als andere Beschäftigte.
- Für als Leiharbeiter beschäftigte Männer sind im Vergleich zu Frauen ohne Leih- bzw. Zeitarbeiterstatus wiederum deutlich weniger Behandlungstage erfolgt.

### Arzneimittelverordnungen

- Die wenigsten verordneten Tagesdosen sind bei den befristet Vollzeitbeschäftigten – meist junge Berufsanfänger oder Auszubildende – zu finden.
- Männer, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, erhalten deutlich weniger Arzneimittel verordnet als solche in einem regulären Anstellungsverhältnis.
- Zwischen den einzelnen Berufssegmenten zeigen sich aber deutliche Variationen – ein Hinweis darauf, dass die jeweiligen Arbeitsbedingungen ebenfalls einen starken Einfluss auf den Arzneimittelgebrauch haben.

# Gesundheit und Arbeit: ein Überblick

Holger Pfaff und Sabrina Zeike

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft,  
Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln

## Einleitung

Das Themenfeld „Gesundheit und Arbeit“ rückt verstärkt in den Fokus der Betrachtung von Gesundheitswissenschaften und betrieblicher Praxis. In den Gesundheitswissenschaften beschäftigt man sich mit Faktoren, die die Gesundheit wesentlich beeinflussen können. Dazu zählen, neben Umwelteinflüssen, Bildung und sozialer Schicht, auch die Arbeitsbedingungen. Diese beeinflussen die Gesundheit in starkem Maße, wie zahlreiche empirische Studien zeigen.

Aus diesem Grund gewinnen in der betrieblichen Praxis die Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung. Für die Praxis besteht Handlungsbedarf aus mindestens drei Gründen: Eine beeinträchtigte Gesundheit der Mitarbeiter/innen führt über Absentismus und/oder Präsentismus nachgewiesenermaßen zu Produktivitäts- und Leistungseinbußen. Zweitens wird es im Kampf um die jungen Talente immer wichtiger, gesunde, attraktive Arbeitsplätze mit hoher Work-Life-Balance anzubieten. Ein dritter Grund ist, dass die psychischen Beeinträchtigungen der Mitarbeiter stetig zunehmen. Seit Mitte der 1990er-Jahre verzeichnen alle Krankenkassen eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszahlen aufgrund psychischer Erkrankungen [2]. Psychische Arbeitsbelastungen wie Stress und Burn-out werden daher auch in den Medien breit diskutiert und sind stärker präsent als früher [3]. Die Zunahme der Arbeitsverdichtung hat zudem dazu geführt, dass das Thema psychische Erkrankungen stärker thematisiert wird [4, 5]. Seit Ende 2013 sind durch die Neuerungen des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) Unternehmen in Deutschland dazu verpflichtet, neben den physischen Risiken eines Arbeitsplatzes auch die psychischen Gefährdungen für ihre Mitarbeiter zu beurteilen und festzuhalten [6].

Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

So ist der Anteil dieser Diagnosegruppe an allen Arbeitsunfähigkeitstagen in den letzten Jahren beständig gestiegen (III Kapitel 1). Lag der Anteil 2005 noch bei 8,5%, so beträgt er im aktuellen Berichtsjahr 15,1%, die Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen hat sich in diesem Zeitraum fast verdoppelt.

## Individuelle Gesundheit, kollektive Gesundheit und Gesundheitsförderung

Im betrieblichen Kontext sind zwei Begriffe von Gesundheit relevant, die individuelle Gesundheit und die kollektive Gesundheit. Nach der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation ist individuell gesund, wer keine Krankheit oder kein Gebrechen hat und sich zusätzlich körperlich, geistig und sozial wohlfühlt [7]. Entsprechende Gesundheitsindikatoren sind z.B. Blutdruck oder Werte auf der Wohlbefindensskala der WHO.

Es können drei Ebenen der Gesundheit unterschieden werden:

1. individuelle Gesundheit (Mikroebene)
2. kollektive Gesundheit im Betrieb (Mesoebene) und
3. kollektive Gesundheit der Gesellschaft (Makroebene)

Unter kollektiver Gesundheit hingegen wird – im einfachsten Fall – die Addition der individuellen Gesundheitszustände eines Kollektivs (wie z.B. der Mitarbeiter eines Betriebes) verstanden. Entsprechende Indikatoren sind die Gesundheitsquote bzw. die Arbeitsunfähigkeitsrate. Während der individuelle Gesundheitszustand für den einzelnen Mitarbeiter interessant ist, ist der kollektive Gesundheitszustand von primärem Interesse für den Betrieb.

Die dritte Ebene der Gesundheit – die kollektive Gesundheit auf der Gesellschaftsebene (Gemeinde, Landkreis, Bundesland, Staat) – ist für die Gesellschaft als Ganzes interessant und relevant.



Der Gesundheitszustand eines Individuums beeinflusst auf der Mikroebene nicht nur die Lebensqualität des Einzelnen, sondern wirkt sich über die individuelle Produktivität und die Ausfallzeiten auch auf die Mesoebene des Betriebs aus (vgl. ►► Abbildung 1).

Auf Betriebsebene sind die individuelle Mitarbeitergesundheit und die sich daraus durch Aggregation (z.B. Aufsummierung) ergebende kollektive Gesundheit des Betriebes wichtige Determinanten der Produktivität und der Attraktivität eines Unternehmens.

Auf der Makroebene der Gesellschaft kann die kollektive Gesundheit als eine Determinante von Lebensstandard und Wohlfahrt einer Gesellschaft angesehen werden. Ein hoher kollektiver Gesundheitszustand wirkt sich über höhere (Arbeits-)Produktivität, geringere Arbeitsausfallzeiten und Verhinderung von Frühberentung volkswirtschaftlich positiv auf Einkommen und Wohlfahrt einer Gesellschaft aus. Aus diesen Gründen stellt z.B. Gesundheit in ärmeren Ländern eine zentrale Determinante der wirtschaftlichen Entwicklung dar [8]. Gesundheit ist somit nicht nur ein individuelles, sondern auch ein gesellschaftliches Potenzial, das es durch Gesundheitsförderung weiter zu stärken und auszubauen gilt.

Die Gesundheitsförderung wird in der Ottawa-Charta als ein Prozess definiert, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll [9]. Gesundheitsförderung ist aus dieser Sicht weitgehend gleichzusetzen mit der Förderung der Gesundheitskompetenz [10]. Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist jedoch mehr. Sie umfasst alle Maßnahmen des Betriebes zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz [11]. Betriebliche Gesundheitsmaßnahmen können den einzelnen Mitarbeiter (z.B. Gesundheitsverhalten), seine Arbeitssituation (z.B. Arbeits- und Gesundheitsschutz), das gesamte Unternehmen (z.B. Unternehmenskultur) und das beeinflussbare Unternehmens-

umfeld in den Blickpunkt nehmen [12]. Die Präventions- und Gesundheitsmaßnahmen lassen sich in verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen unterteilen [13].

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) umfasst die Planung, Durchführung und Evaluation der betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und dient damit der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Setting ist dabei der Betrieb als Initiator für die Entwicklung und Realisierung individueller, struktureller und prozessbezogener Gesundheitsmaßnahmen [14].

### Einflüsse von Arbeit auf Gesundheit

In der Wissenschaft ist der Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit schon seit längerem Gegenstand der Forschung. Die grundsätzliche Frage ist, ob Arbeit gesund oder krank macht. Die Studienlage zeigt, dass Arbeit in erster Linie gesund macht. Darauf deuten beispielsweise Ergebnisse von Studien zum Effekt von Arbeitsplatzverlust hin [15, 16]. Arbeit macht nach dem Belastung-Beanspruchungs-Modell allerdings dann eher krank, wenn bestimmte Arbeitsbedingungen einen belastenden oder ressourcengefährdenden Charakter annehmen und dieser Zustand vom betroffenen Individuum auch als belastend wahrgenommen und bewertet wird.

►► Arbeit wirkt in erster Linie gesundheitsförderlich. Bestimmte Arbeitsbedingungen können jedoch einen gesundheitsgefährdenden Charakter annehmen.

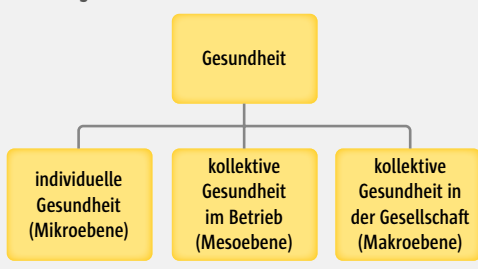
Es konnte in zahlreichen Studien ein negativer Einfluss bestimmter Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit nachgewiesen werden. Wissenschaftlich nachgewiesene gesundheitsgefährdende Risikobereiche sind vor allem zwei Arten von Faktoren:

- Stressoren (Belastungen) und
- Mangel an Ressourcen.

Zu den Stressoren, die die Gesundheit gefährden, zählen vor allen Dingen: hohe Arbeitsintensität, Arbeitsplatzunsicherheit, Überstunden und Schichtarbeit. Zu den Ressourcen, die im Mangelzustand gefährdend sind, zählen unter anderem: Handlungsspielraum (Autonomie), soziale Unterstützung und materielle wie immaterielle Belohnung [12].

Besondere Bedeutung für die Gesundheit haben verschiedene Kombinationen aus Belastungen und Ressourcenmangel. Die drei wichtigsten sind: die

Abbildung 1 Die drei Dimensionen der Gesundheit



Kombination von geringem Handlungsspielraum und hoher Arbeitsintensität, ein Ungleichgewicht zwischen hoher Arbeitsintensität und geringer Belohnung sowie die Kombination aus hoher Anforderung und geringer sozialer Unterstützung [17–19].

Die gesundheitlichen Folgen von hohen Arbeitsbelastungen und Mangel an Ressourcen reichen von psychischen Beeinträchtigungen bis hin zu körperlichen Erkrankungen. Es konnte überzeugende Evidenz dafür gefunden werden, dass unter anderem muskuloskelettale Beschwerden, Depression, Angst und kardiovaskuläre Erkrankungen durch psychische Arbeitsbelastungen mitverursacht werden [20].

### Evidenzbasiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement

Drei Strategien haben sich zur Verminderung der negativen Folgen ungünstiger Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit des Menschen bewährt:

- der gesetzliche Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- die Durchführung von betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und
- die Steuerung dieser Aktivitäten durch ein professionelles Betriebliches Gesundheitsmanagement.

Die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität dieser drei Strategien rückt dabei immer mehr in den Vordergrund der Bemühungen betrieblicher Akteure. Dies liegt vor allem daran, dass Unternehmen ihre finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen bestmöglich einsetzen wollen. Der Bedarf an guten, d.h. effizienten und nachweislich wirkungsvollen Maßnahmen (evidenzbasierte Maßnahmen) ist deshalb groß. Dazu müssen in Zukunft allerdings mehr experimentelle Maßnahmenstudien und systematische Übersichtsarbeiten über diese Maßnahmenstudien durchgeführt werden. Auf diese Weise kann man dem Ziel, ein evidenzbasiertes Gesundheitsmanagement aufzubauen, einen wesentlichen Schritt näherkommen.

Das evidenzbasierte Betriebliche Gesundheitsmanagement (EbBGM) beschäftigt sich in erster Linie mit der Frage, welche Maßnahmen zur Förderung der Mitarbeitergesundheit wirksam sind und welche nicht. In zweiter Linie geht es auch um die Frage, ob im Rahmen des BGM wirksame Managementmethoden eingesetzt werden. Das EbBGM hat zwei Ziele: Es sollen erstens nur nachweislich wirksame Maßnahmen im Rahmen des BGM zum Einsatz kommen. Zweitens sollen unnötige, unwirksame und/oder gar

schädliche Maßnahmen aus dem Angebot der betrieblichen Gesundheitsförderung genommen werden. Daher kann das evidenzbasierte Vorgehen eine wichtige Entscheidungshilfe für die Praxis sein, denn oftmals werden Betriebe mit Angeboten externer Gesundheitsdienstleister regelrecht „überschüttet“. Bei der Auswahl der „richtigen“, sprich der wirksamen und effizienten Maßnahme zur Gesundheitsförderung hilft dann das EbBGM [21]. Das EbBGM gliedert sich in drei Teilbereiche: evidenzbasierte Verhaltensprävention, evidenzbasierte Verhältnisprävention und evidenzbasiertes Gesundheitsmanagement. Im Bereich der evidenzbasierten Verhaltensprävention gibt es bereits viel Evidenz [22]. Diese fehlt in den übrigen zwei Bereichen weitgehend. Um diesen Mangel auszugleichen, benötigt man mehr experimentelle Forschungsarbeiten zur Wirkung der Verhältnismaßnahmen im Betrieb. Solche Studien werden eher in den anglo-amerikanischen und skandinavischen Ländern durchgeführt als in Deutschland. Deutschland ist in dieser Hinsicht noch ein Entwicklungsland. Es fehlt in Deutschland und in den deutschen Betrieben insbesondere an einer Kultur des wissenschaftlichen Praxisexperiments. Viel zu oft scheitern Versuche, die Wirksamkeit einer gesundheitsfördernden Maßnahme zu belegen, an den hohen Hürden auf der betrieblichen Ebene, die z.B. mit der Durchführung von randomisierten kontrollierten Studien verbunden sind. Gelingt es nicht, den Goldstandard der randomisierten kontrollierten Studie im Praxisfeld zu verwirklichen, kann es sich lohnen, quasi-experimentelle Designs anzuwenden wie z.B. kontrollierte Studien mit Propensity Score Matching, Zeitreihenanalysen etc. Diese Designs sind besser als reine Beobachtungsstudien, aber von der internen Validität her gesehen nicht so gut wie randomisierte kontrollierte Studien. Die Anwendung quasi-experimenteller Designs würde für die Arbeitsforschung bereits einen großen Fortschritt bedeuten.

Es gibt schon eine Reihe von Fallstudien zum BGM. In der Literatur sind viele solcher Fallbeispiele im Sinne „Beispiele guter Praxis“ zu finden. Eine Sammlung solcher Beispiele findet sich in Badura et al. (2014), im Corporate Health Jahrbuch und vor allem in den Publikationen der *Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)* [23–25], an der auch der BKK Dachverband maßgeblich beteiligt ist. Bei diesen Fallstudien handelt es sich allerdings – folgt man der Einordnung der Cochrane Collaboration [26] – um die Stufe mit der geringsten Evidenz. Es muss das Ziel im EbBGM sein, den Evidenzgrad der Studien zu erhöhen und es nicht nur bei reinen Fallbeschreibungen zu belassen.

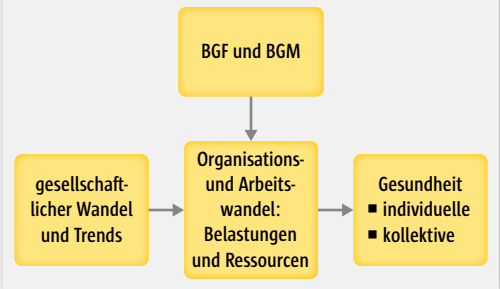


Trends im Bereich Gesundheit und Arbeit

Es gibt eine ganze Reihe von gesundheitsrelevanten Trends im Bereich Arbeit, die Auswirkungen auf die Gesundheit und die Gesundheitsförderung haben können. Der **demografische Wandel** mit den Subtrends der Überalterung der Erwerbspersonen und der Verknappung der Arbeitskräfte führt u. a. zur Arbeitsintensivierung bei den weniger werdenden Arbeitskräften und macht Aktivitäten zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit der älteren Arbeitnehmer zu einem Muss. Der **kulturelle Wandel** mit dem Trend zu interkultureller Vielfalt und raschem Wertewandel (z.B. Work-Life-Balance-Trend; Generation Y und Z) stellt die betriebliche Gesundheitsförderung vor große konzeptionelle Herausforderungen. Der **technische Wandel** mit den sich zum Teil überlappenden Subtrends Digitalisierung, Internet der Dinge und digitale Vernetzung der Arbeit (Arbeit 4.0) [27] führt zu einer Komplexitätszunahme in der Arbeitswelt. Zusätzlich führt dies zu einer Spaltung der Arbeitnehmerschaft in einen Teil, der in der standardisierten Welt relativ monoton und mit wenig Handlungsspielraum arbeitet, und einen anderen Teil, der in einer nicht standardisierten Welt in privilegierter Position die Standardisierung der übrigen Arbeitswelt vorantreibt und dabei viel Handlungsspielraum und Belohnungen erlebt [28].

Diese technische Entwicklung wird massiv vorangetrieben durch den **wissenschaftlichen Fortschritt**, der mit einem enormen Wissenszuwachs und einer starken Wissensentwertung (Halbwertszeit des Wissens) einhergeht. Dieser Fortschritt bringt eine hohe Dynamik und eine starke professionelle Spezialisierung zur Bewältigung des Wissenszuwachses mit sich. In der Folge steigt der Aufwand, diese Spezialisten zielgerichtet zu koordinieren (z.B. im Rahmen von Tumorboards in der Onkologie) [29]. Damit einher geht der **berufspolitische Wandel** mit dem Trend zu mehr Spezialisierung und Professionalisierung und der daraus resultierenden Herausforderung der Führung von autonomen Experten in Expertenorganisationen [30]. Der **ökonomische Wandel** mit den Phänomenen Globalisierung der Wirtschaft, weltweite Konkurrenz, steigende Marktdynamik und Wandel als Dauerzustand führt zu einer hohen Flexibilisierung der Arbeitswelt und einem Aufstieg des Organisationstyps der Adhocracy (Ad hoc-Arbeitsgruppen statt feste Abteilungen) [31]. Durch den ökonomischen Wandel nimmt die Arbeitsintensivierung, Unvorhersagbarkeit und Arbeitsplatzunsicherheit zu, und es eröffnen sich auf der anderen Seite zusätzliche Optionen, die für mehr Gesundheit genutzt werden können.

Abbildung 2 Gesellschaftlicher Wandel, Arbeitswandel und Gesundheit: BGF und BGM als Moderatoren



nen. Diese verschiedenen Kräfte des Wandels lösen **organisatorischen Wandel** in der Arbeitswelt aus. Ein wichtiges Phänomen in den modernen Organisationen ist nicht nur der Trend zum Abbau der Bürokratie (z.B. Adhocracy), sondern auch der zur stärkeren Vernetzung und Koordination der Spezialisten innerhalb einer Wertschöpfungskette. Dies erhöht den Abstimmungsaufwand und kann zu Koordinations-, Konsens- und Verständigungsstress führen.

Die Akteure im Bereich der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung versuchen auf diese Entwicklungen mit verschiedenen Neuerungen zu reagieren (vgl. ►►► Abbildung 2). Die wichtigsten Entwicklungen sind der Trend zur Digitalisierung, der Trend zur Verbindung von Gesundheits- und Versorgungsmanagement und der bereits erwähnte Trend zur Evidenzbasierung der verhaltens- und verhältnisbezogenen Prävention. Die Digitalisierung der Gesundheitsförderung mittels E-Health, wearables und Gesundheits-Apps und die Bereitstellung sowie der Austausch von Gesundheitswissen im Netz bieten neue Nutzungsmöglichkeiten für die betriebliche Gesundheitsförderung. Viele Angebote, von der Stressprävention bis zur Ernährungsberatung, können virtuell und interaktiv mit neuen Medien gestaltet werden. Lernformen wie das blended learning werden durch die Digitalisierung erst möglich. Befragungen in Unternehmen haben ergeben, dass die Bereitschaft zur Nutzung solcher Medien groß ist. So gaben in einer Umfrage nur 8% der Unternehmen an, kein Interesse an gesundheitsbezogenen Web 2.0-Anwendungen zu haben. Die Akzeptanz der Belegschaft, diese zu nutzen, fällt ebenfalls sehr positiv aus [32].

►►► Um langfristig die Mitarbeitergesundheit steigern zu können, müssen Gesundheitsmanagement und Versorgungs-

management zu einem ganzheitlichen „Gesundheits- und Versorgungsmanagement“ verknüpft werden.

Ein weiterer neuer Trend ist die Verbindung des Gesundheits- und Versorgungsmanagements im Betrieb. Bei dem Betrieblichen Gesundheits- und Versorgungsmanagement (BGVM) geht es darum, Prävention, Kuration und Rehabilitation zu verbinden. Ziel des BGVM ist es, Krankheiten zu verhüten und kranke Mitarbeiter durch Koordination der externen und internen Hilfen bestmöglich zu versorgen und wieder zu reintegrieren [33].

Das evidenzbasierte BGM erhöht die Effektivität und Effizienz von betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen und stellt deshalb einen wichtigen Zukunftstrend dar.

Ein dritter Trend ist die bereits erwähnte Verbesserung der Evidenzbasis der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die Evidenzbasis soll es ermöglichen, das Expertenwissen des Gesundheits- und Arbeitswissenschaftlers mit dem Expertenwissen des Mitarbeiters zu verknüpfen und in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zusammenzuführen [21].

## Forschungsbedarf

Der Forschungsbedarf im Bereich von Gesundheit und Arbeit ist erheblich. Dabei ist der Forschungsbedarf im Bereich der Ermittlung der Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Arbeit geringer als der im Bereich des Gesundheitsmanagements. Der Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit ist exzellent und inzwischen durch mehrere Übersichtsarbeiten gut zusammengefasst worden. Allerdings ergeben sich durch die beschriebenen Wandlungen in der Arbeitswelt immer neue Formen der Arbeitsbelastung und des Ressourcenmangels, deren Wirkungen auf die Gesundheit unklar sind und zukünftig stärker erforscht werden müssen. Neue Konzepte zu mobilen Arbeitsplätzen, zur Digitalisierung der Arbeitswelt oder zu flexiblen Arbeitszeiten erzeugen laufend neuen Forschungsbedarf. Zu den neuen, in Bezug auf die Gesundheit noch nicht ausreichend untersuchten Arbeitsbelastungen zählen beispielsweise: ständige Erreichbarkeit außerhalb der regulären Arbeitszeit, neue Formen der Zeitarbeit, prekäre Arbeit, Leiharbeit, Führen über Zielvereinbarungen und Fragen der Definierbarkeit von Belastungsgrenzen [12].

Der Forschungsbedarf im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung ist um einiges höher als im Forschungsbereich Gesundheit und Arbeit. Es existieren – mangels entsprechender Experimentkultur – wenig Studien, die die betriebliche Gesundheitsförderung einer experimentellen Wirksamkeitsanalyse unterzogen haben. Außerdem gibt es einen Mangel an Interventionsstudien zur Verbesserung der Belastungs- und Ressourcensituation in der betrieblichen Praxis, die die Wirksamkeit dieser Intervention testen. Es wird die große Aufgabe der Zukunft sein, in der Arbeits- und Gesundheitsforschung die Evidenzbasierung weiter voranzutreiben und letztlich methodisch hochwertige Studien in der deutschen Arbeits- und Gesundheitsforschung als Standard zu etablieren.

## Zusammenfassung

Die Ausführungen haben gezeigt, dass Arbeit sowohl krank als auch gesund machen kann. Wir wissen relativ genau, welche Formen der Arbeit besonders gesundheitsgefährdend sind. Zudem wissen wir, welche präventiven Verhaltensmaßnahmen besonders wirksam sind. Weniger Wissen ist darüber vorhanden, wie man die Verhältnisse im Betrieb – wissenschaftlich belegt – gesundheitswirksam verändern kann. Es muss das Ziel sein, das insgesamt vorhandene Wissen zu bündeln und so die Grundlagen für eine rationale betriebliche Gesundheitspolitik zu legen. Diese Grundlagen in Zukunft stärker zielgerichtet zur Verbesserung der individuellen und kollektiven Gesundheit zu nutzen und diesen Nutzen wissenschaftlich zu belegen, stellt eine wesentliche Zukunftsaufgabe für Forschung und Praxis dar.

## Literatur

1. BKK Bundesverband, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.). Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit. Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzexperten. Essen, 2004
2. Kramer I, Oster S, Blum M. Der iga-Report 29. Führungskräfte sensibilisieren und Gesundheit fördern – Ergebnisse aus dem Projekt „iga.Radar“
3. Spiegel Online. So gestresst sind deutsche Angestellte. (26.08.2016). <http://www.spiegel.de/karriere/berufleben/stress-bei-der-arbeit-jeder-zweite-hat-rueckenschmerzen-a-1095569.html> (Zugriff am 07.10.2016)
4. Du Prel J, March S, Schröder H, Peter R. Berufliche Gratifikationskrisen und Arbeitsunfähigkeit in Deutschland. Querschnittsergebnisse aus der liDA (leben in der Arbeit)-Studie. Bundesge-

- sundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2015; 58: 996–1004
5. Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M. Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren. Berlin: Springer; 2012
  6. Hahnzog S. Psychische Gefährdungsbeurteilung: Impulse für den Mittelstand. Springer, 2015
  7. World Health Organization (WHO). Constitution of the world health organization; 1946
  8. Görlinger M, Stöver J, Vöpel H, Hungerland W-F, Koller C, Quitzau J. Gesundheit. <http://www.hwwi.org/fileadmin/hwwi/Publikationen/Partnerpublikationen/Berenberg/Strategie-2030-Gesundheit.pdf> (Zugriff am 26.08.2016)
  9. World Health Organization (WHO) (Hrsg.). The Ottawa Charter for Health Promotion. Erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa, 21. November 1986. Ottawa: World Health Organization; 1986
  10. Lenartz N. Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. Göttingen: V&R Unipress, 2012
  11. Horváth P, Gamm N, Möller K, Kastner M, Schmidt B, Iserloh B, Liesch G, Otte R, Braun M, Matter M, Pennig S, Vogt J, Köper B. Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Hilfe der Balanced Scorecard. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2009
  12. Rau R. Der iga-Report 31. Risikobereiche für psychische Belastungen. 1. Aufl. Berlin, 2015
  13. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). Kein Stress mit dem Stress. Eine Handlungsalternative für Betriebs- und Personalräte. Dortmund: Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), 2013
  14. Baumanns R. Unternehmenserfolg durch betriebliches Gesundheitsmanagement. Stuttgart: ibidem-Verlag, 2009
  15. Gallo WT, Teng HM, Falba TA, Kasl SV, Krumholz HM, Bradley EH. The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: A 10 year follow up using the health and retirement survey. *Occup Environ Med* 2006; 63: 683–687
  16. Kasl SV, Jones BA. The impact of job loss and retirement on health. In: Berkman LF, Kawachi I (Hrsg.). *Social epidemiology*. New York: Oxford Univ. Press 2000: 118–136
  17. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979; 24: 285–308
  18. Siegrist J. Effort-reward imbalance model. In: Fink G (Hrsg.). *Encyclopedia of Stress*. San Diego: Academic Press 2007: 893–896
  19. Pfaff H. Streßbewältigung und soziale Unterstützung. Zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens. Weinheim: Dt. Studien-Verl, 1989
  20. Paridon H. Der iga-Report 32. Psychische Belastung in der Arbeitswelt – Eine Literaturanalyse zu Zusammenhängen mit Gesundheit und Leistung. BKK DV, DGVU, AOK-BV, vdek, 2016
  21. Pfaff H, Huber M. Praxis braucht Wissenschaft. Evidenzbasiertes BGM erhöht die Effektivität und Effizienz von Gesundheitsmaßnahmen im Betrieb. *Personalmagazin* 2016; 16
  22. Pieper C. Der IGA-Report 28. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung – eine Darstellung der wissenschaftlichen Evidenz. Essen, 2013
  23. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Top 100 – Impulse aus der Praxis. <http://www.inqa.de/DE/Angebote/Top-100-Impulse-aus-der-Praxis/inhalt.html;jsessionid=09953F444B97D396D8E9A9461F91F774> (Zugriff am 01.09.2016)
  24. Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin: Springer, 2014
  25. EuPD Research Sustainable Management (Hrsg.). *Corporate Health Jahrbuch 2016*. Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland. Bonn, 2016
  26. The Cochrane Collaboration. *Literaturbewertung*. <http://www.cochrane.de/de/literaturbewertung#sys> (Zugriff am 13.09.2016)
  27. Europäische Kommission. Generaldirektion Beschäftigung und Soziales. Europäische Rahmenbedingungen für die soziale Verantwortung der Unternehmen. Grünbuch. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäische Gemeinschaften, 2001
  28. Pfaff H. Optionsstress und Zeitdruck. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Junghans G, Morschhäuser M (Hrsg.). *Immer schneller, immer mehr: Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit*. Wiesbaden: Springer VS; 2013, S. 113–143
  29. Abenhardt W. Tumorboards: bessere Kooperation erforderlich. *Dtsch Ärztebl* 2012; 109: 1547–1550
  30. Schmitz C, Berchtold P. *Managing Professionals – Führung im Krankenhaus*. In: Amelung VE, Sydow J, Windeler A (Hrsg.) *Netzwerk im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*. Stuttgart: Kohlhammer, 2009, S. 167–179
  31. Mintzberg H, McHugh A. Strategy formation in an adhocracy. *Adm Sci Q* 1985; 30: 160–197
  32. Brodersen S. BGF im Web 2.0. [https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga\\_aktuell/Dokumente/iga-aktuell\\_02\\_2015\\_web.pdf](https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_aktuell/Dokumente/iga-aktuell_02_2015_web.pdf) (Zugriff am 07.10.2016)
  33. Pfaff H. Betriebliches Gesundheits- und Versorgungs-Management (BGVM): eine Zukunftsaufgabe. In: Trittin C (Hrsg.). *Versorgungsforschung. zwischen Routinedaten, Qualitätssicherung und Patientenorientierung*. Siegburg: Asgard Verlagsservice, 2015, S. 273–280



Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

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



Sabrina Zeike, M.A.

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

# 40 Jahre BKK Gesundheitsreport – Beständigkeit im Wandel

Lange vor den Bismarck'schen Sozialgesetzen und der damit verbundenen Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland im Jahre 1883 gab es bereits zahlreiche Betriebskrankenkassen (BKK) mit ihren traditionellen Verbundenheit zu den jeweiligen Trägerunternehmen. Die Betriebskrankenkassen zählen damit zu den Pionieren der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

Gleiches gilt auch für den BKK Gesundheitsreport. Im Jahr 1976 wurde erstmals innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung als dessen Vorläufer die Krankheitsartenstatistik der BKK Pflichtmitglieder veröffentlicht. Damit ist der BKK Gesundheitsreport diejenige arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung mit der längsten Tradition. Zu Beginn stellte diese vor allem ein Zahlenwerk dar, das gezielt an verschiedene Fachleute innerhalb und außerhalb des deutschen Gesundheitssystems adressiert war. Bereits in den Anfängen wurden neben den Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit Statistiken zu anderen Leistungsbereichen, wie z. B. der stationären Versorgung, berichtet. Schon damals wurden die Ergebnisse differenziert nach Regionen und Wirtschaftsgruppen ausgewiesen. Durch dieses Vorgehen wurden Auffälligkeiten in einzelnen Wirtschaftsgruppen erst sichtbar – ein wichtiger erster Schritt, um gezielt Maßnahmen für eine betriebliche Gesundheitsförderung ableiten zu können, lange bevor dies zur gesetzlichen Pflicht wurde.

Im Laufe der Jahre durchlief diese Publikation zahlreiche Transformationen. So wurde die Gesundheitsberichterstattung um diverse Leistungsbereiche erweitert, unter anderem um die ambulante Versorgung und die Arzneimittelverordnungen. Weitere Meilensteine waren die Ausrichtung des Reports auf ein Schwerpunktthema und die Hinzunahme von Beiträgen von Gastautoren, die den BKK Gesundheitsreport mit ihrer Expertise bereichern. Diese Autoren aus den Bereichen Wissenschaft, Politik und Praxis schärfen den Blick auf ein jährlich neugewähltes Schwerpunktthema und bilden eine wich-

tige Ergänzung zu den auf Routinedaten der BKK Versicherten basierenden Analysen.



Im Laufe der dynamischen Entwicklung der Inhalte und der Struktur des BKK Gesundheitsreports hat sich auch dessen Format fortwährend gewandelt. Hielt man mit der ersten Publikation noch eine dünne Broschüre in den Händen, so wuchs diese mit den Jahren sowohl inhaltlich als auch vom Umfang her stark an. Mit Gründung des BKK Dachverbandes erhielt der BKK Gesundheitsreport wiederum ein völlig neues Gesicht und wurde erstmals im Jahr 2014 in Buchform publiziert. Zudem wurde neben Franz Knieps, dem Vorstand des BKK Dachverbandes, Prof. Dr. Holger Pfaff von der Universität zu Köln,

ein renommierter Versorgungsforscher, Mitherausgeber des BKK Gesundheitsreports.

Für die Betriebskrankenkassen gehört es schon immer zur Maxime, gerade für den Bereich der Gesundheitsberichterstattung einem möglichst großen Interessentenkreis Informationen zur Verfügung zu stellen. Deshalb gibt es schon seit langem die Möglichkeit, den BKK Gesundheitsreport neben der gebundenen Form auch vollumfänglich in elektronischer Form kostenfrei zu erhalten und zu lesen. Darüber hinaus bietet die elektronische Version weitere Vorzüge: Alle Kennzahlen, die in Form von Diagrammen und Tabellen im BKK Gesundheitsreport zu finden sind, stehen interessierten Nutzern auf der Internetseite des BKK Dachverbands zur weiteren Verwendung zur Verfügung. Die stetig steigende Nachfrage am BKK Gesundheitsreport selbst sowie auch an den darin enthaltenen Kennzahlen bestätigt dabei das gewählte Vorgehen. Neben den Betriebskrankenkassen selbst, die den BKK Gesundheitsreport für ihre Arbeit vor Ort insbesondere im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und des betrieblichen Gesundheitsmanagements verwenden, gibt es auch zahlreiche andere Nutzer, wie zum Beispiel Gesundheitswissenschaftler, Gewerkschaften, Arbeitgeber, Ministerien, politische Interessensverbände, Journalisten und viele mehr. Die Vielzahl von Rückmeldungen und Anfragen zum BKK Gesundheitsreport zeigt, dass diese Publikation auf ein breites öffentliches Interesse stößt.

Trotz all dieser positiven Aspekte muss und wird sich der BKK Gesundheitsreport auch zukünftig noch weiterentwickeln. Neben der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität muss auch der Tatsache Rechnung getragen werden, dass das Interesse und der Informationsbedarf weiter steigen, der BKK Gesundheitsreport aber nicht parallel dazu im gleichen Maße wachsen kann, ohne dass das aktuelle Format gesprengt wird. Deshalb wird in Zukunft verstärkt auf ergänzende elektronische Angebote und Publikationsformen gesetzt, die zum einen eine detaillierte, interaktive und individuelle Betrachtung verschiedener Aspekte ermöglichen und zum anderen eine noch höhere Aktualität und Informationstiefe gewährleisten können. Damit eröffnen sich aber auch ganz neue Optionen, bisher „ungehobene Datensätze“ einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, die wiederum neue und tiefergehende Möglichkeiten bieten, die gesundheitliche Lage der BKK Versicherten zu betrachten. Unabhängig von allen Innovationen ist die Zielstellung des BKK Gesundheitsreports und der gesamten Gesundheitsberichterstattung über die Jahre unverändert geblieben – die gesundheitliche Versorgung optimal an den Bedürfnissen auszurichten, die Gesundheit aller BKK Versicherten zu erhalten und im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung stetig zu verbessern. Diesem Ziel werden die Betriebskrankenkassen auch in Zukunft treu bleiben und ihre Vorreiterrolle weiter ausbauen.





# Einleitung

Für den vorliegenden BKK Gesundheitsreport 2016 werden Kennzahlen des Krankheitsgeschehens im Jahr 2015 für die Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK) ausgewertet und dargestellt. Neben dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen werden auch aktuelle und wichtige Kennzahlen zur ambulanten und stationären Versorgung sowie zu den Arzneimittelverordnungen berichtet.

Der BKK Gesundheitsreport 2016 widmet sich in diesem Jahr dem Schwerpunktthema *Gesundheit und Arbeit*. Hierbei liegt der Fokus insbesondere auf der arbeitsweltlichen Betrachtung der gesundheitlichen Lage der BKK Versicherten. Die Betrachtung der Arbeitswelt erfolgt dabei aus verschiedenen Perspektiven. Neben dem Beruf und der Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit nehmen unter anderem auch das Geschlecht, das Alter, der soziale Status sowie die berufliche Position Einfluss auf den Gesundheitszustand jedes einzelnen Beschäftigten.

Besonders freuen wir uns auch in diesem Jahr über die zahlreichen Gastautoren aus den Bereichen Wissenschaft, Politik und Praxis, die den Report mit ihren Fachbeiträgen und ihrer Expertise bereichern. Der erstmalig im vergangenen Report eingeführte Interviewblock findet ebenfalls, wenn auch unter anderen Vorzeichen, seine Fortsetzung. Waren es im vergangenen Jahr Vertreter der Politik, die sich zum Themenschwerpunkt äußerten, so sind es diesmal verschiedene Akteure aus den Unternehmen, die ihre Perspektive zum Thema Mitarbeitergesundheit und deren Förderung wiedergeben.

Eine weitere Neuerung stellt die Kapitelstruktur ab dem diesjährigen Report dar. Um relevante Informationen noch schneller zu finden und noch vorhandene Redundanzen weiter zu minimieren, sind die Kapitel nun nach den einzelnen Leistungsbereichen geordnet. Während sich **III** Kapitel 1 dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen widmet, sind in **III** Kapitel 2 die wichtigsten Kennzahlen zur ambulanten Versorgung der BKK Versicherten zu finden. Anschließend daran werden im **III** Kapitel 3 die sta-

tionäre Versorgung sowie in **III** Kapitel 4 die Arzneimittelverordnungen dargestellt. **III** Kapitel 5 fasst wiederum die Erkenntnisse aus den Kennzahlen zusammen und generiert daraus Ableitungen für verschiedene gesundheitspolitisch relevante Bereiche. Natürlich werden die einzelnen Kapitel wieder durch zusätzliche Auswertungen im Kontext des diesjährigen Schwerpunktthemas ergänzt.

Für den BKK Gesundheitsreport 2016 liegen Daten von insgesamt 9,29 Mio. BKK Versicherten vor. Dies entspricht einem Anteil von 79,3% aller BKK Versicherten. Das Durchschnittsalter aller Versicherten beläuft sich auf 42,3 Jahre, wobei weibliche Versicherte im Durchschnitt etwas älter sind (43,1 Jahre) als die männlichen Versicherten (41,5 Jahre). In der Gesamtheit aller BKK Versicherten sind beide Geschlechter mit Anteilen von jeweils 50% genau gleich vertreten.

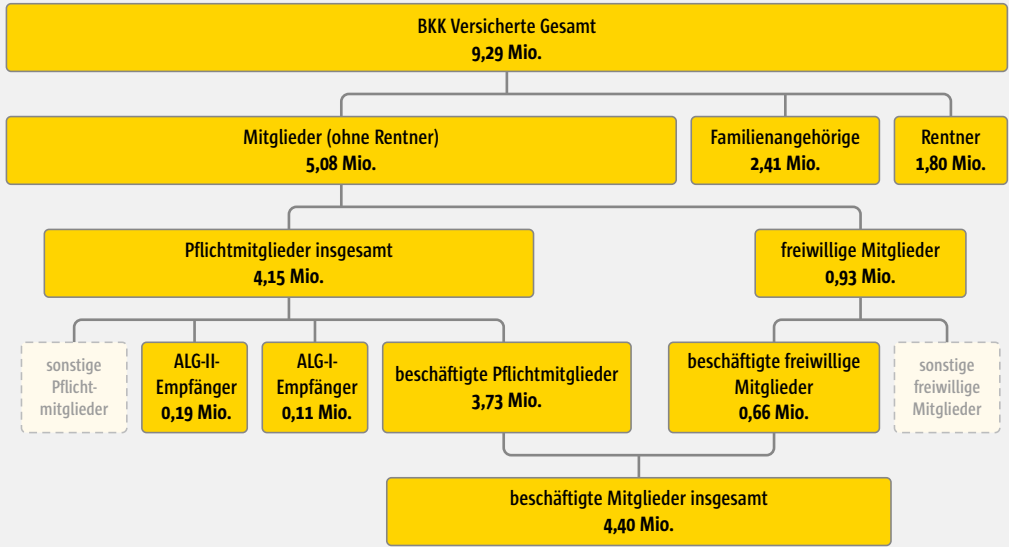
Die BKK Versicherten lassen sich in verschiedene Gruppen differenzieren, wie **III** Diagramm 1.1 veranschaulicht. In den einzelnen Kapiteln und Abschnitten wird thematisch auf die jeweils entsprechenden Gruppen Bezug genommen. Die Auswertungen zum ambulanten und stationären Versorgungsgeschehen sowie zu den Arzneimittelverordnungen schließen alle 9,29 Mio. BKK Versicherten ein. Hierbei sind auch Versichertengruppen (z.B. Rentner und Kinder) in die Analysen einbezogen, die in der Regel keine Krankenschreibung erhalten.

Bei der Darstellung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wird wiederum die Gruppe der insgesamt 4,79 Mio. krankengeldberechtigten Mitglieder ohne Rentner<sup>1</sup> bzw. relevante Teilgruppen betrachtet. Bei der überwiegenden Mehrheit (3,73 Mio.) handelt es sich dabei um beschäftigte Pflichtmitglieder.

<sup>1</sup> 0,29 Mio. Mitglieder ohne Rentner (u.a. ALG-II-Empfänger, Studenten usw.) gehen nicht in die Auswertungen ein, da sie aufgrund des fehlenden Krankengeldanspruchs in der Regel nicht als Leistungsfälle in den Kassendaten auftauchen.



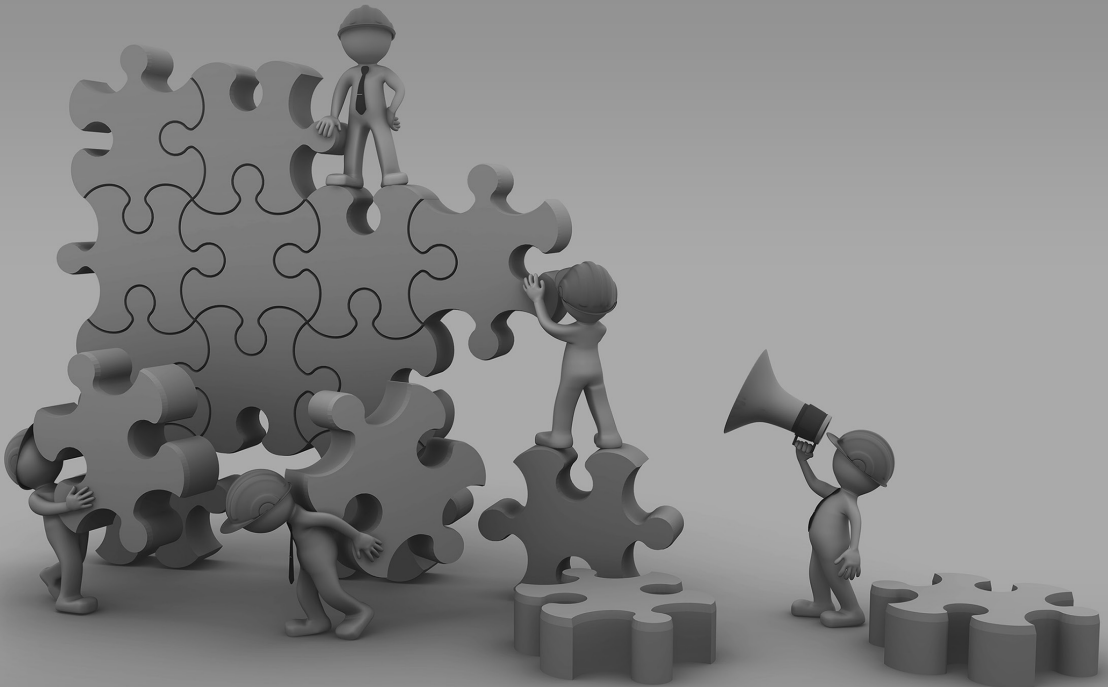
Diagramm 1.1 BKK Versicherte nach Versichertengruppen\* (Berichtsjahr 2015)



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

# 1

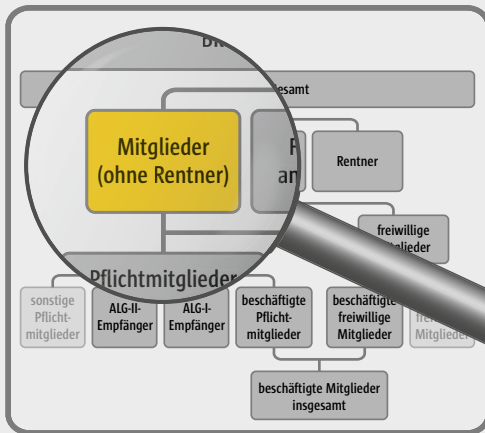
## Arbeitsunfähigkeit



aus: Knieps F | Pfäff H (Hrsg.) „Gesundheit und Arbeit“. BKK Gesundheitsreport 2016.

ISBN 978-3-95466-282-1, urheberrechtlich geschützt

© 2016 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.



In diesem Abschnitt werden die Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (AU-Geschehen) der 4,79 Mio. BKK Mitglieder ohne Rentner sowie der dazugehörigen Versichertengruppen (beschäftigte Pflichtmitglieder, beschäftigte freiwillige Mitglieder und Arbeitslose [ALG-I]) im Jahr 2015 beschrieben. Ergänzend werden aus dem monatlichen Krankenstandverfahren erste Trends für das Jahr 2016 dargestellt.

# 1.1 AU-Geschehen im Überblick

## 1.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2015

- Trotz Grippewelle zu Beginn des Jahres 2015 hat sich der Krankenstand der Mitglieder im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert und liegt weiterhin bei 4,2%.

Im Vergleich zu 2014 sind in 2015 die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) der Mitglieder ohne Rentner (im Folgenden Mitglieder genannt) unverändert geblieben (jeweils durchschnittlich 15,4 AU-Tage je Mitglied). Entsprechend liegt der Krankenstand unverändert bei 4,2%. Bemerkenswert ist hierbei, dass zu Beginn des Jahres 2015 eine ausgeprägte Grippewelle auftrat. Entsprechend sind auch die Fehlzeiten bei den Atemwegserkrankungen im Vorjahresvergleich um durchschnittlich 0,5 AU-Tage je Mitglied angestiegen. Bei den Fehltagen, die durch andere Diagnosen bedingt sind, zeichnet sich aber teilweise erstmals seit einem Jahrzehnt wieder eine Abnahme der AU-Tage ab. Am deutlichsten wird dies bei den Muskel- und Skeletterkrankungen mit einem Rückgang von durchschnittlich -0,25 AU-Tagen je Mitglied,

aber auch bei den psychischen Störungen, den Herz- und Kreislauferkrankungen, den Krankheiten des Verdauungssystems sowie den Verletzungen und Vergiftungen (»» Diagramm 1.1.5).

Ähnliche Tendenzen im Vorjahresvergleich lassen sich auch für die beschäftigten Pflichtmitglieder konstatieren. Dagegen sind, wie auch schon im Vorjahr, die krankheitsbedingten Fehlzeiten der freiwilligen Mitglieder (+0,5 AU-Tage) bzw. der beschäftigten freiwilligen Mitglieder (+0,9 AU-Tage) angestiegen. Allerdings liegen die durchschnittlichen Ausfallzeiten hier nach wie vor deutlich unter denen der anderen Versichertengruppen. Eine weitere Abnahme der AU-Tage ist auch bei den Arbeitslosen (ALG-I) zu beobachten – im Vergleich zum Vorjahr reduzierten sich die Fehlzeiten im Durchschnitt um 1,4 AU-Tage, was im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen die mit Abstand größte Veränderung darstellt. Die ALG-II-Empfänger bleiben bei den Fehlzeiten unberücksichtigt, da sie keinen Anspruch auf Krankengeld besitzen und somit kassenseitig in der Regel keine diesbezüglichen Leistungsfälle (AU-Fälle) angelegt werden. Dies gilt auch für die sonstigen Pflichtmitglieder (vgl. »» Diagramm 1.1). In »» Ta-

Tabelle 1.1.1 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2015)

Versichertengruppe	Versichertenjahre in Mio.	AU-Tage	Krankenstand in Prozent	Anteil ohne AU in Prozent
Pflichtmitglieder insgesamt	3,87	17,3	4,7	37,1
Arbeitslose (ohne ALG-II-Empfänger)	0,11	24,5	6,7	52,6
beschäftigte Pflichtmitglieder	3,73	17,1	4,7	36,5
freiwillige Mitglieder	0,92	7,5	2,1	62,9
beschäftigte freiwillige Mitglieder	0,66	10,5	2,9	48,3
beschäftigte Mitglieder insgesamt	4,40	16,1	4,4	38,3
alle Mitglieder, ohne Rentner	4,79	15,4	4,2	42,1

belle 1.1.1 sind, zusätzlich zu den AU-Kennzahlen für das Berichtsjahr 2015, die entsprechend für das AU-Geschehen relevanten Versichertenjahre dargestellt.

Betrachtet man das Gegenstück der AU-Quote (Prozentanteil der Mitglieder mit mindestens einem AU-Fall im Berichtsjahr), so lässt sich auch in diesem Jahr feststellen, dass die freiwilligen Mitglieder den mit Abstand höchsten Anteil (62,9%) derjenigen innehaben, die keinen AU-Fall aufweisen. Mit 52,6% folgen dann die Arbeitslosen (ALG-I) sowie die beschäftigten freiwilligen Mitglieder (48,3%). Den geringsten Anteil der Mitglieder ohne einen AU-Fall im Jahr 2015 weisen die beschäftigten Pflichtmitglieder mit 36,5% auf. Bei den Arbeitslosen (ALG-I) lässt sich dieser hohe Anteil dadurch erklären, dass diese vor allem bei Kurzeiterkrankungen, wie sie unter anderem aufgrund der Grippewelle zu Beginn des Jahres 2015 auftraten, nicht zwingend einen Arzt aufsuchen und entsprechend weniger AU-Fälle entstehen. Dass Arbeitslose (ALG-I) trotzdem eine besondere gesundheitliche Problemlage aufweisen, wird in **III** Kapitel 1.3.2 näher beleuchtet.

Interessant ist auch der Blick auf die jeweiligen Prozentanteile der Mitglieder nach der Anzahl der AU-Fälle, wie in **III** Tabelle 1.1.2 zu sehen ist. Neben den bereits erwähnten 42,1% der Mitglieder, die im Jahr 2015 keinen AU-Fall aufweisen, haben etwas mehr als ein Viertel (25,3%) nur einen AU-Fall im Berichtsjahr, 14,9% zwei AU-Fälle, 17,7% der Mitglieder weisen dagegen drei und mehr AU-Fälle auf. Im Vergleich zum Jahr 2005 ist vor allem der Anteil derjenigen Mitglieder zurückgegangen, die keinen (-2,2 Pro-

**Tabelle 1.1.2 AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner (Berichtsjahr 2015)**

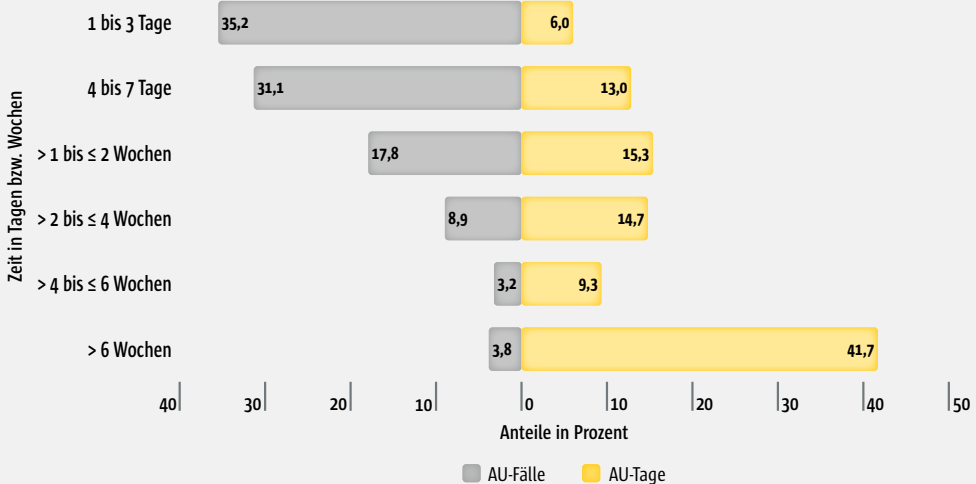
AU-Fälle	Anteil in Prozent
kein AU-Fall	42,1
1 AU-Fall	25,3
2 AU-Fälle	14,9
3 und mehr AU-Fälle	17,7

zentpunkte) oder nur einen (-3,2 Prozentpunkte) AU-Fall aufweisen. Dagegen hat es eine deutliche Zunahme des Mitgliederanteils gegeben, die drei und mehr AU-Fälle pro Jahr aufweisen (+5,2 Prozentpunkte).

- Die Mehrzahl der AU-Fälle (66,3%) ist für Kurzeiterkrankungen von maximal 7 AU-Tagen je Fall (Falldauer) verantwortlich.
- Mit 36 AU-Tagen je Fall sind Mitglieder durchschnittlich am längsten wegen psychischer Störungen arbeitsunfähig.
- Muskel- und Skeletterkrankungen und psychische Störungen sind zusammen für mehr als die Hälfte (56,3%) aller AU-Tage mit Krankengeldbezug verantwortlich.

Neben der reinen Betrachtung der AU-Tage gibt die Betrachtung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit Aufschluss darüber, wo Schwerpunkte im Bereich der Kurz- und Langzeiterkrankungen liegen. Insbeson-

**Diagramm 1.1.1 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung nach Dauerklassen (Berichtsjahr 2015)**



dere die Langzeiterkrankungen verursachen sowohl für die Betroffenen selbst als auch für die Sozialsysteme insgesamt eine nicht unerhebliche Belastung – diesem Punkt widmete sich der BKK Gesundheitsreport 2015 in seinem Schwerpunktthema. In **»** Anhang A finden sich in **»** Tabelle A.3 zu den Falldauern weitere detaillierte Auswertungen zum AU-Geschehen der Mitglieder.

Betrachtet man zunächst die AU-Fälle, die mit einer Kurzarbeitsunfähigkeit von maximal sieben Tagen Dauer verbunden sind, so zeigt sich, dass die Majorität aller AU-Fälle (66,3%) in diese Kategorie fällt (vgl. **»** Diagramm 1.1.1). Bei den sogenannten Langzeitfällen mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen liegt dieser Anteil gerade mal bei 3,8%. Allerdings wird hier deutlich, dass 41,7% aller AU-Tage auf Langzeitfälle zurückzuführen sind und somit den größten Anteil von allen hier dargestellten Dauerklassen einnehmen. Bezogen auf die vorher genannten Kurzarbeitsfälle beträgt deren Anteil an den AU-Tagen nicht einmal die Hälfte (19%) der Menge der Langzeitfälle. Im Vergleich zum Jahr 2014 hat sich der Anteil der AU-Fälle für Kurzarbeiterkrankungen nicht verändert. Der Anteil der AU-Fälle mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen hat hingegen leicht abgenommen (2014: 4,1%).

Für die AU-Tage ist dagegen eine leichte Zunahme der Anteile bei den Kurzarbeiterkrankungen, ins-

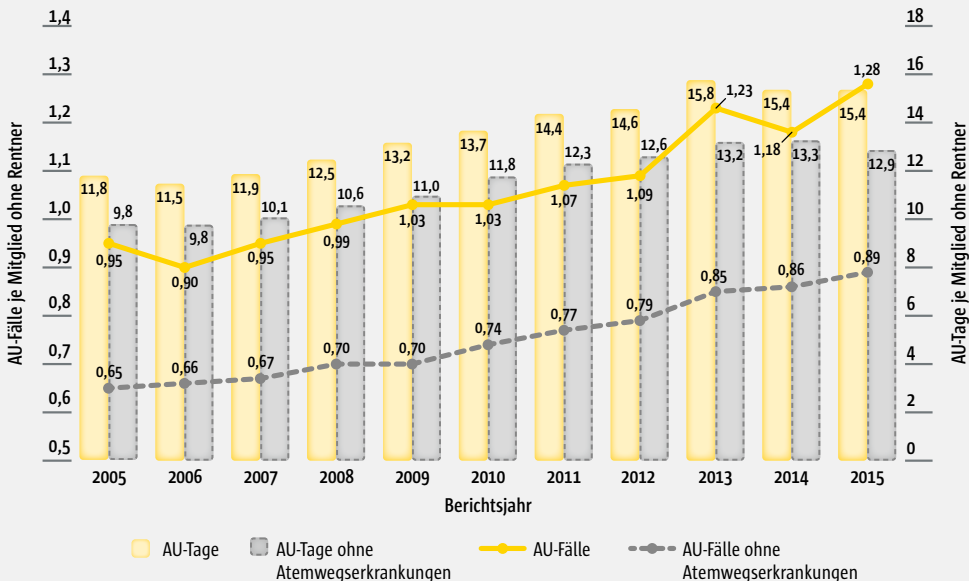
besondere bei einer Dauer von bis zu einer bzw. bis zu zwei Wochen (jeweils +1,9%), und gleichzeitig eine Abnahme der Anteile bei den Langzeiterkrankungen über sechs Wochen (-5,2%) zu verzeichnen. Dies ist wiederum durch die Grippewelle im Jahr 2015 verursacht, da hier vor allem der Anteil der AU-Fälle mit einer Dauer von maximal 2 Wochen zugenommen hat. Der Anteil der AU-Fälle (94,3%) und der AU-Tage (77,0%) mit maximal 2 Wochen Dauer bei den Atemwegserkrankungen im Jahr 2015 zeigt diesen Zusammenhang deutlich auf.

### 1.1.2 Langzeittrends

- Die Grippewelle im Jahr 2015 hat zu einem deutlichen Anstieg bei den (Kurzzeit-)AU-Fällen geführt.
- Dagegen sind die AU-Tage je Mitglied nahezu unverändert, bedingt durch den Rückgang der Fehltagelänge bei anderen Diagnosehauptgruppen, wie z.B. den Muskel- und Skeletterkrankungen.

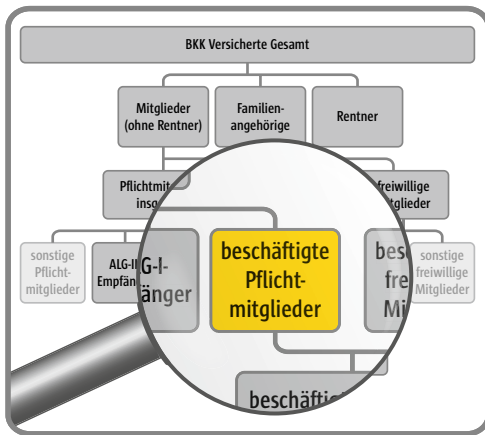
In den letzten 10 Jahren sind sowohl die AU-Fälle als auch die AU-Tage der Mitglieder nahezu kontinuierlich angestiegen (**»** Diagramm 1.1.2). Bei den AU-Fällen sind insbesondere die Jahre 2013 und 2015 mit auffällig hohen Werten zu erkennen, die primär durch die ausgeprägten Grippewellen in diesen bei-

Diagramm 1.1.2 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner im Zeitverlauf insgesamt sowie ohne Fehltagelänge aufgrund von Atemwegserkrankungen (2005–2015)



den Jahren begründet sind. Die überwiegende Mehrheit der Grippe- und Erkältungsfälle sind Kurzzeiterkrankungen mit unter einer Woche Dauer. War im Jahr 2013 noch der höchste Wert nach AU-Tagen je Mitglied zu verzeichnen, so haben sich in 2015 im Vergleich zum Vorjahr trotz Grippewelle keine nennenswerten Veränderungen ergeben. Wie bereits eingangs erwähnt, hängt dies unter anderem mit der Abnahme der AU-Tage bei den anderen Krankheitsursachen für Arbeitsunfähigkeit zusammen. Korrigiert man die Fehlzeiten um diejenigen AU-Tage, die allein durch eine Atemwegserkrankung verursacht werden, so lässt sich in 2015 sogar erstmals eine Abnahme der krankheitsbedingten Fehlzeiten um rund 0,5 AU-Tage je Mitglied verzeichnen. Dies ist insofern bemerkenswert, als es den vermuteten Auswirkungen des demografischen Wandels und der damit verbundenen Zunahme der Morbidität entgegenläuft. Für die AU-Fälle lässt sich nach Korrektur für die Atemwegserkrankungen feststellen, dass sie sich im Vergleich zum Vorjahr nur marginal verändert haben.

### 1.1.3 Entwicklung im Jahr 2016



- Aufgrund der Grippewelle sind im 1. Quartal 2016 deutlich erhöhte krankheitsbedingte Fehlzeiten zu verzeichnen.
- Im Vergleich zum Jahr 2015 war die Grippewelle 2016 bezogen auf die damit verbundene Arbeitsunfähigkeit aber etwas geringer ausgeprägt.

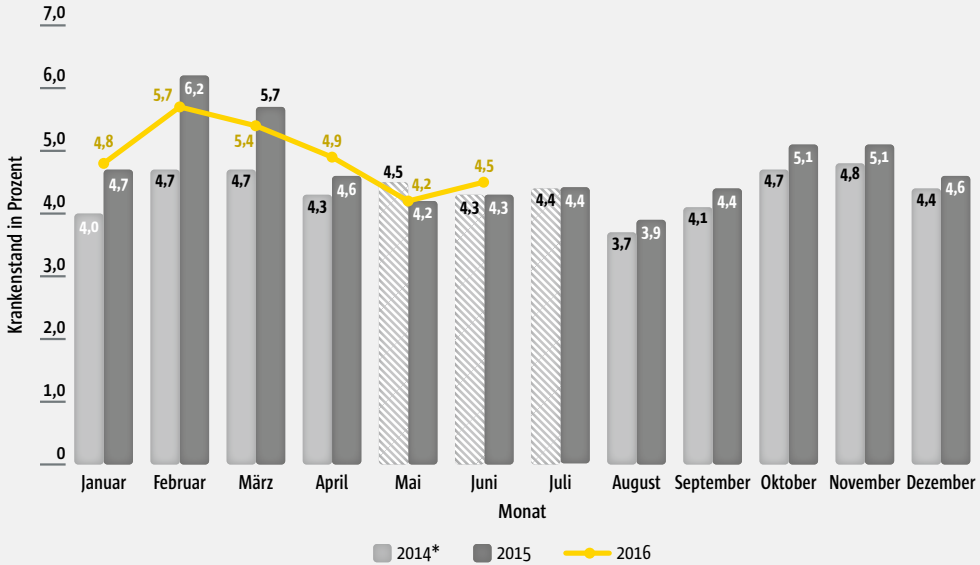
Neben den jahresbezogenen Statistiken stehen auch die monatlichen Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit

der Beschäftigten zur Verfügung. Es handelt sich hierbei um eine monatliche Sondererhebung mit besonderem Fokus auf die beschäftigten Pflichtmitglieder. Berichtet werden die AU-Tage bzw. der Krankenstand insgesamt sowie differenziert nach Altersgruppen, Wirtschaftsgruppen, Berufsgruppen, Diagnosehauptgruppen und Bundesländern. Aufgrund der mit dem Erhebungsverfahren verbundenen Besonderheiten können die Kennwerte von den Ergebnissen der Jahresstatistiken abweichen. Allerdings ermöglicht es der monatliche Krankenstand, schon frühzeitig Trends sowie Entwicklungen im laufenden Jahr abzuschätzen (z.B. Auswirkungen der Grippewelle, besonders stark betroffene Wirtschafts- oder Berufsgruppen) und somit erste Ableitungen für das entsprechende Datenjahr und den damit verbundenen und folgenden BKK Gesundheitsreport 2017 zu treffen.

Neben der Monatsstatistik der Betriebskrankenkassen, die das AU-Geschehen des jeweiligen gesamten Kalendermonats betrachtet, wird in der amtlichen Statistik (die sogenannte KM1-Statistik) ein stichtagsbezogener Krankenstand ermittelt. Als Stichtag ist dabei der jeweils Monatserste definiert, was den Nachteil mit sich bringt, dass allein drei bzw. vier dieser Stichtage in 2016 auf einen gesetzlichen Feiertag bzw. ein Wochenende fallen, an denen sich erfahrungsgemäß sehr wenige Betroffene bei einer Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit attestieren lassen, sondern dies meist am kommenden Werktag nachholen. Wie auch schon im **»** BKK Gesundheitsreport 2015 gezeigt werden konnte (a.a.O. S. 32), unterschätzt die Stichtagsstatistik insbesondere in den oben beschriebenen Fällen das wahre Ausmaß des AU-Geschehens. Nicht unerwähnt soll an dieser Stelle bleiben, dass auch die BKK Statistik eine gewisse statistische Unschärfe hat. So können nur die AU-Fälle und AU-Tage erfasst werden, für die auch eine entsprechende AU-Bescheinigung vorliegt. Dies ist zum Beispiel bei den beschäftigten Mitgliedern nicht der Fall, wenn diese aufgrund der vom Arbeitgeber gewährten 3 Karenztage ohne Krankenschein zuhause bleiben.

Blicken wir nun auf die aktuelle Entwicklung in den ersten beiden Quartalen des Jahres 2016. Wie in **»** Diagramm 1.1.3 deutlich wird, ist auch im 1. Quartal 2016 ein erhöhter Krankenstand verursacht durch die Grippe- und Erkältungswelle zu erkennen. Die entsprechenden Werte für die Monate Februar und März liegen zwar leicht unter denen des Jahres 2015, dagegen weisen die Monate Januar und April etwas höhere Werte im Vorjahresvergleich auf. Noch deutlicher stellt sich der Unterschied im Ver-

Diagramm 1.1.3 Krankenstand – Monatsdurchschnitte der beschäftigten Pflichtmitglieder im Zeitverlauf (2014–2016)

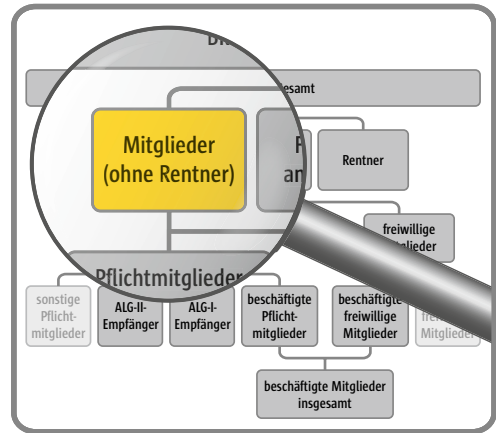


\* Für die Monate Mai – Juli 2014 kam es durch Softwareanpassungen zu einem verspäteten Datenabzug. Damit einhergehende vermutlich vollständiger Datenlieferungen können Ursache für erhöhte Krankenstände (schraffiert dargestellte Monatsergebnisse) sein.

gleich zum Jahr 2014 dar, in der keine besonders ausgeprägte Grippewelle zu beobachten war.

In Tabelle 1.1.3 sind die quartalsweisen durchschnittlichen AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder nach Diagnosehauptgruppen im Vergleich zum Vorjahr dargestellt. Die deutlichsten Abweichungen zeigen sich dabei im 1. Quartal bei den Krankheiten des Atmungssystems – im Vergleich zu 2015 ist ein Rückgang der AU-Tage um -17,1% zu verzeichnen. Im 2. Quartal haben die Fehltag aufgrund von Atemwegserkrankungen jedoch wieder leicht zugenommen, und zwar um +4,1%. Ein ähnliches Bild zeigt sich für die AU-Tage aufgrund von Infektionen. Diese sind ebenfalls im 1. Quartal um -11,7% zurückgegangen und im 2. Quartal wiederum um +9,4% im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Auch hier dürfte die Grippewelle 2016 verantwortlich sein, da einige der hierfür einschlägigen Diagnosen auch unter dieser Krankheitsart zu finden sind. Die Abweichungen der AU-Tage für alle anderen Diagnosehauptgruppen sind nur minimal und bewegen sich alle im einstelligen Prozentbereich.

### 1.1.4 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Einzeldiagnosen



- Durch die Grippewelle 2015 rücken die AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen wieder auf Platz 2 der Ursachen für Fehltag.
- Trotz des Rückgangs um durchschnittlich -0,3 AU-Tage je Mitglied im Vergleich zum Vorjahr bleiben die Muskel- und Skeletterkrankungen auch 2015 die Hauptursache für Arbeitsunfähigkeit.



**Tabelle 1.1.3 AU-Tage pro Quartal der beschäftigten BKK Pflichtmitglieder nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2016)**

Diagnosehauptgruppe	AU-Tage je 100 Mitglieder pro Monat im 1. Quartal*		Differenz zum Vorjahr	AU-Tage je 100 Mitglieder pro Monat im 2. Quartal*		Differenz zum Vorjahr
	2016**	2015**	in Prozent	2016**	2015**	in Prozent
Infektionen	7,7	8,7	-11,7	5,2	4,8	9,4
Neubildungen	5,6	5,2	7,3	5,6	5,1	9,2
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1,0	1,1	-6,6	1,0	1,0	0,9
psychische Störungen	19,3	18,2	6,1	19,8	18,4	7,4
Nervensystem	3,8	3,5	8,8	3,7	3,4	9,9
Auge	1,1	1,0	5,3	1,0	1,1	-2,3
Ohr	1,4	1,4	2,1	1,2	1,1	7,5
Kreislaufsystem	6,1	5,9	3,0	5,9	5,7	3,4
Atmungssystem	36,1	43,5	-17,1	16,6	15,9	4,1
Verdauungssystem	7,9	7,9	-1,0	7,2	7,1	1,9
Haut	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	3,5
Muskel-/Skelettsystem	37,8	36,1	4,6	37,3	36,3	2,8
Urogenitalsystem	2,5	2,5	-0,1	2,4	2,3	2,8
Schwangerschaft, Geburt***	2,4	2,3	4,1	2,3	2,2	4,9
Symptome	7,2	7,2	0,0	6,7	6,5	2,2
Verletzungen, Vergiftungen	16,7	16,2	2,9	17,0	16,8	1,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	2,6	2,7	-2,8	2,5	2,6	-3,0
<b>Gesamt</b>	<b>160,5</b>	<b>165,0</b>	<b>-2,7</b>	<b>136,8</b>	<b>131,8</b>	<b>3,8</b>

\* durchschnittliche Anzahl von AU-Tagen pro Monat in diesem Quartal

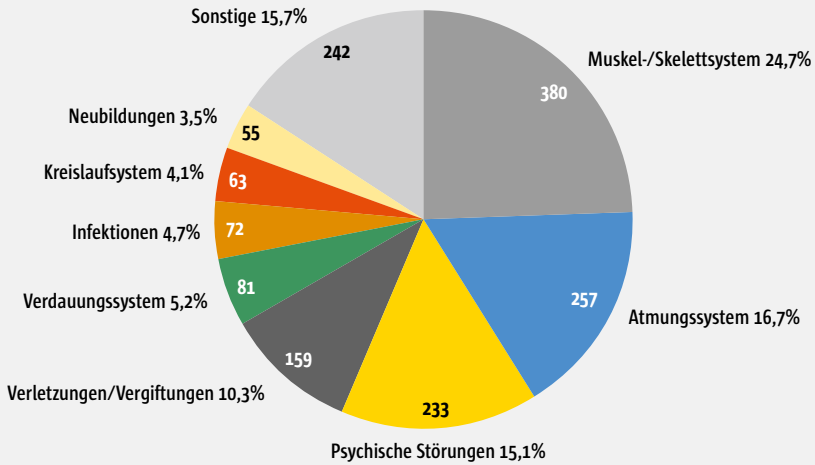
\*\* Aufgrund des Erhebungsverfahrens und damit einhergehender wechselnder Beteiligung sind die Ergebnisse nur eingeschränkt vergleichbar.

\*\*\* bezogen auf je 100 weibliche Mitglieder

Unverändert an der Spitze der Krankheitsursachen für Arbeitsunfähigkeit liegen mit 24,7% aller Fehltag die Muskel- und Skeletterkrankungen. Durch die Grippewelle bedingt haben die Atemwegserkrankungen im Jahr 2015 mit 16,7% aller AU-Tage die psychischen Störungen (15,1% aller AU-Tage) wieder von Platz 2 der Arbeitsunfähigkeitsursachen verdrängt. Allein diese drei Diagnosehauptgruppen sind für mehr als die Hälfte (56,4%) aller AU-Tage der BKK Mitglieder verantwortlich. Mit 10,3% der AU-Tage sind die Verletzungen und Vergiftungen als Ursache von

Fehltagen an vierter Stelle zu finden. Alle weiteren betrachteten Diagnosehauptgruppen sind für einen wesentlich geringeren Anteil der krankheitsbedingten Fehltag der BKK Mitglieder verantwortlich, der im einstelligen Prozentbereich liegt (» Diagramm 1.1.4). Im Vergleich zum Vorjahr ist neben dem deutlichen Anstieg des Anteils der AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen (+3,2 Prozentpunkte) insbesondere bei den Muskel- und Skeletterkrankungen ein Rückgang zu verzeichnen (-1,7 Prozentpunkte). Aber auch bei den anderen für

Diagramm 1.1.4 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



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

Tabelle 1.1.4 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Veränderungen gegenüber dem Vorjahr nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)

Diagnosehauptgruppe	Berichtsjahr 2014	Berichtsjahr 2015	Differenz 2014 zu 2015	
	AU-Tage	AU-Tage	AU-Tage	in Prozent
	je 100 Mitglieder ohne Rentner			
Muskel-/Skelettsystem	406,0	380,4	-25,6	-6,3
Psychische Störungen	239,5	232,7	-6,8	-2,8
Atmungssystem	206,7	257,1	50,4	24,4
Verletzungen/Vergiftungen	165,8	159,4	-6,4	-3,9
Verdauungssystem	82,5	80,8	-1,7	-2,1
Kreislaufsystem	68,7	62,9	-5,8	-8,4
Infektionen	63,8	72,1	8,3	13,0
Neubildungen	61,4	54,5	-6,9	-11,2
Sonstige	239,7	242,2	2,5	1,0
<b>alle Diagnosen</b>	<b>1.539,4</b>	<b>1.542,1</b>	<b>2,7</b>	<b>0,2</b>

das AU-Geschehen wesentlichen Diagnosehauptgruppen ist eine tendenzielle Abnahme erkennbar (-0,4 bis -0,5 Prozentpunkte). Dass es sich hierbei nicht nur um eine reine Verschiebung der Anteile, sondern um einen realen Rückgang der AU-Tage handelt, soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

In »»» Tabelle 1.1.4 ist die Entwicklung der AU-Tage für das Jahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr abgebildet. Auch hier werden, wie bereits beschrieben, die Grippewelle und der damit verbundene Anstieg der AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen (+50,4 AU-Tage je 100 Mitglieder) deutlich, was eine

Steigerung um nahezu 25% darstellt. Dagegen finden sich die stärksten Rückgänge bei den Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen – hier beträgt die Differenz zum Vorjahr -25,6 AU-Tage je 100 Mitglieder. Gleiches gilt, wenn auch in geringem Maße, für die psychischen Störungen (-6,8 AU-Tage je 100 Mitglieder). Insbesondere für diese beiden Krankheitsarten stellt der Rückgang ein Novum dar, da hier bisher in den letzten 10 Jahren ausschließlich eine Zunahme zu verzeichnen war. Auch bei den Verletzungen und Vergiftungen (-6,4 AU-Tage je 100 Mitglieder), den Neubildungen (-6,9 AU-Tage je 100 Mitglieder) und den Herz- und Kreislauf-erkrankungen (-5,8 AU-Tage je 100 Mitglieder) ist ein tendenzieller Rückgang der krankheitsbedingten Fehltag zu erkennen. Ob sich diese abnehmende Tendenz in den kommenden Jahren fortsetzt, bleibt abzuwarten. Aufgrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen steigenden Morbidität wäre eher eine weitere Zunahme der AU-Zeiten zu erwarten gewesen. Zu vermuten ist, dass ein in den letzten Jahren gewachsenes Gesundheitsbewusstsein, die Stärkung und Umsetzung der Gesundheitsförderung, die zunehmende Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und der Wandel im Umgang der Betroffenen mit ihrer Erkrankung dem demografischen Wandel positiv entgegenwirken.

Eine Ausnahme bilden die Infektionserkrankungen, die um +8,3 AU-Tage je 100 Mitglieder im Ver-

gleich zum Vorjahr zunehmen. Hier ist zu vermuten, dass dies zum Beispiel durch die ICD-10-Kodierung B34 (Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation) von Grippe- oder Erkältungsfällen zustande kommt.

Die gerade beschriebene Entwicklung im Vorjahresvergleich ist in **III** Diagramm 1.1.5 noch einmal für den Zeitraum von 2005 bis 2015 dargestellt. Neben den durch die Grippewellen verursachten Spitzen, zeigt sich hier insbesondere noch einmal im Jahr 2015 der deutliche Rückgang bei den AU-Tagen (-0,3 AU-Tage je Mitglied im Vergleich zu 2014) aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen. Die Gesamtheit aller AU-Tage ist im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert geblieben. In der langfristigen Betrachtung zeigt sich dagegen, dass sich vor allem bei den psychischen Störungen – trotz leichtem Rückgang in 2015 – die Anzahl der AU-Tage ausgehend vom Jahr 2005 mit +109% mehr als verdoppelt hat. Dagegen ist der Anstieg der AU-Tage bei den Muskel- und Skeletterkrankungen im gleichen Zeitraum mit +24,8% etwas geringer, wenngleich auf einem wesentlich höheren Niveau. Lediglich die Verletzungen und Vergiftungen haben innerhalb der letzten 10 Jahre mit -7,7% leicht abgenommen. Über alle AU-Ursachen hinweg sind die Fehlzeiten zwischen 2005 und 2015 um ein knappes Drittel (30,3%) angestiegen.

In **III** Tabelle 1.1.5 sind die AU-Quoten, das heißt die Häufigkeit von AU-Fällen der Mitglieder für die

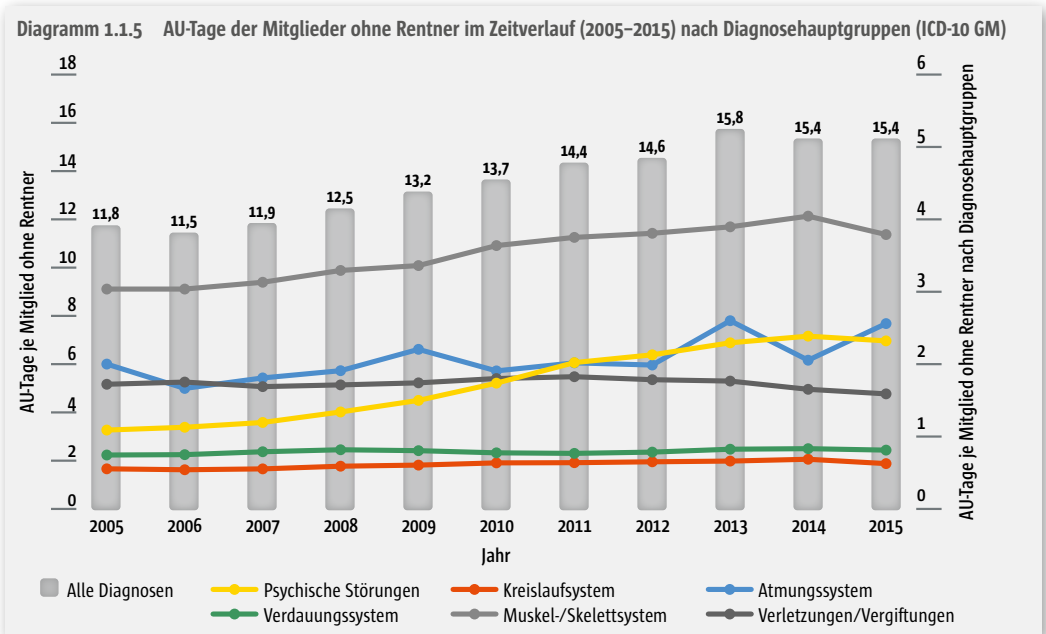


Tabelle 1.1.5 AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)

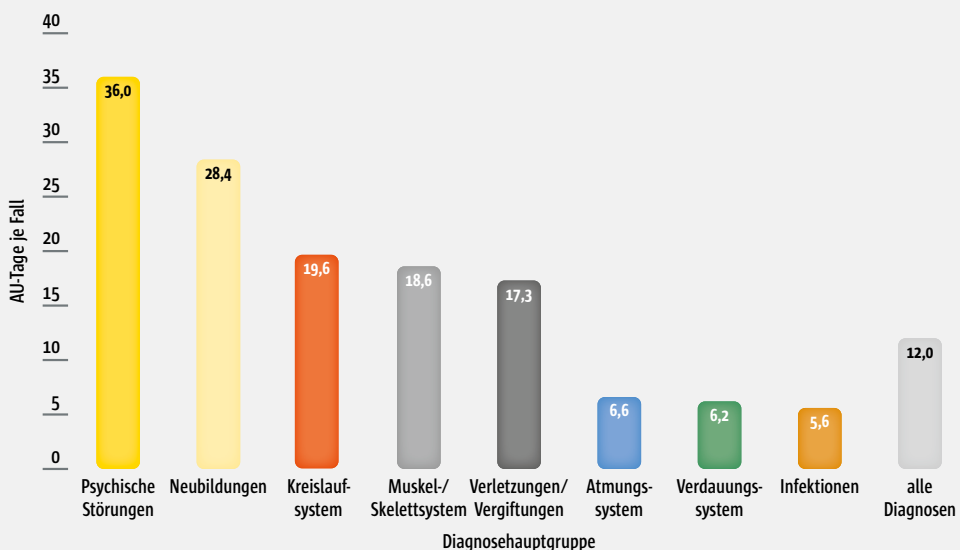
AU-Fälle	Muskel- und Skeletterkrankungen	Erkrankungen des Atmungssystems	Psychische Störungen
	Anteile in Prozent		
kein AU-Fall	85,1	71,6	94,7
1 AU-Fall	11,1	20,4	4,4
2 AU-Fälle	2,8	5,9	0,7
3 und mehr AU-Fälle	1,1	2,1	0,2

drei für das AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten, aufgeführt. Auch hier ist an den Kennzahlen deutlich die Grippewelle 2015 erkennbar – mehr als ein Viertel (28,4%) der Mitglieder hat im Berichtsjahr mindestens einen Arbeitsunfähigkeitsfall aufgrund einer Atemwegserkrankung gehabt. Im vergangenen Jahr lag dieser Anteil nur bei 23,4%. Der Großteil der Betroffenen (20,4%) weist dabei lediglich einen AU-Fall auf. An zweiter Stelle sind hier die Muskel- und Skeletterkrankungen mit einem Anteil von 14,9% der Mitglieder mit mindestens einem AU-Fall aufgrund dieser Erkrankungsart zu finden. Auch hier geht der Großteil (11,1%) auf lediglich einen AU-Fall im Berichtsjahr zurück. Noch geringer stellen sich die Anteile bei den psychischen Störungen dar – hier ist es im Jahr 2015 nur etwas mehr als jeder

Zwanzigste (5,3%), der einen oder mehrere AU-Fälle aufweist. Auch hier ist bei der Mehrheit der Betroffenen (4,4%) nur ein AU-Fall im Berichtsjahr zu verzeichnen. Gleichwohl ist insbesondere die Falldauer bei den psychischen Störungen die von allen Krankheitsarten durchschnittlich längste, was auch im Folgenden noch einmal detaillierter betrachtet wird.

Schaut man sich die Falldauern nach den für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen an, so sind, wie auch in den vergangenen Jahren, die psychischen Störungen mit durchschnittlich 36 AU-Tagen je Fall an der Spitze der Rangreihe zu finden (»» Diagramm 1.1.6). Bemerkenswert ist, dass die Falldauer bei dieser Erkrankung im Vergleich zum Vorjahr um fast 3 AU-Tage abgenommen hat (2014: 38,9 AU-Tage je Fall). Mit einer um mehr als eine Wo-

Diagramm 1.1.6 AU-Tage je Fall der Mitglieder ohne Rentner – durchschnittliche Falldauer nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



che geringeren Falldauer folgen dann die Neubildungen, die im Mittel eine Dauer von 28,4 AU-Tagen aufweisen. An dritter Stelle sind mit 19,6 AU-Tagen je Fall die Herz- und Kreislauferkrankungen als AU-Ursache zu finden. Dicht dahinter folgen die Muskel- und Skeletterkrankungen mit einer mittleren Falldauer von 18,6 AU-Tagen sowie die Verletzungen und Vergiftungen mit 17,3 Fehltagen je Fall. Über alle AU-Diagnosen hinweg liegt die durchschnittliche Falldauer bei 12 AU-Tagen und ist im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls zurückgegangen (2014: 13,1 AU-Tag je Fall). Insbesondere bei den Neubildungen (-4,6 AU-Tag je Fall), den Herz- und Kreislauferkrankungen (-2,8 AU-Tag je Fall) sowie den Muskel- und Skeletterkrankungen (-1,3 AU-Tag je Fall) sind ebenfalls Rückgänge in der Krankheitsdauer zu beobachten.

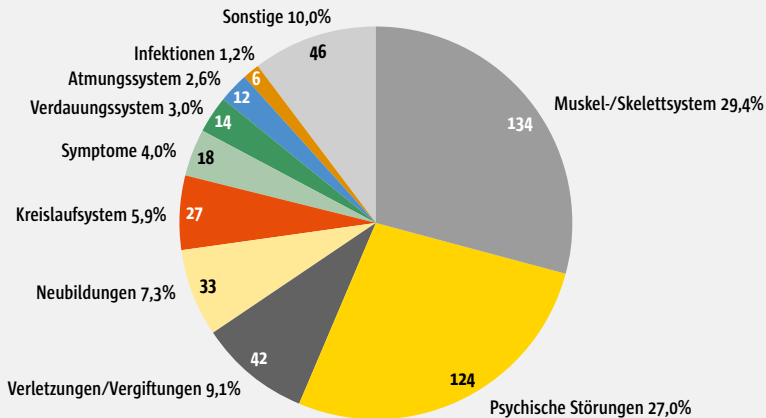
Betrachtet man zusätzlich die Krankengeldtage differenziert nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen in **III** Diagramm 1.1.7, so zeigt sich, dass die Muskel- und Skeletterkrankungen mit 29,4% den größten Anteil verursachen. Mit 27% dicht dahinter folgen die psychischen Störungen. Allein diese beiden Krankheitsarten sind für mehr als die Hälfte aller Krankengeldtage der Mitglieder verantwortlich. Bezogen auf alle AU-Tage zeigt sich, dass innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen mehr als jeder zweite AU-Tag (53,2%) mit Krankengeldbezug verbunden ist, bei den Muskel- und Skeletterkrankungen ist es etwas mehr als jeder dritte AU-Tag (35,4%). Dagegen nehmen AU-Tage mit einem Krankengeldbezug bei den Atemwegserkrankungen nur einen ver-

schwindend geringen Anteil ein (4,5%). Neubildungen haben zwar im Krankengeldgeschehen der Mitglieder mit einem Anteil von 7,3% nur eine geringe Bedeutung, allerdings sind innerhalb dieser Diagnosehauptgruppe die meisten AU-Tage (61,2%) mit einem Krankengeldbezug verbunden. Weitere Details und Kennzahlen nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht bezogen auf die Krankengeldleistungen finden sich auch in **III** Anhang A in **III** Tabelle A.2.

- Akute Infektionen der Atemwege (J06), Rückenschmerzen (M54) und die depressive Episode (F32) sind die drei für das AU-Geschehen wichtigsten Einzeldiagnosen.
- Fast jeder fünfte AU-Tag (19,3%) geht bei den Mitgliedern auf eine dieser drei Einzeldiagnosen zurück.

Wurden in den bisherigen Analysen die wichtigsten Kennzahlen des AU-Geschehens auf Ebene der BKK Mitglieder insgesamt sowie nach Diagnosehauptgruppen dargestellt, so widmet sich der folgende Teil den einzelnen Erkrankungen, die zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. Dabei liegt der Fokus vor allem auf den drei Diagnosehauptgruppen, die den größten Anteil der AU-Tage der Mitglieder auf sich vereinen (vgl. **III** Diagramm 1.1.4). Da AU-Fälle und -Tage bei einzelnen Diagnosen zum Teil mit sehr geringer Häufigkeit vorkommen, werden die Kennzahlen in diesem Abschnitt jeweils je 1.000 Mitglieder dargestellt. Weitere geschlechtsspezifische Auswertungen für die

**Diagramm 1.1.7 Krankengeldtage der Mitglieder ohne Rentner – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)**



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

**Tabelle 1.1.6 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)**

Rang	ICD-Code	Bezeichnung	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
			je 1.000 Mitglieder ohne Rentner		
1.	M00–M99	Krankheiten des Muskel-/Skelettsystems	204	3.804	18,6
2.	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	392	2.571	6,6
3.	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	65	2.327	36,0

wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Einzeldiagnosen finden sich zudem in **»»** Kapitel 1.2.

Einleitend sind in **»»** Tabelle 1.1.6 noch einmal die AU-Kennzahlen der nach Fehltagen wichtigsten drei Diagnosehauptgruppen für die Arbeitsunfähigkeit dargestellt. Neben den AU-Tagen, die bereits in **»»** Tabelle 1.1.4 zu sehen waren, soll an dieser Stelle auch ein Blick auf die weiteren relevanten AU-Kenngrößen geworfen werden. Die mit Abstand höchste Fallzahl (392 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) bei der gleichzeitig niedrigsten Falldauer (6,6 Tage je Fall) weisen die Atemwegserkrankungen auf. Dies ist vor allem durch Grippe- und Erkältungserkrankungen verursacht, die in der Regel zwar häufig auftreten, aber meist nur zu einer kurzen Arbeitsunfähigkeit führen. Die Anzahl der Fälle bei den Muskel- und Skeletterkrankungen

ist zwar dagegen nur etwa halb so groß (204 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder), allerdings tritt hier eine fast dreimal so lange Falldauer (18,6 Tage je Fall) auf. Diese Diagnosegruppe ist im Gegensatz zur erstgenannten häufiger mit langwierigeren und auch chronischen Erkrankungen verbunden. Weniger als ein Sechstel (65 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) der Fallzahlen bei den Atemwegserkrankungen weisen die psychischen Störungen auf. Dass hier der Anteil der langfristigen und chronischen Erkrankungen im Vergleich zu den anderen beiden Diagnosehauptgruppen am höchsten ist, zeigt sich in der Falldauer von durchschnittlich mehr als 5 Kalenderwochen (36 Tage je Fall).

Im Folgenden werden diese drei Diagnosehauptgruppen im Detail nach ihrer Bedeutung für das

**Tabelle 1.1.7 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)**

Diagnoseschlüssel	Diagnosebezeichnung	AU-Tage je 1.000 Mitglieder	Tage je Fall	Rang im Jahr 2014 nach AU-Tagen
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	1.117	6,0	3
M54	Rückenschmerzen	1.102	13,5	1
F32	Depressive Episode	760	51,2	2
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	476	24,9	4
M75	Schulterläsionen	302	30,8	5
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	284	4,5	7
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	274	32,8	6
J20	Akute Bronchitis	262	7,4	11
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	250	30,7	8
F48	Andere neurotische Störungen	249	25,0	9

AU-Geschehen betrachtet. Einleitend werden zunächst die nach den AU-Tagen wichtigsten Einzeldiagnosen insgesamt dargestellt (»» Tabelle 1.1.7).

Wenig überraschend ist, dass von den zehn häufigsten Einzeldiagnosen neun aus den drei oben beschriebenen für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen stammen. Akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) stehen dabei mit 1.117 AU-Tagen je 1.000 Mitglieder an der Spitze der Ursachen für Fehltag – das sind etwa +41,6% mehr AU-Tag als noch in 2014. Ein weiteres deutliches Indiz für die Grippewelle ist die akute Bronchitis (J20) als Ursache von Arbeitsunfähigkeit. Auch hier ist im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme der AU-Tag um +16,0% zu verzeichnen. Den stärksten Rückgang haben hingegen die Rückenschmerzen (M54) mit -8,1% und die sonstigen Bandscheibenschäden (M51) mit -9,2% der AU-Tag zu verzeichnen. Aber auch bei

der depressiven Episode (F32) als Ursache für Fehlzeiten ist ein Rückgang der AU-Tag um -6,1% im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Bei der Falldauer zeigen sich die deutlichsten Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr bei den sonstigen Bandscheibenschäden (-5,1 Tage je Fall) sowie bei der depressiven Episode (-4,0 Tage je Fall).

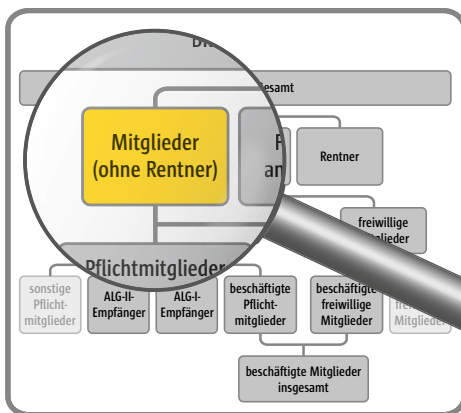
Da das Geschlecht und auch das Alter der Mitglieder einen wesentlichen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen ausüben, werden im folgenden Abschnitt u.a. auch weitere Betrachtungen nach Diagnosehauptgruppen sowie Einzeldiagnosen vorgenommen, die die vorhergehenden Ausführungen fortsetzen und erweitern.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

## 1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

In dem nun folgenden Abschnitt wird das AU-Geschehen der BKK Mitglieder nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen dargestellt. Die Auswahl der entsprechenden Merkmale erfolgt insbesondere nach ihrem Einfluss auf die AU-Kennzahlen. Neben dem Alter und dem Geschlecht stellt auch der Versicherungsstatus, als ein mittelbarer Indikator der sozialen Lage, einen wichtigen Einflussfaktor für das AU-Geschehen dar. Weitere relevante Einflussgrößen, wie der höchste Berufs- und Schulabschluss, finden ebenfalls Eingang in die Betrachtung. Die berufliche Tätigkeit, die im weiteren Sinne auch zu dieser Merkmalsgruppe gehört, wird separat zum diesjährigen Schwerpunktthema in **III** Kapitel 1.4 dargestellt.

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

### 1.2.1 AU-Geschehen nach Alter und Geschlecht



- Während die Zahl der AU-Tage mit zunehmendem Alter ansteigt, nimmt gleichzeitig die Zahl der AU-Fälle kontinuierlich ab.
- Ältere Mitglieder sind somit im Durchschnitt zwar weniger häufig, dafür aber deutlich länger krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

In **III** Diagramm 1.2.1 sind die AU-Tage und AU-Fälle der Mitglieder nach Altersgruppen und Geschlecht dargestellt. Über alle Altersgruppen hinweg weisen die Frauen durchschnittlich 9,7% mehr AU-Fälle sowie 8,6% mehr AU-Tage auf. Der größte Geschlechtsunterschied – und zwar jeweils zu Ungunsten der Frauen – tritt bei den AU-Fällen mit 20,2% in der Altersgruppe der 25–29-Jährigen auf, bei den AU-Tagen ist mit 20,9% der Unterschied bei der Gruppe der 30- bis 34-Jährigen am stärksten.

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

Aufschlussreich ist auch die Betrachtung der Falldauer nach Alter und Geschlecht. Hier zeigt sich ein nahezu linearer Zusammenhang zwischen dem Alter und den AU-Tagen je Fall (vgl. **III** Diagramm 1.2.2). Im Gegensatz zu dem vorher erläuterten „*healthy worker effect*“ hat hier die Gruppe der über 65-Jährigen die mit Abstand höchsten Falldauern. Dies stellt aber insofern kein Widerspruch dar, als bei der Falldauer



Diagramm 1.2.1 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

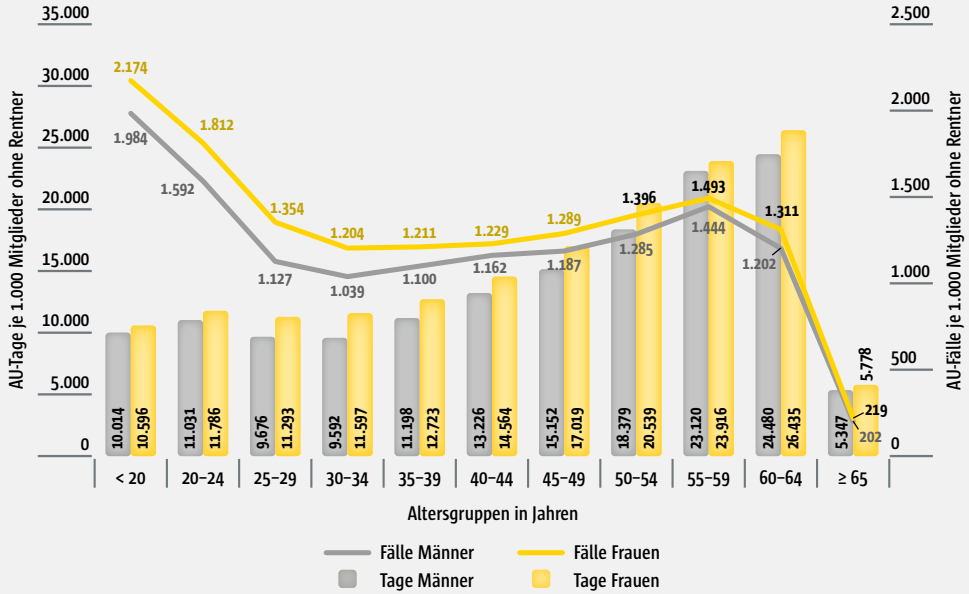
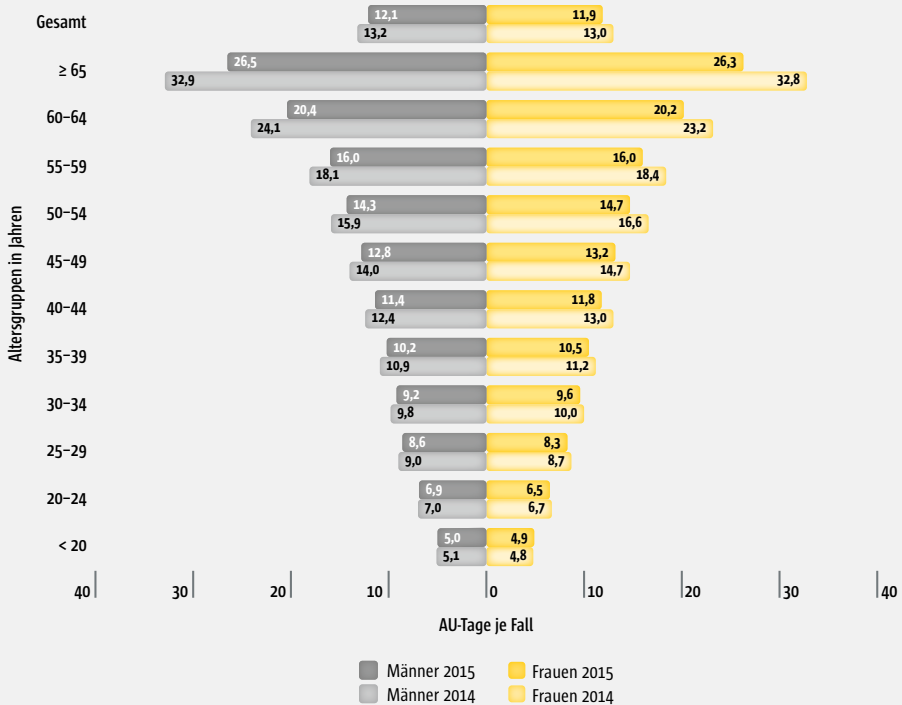


Diagramm 1.2.2 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner - durchschnittliche Falldauer im Vorjahresvergleich nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



nur diejenigen Mitglieder für die Berechnung eingeschlossen werden, die im entsprechenden Berichtsjahr auch mindestens einen AU-Fall hatten. Im Gegensatz dazu werden die AU-Tage und AU-Fälle über alle Mitglieder berechnet, wobei auch diejenigen in die Berechnung eingehen, die im Berichtszeitraum gar keinen AU-Fall aufweisen. Für die Gruppe der über 65-Jährigen lässt sich also feststellen, dass die wenigen dort auftretenden Fälle in der Regel mit einer überdurchschnittlich langen Falldauer verbunden sind.

Im Gegensatz zu den AU-Fällen und AU-Tagen zeigen sich bei den Falldauern nur marginale Geschlechtsunterschiede für alle betrachteten Altersgruppen. Deutlich wird aber auch an dieser Stelle der im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnende leichte Rückgang (vgl. **III** Kapitel 1.1). Dabei steigt der Rückgang der durchschnittlichen Falldauer im Vergleich zum Jahr 2014 mit zunehmendem Alter stärker an. Am deutlichsten ist dieser Unterschied in der Gruppe der über 65-Jährigen zu sehen und beträgt sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen mehr als 6 Tage pro Fall. In den jüngeren Altersgruppen (unter 20 bis 39 Jahre) ist hingegen kaum ein Unterschied zum Vorjahr feststellbar.

Bezüglich der AU-Quote zeigen sich innerhalb der Geschlechter kaum Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen (vgl. **III** Tabelle 1.2.1). Lediglich bei den Frauen im Alter von 35 bis 49 Jahren ist der Anteil derjenigen ohne einen AU-Fall im Berichtsjahr (42,2%) deutlich höher als in den anderen Altersgruppen (38,2% bis 39,9%).

Altersunabhängig zeigt sich zwischen den Geschlechtern, dass Frauen insgesamt häufiger mindestens einen AU-Fall (60,1%) aufweisen als Männer (56,2%). Dieser Geschlechtsunterschied besteht auch innerhalb der einzelnen Altersgruppen in ähnlichem Maße. Der geringste Unterschied zwischen Männern

und Frauen lässt sich für die Gruppe der 35- bis 49-jährigen feststellen.

- Die meisten AU-Tage fallen bei den Frauen aufgrund von psychischen Störungen an. Bei den Männern sind es nach wie vor die Muskel- und Skeletterkrankungen, die die meisten krankheitsbedingten Fehltag verursachen.
- Auch altersspezifisch zeigen sich die gleichen Geschlechtsunterschiede bezogen auf die AU-Fälle und AU-Tage und die drei für das AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten.

In **III** Diagramm 1.2.3 sind die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und die dadurch verursachten AU-Tage für Männer und Frauen abgebildet.

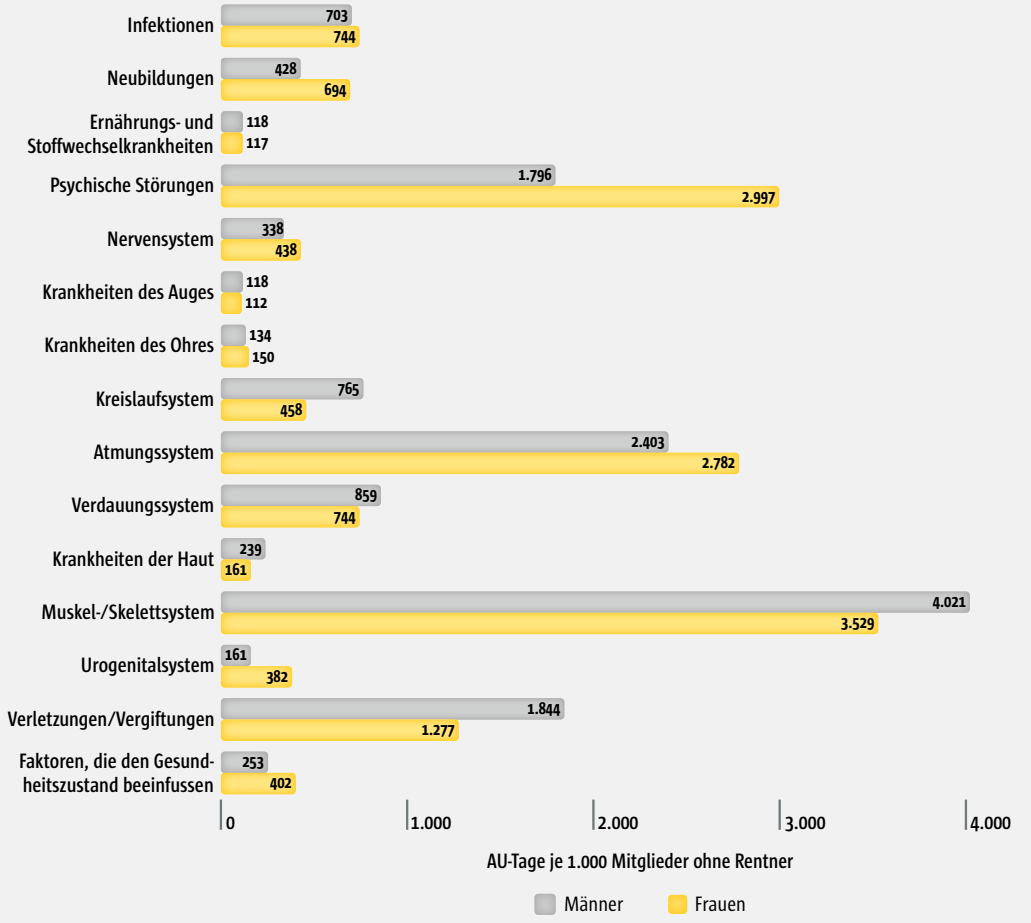
Wie auch in den Vorjahren weisen die Männer vor allem bei den Verletzungen und Vergiftungen, den Muskel- und Skeletterkrankungen sowie bei den Kreislauferkrankungen durchschnittlich deutlich mehr AU-Tage als die weiblichen Mitglieder auf. Dagegen sind Frauen wesentlich häufiger aufgrund von psychischen Störungen, Atemwegserkrankungen und Neubildungen arbeitsunfähig. Bei den psychischen Störungen ist es im Mittel über ein AU-Tag je Mitglied, den die Frauen mehr aufweisen als die Männer. Dieser Unterschied korrespondiert mit den epidemiologischen Prävalenzen, die zum Beispiel das Robert Koch-Institut in der DEGS-Studie<sup>2</sup> ermittelt hat. So konnte dort gezeigt werden, dass 35,9% der Frauen, aber nur 30,7% der Männer in den letzten 12 Monaten mindestens eine psychische Störung aufwiesen. Allerdings konnte die DEGS-Studie auch aufzeigen, dass der Anteil der Betroffenen, die aufgrund

<sup>2</sup> Wittchen H.U. & Jacobi F. (2012) Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland. Vortrag im Rahmen des DEGS-Symposiums am 14.06.2012. Robert Koch-Institut.

Tabelle 1.2.1 AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

AU-Fälle	unter 35 Jahre		35 bis 49 Jahre		50 Jahre und älter		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Anteile in Prozent							
kein AU-Fall	43,8	38,2	44,9	42,2	42,8	38,8	43,9	39,9
1 AU-Fall	24,9	25,8	25,3	25,9	24,4	25,6	24,9	25,8
2 AU-Fälle	14,0	15,3	14,5	15,0	15,0	16,1	14,5	15,4
3 und mehr AU-Fälle	17,3	20,6	15,3	17,0	17,8	19,5	16,8	18,9

Diagramm 1.2.3 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

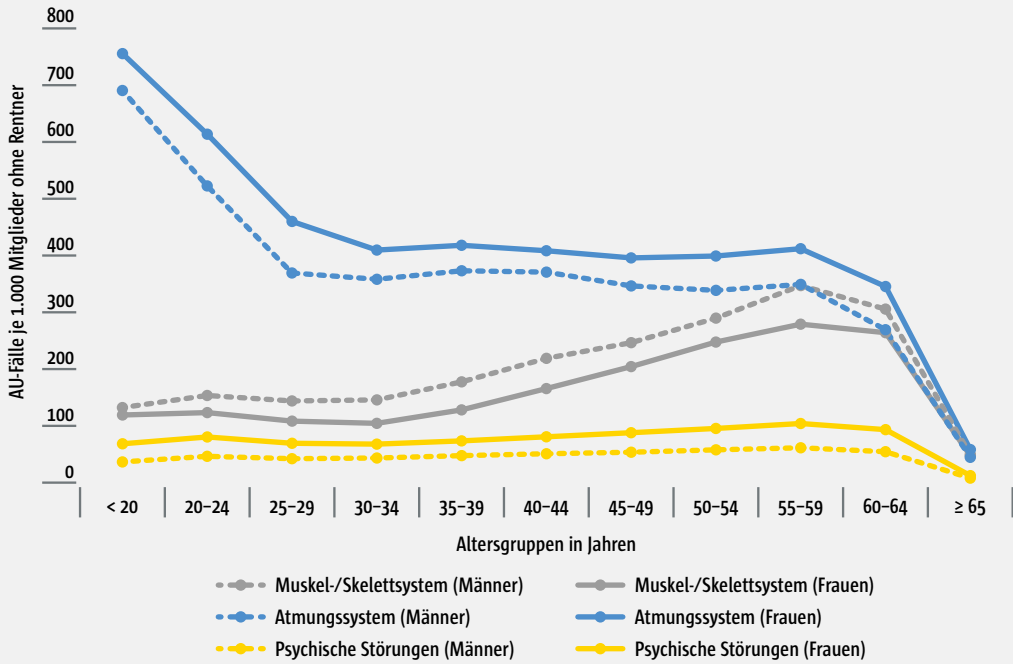


einer solchen Erkrankung das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen, bei den Frauen mit 37,5% wesentlich höher war als bei den Männern (27,5%). Entsprechend lässt sich schlussfolgern, dass nicht nur die erhöhte Prävalenz, sondern auch die höhere Inanspruchnahmequote des Gesundheitssystems bei den Frauen für den Unterschied bezüglich der Fehltagel dieser Krankheitsart mitverantwortlich sind.

Im Folgenden soll der Fokus im AU-Geschehen auf die Diagnosehauptgruppen bzw. relevanten Einzeldiagnosen und deren Zusammenhang mit Alter und Geschlecht gelegt werden. Im Mittelpunkt stehen dabei die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen, die Muskel- und Skeletterkrankungen, die psychischen Störungen sowie die Erkrankungen des Atmungssystems.

In **III** Diagramm 1.2.4 sind die AU-Fälle der Mitglieder für diese drei das AU-Geschehen wesentlich bestimmenden Diagnosehauptgruppen nach Alter und Geschlecht dargestellt. Deutlich erkennbar ist die Dominanz der AU-Fälle aufgrund von Atemwegserkrankungen vor allem in den beiden jüngsten Altersgruppen. In der Gruppe der unter 20-Jährigen sind es insgesamt allein mehr als ein Drittel (34,8%) aller AU-Fälle, die auf diese Erkrankungsart zurückgehen. Bei Frauen treten dabei altersunabhängig mehr AU-Fälle wegen Atemwegserkrankungen auf als bei Männern, insgesamt sind bei den Frauen durchschnittlich 14,3% mehr AU-Fälle zu verzeichnen. Ab der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen gibt es nur geringe Unterschiede in der Häufigkeit der

Diagramm 1.2.4 AU-Fälle der Mitglieder ohne Rentner für ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



AU-Fälle, erst ab dem 60. Lebensjahr nehmen die Fallzahlen wieder merklich ab.

Auch bei den psychischen Störungen weisen die Frauen im Schnitt mehr AU-Fälle (82,5 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) auf als die Männer (50,5 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) – dieser Unterscheid zeigt sich ebenfalls für alle betrachteten Altersgruppen. Die höchste Fallzahl weist für beide Geschlechter die Gruppe der 55- bis 59-jährigen auf.

Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen sind es die Männer (225,4 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder), die deutlich mehr AU-Fälle als die Frauen (177,7 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) aufweisen. Aber auch hier sind für beide Geschlechter bei den 55- bis 59-jährigen die höchsten Fallzahlen zu finden.

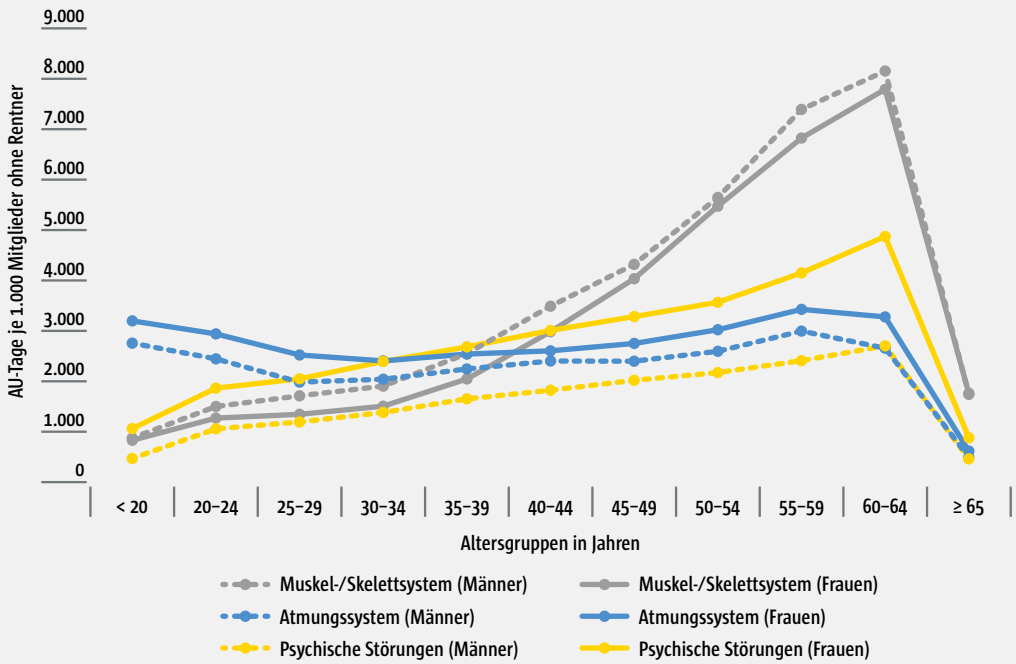
Für alle drei Diagnosehauptgruppen ist zudem noch einmal deutlich der bereits erwähnten *healthy worker effect* bei den über 65-jährigen erkennbar; hier ist eine sprunghafte Abnahme der Fallzahlen aufgrund des bereits beschriebenen Selektionseffekts festzustellen.

Auch bei den AU-Tagen, in [III](#) Diagramm 1.2.5 dargestellt, sind erwartungsgemäß die gleichen Geschlechtsunterschiede zu erkennen wie bei den

AU-Fällen. Frauen weisen altersunabhängig im Mittel mehr AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen und bei den psychischen Störungen auf. Insbesondere bei der letztgenannten Krankheitsart beträgt dieser Unterschied im Durchschnitt 1,2 AU-Tage je Mitglied. Für die AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen tritt der Geschlechtsunterschied nicht so deutlich zutage. Dagegen steigen bei dieser Krankheitsart zwischen den unter 20-jährigen und den 60- bis 64-jährigen die AU-Tage um mehr als das 9-Fache an, bei den psychischen Erkrankungen ist es etwas mehr als das 5-Fache. Für die Atemwegserkrankungen tritt hier nahezu keine Veränderung mit zunehmendem Alter auf. Auch hier wird für alle Krankheitsarten der bereits beschriebene Knick bei den über 65-jährigen deutlich.

Betrachtet man zusätzlich noch die durchschnittliche Falldauer für die beschriebenen Diagnosehauptgruppen, so wird deutlich, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen jeweils die über 65-jährigen diejenigen mit den meisten Tagen je Fall von allen Altersgruppen sind. Wird also eine Person aus dieser Gruppe arbeitsunfähig, was seltener auftritt als in allen anderen Altersgruppen, so ist dies in der Regel

Diagramm 1.2.5 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



aber mit einer langen Ausfallzeit verbunden. Die höchste durchschnittliche Falldauer ist in der Altersgruppe der über 65-Jährigen sowohl bei den Frauen (71,5 Tage je Fall) als auch bei den Männern (57,6 Tage je Fall) für die psychischen Störungen zu finden.

Nach der Betrachtung der Diagnosehauptgruppen soll nachfolgend noch einmal ein vertiefender Blick auf die wichtigsten Einzeldiagnosen mit Fokus auf die Geschlechtsunterschiede geworfen werden.

### Muskel- und Skeletterkrankungen

- Die Rückenschmerzen (M54) sind nach wie vor Hauptursache von Fehltagen innerhalb der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen.
- Für diese Diagnose sind die AU-Tage im Vergleich zum Vorjahr um -8,4% (Männer) bzw. um -7,7% (Frauen) zurückgegangen, gleichzeitig sind die Fallzahlen nahezu unverändert geblieben.
- Ob sich hier eine Trendumkehr auch für die kommenden Jahre abzeichnet, bleibt abzuwarten.

Wie in **III** Diagramm 1.2.6 zu erkennen ist, zeigt sich für beide Geschlechter in 2015 im Vergleich zum Vor-

jahr erstmals seit zehn Jahren ein Rückgang der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen. Der Rückgang fällt bei den Männern dabei mit -6,6% der AU-Tage etwas stärker aus als bei den Frauen (-5,9%). Nach wie vor weisen aber die Männer durchschnittlich deutlich mehr AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart auf als die Frauen - im Schnitt ist es rund ein halber AU-Tag je Mitglied. Trotz des diesjährigen Rückgangs bewegen sich die Zahlen aber immer noch deutlich über dem Niveau des Jahres 2010. Für die kommenden Jahre bleibt abzuwarten, ob sich dieser abnehmende Trend fortsetzt. Wo genau dieser Rückgang zu verorten ist, soll im Folgenden bei der Betrachtung der Einzeldiagnosen näher beleuchtet werden.

Das **III** Diagramm 1.2.7 zeigt, dass die Diagnose Rückenschmerzen (M54) nach wie vor die in dieser Krankheitsgruppe für das Fehlzeitengeschehen wichtigste Erkrankung bei den Männern ist. Fast ein Drittel (30,3%) aller AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen werden allein durch Rückenschmerzen verursacht. Interessant ist aber auch, dass die AU-Tage aufgrund dieser Einzeldiagnose im Vergleich zum Vorjahr um -8,4% zurückgegangen sind, während sich die AU-Fälle aufgrund dieser Diagnose

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.2.6 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems im Zeitverlauf (2005–2015) nach Geschlecht

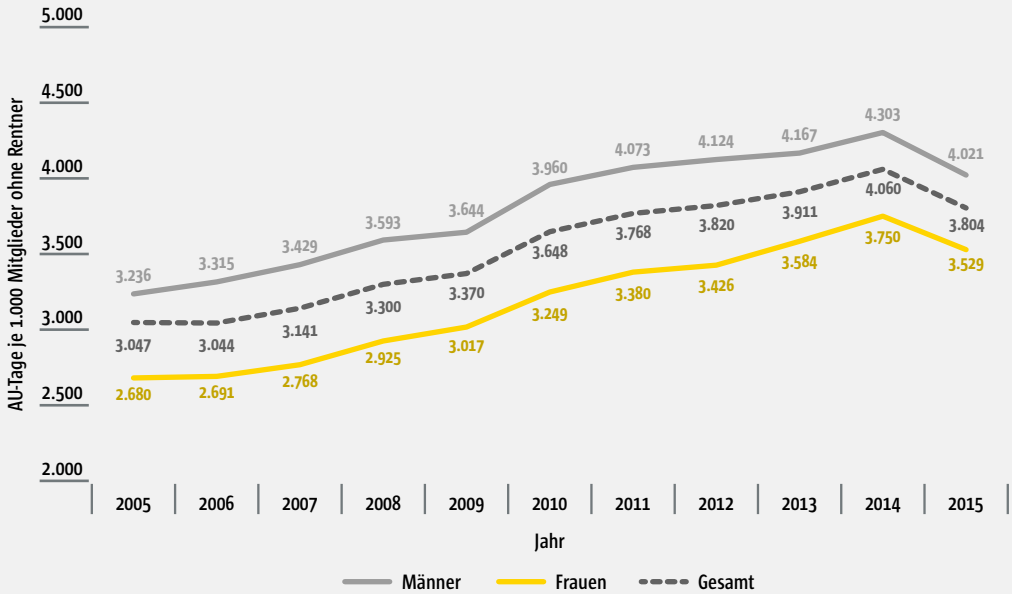
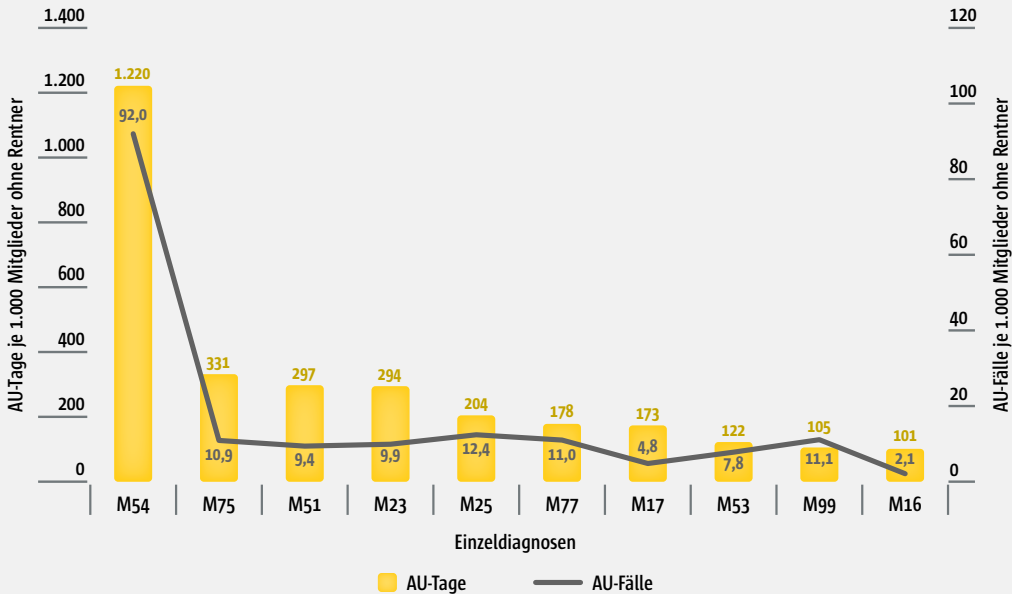


Diagramm 1.2.7 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Muskel- und Skeletterkrankungen der Männer (Berichtsjahr 2015)



aus: Knieps F | Pfaff H (Hrsg.) „Gesundheit und Arbeit“. BKK Gesundheitsreport 2016.

ISBN 978-3-95466-282-1, urheberrechtlich geschützt

© 2016 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.

im gleichen Zeitraum nahezu nicht verändert haben (2014: 92,8 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder). Dagegen hat die durchschnittliche Falldauer bei dieser Diagnose im Vergleich zum Vorjahr um einen Tag je Fall abgenommen. Noch deutlichere Rückgänge bei den AU-Tagen im Vorjahresvergleich zeigen sich bei der Gonarthrose (M17; -12,2%) und den sonstigen Bandscheibenschäden (M51; -9,2%). Entsprechend ist auch – bei gleichbleibender Fallzahl – bei diesen beiden Diagnosen die jeweilige Falldauer im gleichen Zeitraum deutlich zurückgegangen (M17: -12,5% bzw. M51: -13,5%).

Auch bei den Frauen sind die Rückenschmerzen (M54) diejenige Erkrankung, die mit Abstand die meisten AU-Tage (27,0%) und AU-Fälle (38,6%) innerhalb dieser Diagnosegruppe auf sich vereint (» Diagramm 1.2.8). Im Vorjahresvergleich sind die Fallzahlen (2014: 68,8 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) nahezu unverändert geblieben, während die AU-Tage um -7,7% abgenommen haben (2014: 1.033 AU-Tage je 1.000 Mitglieder). Mit -7,3% ist die durchschnittliche Falldauer bei dieser Erkrankung ebenfalls deutlich zurückgegangen (2014: 15,0 Tage je Fall). Auch bei den sonstigen Bandscheibenschäden (M51: -9,1%), den sonstigen Enthesopathien (M77: -12,3%) und den sonstigen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens (M53: -10,8%) sind deutliche Rückgänge bei den AU-Tagen im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen.

Für beide Geschlechter fällt auf, dass insbesondere bei den unspezifischen Diagnosen im Bereich der Muskel- und Skeletterkrankungen ein Rückgang der AU-Tage, nicht aber der AU-Fälle zu beobachten ist. Eine Ursache könnte hier zum Beispiel in einem veränderten Diagnose- und Therapieverhalten der Ärzte liegen.

In » Diagramm 1.2.9 soll noch einmal ein differenzierter Blick auf die AU-Kennzahlen für die Diagnose Rückenschmerzen (M54) geworfen werden.

Wie bereits mehrfach erläutert, sind sowohl die AU-Fälle als auch noch deutlicher die AU-Tage aufgrund von Rückenschmerzen (M54) im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Seit 2005 zeigt sich somit erstmals bei dieser Erkrankung ein Rückgang der AU-Tage. Aufgrund des hohen Anteils der Rückenschmerzen (M54) an allen Fehltagen, die auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen sind, dürfte dies auch maßgeblich für den gesamten Rückgang der Fehltagel in dieser Diagnosehauptgruppe verantwortlich sein. Eine weitere Auffälligkeit betrifft die Jahre 2009 und 2013, in denen eine besonders starke Grippe- und Erkältungswelle aufgetreten ist. Insbesondere im Jahr 2009 ist ein Einbruch der AU-Kennzahlen bei den Rückenschmerzen (M54) erkennbar, im Jahr 2013 war dieser wesentlich geringer ausgeprägt. Für diese beiden Jahre kann vermutet werden, dass die Grippewelle und die damit verbundenen AU-Fälle und

Diagramm 1.2.8 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Muskel- und Skeletterkrankungen der Frauen (Berichtsjahr 2015)

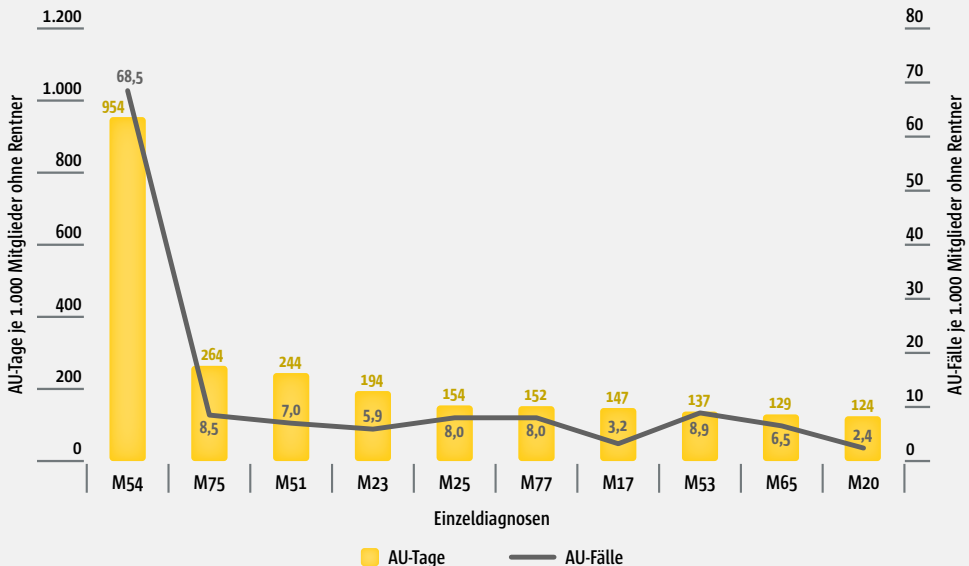
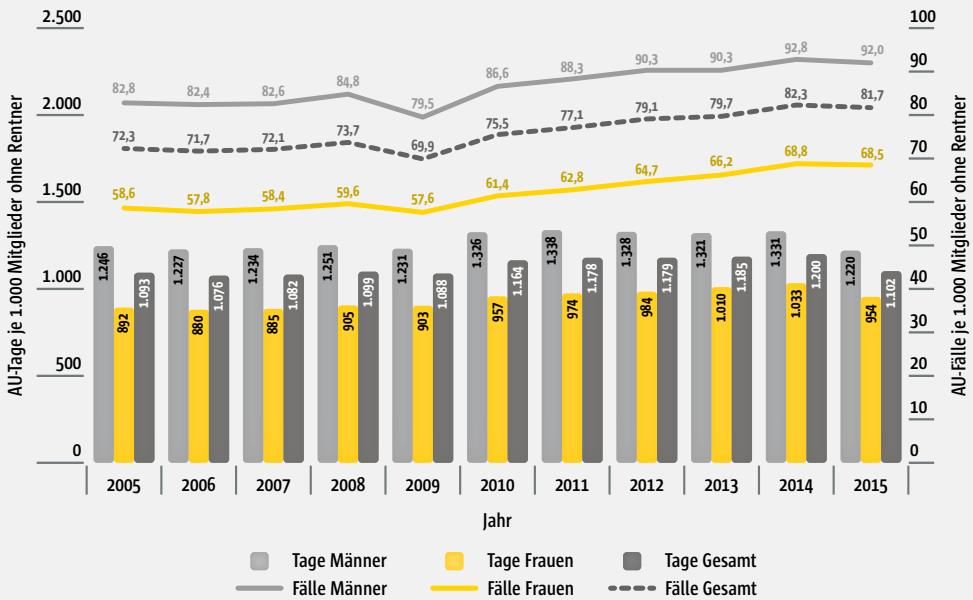


Diagramm 1.2.9 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Rückenschmerzen (M54) im Zeitverlauf (2005–2015) nach Geschlecht



AU-Tage das wahre Ausmaß der Rückenschmerzen (M54) maskiert haben. Allerdings sind auch für diesen beiden Jahre die AU-Tage je Mitglied insgesamt weiter gestiegen – dies ist im Jahr 2015, trotz der aufgetretenen Grippewelle, nicht der Fall (s.a. ►► Diagramm 1.1.1.2 zu den adjustierten AU-Tagen).

fällt dieser Rückgang nur marginal größer aus als bei den Frauen (-2,8%). Trotz dieser positiven Entwicklung haben sich die durchschnittlichen Fehltag zwischen 2005 und 2015 für beide Geschlechter mehr als verdoppelt. Gleiches gilt für die AU-Fälle bei den Männern (+110%) sowie bei den Frauen (+83%). Dagegen haben sich die durchschnittlichen Falldauern im gleichen Zeitraum wenig verändert, im Vergleich zum Vorjahr ist jedoch eine deutliche Abnahme zu erkennen (Männer: -3,4 Tage je Fall; Frauen: -2,5 Tage je Fall). Nach wie vor weisen hier die Frauen deutlich mehr AU-Tage als die Männer auf, im Jahr 2015 beträgt dieser Unterschied im Mittel 1,2 AU-Tage je Mitglied.

### Psychische Störungen

- Auch bei den psychischen Störungen ist ein leichter Rückgang der AU-Tage im Vorjahresvergleich zu erkennen.
- Trotz dieser positiven aktuellen Entwicklung haben sich die AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart zwischen 2005 und 2015 mehr als verdoppelt.

Die psychischen Störungen nehmen mit einem Anteil von 15,1% an allen AU-Tagen der Mitglieder in diesem Jahr Platz 3 der Ursachen für Fehltag ein. In ►► Diagramm 1.2.10 sind die entsprechenden AU-Tage der Mitglieder im Zeitverlauf zwischen 2005 und 2015 nach Geschlecht dargestellt.

Wie auch schon bei den Muskel- und Skeletterkrankungen wird auch hier im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang der Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart erkennbar. Bei den Männern (-3,3%)

- Ein knappes Drittel der AU-Tage aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen gehen allein zulasten der depressiven Episode (F32).
- Frauen weisen zwar aufgrund einer depressiven Episode (F32) wesentlich mehr AU-Fälle und AU-Tage auf, die durchschnittliche Falldauer unterscheidet sich aber nur marginal zwischen den Geschlechtern.

Unverändert steht die depressive Episode (F32) nach AU-Tagen mit Abstand an der Spitze der Ursachen für Fehltag innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen (vgl. ►► Diagramm 1.2.11). Bezogen auf alle



Diagramm 1.2.10 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – psychische und Verhaltensstörungen im Zeitverlauf (2005–2015) nach Geschlecht

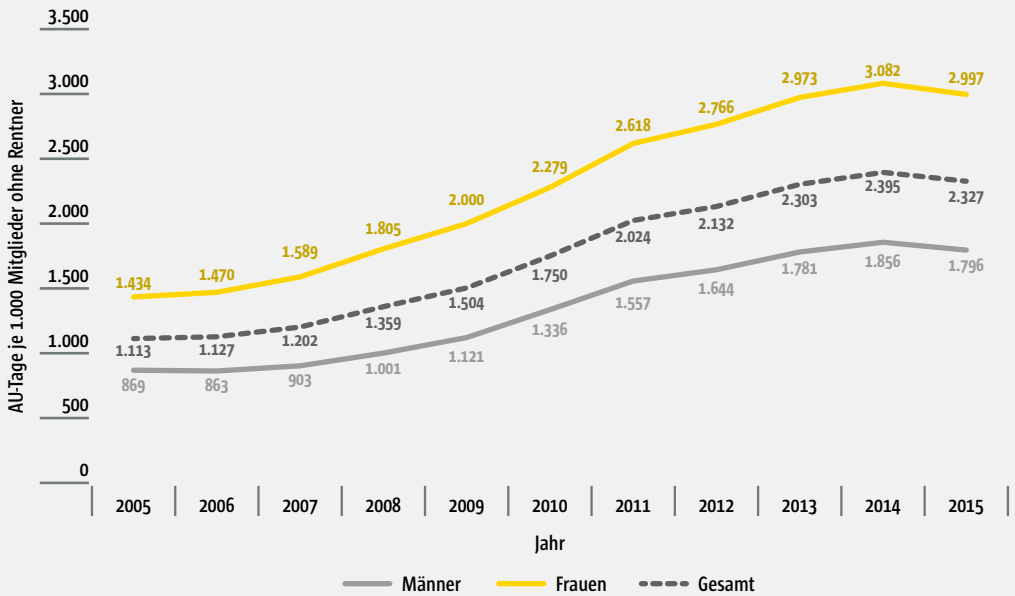
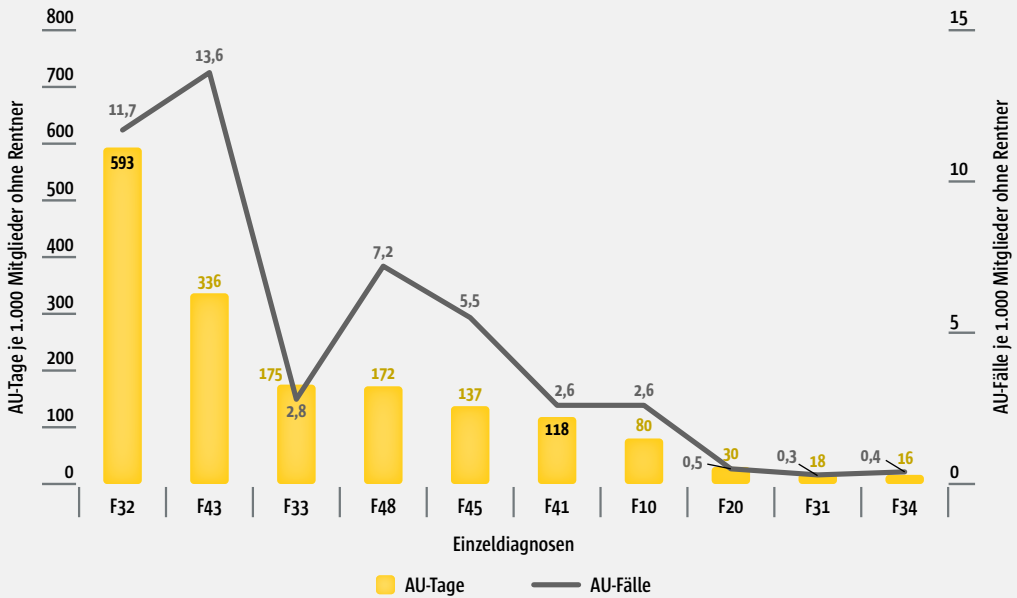


Diagramm 1.2.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Männer (Berichtsjahr 2015)



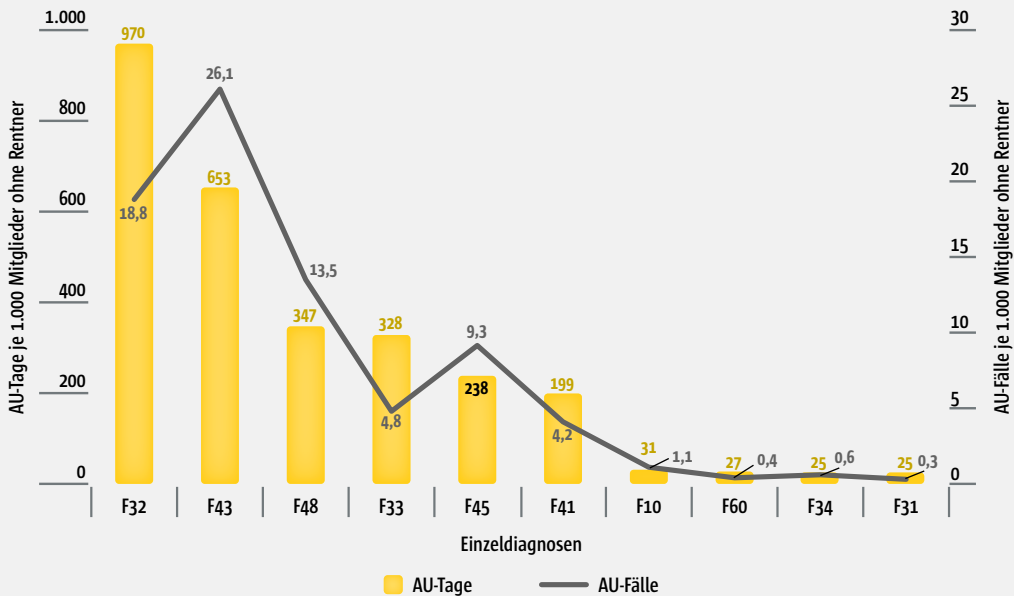
AU-Tage aus dieser Krankheitsgruppe ist die depressive Episode (F32) für ein knappes Drittel (33%) der Fehltag bei den Männern verantwortlich. Die nach Fällen (13,6 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) mit Abstand häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit sind hingegen die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), wobei diese Störung durchschnittlich nur etwas mehr als halb so viele AU-Tage (56,5%) wie die depressive Episode (F32) verursacht. Interessant an den Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie an den auf Platz 4 nach AU-Tagen befindlichen anderen neurotischen Störungen (F48) ist die Tatsache, dass diese auch häufig als alternative ICD-10-Kodierung für das sogenannte Burn-out-Syndrom verwendet werden. Die nach Fehltagen auf Platz 3 befindliche rezidivierende depressive Störung (F33) weist zwar nur relativ wenig AU-Fälle auf, hat aber im Gegensatz dazu mit 62,7 Tagen je Fall die zweithöchste durchschnittliche Falldauer und wird nur noch von der bipolaren affektiven Störung (F31; 65,1 AU-Tage je Fall) bei den Männern übertroffen.

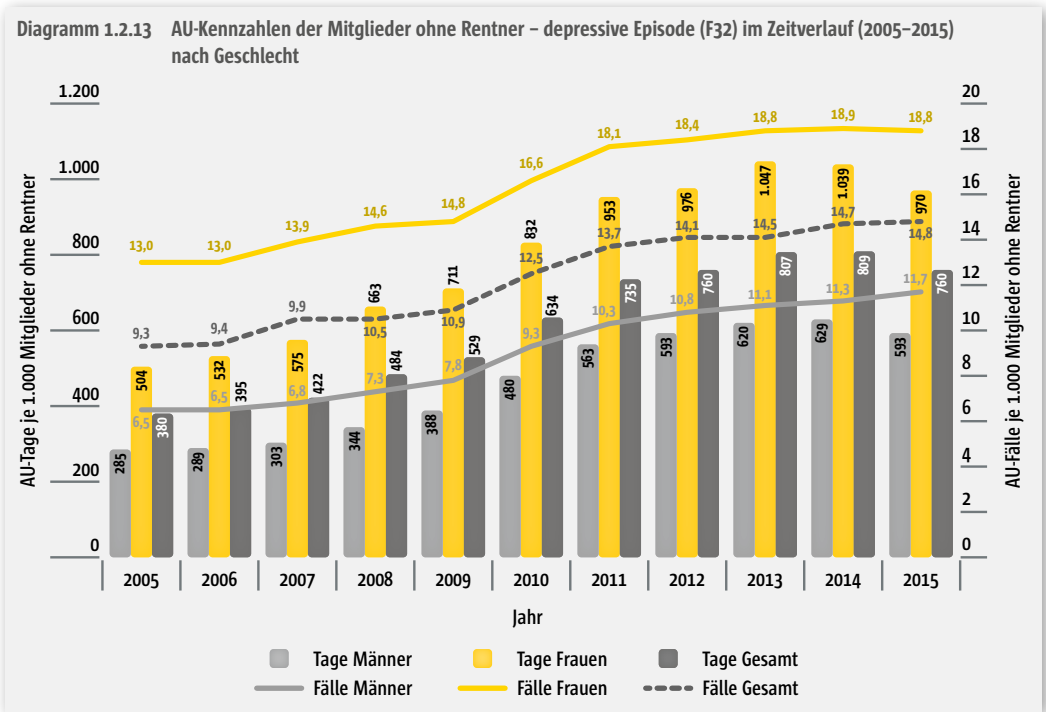
Auch bei den Frauen steht die depressive Episode (F32) nach AU-Tagen an der Spitze der Ursachen für Fehltag in der Gruppe der psychischen Störungen (vgl. **»»** Diagramm 1.2.12). Deren Anteil an allen AU-

Tagen aufgrund dieser Krankheitsart beträgt – wie bei den Männern – ebenfalls ein knappes Drittel (32,4%). Im Vergleich weisen die Frauen aber hier in Relation zu den Männern deutlich mehr AU-Tage (970 vs. 593 AU-Tage je 1.000 Mitglieder) und AU-Fälle (18,8 vs. 11,7 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) auf. Ebenfalls auf den vorderen Plätzen der AU-Ursachen sind hier die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie die anderen neurotischen Störungen (F48) als mögliche Indikatoren für ein Burn-out-Syndrom zu finden. Ist die Fallhäufigkeit für die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) bei den Frauen mehr als doppelt so hoch (26,1 vs. 13,6 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder), so treten bei den Männern mehr als doppelt so viele AU-Fälle (2,6 vs. 1,1 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder) und AU-Tage (79,6 vs. 31,5 AU-Tage je 1.000 Mitglieder) aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) auf. Die durchschnittliche Falldauer der jeweiligen Einzeldiagnosen unterscheidet sich dagegen nur geringfügig zwischen den Geschlechtern. Auch hier ist es die bipolare affektive Störung (F31), die die größte durchschnittliche Falldauer aufweist (73,3 Tage je Fall).

Das **»»** Diagramm 1.2.13 zeigt wiederum im Detail die Entwicklung der AU-Kennzahlen für die für

Diagramm 1.2.12 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Frauen (Berichtsjahr 2015)





beide Geschlechter wichtigste Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen – die depressive Episode (F32) – im Zeitverlauf zwischen 2005 bis 2015 auf.

Auch bei der depressiven Episode (F32) zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr ein leichter Rückgang der AU-Tage bei gleichzeitig nahezu unveränderten Fallzahlen. Dabei ist der Rückgang der AU-Tage bei den Frauen geringfügig stärker ausgeprägt (-6,6%) als bei den Männern (-5,6%). Die Frauen weisen über alle Berichtsjahre hinweg im Durchschnitt 73% mehr AU-Fälle und knapp 80% mehr AU-Tage als die Männer auf. Auch hier ist bei den AU-Fällen und AU-Tagen ein deutlicher Knick im Grippejahr 2009 erkennbar. Anders als bei den Rückenschmerzen (M54) fällt dieser Maskierungseffekt hier nicht so stark aus. Für das Grippejahr 2015 ist zwar ein ähnliches Muster erkennbar, allerdings sind, wie bereits erwähnt, in diesem Jahr die AU-Fälle und AU-Tage insgesamt – trotz Grippewelle – nicht wie im Jahr 2009 weiter angestiegen.

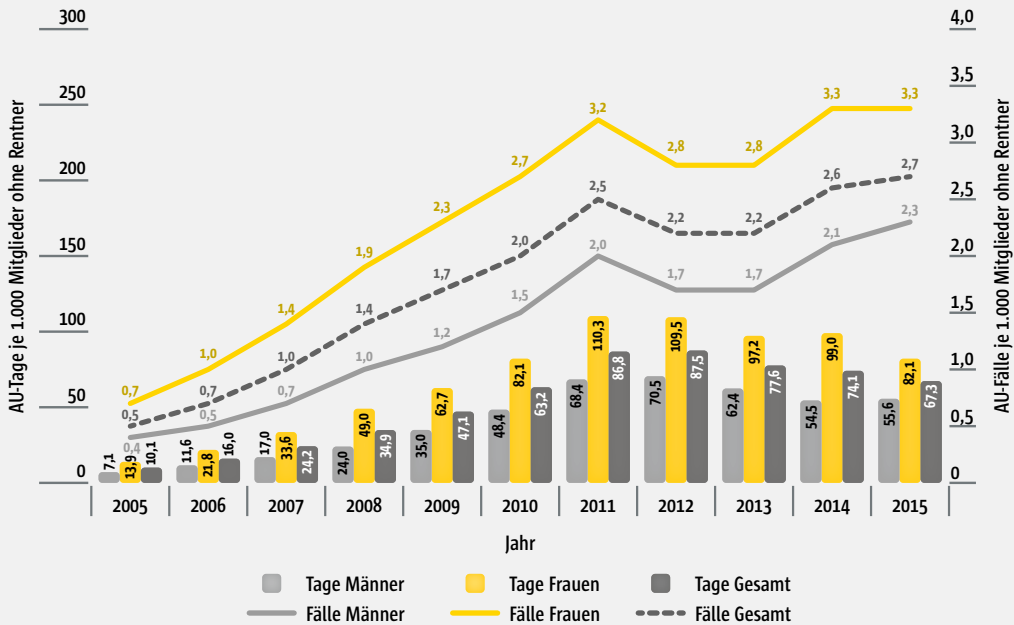
### Exkurs Burn-out-Syndrom

Obwohl das Burn-out-Syndrom im ICD-10 GM mit der Zusatzdiagnose Z73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung) kodiert wird und somit nicht originär zu den psychischen Störungen zählt, wird es diesen im öffentlichen Sprachgebrauch häufig zugerechnet. In **»»»** Diagramm 1.2.14 sind die entsprechenden AU-Kennzahlen für das Burn-out-Syndrom (Z73) im Zeitraum zwischen 2005–2015 dargestellt.

Der Rückgang der AU-Tage aufgrund dieser Zusatzdiagnose setzt sich wie auch schon in den vergangenen zwei Jahren fort, dagegen sind die AU-Fälle seit den letzten 5 Jahren nahezu unverändert.

Grundsätzlich ist beim Burn-out-Syndrom (Z73) die Frage weiter strittig, ob es sich hierbei um eine eigenständige Erkrankung handelt. Im ICD-10 GM stellt die Kodierung Z73 eine Zusatzdiagnose dar, die Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung kennzeichnet, aber eigentlich mit mindestens einer weiteren (Haupt-)Diagnose einhergehen sollte. Vermutlich ist ein Teil der Z73-Kodierungen eigentlich einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode (F32) zuzuordnen – unterschiedliche Studien konnten einen Deckungsgrad zwi-

Diagramm 1.2.14 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – Burn-out-Syndrom (Z73) im Zeitverlauf (2005–2015) nach Geschlecht



schen Depression und Burn-out-Syndrom von bis zu 50% nachweisen<sup>3</sup>. In der heutigen Leistungsgesellschaft wird aber ein Burn-out aufgrund von Überarbeitung leichter als eine immer noch stärker stigmatisierte depressive Störung akzeptiert. Dagegen weist Burn-out neben einer fehlenden Differenzialdiagnostik aber auch keine evidenzbasierte Therapie auf. Zudem existieren neben der ICD-10 GM Kodierung Z73 noch weitere einschlägige Diagnosen, die in der Praxis ebenfalls häufig – aber nicht ausschließlich – bei einem Burn-out-Syndrom verwendet werden. Hierzu zählen unter anderem die bereits erwähnten Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie die anderen neurotischen Störungen (F48), aber auch aus der Gruppe der Symptome die Kodierung R53 (Unwohlsein und Ermüdung). In »» Diagramm 1.2.15 sind die durch die benannten Diagnosen verursachten AU-Tage einzeln sowie zusammengefasst im Zeitverlauf von 2005–2015 dargestellt.

Schaut man sich die Zeitverläufe der einzelnen Diagnosen an, so fällt zunächst bis einschließlich

2014 ein kontinuierlicher Anstieg auf. Eine Ausnahme bildet hier die Zusatzdiagnose Z73, die seit dem Jahr 2012 einen stetigen Rückgang der damit verbundenen Fehltagen aufweist. Für alle anderen hier betrachteten Einzeldiagnosen zeigen sich aber auch im Vorjahresvergleich nahezu unveränderte Werte. Für alle vier Diagnosen zusammen entspricht die zeitliche Entwicklung der AU-Tage in etwa der aller psychischen und Verhaltensstörungen (vgl. »» Diagramm 1.2.10).

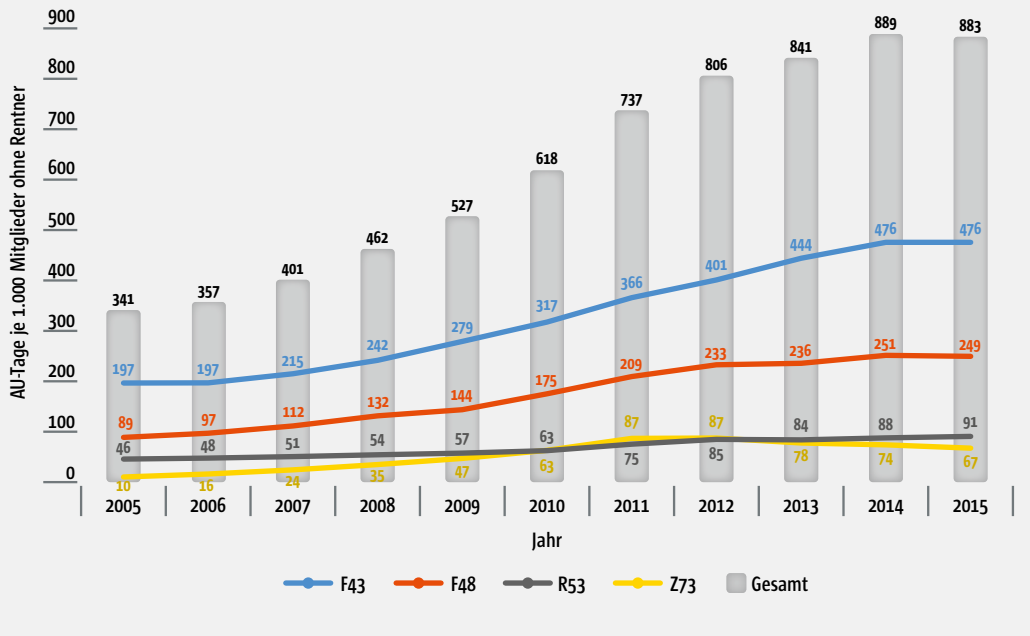
### Krankheiten des Atmungssystems

- Das Fehlzeitengeschehen bei den Atemwegserkrankungen unterliegt starken saisonalen Schwankungen und war durch die Grippewelle 2015 besonders hoch.
- Die überwiegende Mehrzahl aller AU-Tage aufgrund dieser Krankheitsart ist auf akute Erkrankungen mit meist kurzfristiger Dauer zurückzuführen.

Das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei den Atemwegserkrankungen wird ganz wesentlich durch meist im 1. bzw. 4. Quartal des Jahres auftretende Grippewellen bestimmt. Im Jahr 2015 sind es vor al-

3 Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, et al.: The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Dis* 2005; 88: 55–62.

Diagramm 1.2.15 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Burn-out-Syndrom und mögliche alternative Kodierungen im Zeitverlauf (2005–2015)



lem die Monate Februar und März, die besonders hohe Krankenstände aufgrund dieser Diagnosehauptgruppe aufweisen. Im Folgenden wird ein etwas detaillierter Blick auf die AU-Kennzahlen für diese Krankheitsgruppe geworfen.

Der in **III** Diagramm 1.2.16 dargestellte Zeitverlauf für die Atemwegserkrankungen zeigt deutlich die Jahre mit einer erhöhten Erkältungs- und Grippeaktivität an, wobei Frauen durchgängig mehr Fehltag als Männer aufweisen. Die Differenz zwischen den beiden Geschlechtern hat sich aber seit 2005 nahezu nicht verändert. Auffällig ist, dass vor allem in ungeraden Jahren eine erhöhte Grippeaktivität und damit einhergehende Fehltag zu beobachten sind. Besonders deutlich ist das an den Jahren 2005, 2009, 2013 und 2015 erkennbar. Hierbei handelt es sich aber aller Wahrscheinlichkeit nach um ein statistisches Artefakt. Die Ursache dahinter ist vermutlich, dass nach einer ausgeprägten Grippezeitraum eine gewisse Immunität gegen die Erkrankung aufweisen. Ist im Folgejahr einer Grippezeit allerdings ein anderer viraler Erreger aktiv, so wird dieser 2-Jahres-Rhythmus unterbrochen. Dies deutet sich zumindest für das 1. Quartal des Jahres 2016 an, in dem wiederum eine Grippe- und Erkältungswelle aufgetreten ist.

Es ist deshalb wenig erstaunlich, dass die akute Infektion der oberen Atemwege (J06) bei beiden Geschlechtern die mit Abstand meisten AU-Tage bei den Atemwegserkrankungen verursacht (vgl. **III** Diagramm 1.2.17 und **III** Diagramm 1.2.18). Sowohl bei den Männern (43,9%) als auch bei den Frauen (42,9%) ist diese Diagnose diejenige, die das AU-Geschehen bezogen auf die AU-Tage in dieser Krankheitsgruppe primär bestimmt. Auch bei den weiteren für die Fehltag verantwortlichen Einzeldiagnosen handelt es sich deutlich häufiger um akute als um chronische Atemwegserkrankungen, wobei alle für beide Geschlechter aufgeführten Erkrankungen eine durchschnittliche Falldauer von 5 bis 7 Tagen je Fall aufweisen.

Blicken wir nun im Detail auf die akute Infektion der oberen Atemwege (J06) im Zeitverlauf, der in **III** Diagramm 1.2.19 dargestellt ist. Deutlich wird – im Vergleich zu **III** Diagramm 1.2.16 –, dass die hier dargestellte Einzeldiagnose im Zeitverlauf nahezu das gleiche Muster wie die AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen insgesamt abbildet. Gleichwohl zeigt sich aber, dass sowohl die Zahl der AU-Fälle als auch die Zahl der AU-Tage im Zeitverlauf einen deutlichen Zuwachs zu verzeichnen hat. Zwischen den jeweils ungeraden Grippejahren 2005 und 2015

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.2.16 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner – Krankheiten des Atmungssystems im Zeitverlauf (2005–2015) nach Geschlecht

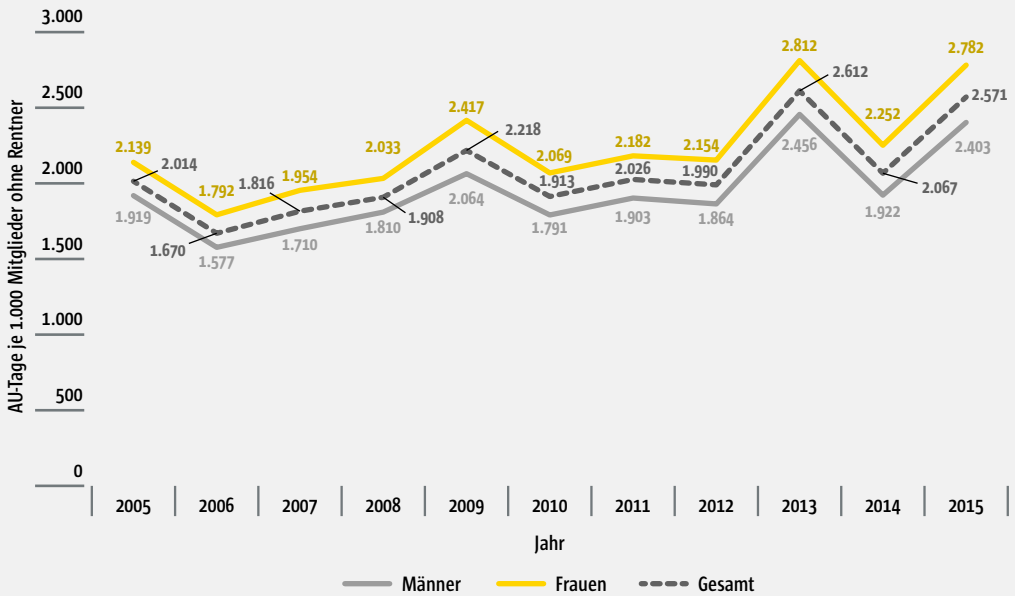


Diagramm 1.2.17 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Krankheiten des Atmungssystems der Männer (Berichtsjahr 2015)

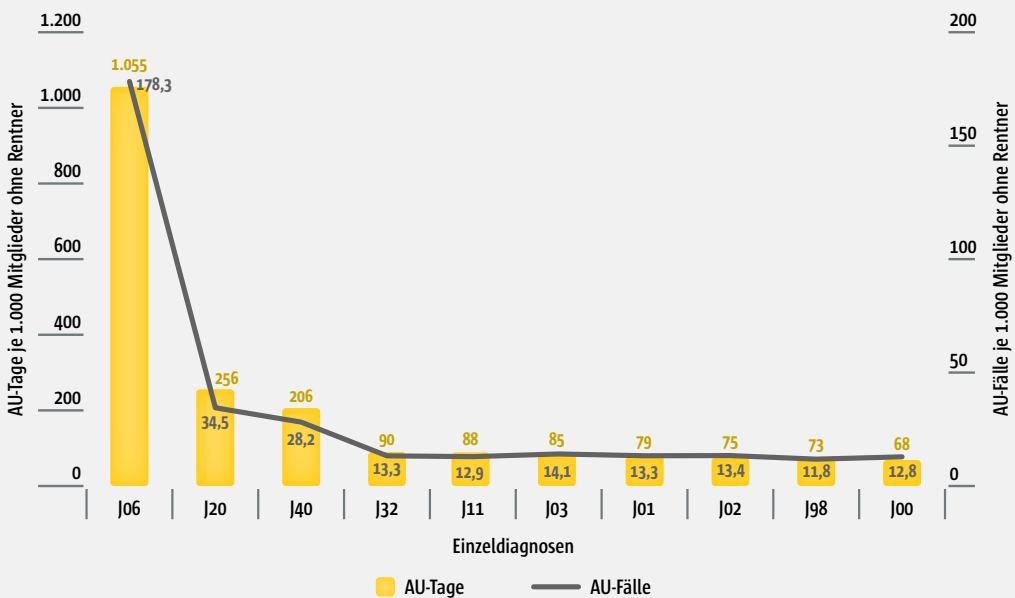


Diagramm 1.2.18 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Krankheiten des Atmungssystems der Frauen (Berichtsjahr 2015)

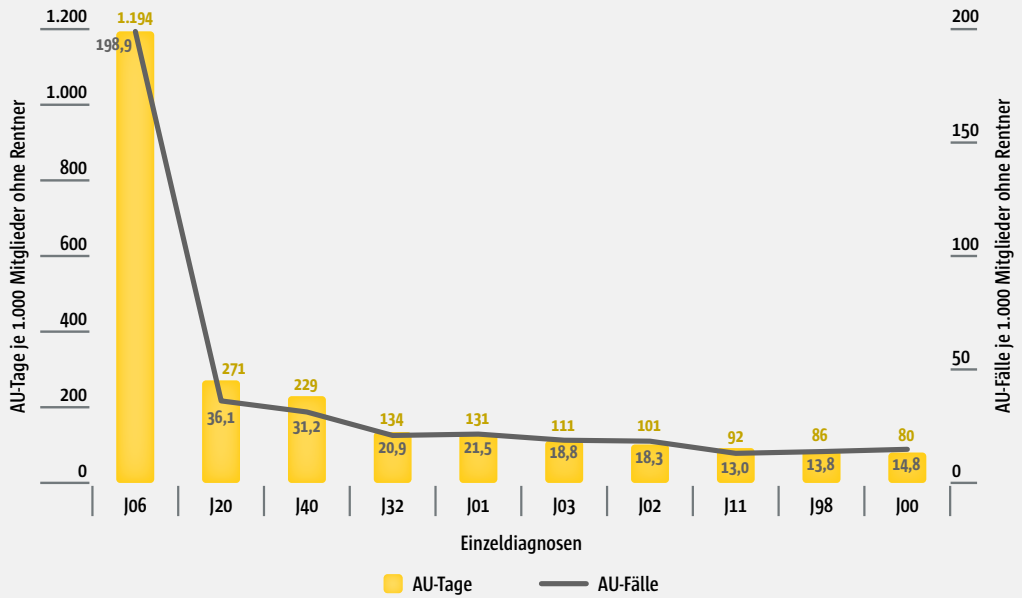
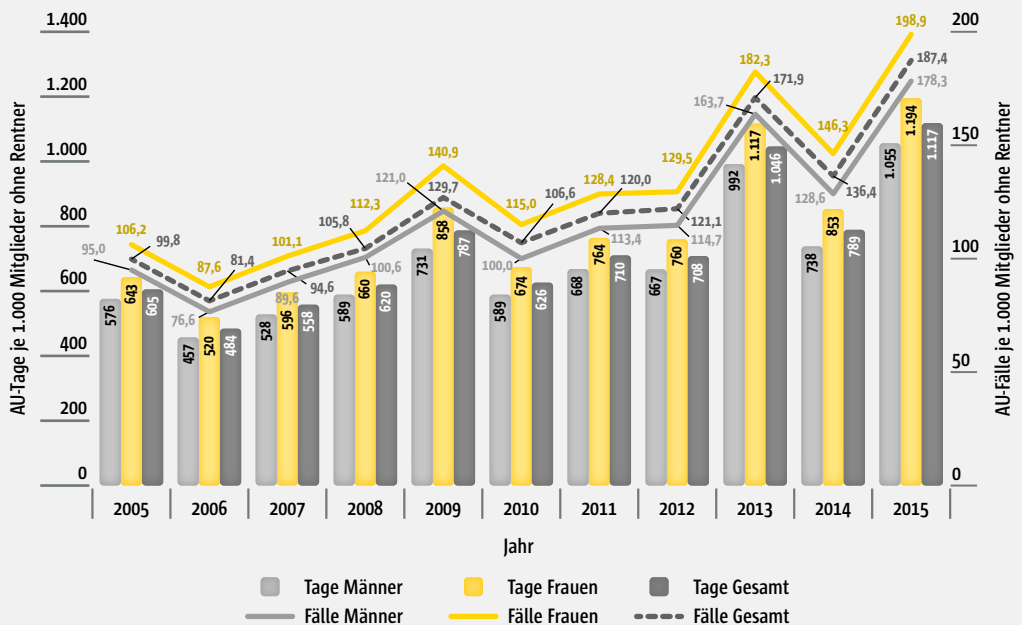


Diagramm 1.2.19 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – akute Infektionen der oberen Atemwege (J06) im Zeitverlauf (2005–2015) nach Geschlecht



beträgt dieser Zuwachs insgesamt bezogen auf die AU-Fälle +87,6% und bei den AU-Tagen +84,6%, zwischen 2006 und 2014 ist dieser Anstieg etwas geringer, aber immer noch deutlich ausgeprägt (AU-Fälle: +67,6%; AU-Tage: +62,9%).

Fraglich ist, ob es bei einer normalen Erkältung immer sinnvoll ist, einen Arzt zu konsultieren, da hier die evidenzbasierten Therapiemöglichkeiten in der Regel begrenzt sind und sich das Risiko der Ansteckung anderer Personen (auf dem Hin- und Rückweg bzw. in der Arztpraxis) dadurch noch erhöht. Zielführender wäre an dieser Stelle, von der bereits erwähnten 3-Tage-Karenzregel Gebrauch zu machen und die Erkrankung mit Hausmitteln auszukurieren. Sowohl Arbeitnehmer, die diese Möglichkeit haben, als auch Arbeitgeber, die diese Möglichkeit noch nicht bieten, sollten von dieser Regelung noch stärker Gebrauch machen. Wie im BKK Gesundheitsreport 2015 gezeigt wurde, wird lediglich ein Bruchteil der vom Arbeitgeber gewährten Karenztage genutzt. Auf der anderen Seite werden bei nahezu einem Drittel der Arbeitgeber diese Karenztage gar nicht angeboten. Eine breitere Anwendung dieser Karenztage-Regel würde beiden Seiten Nutzen bringen und vor allem die damit verbundene erhöhte Ansteckungsgefahr sowie einen weiteren Anstieg der Fehltag im Unternehmen reduzieren.

### 1.2.2 AU-Geschehen nach Versichertenstatus

- Arbeitslose (ALG-I) weisen nach wie vor insgesamt die meisten Fehltag auf, gefolgt von den beschäftigten Pflichtmitgliedern und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern.
- Innerhalb der letzten 5 Jahre haben die Fehltag in der Gruppe der beschäftigten freiwilligen Mitglieder am stärksten zugenommen (+4,9 AU-Tage je Mitglied), bewegen sich aber weiterhin deutlich unterhalb der anderen Versichertengruppen.

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

Ausgehend vom durchschnittlichen Monatseinkommen, als einem der wichtigsten Faktoren des sozialen Status – neben Bildung und beruflicher Stellung – kann angenommen werden, dass im Vergleich zwischen den drei genannten Versichertengruppen die Arbeitslosen den niedrigsten, die beschäftigten Pflichtmitglieder einen mittleren und die beschäftigten freiwilligen Mitglieder einen hohen Sozialstatus innehaben. Die hier vorgenommene Einteilung stellt allerdings keine wie auch immer geartete Wertung der einzelnen Versichertengruppen dar, sondern dient lediglich zur besseren Interpretation der im Folgenden dargestellten Ergebnisse. In **»»** Anhang A dieses Buches sind in **»»** Tabelle A.1 zusätzlich die wichtigsten AU-Kennzahlen der verschiedenen Versichertengruppen nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen dargestellt.

In **»»** Tabelle 1.2.2 sind die wichtigsten AU-Kennzahlen sowie die Versichertenjahre der Mitglieder differenziert nach ihrem Versichertenstatus dargestellt. Wie auch in den Vorjahren weisen die Arbeitslosen (ALG-I) im Vergleich zu allen anderen dargestellten Versichertengruppen die mit Abstand meisten AU-Tage und gleichzeitig die wenigsten AU-Fälle auf. Dementsprechend treten hier im Durchschnitt dreimal so lange durchschnittliche Falldauern im Vergleich zu den freiwillig versicherten Beschäftigten auf. Dass die Arbeitslosen (ALG-I) wesentlich weniger AU-Fälle als die anderen Versichertengruppen aufweisen, hängt vor allem damit zusammen, dass diese Versichertengruppe bei Kurzeiterkrankungen oftmals keinen Arzt konsultiert, im Gegenzug aber wesentlich häufiger von Langzeiterkrankungen betroffen ist (vgl. hierzu auch die Analysen zum Schwerpunktthema Langzeiterkrankungen im **»»** BKK Gesundheitsreport 2015) und deshalb deutlich mehr AU-Tage aufweist als alle anderen betrachteten Gruppen. Nach Fehltagen folgen dann die pflichtversicherten Beschäftigten mit durchschnittlich 1,7 AU-Tagen je Mitglied. Diese Gruppe weist gleichzeitig die meisten AU-Fälle und auch die meisten AU-Tage aufgrund von Arbeitsunfällen auf. In dieser Gruppe sind Beschäftigte mit einem Einkommen zu finden, das unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Deshalb ordnet sich diese Versichertengruppe entsprechend ihres abgeleiteten sozialen Status auch in die Mitte der AU-Tage ein, und zwar vor den Arbeitslosen (ALG-I) und nach den freiwillig versicherten Beschäftigten. Letztere Gruppe weist bei den Beschäftigten für alle AU-Kennzahlen die niedrigsten Werte auf.

Aufschlussreich ist auch der Blick auf die AU-Quoten, die in **»»** Tabelle 1.2.3 dargestellt sind. Auch hier wird erkennbar, dass sich die betrachteten Versicher-



Tabelle 1.2.2 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

Versichertengruppe	Geschlecht	Mitglieder in Tsd.	Arbeitsunfähigkeit			Arbeitsunfälle	
			Fälle je 100	Tage je 100	Tage je Fall	Fälle je 100	Tage je 100
Pflichtversicherte Beschäftigte	Männer	1.918	141,9	1.711,1	12,1	4,7	63,6
	Frauen	1.816	146,8	1.717,0	11,7	2,4	30,6
	<b>Gesamt</b>	<b>3.734</b>	<b>144,3</b>	<b>1.713,9</b>	<b>11,9</b>	<b>3,6</b>	<b>47,6</b>
davon: Teilzeitbeschäftigte	Männer	151	101,3	1.358,7	13,4	2,9	42,5
	Frauen	856	131,7	1.686,3	12,8	2,0	27,8
	<b>Gesamt</b>	<b>1.007</b>	<b>127,1</b>	<b>1.637,2</b>	<b>12,9</b>	<b>2,1</b>	<b>30,0</b>
Freiwillig versicherte Beschäftigte	Männer	537	96,9	1.011,2	10,4	1,0	13,5
	Frauen	124	113,9	1.212,5	10,6	1,1	12,6
	<b>Gesamt</b>	<b>661</b>	<b>100,1</b>	<b>1.048,9</b>	<b>10,5</b>	<b>1,0</b>	<b>13,3</b>
Arbeitslose (ALG-I-Empfänger)	Männer	60	69,5	2.342,6	33,7	-	-
	Frauen	54	80,9	2.563,8	31,7	-	-
	<b>Gesamt</b>	<b>113</b>	<b>74,9</b>	<b>2.447,2</b>	<b>32,7</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Tabelle 1.2.3 AU-Quoten der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

Versichertengruppe	Geschlecht	Anteile in Prozent				
		kein AU-Fall	1 AU-Fall	2 AU-Fälle	3 und mehr AU-Fälle	AU-Dauer > 6 Wochen
Pflichtversicherte Beschäftigte	Männer	37,5	26,3	16,3	19,9	9,6
	Frauen	35,4	27,1	16,7	20,8	9,1
	<b>Gesamt</b>	<b>36,5</b>	<b>26,7</b>	<b>16,5</b>	<b>20,3</b>	<b>9,4</b>
Freiwillig versicherte Beschäftigte	Männer	49,1	26,2	13,2	11,5	5,0
	Frauen	44,5	26,3	14,5	14,7	5,7
	<b>Gesamt</b>	<b>48,3</b>	<b>26,2</b>	<b>13,5</b>	<b>12,1</b>	<b>5,2</b>
Arbeitslose (ALG-I-Empfänger)	Männer	55,8	30,8	8,0	5,4	11,8
	Frauen	49,0	34,5	9,9	6,7	12,5
	<b>Gesamt</b>	<b>52,6</b>	<b>32,5</b>	<b>8,9</b>	<b>6,0</b>	<b>12,1</b>

tengruppen bezüglich der dargestellten AU-Kennzahlen teils deutlich voneinander unterscheiden. So weisen bei den Arbeitslosen (ALG-I) zwar mehr als die Hälfte (52,6%) der Personen im Jahr 2015 keinen AU-Fall auf, gleichzeitig ist der Anteil der Fälle mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen hier deutlich höher

(12,1%) als bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern (9,4%) oder den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern (5,2%). Arbeitslose (ALG-I) weisen zwar im Mittel wesentlich weniger AU-Fälle als die Beschäftigten auf, sind dann aber im Krankheitsfall deutlich häufiger mehr als 6 Wochen arbeitsunfähig.

In **III** Diagramm 1.2.20 ist noch einmal die Entwicklung der Fehltagel insgesamt im Zeitverlauf für die oben genannten Versichertengruppen dargestellt.

Deutlich zu erkennen ist zunächst, dass sich die Reihung der Versichertengruppen bezüglich der AU-Tage seit 2010 nicht verändert hat. Allerdings sind auch unterschiedliche Entwicklungen im Zeitverlauf sichtbar. Bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern und der Subgruppe der Teilzeitbeschäftigten sind die krankheitsbedingten Fehltagel zwischen 2010 und 2015 um durchschnittlich 2,3 AU-Tage angewachsen. Dagegen zeichnet sich bei den Arbeitslosen (ALG-I) im gleichen Zeitraum ein umgekehrter Trend mit einer Abnahme der Fehltagel um -2,7 AU-Tage ab. Die deutlichste Veränderung ist allerdings bei den freiwillig versicherten Beschäftigten mit einer Zunahme um +4,9 AU-Tage je Mitglied zu erkennen.

Betrachtet man die Zeitverläufe jeweils separat für zwei der für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen (Muskel- und Skeletterkrankungen und psychische Störungen), so zeigen sich insbesondere bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern zwischen 2010 und 2015 in beiden Diagnosehauptgruppen deutliche Anstiege bei den Fehltagel. So nahmen die AU-Tage im benannten Zeitraum bei den Muskel- und Skeletterkrankungen um +72% zu,

bei den psychischen Störungen beträgt dieser Zuwachs sogar mehr als das Doppelte (+119%). Vermutlich haben gerade in dieser Versichertengruppe, der vorwiegend Fach- und Führungskräfte angehören, Arbeitsverdichtung und -intensität merklich zugenommen.

In **III** Tabelle 1.2.4 finden sich die fünf für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen der betrachteten Versichertengruppen wieder.

Allein auf die ersten drei Diagnosehauptgruppen gehen zwischen 54,4% (beschäftigte freiwillige Mitglieder) und 66,9% (Arbeitslose - ALG-I) aller AU-Tage im Jahr 2015 zurück. Nach wie vor Spitzenreiter bei den Fehltagel aufgrund von psychischen Störungen sind die Arbeitslosen (ALG-I). Diese weisen aufgrund dieser Erkrankung im Mittel sechsmal so viele AU-Tage wie die beschäftigten freiwilligen Mitglieder auf. Ähnlich stellt sich das Bild auch bei den Muskel- und Skeletterkrankungen dar. Fallen bei den Arbeitslosen im Durchschnitt 631 AU-Tage je 100 Mitglieder wegen dieser Krankheitsart an, so sind es bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern gerade mal ein Drittel der Fehltagel (211 AU-Tage je 100 Mitglieder). Lediglich bei den Atemwegserkrankungen liegen die Fehltagel der Arbeitslosen (131 AU-Tage je 100 Mitglieder) deutlich unter denen der anderen Versicherten-

Diagramm 1.2.20 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen im Zeitverlauf (2010-2015)

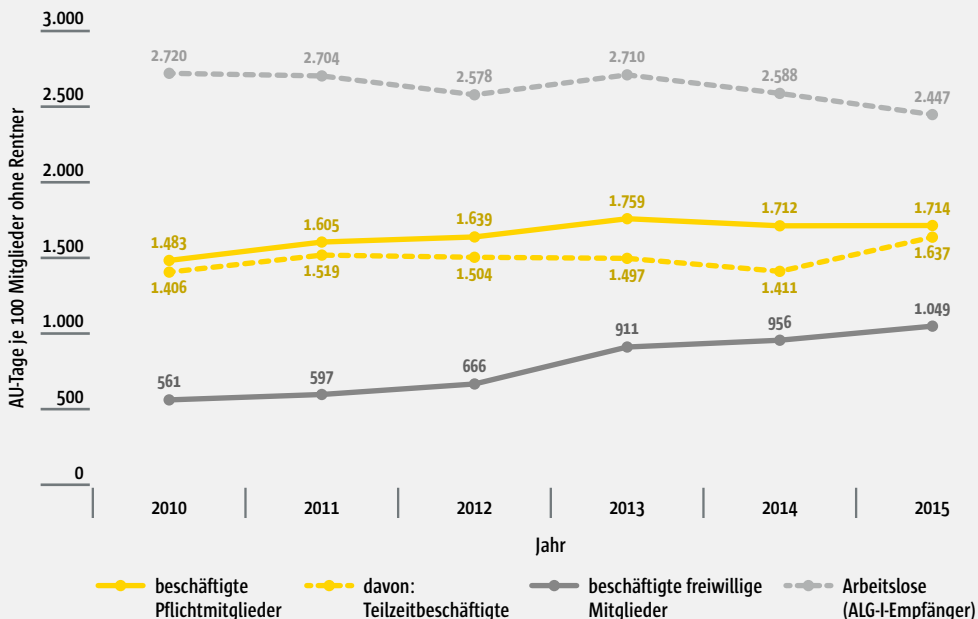


Tabelle 1.2.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)

Diagnosehauptgruppe	beschäftigte Pflichtmitglieder	davon Teilzeitbeschäftigte	beschäftigte freiwillige Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I-Empfänger)
	AU-Tage je 100 Mitglieder			
Muskel- und Skeletterkrankungen	431	395	211	631
Krankheiten des Atmungssystems	287	269	213	131
Psychische Störungen	245	276	146	876
Verletzungen und Vergiftungen	181	143	99	171
Krankheiten des Verdauungssystems	90	75	61	80
Sonstige	438	433	292	504
<b>alle Diagnosen</b>	<b>1.714</b>	<b>1.637</b>	<b>1.049</b>	<b>2.447</b>
Diagnosehauptgruppe	beschäftigte Pflichtmitglieder	davon Teilzeitbeschäftigte	beschäftigte freiwillige Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I-Empfänger)
	Anteile an allen AU-Tagen in Prozent			
Muskel- und Skeletterkrankungen	25,1	24,1	20,2	25,8
Krankheiten des Atmungssystems	16,8	16,4	20,3	5,3
Psychische Störungen	14,3	16,9	13,9	35,8
Verletzungen und Vergiftungen	10,6	8,7	9,4	7,0
Krankheiten des Verdauungssystems	5,3	4,6	5,8	3,3
Sonstige	25,5	26,4	27,8	20,6
<b>alle Diagnosen</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

gruppen – im Vergleich zu den beschäftigten Pflichtmitgliedern sind es beispielsweise weniger als die Hälfte (287 AU-Tage je 100 Mitglieder).

Werfen wir nun einen differenzierteren Blick auf das AU-Geschehen im Kontext der Muskel- und Skeletterkrankungen, welches in **»»»** Diagramm 1.2.21 dargestellt ist.

Wie auch schon in **»»»** Diagramm 1.2.5 deutlich wurde, sind bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern, die den größten Anteil an allen Mitgliedern innehaben, die meisten AU-Fälle in der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen und die meisten AU-Tage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen bei den 60- bis 64-Jährigen zu finden. Auch hier zeigt sich in den Altersgruppen jenseits der 65 Jahre deutlich der *healthy worker effect*. Für die AU-Fälle und die AU-Tage der Arbeitslosen (ALG-I) tritt das Maximum in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen auf. Hier dürfte für den Rückgang in den höheren Altersgruppen ebenfalls ein Selektionseffekt dergestalt wirksam wer-

den, dass ein großer Teil aus dieser Gruppe vorzeitig in die Alters- bzw. Erwerbsminderungsrente eintritt. Ein etwas anderes Bild stellt sich für die beschäftigten freiwilligen Mitglieder dar: Auch hier ist das Maximum der AU-Fälle in der Gruppe der 55- bis 59-Jährigen erreicht, nimmt aber nicht, wie bei den anderen Versichertengruppen, in den höheren Altersgruppen ab, sondern verharrt auf gleichem Niveau. Bei den AU-Tagen ist konträr zu den beiden anderen Gruppen der Höchstwert erst in der Gruppe der über 65-Jährigen erreicht.

Nicht ganz identisch stellt sich dieses Bild bei den AU-Kennzahlen aufgrund von psychischen Störungen dar (vgl. **»»»** Diagramm 1.2.22).

Für die Arbeitslosen (ALG-I) ist ab dem 60. Lebensjahr bei den AU-Fällen und AU-Tagen ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern sowie bei den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern gilt dies für die AU-Tage in gleichem Maße, allerdings erst ab dem 65. Lebensjahr.

1.2 AU-Geschehen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 1.2.21 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für Muskel- und Skeletterkrankungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)

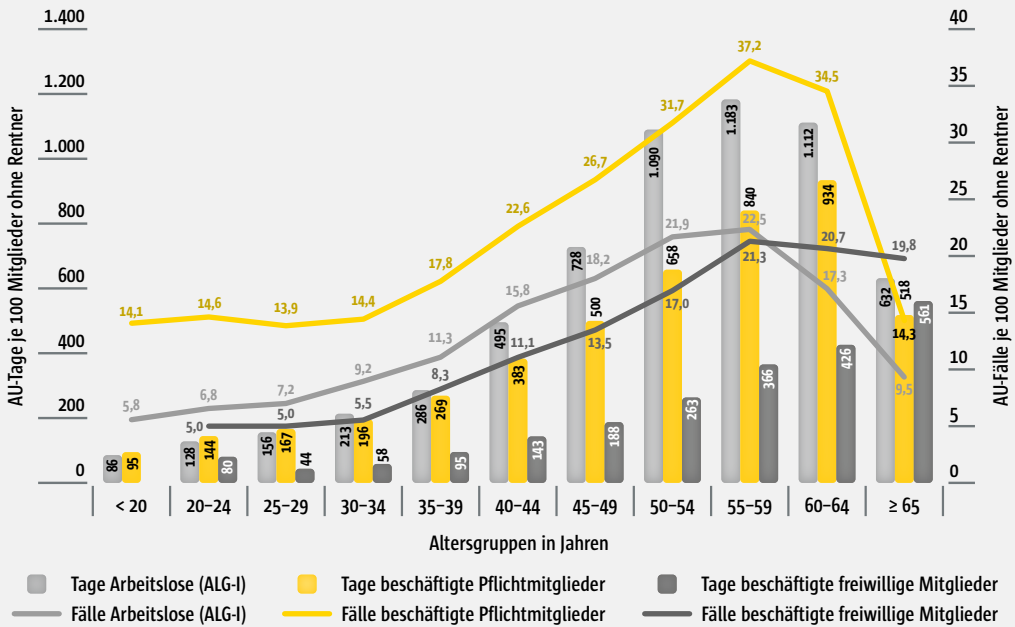
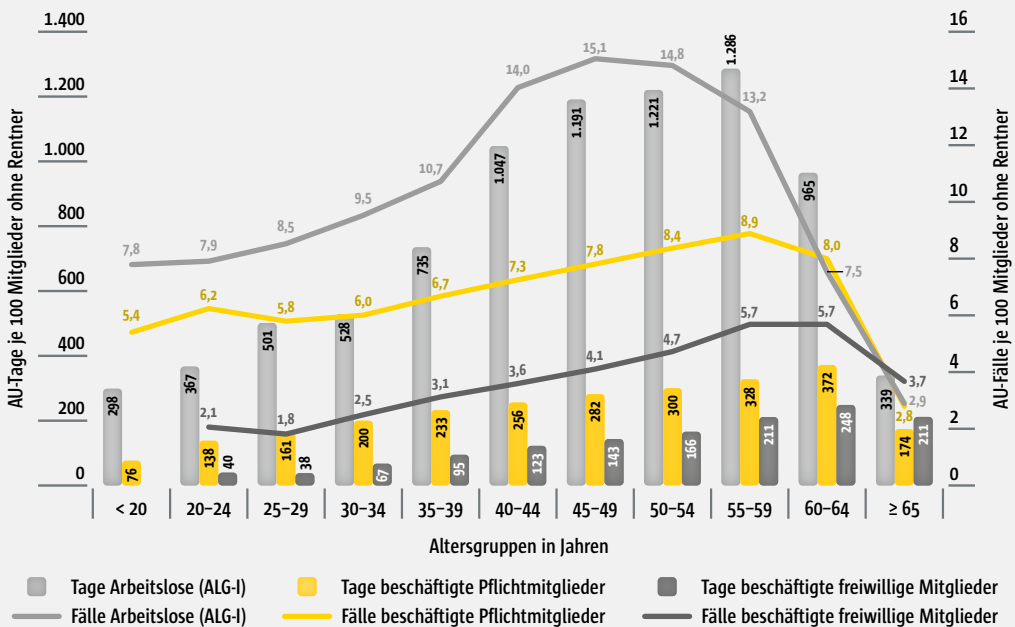
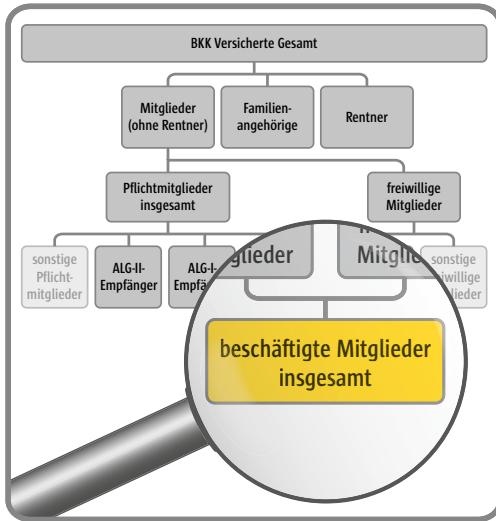


Diagramm 1.2.22 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner für psychische und Verhaltensstörungen nach Versichertengruppen und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)



**1.2.3 AU-Geschehen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen**



**Höchster Schulabschluss**

- Je höher der Schulabschluss eines Beschäftigten, desto geringer sind dessen krankheitsbedingte Fehlzeiten.
- Besonders deutlich wird dies bei den Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen: Beschäftigte mit Volks-/Hauptschulabschluss haben viermal mehr Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart als solche mit (Fach-)Abitur.

Eine weitere wichtige Einflussgröße auf das AU-Geschehen stellt der Schulabschluss von Beschäftigten dar (»»» Tabelle 1.2.5). Die größte Gruppe der beschäf-

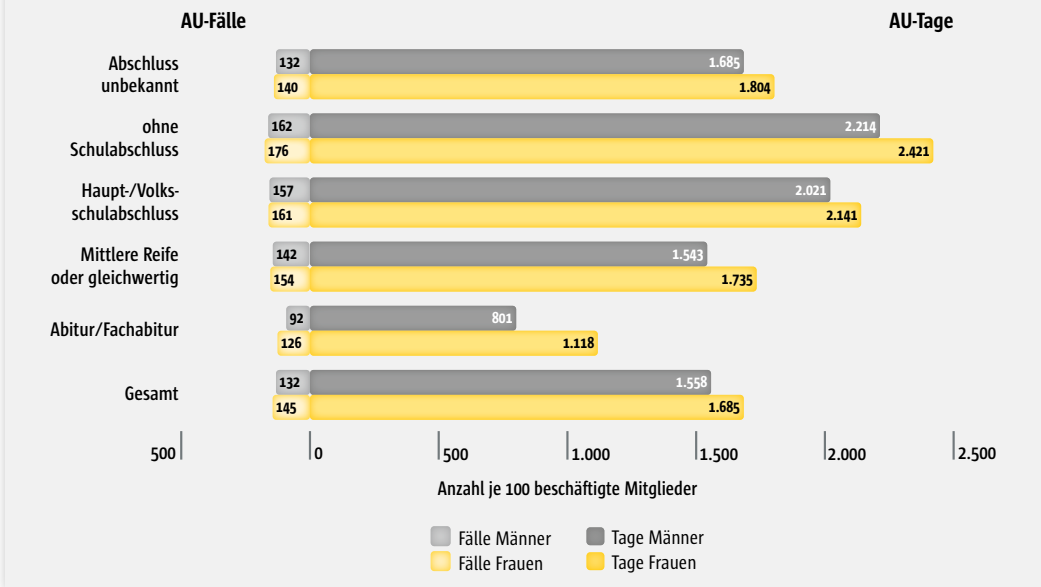
tigten BKK Mitglieder (31,3%) verfügt als höchsten Schulabschluss über die mittlere Reife, zu der unter anderem der Realschulabschluss sowie die Polytechnische Oberschule zählen. Frauen weisen diesen Abschluss deutlich häufiger (35,1%) als Männer (28,3%) auf. Dagegen ist der Anteil der Männer, die über einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss verfügen, um mehr als 10 Prozentpunkte höher als der der Frauen. Auch beim (Fach-)Abitur liegen die Frauen leicht vor den Männern (23,9% vs. 22,5%). Entsprechend kann man festhalten, dass die Frauen insgesamt über einen höheren Bildungsgrad als die Männer verfügen. Für 1,3% der beschäftigten Mitglieder liegen keinerlei Angaben auf Basis des Tätigkeitsschlüssels (KlDB 2010) vor. Diese Gruppe wird in den folgenden Detailauswertungen aufgrund ihrer Indifferenz nicht weiter betrachtet, findet allerdings im jeweiligen Gesamtwert Eingang. Dies gilt in gleichem Maße auch für die Auswertungen zum diesjährigen Schwerpunktthema, die sich auf den Tätigkeitsschlüssel und die damit verbundenen Merkmale der beschäftigten Mitglieder beziehen. Bei mehr als einem Fünftel (23,1%) der Beschäftigten ist der höchste schulische Abschluss unbekannt. Hier sind zum Teil Personen verortet, die einen Schulabschluss im Ausland erworben haben, aber auch solche, deren Schulabschluss nicht eindeutig den vorgegebenen Kategorien entspricht. Bei einem nicht unerheblichen Teil ist aber auch zu vermuten, dass dem Arbeitgeber – insbesondere bei langjährig Beschäftigten – bei Erstellung des seit dem Jahr 2012 neuen gültigen Tätigkeitsschlüssels häufig keine Angaben zum Schulabschluss vorlagen.

In »»» Diagramm 1.2.23 wird ein relativ deutlicher Zusammenhang zwischen den dargestellten AU-Kennzahlen und dem höchsten Schulabschluss der beschäftigten Mitglieder erkennbar. Je höher der Bildungsgrad einer Person ist, desto geringer sind die

**Tabelle 1.2.5 Höchster allgemeinbildender Schulabschluss der beschäftigten Mitglieder nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)**

höchster allgemeinbildender Schulabschluss	Männer	Frauen	Gesamt
	Anteile in Prozent		
ohne Angaben	1,7	0,9	1,3
ohne Schulabschluss	1,6	0,7	1,2
Haupt-/Volksschulabschluss	24,7	14,6	20,2
Mittlere Reife oder gleichwertig	28,3	35,1	31,3
Abitur/Fachabitur	21,3	24,9	22,9
Abschluss unbekannt	22,5	23,9	23,1
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Diagramm 1.2.23 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach dem höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



durchschnittlichen AU-Fälle und AU-Tage ausgeprägt. Gleichzeitig wird hier auch über alle Gruppen hinweg sichtbar, dass die Frauen im Vergleich zu den Männern mehr AU-Fälle und insbesondere AU-Tage aufweisen. Besonders deutlich wird der Unterschied zwischen dem Bildungsstatus bezogen auf die Fehlzeiten in Gegenüberstellung zwischen Erwerbstätigen ohne Schulabschluss und solchen mit (Fach-)Abitur – letztere weisen im Vergleich weniger als halb so viele AU-Tage auf.

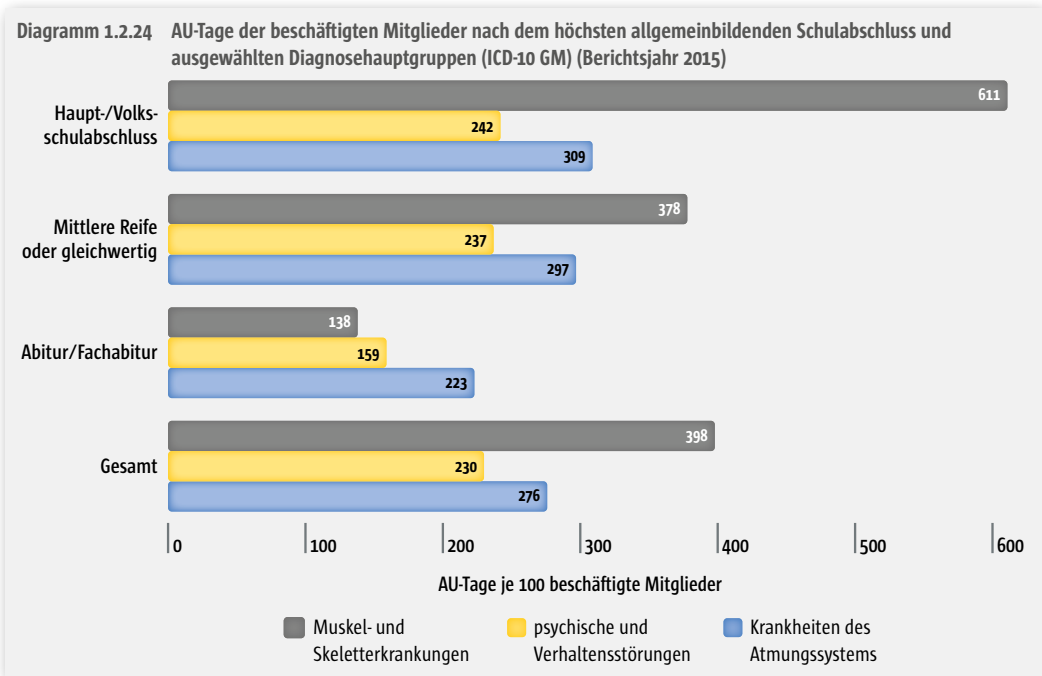
An dieser Stelle werden exemplarisch für die Beschäftigten mit Haupt-/Volksschulabschluss, mit mittlerer Reife und (Fach-)Abitur die AU-Kennzahlen für die drei für das AU-Geschehen wichtigsten Krankheitsarten gegenübergestellt (»» Diagramm 1.2.24).

Wie auch schon bei den Fehltagen insgesamt zeichnet sich – bezogen auf den höchsten Schulabschluss als ein wichtiger Bestimmungsfaktor der Schichtzugehörigkeit – ein relativ eindeutiger Zusammenhang zwischen den drei ausgewählten Diagnosehauptgruppen ab: Je höher der Schulabschluss eines Beschäftigten ist, desto weniger Fehltagetagen treten auf. Besonders deutlich wird dies am Beispiel der Muskel- und Skeletterkrankungen: Weisen die Beschäftigten mit einem Haupt- bzw. Volksschulabschluss im Schnitt 611 AU-Tage je 100 Mitglieder auf, so ist dieser Wert bei den Beschäftigten mit einem (Fach-)Abitur mehr als 4-mal geringer (138 AU-Tage je

100 Mitglieder). Gleiches gilt, wenn auch in einem etwas geringeren Maße, für die psychischen und Verhaltensstörungen sowie für die Atemwegserkrankungen. Anzumerken bleibt, dass hier auch ein Alterseffekt Einfluss auf die beschriebenen Gruppenunterschiede nimmt. So sind die Beschäftigten mit einem (Fach-)Abitur im Mittel etwa 5 Jahre jünger (39,1 Jahre) als die Gruppe mit einem Haupt- bzw. Volksschulabschluss (44,5 Jahre). Zusätzlich spielt, wie im nächsten Abschnitt noch näher erläutert wird, neben dem Alter und den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen auch das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten mit unterschiedlichen beruflichen Bildungsabschlüssen beim Fehlzeitengeschehen eine wesentliche Rolle.

### Höchster beruflicher Bildungsabschluss

- In gleicher Weise wie beim Schulabschluss zeigen sich auch, mit einem höheren Grad des beruflichen Abschlusses, geringere Fehltagetage.
- Auch hier tritt insbesondere für die durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursachten AU-Tage der deutlichste Unterschied zutage: Beschäftigte ohne Berufsabschluss haben hier fast viermal so viele AU-Tage wie solche mit einem Hochschulabschluss.



Auch der höchste berufliche Ausbildungsabschluss stellt einen guten Indikator für die soziale Lage eines Beschäftigten dar. So findet man zunächst sowohl bei den Männern (55,8%) als auch bei den Frauen (59,6%) die Mehrheit mit einer abgeschlossenen anerkannten Berufsausbildung (vgl. ►► Tabelle 1.2.6). Dahinter folgt die Gruppe der Berufstätigen, bei denen der berufliche Ausbildungsabschluss unbekannt ist, wobei hier der Anteil bei den Frauen mit 15,5% geringfügig über dem der Männer (13,2%) liegt. Hierbei handelt es sich unter anderem um Personen, die einen Abschluss im Ausland erworben haben, bzw. auch um Erwerbstätige, bei denen eine eindeutige Zuordnung aufgrund der vorgegebenen Kategorien nicht möglich ist. Auch hier gilt für einen nicht unerheblichen Teil, dass wenn dem Arbeitgeber bei Erstellung des Tätigkeitsschlüssels entsprechende Informationen nicht vorliegen, der Berufsabschluss als unbekannt kodiert wird. Auf Platz 3 mit jeweils etwas mehr als 10% Anteil (Männer: 10,8%; Frauen: 10,4%) folgt die Gruppe der Beschäftigten, die über keinen beruflichen Ausbildungsabschluss verfügt. Darunter fallen zum Großteil Personen, die sich noch in der beruflichen Ausbildung befinden, aber auch solche, die eine berufliche oder universitäre Ausbildung abgebrochen haben. Hierfür spricht das mit 33,5 Jahren geringe Durchschnittsalter in dieser

Gruppe (Gesamt: 42,0 Jahre). An nachfolgender Position sind dann die Berufstätigen zu finden, die einen universitären Abschluss (Diplom, Magister, Master oder Staatsexamen) als höchsten Ausbildungsgrad innehaben – Männer etwas häufiger (9,6%) als Frauen (8,8%). Der deutlichste Geschlechtsunterschied ist bei den Personen mit einem Meister- oder Technikerabschluss zu finden, hier sind die Männer mehr als doppelt so häufig (6,7%) im Vergleich zu den Frauen (2,8%) vertreten. Über einen Bachelorabschluss verfügt nur ein geringer Anteil (1,6%) der Beschäftigten.

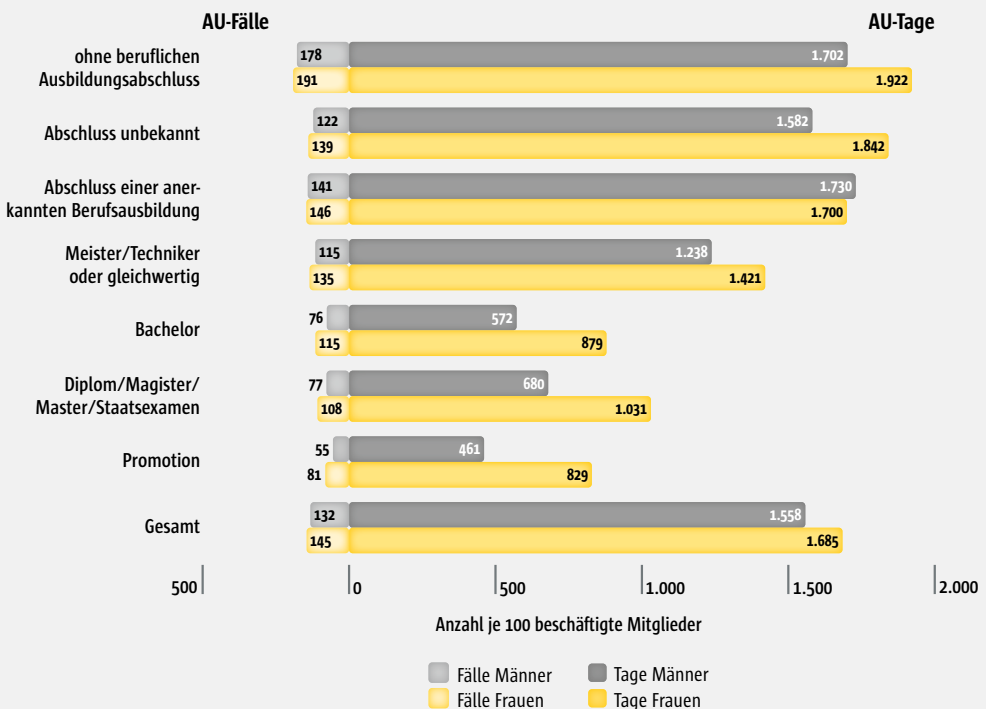
In der Betrachtung der AU-Kennzahlen wird auch hier ein deutlicher Zusammenhang zu dem beruflichen Ausbildungsabschluss sichtbar. Je höher dieser ist, desto weniger AU-Fälle und AU-Tage treten bei den Beschäftigten auf (vgl. ►► Diagramm 1.2.25).

Es wird deutlich, dass sowohl der schulische als auch der berufliche Ausbildungsgrad als ein Gradient des sozialen Status der Erwerbstätigen einen erheblichen Einfluss auf deren Gesundheit bzw. Arbeitsfähigkeit ausübt. Dahinter verbergen sich verschiedene Mechanismen. So weisen Berufstätige mit einem akademischen Abschluss in der Regel ein gesundheitsbewussteres Verhalten bezüglich körperlicher Aktivität, gesunder Ernährung sowie Tabak- und Alkoholkonsum als Personen ohne einen sol-

Tabelle 1.2.6 Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss der beschäftigten Mitglieder nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

höchster beruflicher Ausbildungsabschluss	Männer	Frauen	Gesamt
	Anteile in Prozent		
ohne Angaben	1,7	0,9	1,3
ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	10,8	10,4	10,6
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	55,8	59,6	57,5
Meister/Techniker oder gleichwertig	6,7	2,8	5,0
Bachelor	1,6	1,7	1,6
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	9,6	8,8	9,3
Promotion	0,5	0,4	0,4
Abschluss unbekannt	13,2	15,5	14,2
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Diagramm 1.2.25 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach dem höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

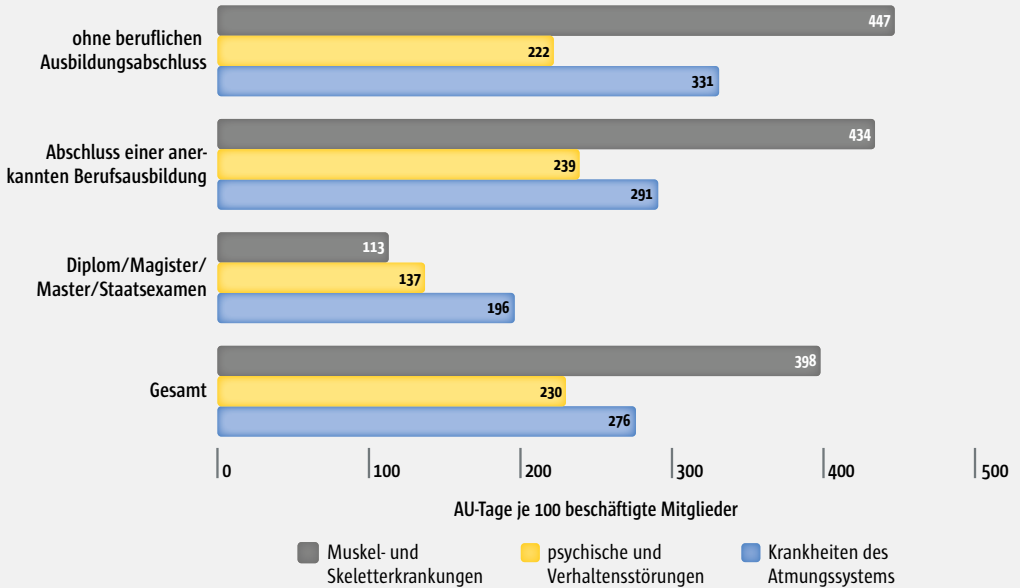


chen Abschluss auf. Aber auch im arbeitsweltlichen Bezug verfügen Akademiker meist über einen größeren Handlungs- und Gestaltungsspielraum und eine

entsprechend höhere Arbeitsmotivation, die mit geringeren motivationsbedingten Fehlzeiten einhergeht. Auch im privaten Umfeld stehen den Berufs-



Diagramm 1.2.26 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach dem höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



tätigen mit einem akademischen Abschluss durch meist höhere Gehälter andere Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung. Die dadurch bedingte Auswahl der Wohngegend und die Freizeitaktivitäten nehmen ebenfalls indirekt Einfluss auf den Gesundheitszustand.

Zu erkennen ist zudem, dass Frauen – mit Ausnahme der Beschäftigten mit einer anerkannten Berufsausbildung – über alle Abschlüsse hinweg mehr AU-Fälle und AU-Tage aufweisen. Das liegt weniger daran, dass Frauen generell krankheitsanfälliger sind, sondern vielmehr am geschlechtsspezifischen Gesundheitsverhalten. Frauen suchen bei einer Erkrankung eher einen Arzt auf als Männer, da sie über eine höhere Sensibilität gegenüber Körper und Gesundheit verfügen und eine größere Bereitschaft aufweisen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Nachfolgend werfen wir einen Blick auf den Zusammenhang zwischen dem AU-Geschehen für die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen für die Beschäftigten ohne beruflichen Ausbildungsabschluss, mit einer anerkannten Berufsausbildung und mit Diplom/Master/Magister bzw. Staatsexamen (»» Diagramm 1.2.26).

Auch in dieser Darstellung wird deutlich, dass die Beschäftigten mit einem höheren Ausbildungs-

grad die für die drei betrachteten Krankheitsgruppen niedrigsten Werte bei den AU-Tagen aufweisen. Dies trifft auch hier, wie schon beim höchsten Schulabschluss, wiederum insbesondere auf die Muskel- und Skeletterkrankungen zu. So haben die Beschäftigten ohne Berufsabschluss bzw. mit Berufsausbildung knapp viermal so viele Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart als Beschäftigte mit einem Hochschulabschluss. Ein ähnliches Bild, wenn auch mit geringerem Abstand, zeigt sich bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen bzw. Atemwegserkrankungen. Interessant ist der Fakt, dass sich Personen ohne Berufsabschluss bzw. mit Berufsabschluss entgegen der Erwartung kaum unterscheiden. Eine mögliche Ursache ist, dass Beschäftigte ohne beruflichen Abschluss ein deutlich niedrigeres Durchschnittsalter aufweisen (34,5 Jahre) als solche mit einem beruflichen Abschluss (43,1 Jahre). Dies ist vor allem dadurch begründet, dass wie beschrieben auch Auszubildende in diese Gruppe fallen, die (noch) über keine Berufsabschluss verfügen. Altersstandardisiert wäre also davon auszugehen, dass auch hier, wie beim Schulabschluss, ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Ausbildungsabschluss und Fehltagen zu beobachten ist.

## 1.3 AU-Geschehen in Regionen

Der Wohnort eines Versicherten selbst bedingt weniger dessen Gesundheit, als dafür vielmehr die regionalen Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie zum Beispiel die Wirtschaftskraft, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote, sowie die soziokulturellen Bedingungen verantwortlich sind. Des Weiteren beeinflusst aber auch die medizinische

Versorgung vor Ort, wie z.B. die Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte, die Gesundheit der BKK Versicherten.

Schaut man sich die Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesländern an (vgl. **»** Tabelle 1.3.1), so zeigt sich, dass traditionell der höchste Anteil in den Altbundesländern wie Bayern, Baden-Württemberg,

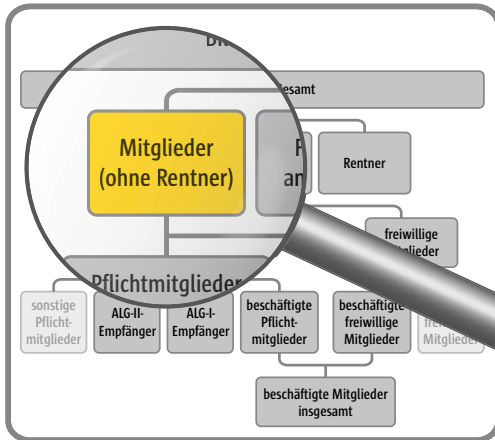
Tabelle 1.3.1 Anzahl BKK Versicherte nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

Bundesland	BKK Versicherte			Bevölkerungsanteil in v.H.*		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	699.731	702.398	1.402.130	13,2	12,9	13,1
Bayern	1.005.740	1.008.354	2.014.093	16,1	15,7	15,9
Berlin	230.904	229.704	460.609	13,6	13,0	13,3
Brandenburg	143.209	133.027	276.236	11,8	10,7	11,2
Bremen	41.460	38.793	80.253	12,8	11,5	12,1
Hamburg	62.577	64.492	127.069	7,3	7,1	7,2
Hessen	342.365	353.275	695.641	11,4	11,4	11,4
Mecklenburg-Vorpommern	69.849	70.657	140.506	8,9	8,7	8,8
Niedersachsen	469.441	456.907	926.348	12,2	11,5	11,8
Nordrhein-Westfalen	950.797	971.457	1.922.254	11,0	10,8	10,9
Rheinland-Pfalz	212.902	216.145	429.047	10,8	10,6	10,7
Saarland	33.012	30.204	63.216	6,8	6,0	6,4
Sachsen	102.196	95.041	197.237	5,1	4,6	4,9
Sachsen-Anhalt	79.128	76.757	155.885	7,2	6,7	7,0
Schleswig-Holstein	100.303	106.629	206.932	7,3	7,4	7,3
Thüringen	78.433	74.609	153.042	7,4	6,8	7,1
<b>Bund Gesamt</b>	<b>4.643.194</b>	<b>4.650.758</b>	<b>9.293.951</b>	<b>11,7</b>	<b>11,2</b>	<b>11,4</b>

\* Anteile beziehen sich auf die Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes: Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage der Volkszählung 1987 (Westen) bzw. 1990 (Osten), Fachserie 1 Reihe 1.3 – 2011.

Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Hessen zu finden ist. Aber auch die Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen weisen einen relativ hohen Anteil von BKK Versicherten auf.

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



- Nach wie vor ist im Fehlzeitengeschehen ein deutliches Ost-West-Gefälle erkennbar. Dieser Unterschied bleibt auch nach Standardisierung für Alters- und Geschlechtsunterschiede bestehen.
- Mitglieder in Baden-Württemberg (13,2 AU-Tage je Mitglied) haben durchschnittlich fast eine Kalenderwoche weniger Fehltag als die in Sachsen-Anhalt wohnhaften Mitglieder (20,4 AU-Tage je Mitglied).

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

In **III** Tabelle 1.3.2 sind zunächst die AU-Tage sowie die Falldauern nach Bundesländern für das Jahr 2015 sowie im Vergleich zum Jahr 2005 dargestellt.

Auch in diesem Jahr zeigt sich, dass bei den AU-Tagen in den neuen Bundesländern nicht nur der höchste Wert (Sachsen-Anhalt mit 20,4 AU-Tagen je Mitglied), sondern auch die größte Steigerung im Zehnjahresvergleich (wiederum Sachsen-Anhalt mit +6,6 AU-Tagen je Mitglied) zu verzeichnen ist. Ba-

den-Württemberg weist dagegen mit durchschnittlich 13,2 AU-Tagen je Mitglied eine Kalenderwoche weniger Fehltag auf. Bei den Differenzen im Vergleich zu 2005 fällt auf, dass insbesondere die Stadtstaaten Berlin (+0,4 AU-Tage je Mitglied), Hamburg (+0,7 AU-Tage je Mitglied) und Bremen (+2,4 AU-Tage je Mitglied) die geringsten Zuwächse zu verzeichnen haben und gleichzeitig auch deutliche Rückgänge bei den Falldauern aufweisen (Berlin: -1,9 Tage je Fall; Hamburg: -1,4 Tage je Fall; Bremen: -0,4 Tage je Fall). Der Rückgang bei den Falldauern ist vermutlich ebenfalls der Grippewelle in 2015 zuzurechnen, da hier ein überproportional hoher Anteil an Fällen mit geringer Falldauer auftrat.

Im Zehnjahresvergleich zeigt sich zudem, dass die Differenz sowohl bei den AU-Tagen als auch bei den Falldauern zwischen den alten und den neuen Bundesländern deutlich angewachsen ist. Im Jahr 2005 lag dieser Unterschied bei 2,2 AU-Tagen, 2015 hat sich dieser Unterschied verdoppelt (4,4 AU-Tage je Mitglied). Die Falldauern sind hingegen sowohl in ihrem Wert als auch bezogen auf den Ost-West-Unterschied nahezu unverändert geblieben. Insbesondere für das Jahr 2015 ist hier aber wiederum die Grippewelle mitverantwortlich, die mit ihrer hohen Anzahl von Kurzzeitfällen die durchschnittliche Falldauer stark beeinflusst hat.

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

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

Tabelle 1.3.1 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner im Zehnjahresvergleich (2005 und 2015) nach Bundesland (Wohnort)

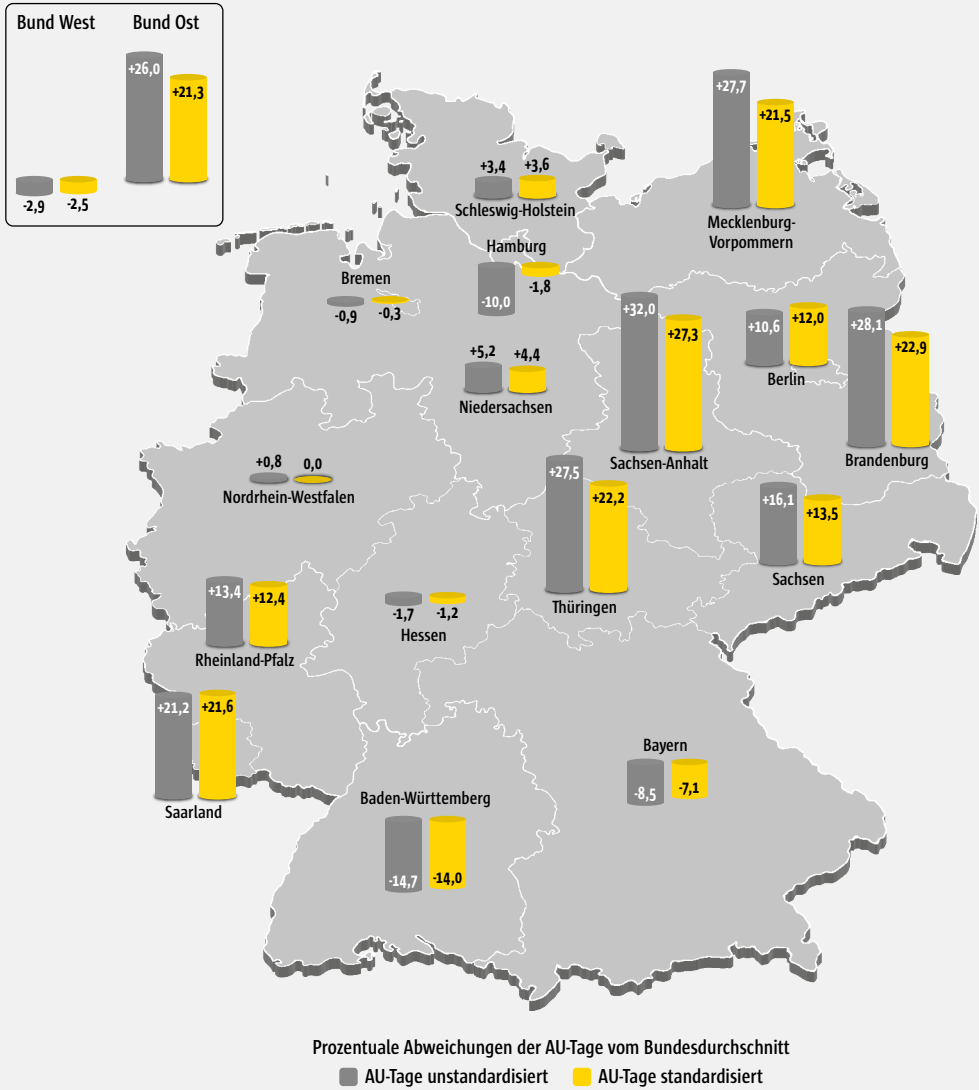
Bundesland	AU-Tage	Differenz zu 2005	Tage je Fall	Differenz zu 2005
Baden-Württemberg	13,2	+3,1	10,9	-0,4
Bayern	14,1	+3,7	11,4	-0,3
Berlin	17,1	+0,4	13,9	-1,9
Brandenburg	19,8	+5,8	14,3	-0,1
Bremen	15,3	+2,4	11,7	-0,4
Hamburg	13,9	+0,7	12,5	-1,4
Hessen	15,2	+3,6	11,7	-0,1
Mecklenburg-Vorpommern	19,7	+5,8	13,8	+0,8
Niedersachsen	16,2	+4,8	12,0	+0,1
Nordrhein-Westfalen	15,5	+3,6	12,3	-0,3
Rheinland-Pfalz	17,5	+4,9	11,0	-0,4
Saarland	18,7	+4,4	13,8	-1,5
Sachsen	17,9	+4,7	12,8	-1,4
Sachsen-Anhalt	20,4	+6,6	13,8	+0,1
Schleswig-Holstein	15,9	+4,7	12,9	+0,5
Thüringen	19,7	+6,2	13,5	+0,1
Bund West	15,0	+3,5	11,8	-0,4
Bund Ost	19,4	+5,7	13,7	-0,1
<b>Bund Gesamt</b>	<b>15,4</b>	<b>+3,6</b>	<b>12,0</b>	<b>-0,4</b>

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

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

auszugehen, dass die BKK Mitglieder bezogen auf ihre Morbidität eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen. Auch hier sind insbesondere die neuen Bundesländer diejenigen, die die deutlichsten Unterschiede aufweisen. Ein gegenläufiges Bild zeigt sich in den meisten Altbundesländern. Hier ist – gemessen an den prozentualen Abweichungen der AU-Tage zum Bundesdurchschnitt – die Alters- und Geschlechtsstruktur im Vergleich zu allen GKV-Mitgliedern etwas günstiger. Besonders deutlich wird dies im Stadtstaat Hamburg: Würden das Alter und das Geschlecht der BKK Mitglieder denen aller GKV Versicherten entsprechen, so wäre der Unterschied zum Bundesdurchschnittswert mit -1,8% nur gering ausgeprägt. Da die in Hamburg wohnhaften BKK Mitglieder aber eine wesentlich günstigere Soziodemografie aufweisen, beträgt der unstandardisierte Unterschied -10,0%. Insgesamt

Diagramm 1.3.1 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Bundesland (Wohnort) mit prozentualen Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2015)

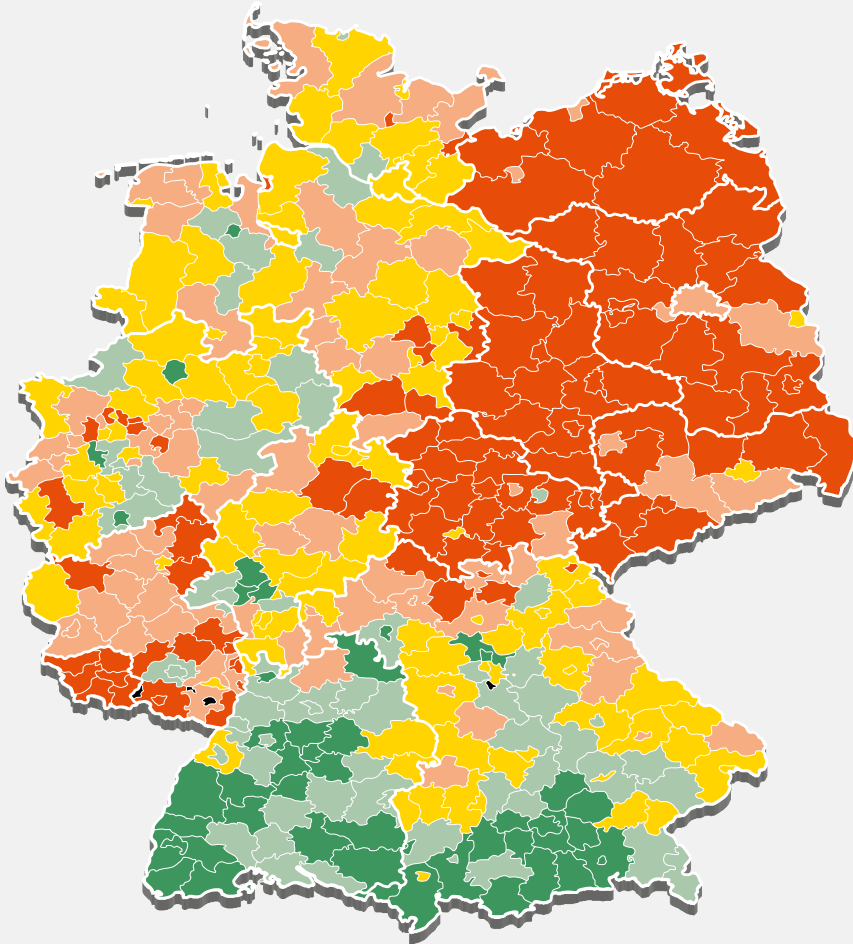


Bund Gesamt: unstandardisiert: 15,4 AU-Tage je Mitglied ohne Rentner; standardisiert: 15,4 AU-Tage je Mitglied ohne Rentner

gleichen sich diese regionalen Unterschiede auf Bundesebene nahezu aus (unstandardisiert: 15,4 AU-Tage je Mitglied; standardisiert: 15,4 AU-Tage je Mitglied). Trotzdem zeigt sich hier deutlich, welchen Einfluss die mit der Regionalität verbundene Mitgliederstruktur auf das AU-Geschehen und somit auch die Morbidität der Mitglieder ausübt.

Neben der Betrachtung des AU-Geschehens auf Ebene der Bundesländer werden durch den Blick auf die Landkreise weitere Details deutlich. So zeigt sich, dass die Spannweite der AU-Tage auf Kreisebene innerhalb eines Bundeslandes genauso breit gefächert sein kann wie zwischen den Bundesländern selbst. Zunächst ist in **III** Diagramm 1.3.2 zu erken-

Diagramm 1.3.2 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2015)



Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt

- |   |  |
|---|--|
| <span style="color: green;">■</span> mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt                    | <span style="color: orange;">■</span> 5-15% über dem Bundesdurchschnitt            |
| <span style="color: lightgreen;">■</span> 5-15% unter dem Bundesdurchschnitt                      | <span style="color: darkorange;">■</span> mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: yellow;">■</span> zwischen ± 5% über bzw. unter dem Bundesdurchschnitt (15,4) | <span style="color: black;">■</span> keine Angaben*                                |

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

nen, dass – auch nach Standardisierung für Alter und Geschlecht – die durchschnittlichen Fehltagelänge der Mitglieder in den neuen Bundesländern fast durchweg über dem Bundesdurchschnittswert (15,4 AU-Tage je Mitglied) liegen. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass von den zehn Kreisen mit den meisten AU-Tagen je Mitglied acht in den neuen Bundeslän-

dern liegen. Spitzenreiter ist hierbei der Kyffhäuserkreis in Thüringen mit durchschnittlich 22,8 AU-Tagen je Mitglied – das ist im Mittel eine Kalenderwoche mehr (+7,4 AU-Tage) als der Bundesdurchschnitt. Eine Ausnahme bildet das Saarland, welches ebenfalls durchweg überdurchschnittlich viele AU-Tage aufweist. Der nach AU-Tagen gesündeste Landkreis

ist Starnberg in Bayern mit durchschnittlich 9,4 AU-Tagen je Mitglied. Auch insgesamt sind auf Kreisebene in Bayern und Baden-Württemberg die im Durchschnitt wenigsten AU-Tage bei den Mitgliedern zu verzeichnen.

### 1.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

- Auch bei den Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen zeigt sich ein besonderer Schwerpunkt in den neuen Bundesländern.
- Besonders niedrige Werte sind auch hierbei vor allem in Teilen von Baden-Württemberg und Bayern zu finden.
- Bei den psychischen Störungen ist dagegen ein starkes Nord-Süd-Gefälle zu beobachten.

Neben dem Fehlzeitengeschehen im Allgemeinen werden im Folgenden die AU-Tage der Mitglieder aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sowie aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen auf Ebene der Landkreise betrachtet. Die entsprechenden Kennzahlen wurden ebenfalls für Alter und Geschlecht standardisiert, um einen davon unabhängigen Vergleich zwischen den Regionen zu ermöglichen.

Betrachtet man die standardisierten AU-Tage der Mitglieder, die auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen sind (■ Diagramm 1.3.3), so zeigen sich zunächst auch hier mehrheitlich die Regionen mit besonders hohen Fehlzeiten, die bereits bei den gesamten AU-Tagen auffällig waren. Neben dem Schwerpunkt in den neuen Bundesländern sind aber auch zahlreiche Kreise in den Altbundesländern mit auffällig hohen Werten zu finden. Insbesondere in Ostbayern, im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Teilen Hessens sowie in Niedersachsen sind überdurchschnittliche Fehlzeiten aufgrund dieser Krankheitsart zu erkennen. Unter den zehn Landkreisen mit den meisten AU-Tagen je Mitglied sind somit auch sieben aus den Altbundesländern vertreten. So hat z.B. Hof (Bayern) mit durchschnittlich 7,4 AU-Tagen je Mitglied fast doppelt so viele Fehltagel wie der Bundesdurchschnitt (3,8 AU-Tage je Mitglied). Die zehn Landkreise mit den wenigsten AU-Tagen bei dieser Diagnosehauptgruppe liegen aber wiederum ausschließlich in den Altbundesländern. Interessanterweise steht hier auch ein Landkreis in Bayern (Starnberg) mit durchschnittlich 1,7 AU-Tagen je Mitglied an der Spitze. Diese starke Spreizung innerhalb eines Bundeslandes zeigt, dass eine Analyse auf

Ebene der Landkreise einen erheblichen zusätzlichen Erkenntnisgewinn mit sich bringt und für regionale Planungen von Versorgungsstrukturen sowie von Prävention und Gesundheitsförderung von wesentlicher Bedeutung sein kann.

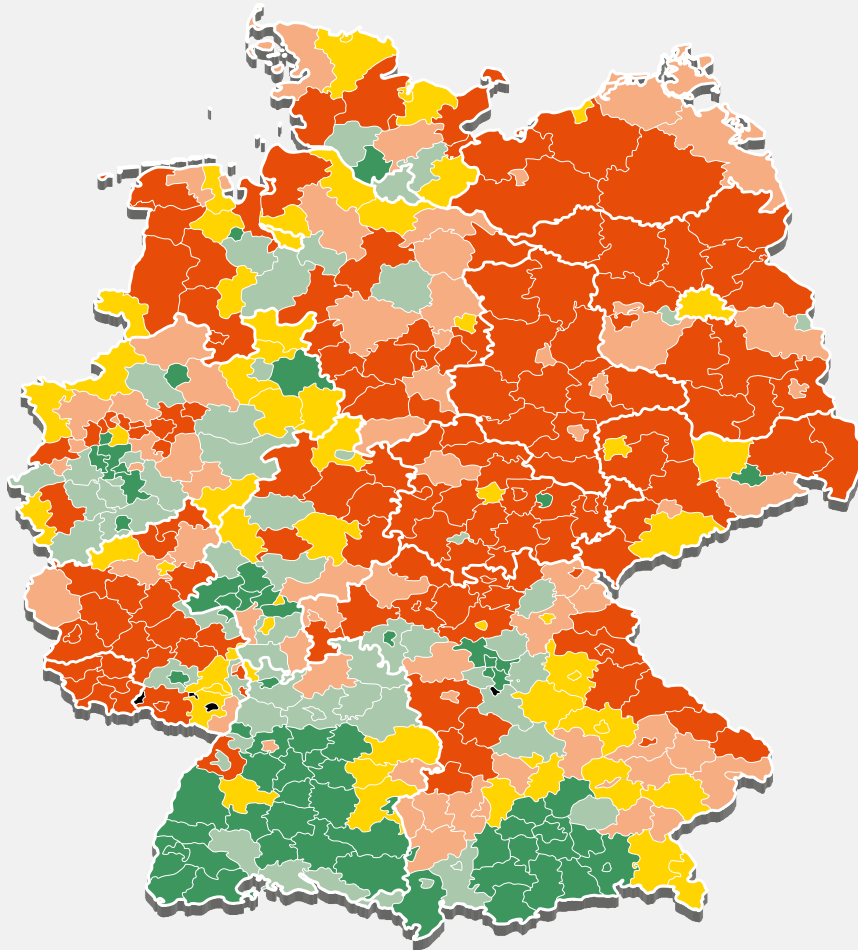
Auch die AU-Tage aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen zeigen auf Kreisebene ein regional sehr unterschiedliches Bild (■ Diagramm 1.3.4). Hier ist eher ein Nord-Süd-Gefälle zu beobachten, wobei auch in Bayern und Baden-Württemberg punktuell Kreise mit überdurchschnittlichen Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart zu finden sind. Unter den zehn Landkreisen mit den meisten AU-Tagen sind neun aus den Altbundesländern. Der Spitzenreiter – Neumünster in Schleswig-Holstein – weist mit durchschnittlich 4,8 AU-Tagen je Mitglied doppelt so viele Fehltagel wie der Bundesdurchschnitt (2,4 AU-Tage je Mitglied) auf. Dagegen hat Sigmaringen in Baden-Württemberg nicht einmal ein Viertel (1,1 AU-Tage je Mitglied) an Fehltagen im Vergleich zu Neumünster.

Nicht nur regional unterscheiden sich die Fehlzeiten zwischen den einzelnen Landkreisen bezogen auf eine Diagnosehauptgruppe, sondern auch zwischen den einzelnen Versichertengruppen in den Regionen, wie in ■ Tabelle 1.3.3 zu sehen ist.

Wie bereits in ■ Tabelle 1.2.4 zu sehen war, unterscheiden sich die dargestellten Versichertengruppen in ihrem Fehlzeitengeschehen, wobei die Arbeitslosen (ALG-I) in der Regel die meisten Fehlzeiten aufweisen, gefolgt von den beschäftigten Pflichtmitgliedern und den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern. In ■ Tabelle 1.3.3 sind die AU-Tage je Mitglied für die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen Störungen für die drei genannten Versichertengruppen gegliedert nach Bundesländern dargestellt. Erwartungsgemäß zeigt sich innerhalb der Bundesländer die bereits beschriebene Reihung nach AU-Tagen bezogen auf die Versichertengruppen. Zwischen den Bundesländern gibt es aber zum Teil deutliche Unterschiede. Für beide ausgewählte Diagnosehauptgruppen sind Differenzen zwischen dem Bundesland mit den meisten bzw. den wenigsten AU-Tagen bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern bzw. den beschäftigten freiwilligen Mitgliedern am geringsten (1,3 bis 2,1 AU-Tage je Mitglied) und bei den Muskel-Skeletterkrankungen etwas höher ausgeprägt. Bei den Arbeitslosen (ALG-I) ergibt sich ein anderes Bild: Die AU-Tage aufgrund psychischer Störungen liegen insgesamt deutlich über denen, die durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursacht werden (8,8 vs. 6,3 AU-Tage je



Diagramm 1.3.3 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für Muskel- und Skeletterkrankungen (M00–M99) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2015)



Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- 5–15% unter dem Bundesdurchschnitt
- zwischen ± 5% über bzw. unter dem Bundesdurchschnitt (3,8)
- 5–15% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben\*

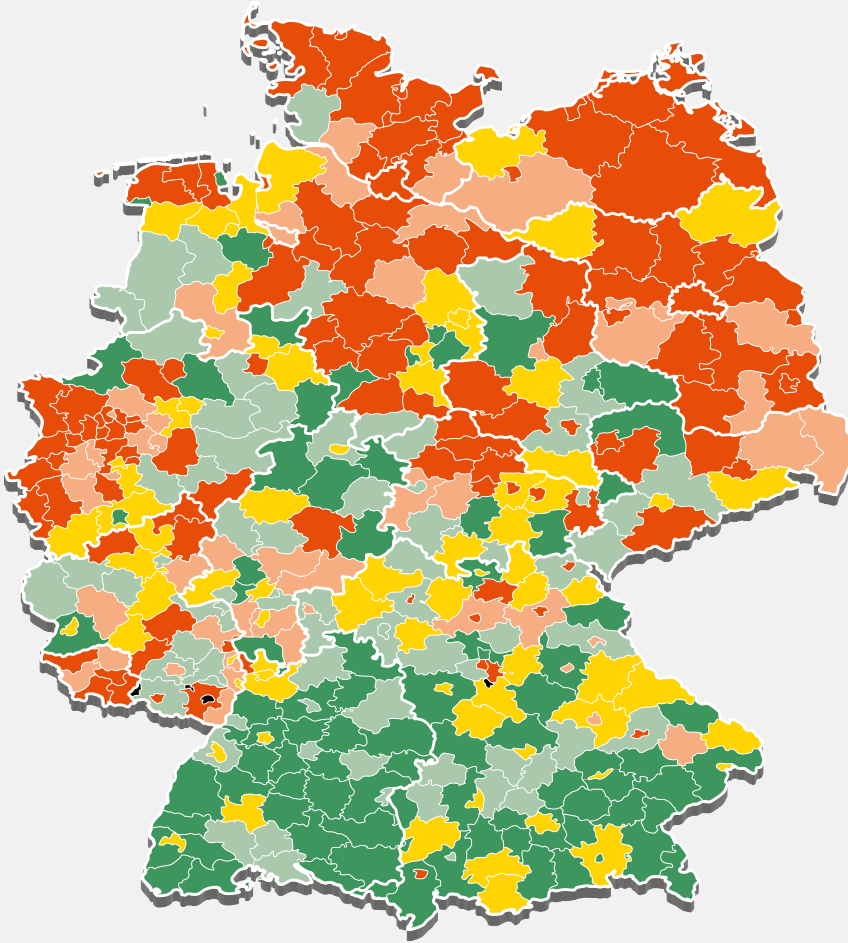
\*Die Kreise Landau in der Pfalz, Schwabach und Zweibrücken wurden aufgrund geringer Angaben nicht in die Auswertung aufgenommen.

Mitglied). Zudem schwanken die Werte zwischen den Bundesländern innerhalb der Diagnosehauptgruppen sehr stark. Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen beträgt die Differenz zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Wert 4,5 AU-Tage, bei

den psychischen Störungen ist es nahezu eine Kalenderwoche (6,9 AU-Tage). Im Gegensatz zu den Beschäftigten, für die die meisten Fehltage vorrangig in den neuen Bundesländern zu finden sind, zeigen sich bei den Arbeitslosen insbesondere Bundeslän-



**Diagramm 1.3.4 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner nach Landkreis (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt für psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2015)**



**Abweichungen der AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner vom Bundesdurchschnitt**

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- weniger als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- zwischen ± 5% über bzw. unter dem Bundesdurchschnitt (2,4)
- weniger als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben\*

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

der mit einer guten wirtschaftlichen Lage als Spitzenreiter nach AU-Tagen. So sind in Bayern mit 7,0 AU-Tagen je Mitglied die – nach Thüringen (8,3 AU-Tage je Mitglied) – meisten Fehltag aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen bei den Arbeitslosen (ALG-I) im Bundeslandvergleich zu fin-

den. Spitzenreiter bei den psychischen Störungen ist Hamburg mit 13,4 AU-Tagen je arbeitsloses Mitglied. Im Stadtstaat haben die beschäftigten Pflichtmitglieder (3,2 AU-Tage je Mitglied) und die beschäftigten freiwilligen Mitglieder (1,8 AU-Tage je Mitglied) dagegen wesentlich geringere Fehlzeiten aufgrund

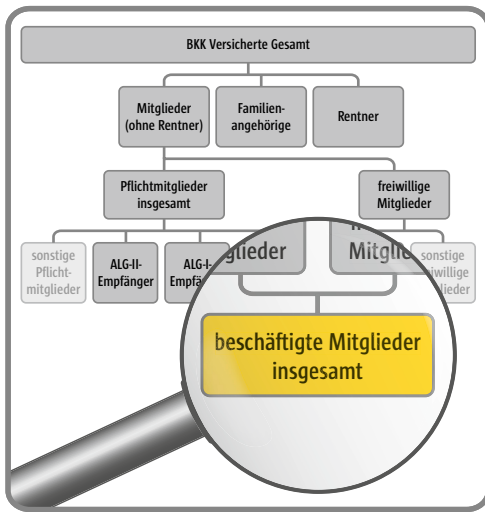
Tabelle 1.3.2 AU-Tage der Mitglieder ohne Rentner für ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppe (Berichtsjahr 2015)

Bundesland	AU-Tage je Mitglied ohne Rentner					
	Muskel- und Skeletterkrankungen			psychische und Verhaltensstörungen		
	Versichertengruppe					
	Arbeitslose (ALG-I)	beschäftigte Pflichtmitglieder	beschäftigte freiwillige Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I)	beschäftigte Pflichtmitglieder	beschäftigte freiwillige Mitglieder
Baden-Württemberg	6,2	3,6	2,1	8,8	2,0	1,2
Bayern	7,0	4,0	2,0	9,3	2,2	1,3
Berlin	6,5	4,4	2,0	9,4	3,0	1,9
Brandenburg	6,7	5,3	2,8	9,6	3,0	2,4
Bremen	3,7	4,6	1,9	7,4	2,5	1,9
Hamburg	5,0	3,5	1,2	13,4	3,2	1,8
Hessen	6,5	4,2	1,8	8,4	2,3	1,6
Mecklenburg-Vorpommern	6,5	5,2	2,6	7,9	3,0	2,0
Niedersachsen	6,2	4,9	2,2	8,8	2,6	1,5
Nordrhein-Westfalen	5,8	4,4	2,1	8,6	2,7	1,6
Rheinland-Pfalz	6,2	4,6	3,1	7,8	2,5	1,7
Saarland	6,3	5,1	2,3	8,7	3,1	1,8
Sachsen	5,9	4,8	2,2	7,9	2,5	2,0
Sachsen-Anhalt	6,2	5,6	3,1	6,5	2,5	1,6
Schleswig-Holstein	6,0	4,6	2,1	7,7	3,2	1,9
Thüringen	8,3	5,3	2,8	7,6	2,5	2,1
<b>Bund Gesamt</b>	<b>6,3</b>	<b>4,3</b>	<b>2,1</b>	<b>8,8</b>	<b>2,5</b>	<b>1,5</b>

dieser Krankheitsart. Hierfür können mehrere Faktoren verantwortlich sein. Insbesondere in wirtschaftlich starken Regionen mit einer hohen Beschäftigungsquote und einem großen Fachkräftebe-

darf scheinen vor allem diejenigen arbeitslos zu sein, die aufgrund mangelnder fachlicher und vor allem gesundheitlicher Eignung nicht wieder in Arbeit kommen können.

## 1.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit



Der folgende Abschnitt widmet sich dem diesjährigen Schwerpunktthema des BKK Gesundheitsreports, dem Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit. Im Fokus der Betrachtungen stehen dabei die beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt. Zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren stehen über die BKK Routinedaten zur Verfügung. Unter anderem lassen sich Analysen nach der Betriebsgröße, der Wirtschaftsgruppe, der Berufsgruppe, der Vertragsform sowie der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit darstellen.

### 1.4.1 Aktuelle Entwicklungen im Jahr 2016

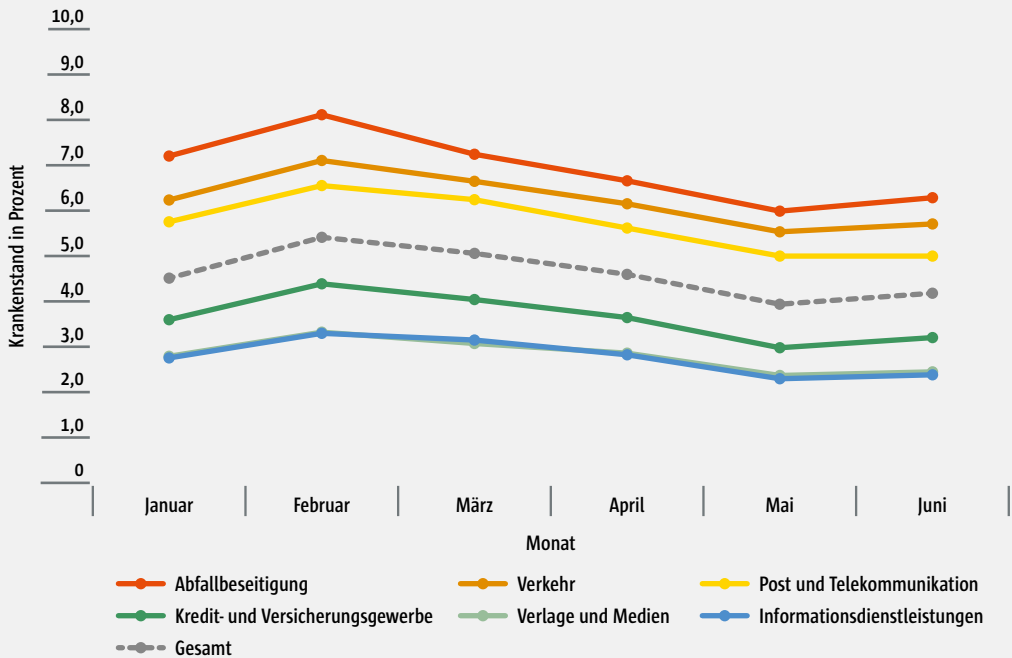
- Die saisonalen Schwankungen im Krankenstand zeigen sowohl bei den Wirtschaftsgruppen als auch bei den Berufen ein ähnliches Muster mit der jeweils höchsten Ausprägung im Februar.
- Wirtschaftsgruppen und Berufe mit besonders vielen Fehltagen weisen auch die größten maximalen Schwankungen zwischen den einzelnen Monaten auf.

Neben den Auswertungen, die sich auf das gesamte Berichtsjahr beziehen, liegen auch arbeitsweltliche Angaben auf Basis der monatlichen Krankenstandstatistik der Betriebskrankenkassen vor. Details sowie allgemeine Entwicklungen in den ersten beiden Quartalen des Jahres 2016 wurden bereits in **III** Kapitel 1.1.3 näher betrachtet. Die jeweils aktuelle sowie zurückliegende Monatsstatistik der Krankenstände stehen allen Interessierten auf der Homepage des BKK Dachverbandes ([www.bkk-dachverband.de](http://www.bkk-dachverband.de)) zur Verfügung.

In der Auswertung nach Wirtschaftsgruppen fällt zunächst auf, dass die saisonalen Verläufe, bei gleichzeitig stark unterschiedlichem Niveau der Krankenstände, ein ähnliches Muster aufweisen (vgl. **III** Diagramm 1.4.1). Sichtbar wird vor allem noch einmal der Anstieg im Februar, welcher durch die in diesem Zeitraum besonders starke Grippewelle verursacht ist.

Bei den hier ausgewählten Wirtschaftsgruppen handelt es sich um die jeweils drei mit dem im ersten Halbjahr 2016 durchschnittlich höchsten bzw. niedrigsten Krankenstand. Die mit Abstand höchsten Ausfallzeiten weisen dabei Beschäftigte aus den Wirtschaftsgruppen Abfallbeseitigung und Recycling, gefolgt von Verkehr sowie Post und Telekommunikation auf. Die wenigsten Fehltagen sind dagegen (nahezu gleichrangig) bei den Beschäftigten im Bereich der Informationsdienstleistungen sowie Verlage und Medien, gefolgt vom Kredit- und Versicherungsgewerbe zu finden. Wenn man den Krankenstand der Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling dem der Informationsdienstleistungen gegenüberstellt, so zeigt sich, dass erstere einen im Schnitt 2,5-mal so hohen Krankenstand aufweisen. Sichtbar werden hier zudem die saisonalen Schwankungen des Krankenstandes zwischen den Monaten. Diese bewegen sich zwischen 1,0 und 2,1 Prozentpunkten. Die größte Schwankung ist dabei wiederum bei den Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling zu finden.

Diagramm 1.4.1 Krankenstand – Monatsdurchschnitte der beschäftigten Mitglieder für Januar bis Juni 2016 nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008)



Ein ähnliches monatliches Verlaufsmuster zeigt sich auch auf Ebene der Berufshauptgruppen (vgl. Diagramm 1.4.2).

Auch hier sind die für alle Berufshauptgruppen besonders hohen Krankenstände im „Grippemonat“ Februar zu erkennen. Mit durchschnittlich 7,0% weisen die im Bereich der Reinigungsberufe Tätigen den höchsten Krankenstand auf, dicht gefolgt von den Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten (6,8%) sowie den Beschäftigten der Verkehrs- und Logistikberufe (6,2%). Die geringsten durchschnittlichen Krankenstände (2,5%) sind bei den Beschäftigten der Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe zu finden. Dahinter folgen die lehrenden und auszubildenden Berufe (2,7%) sowie die Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe (3,1%). Ebenfalls ist zwischen der Berufshauptgruppe mit dem höchsten und der mit dem niedrigsten Krankenstand ein Unterschied bei den Fehlzeiten um fast das 3-Fache festzustellen. Stärkere saisonale Schwankungen sind vor allem bei den Berufsgruppen mit einem insgesamt höheren Krankenstand feststellbar. So weisen die Beschäftigten in Reinigungsberufen eine maximale Schwankung zwischen den Berichtsmonaten von 1,9 Prozentpunkten auf, die im Bereich der Informa-

tik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe Tätigen nur lediglich einen Prozentpunkt.

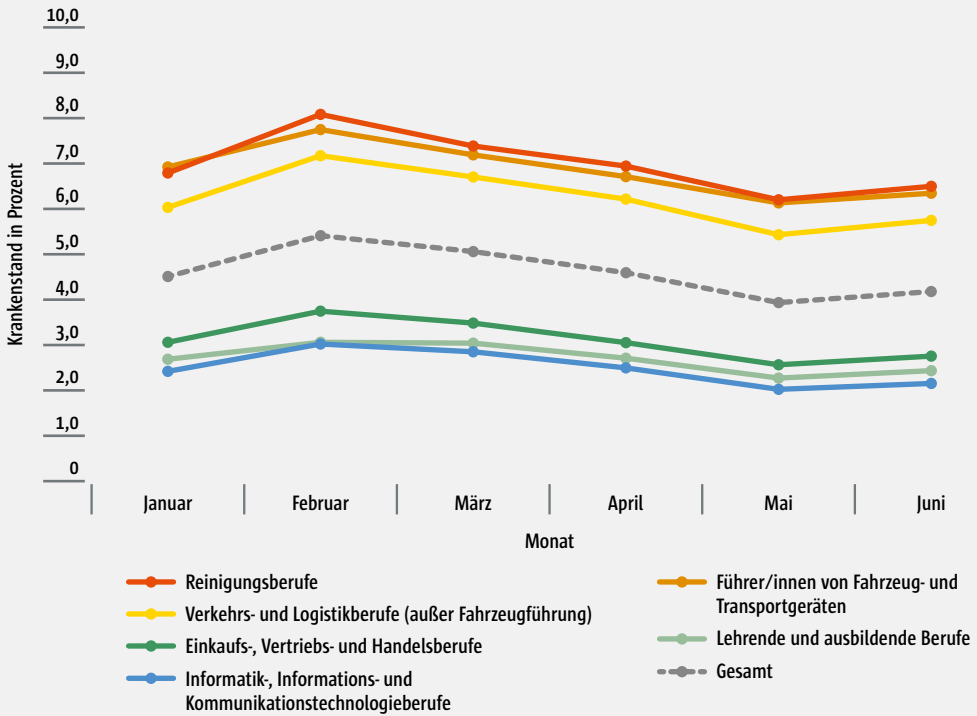
#### 1.4.2 Arbeitsumfeld- und Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten Mitglieder

- Beschäftigte BKK Mitglieder sind besonders häufig in den kaufmännischen und unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen sowie den Produktionsberufen zu finden.
- Bezogen auf die Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit finden sich besonders hohe Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder im verarbeitenden Gewerbe, im Bereich Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen sowie im Gesundheits- und Sozialwesen.

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

Die Zuordnung von Unternehmen zu bestimmten Wirtschaftsgruppen basiert auf der amtlichen Klas-

Diagramm 1.4.2 Krankenstand – Monatsdurchschnitte der beschäftigten Mitglieder für Januar bis Juni 2016 nach ausgewählten Berufshauptgruppen (KldB 2010)



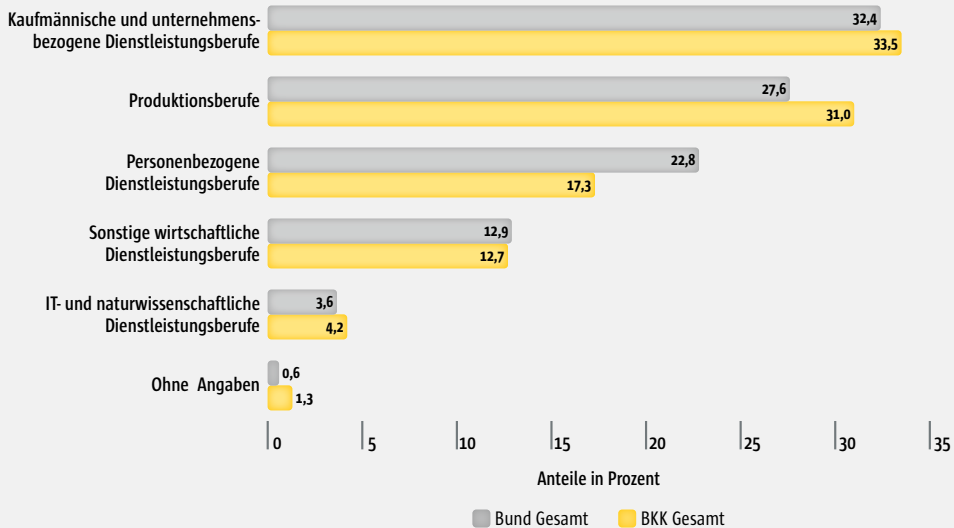
sifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008), die durch das Statistische Bundesamt herausgegeben wird. Die Zuordnung erfolgt auf Basis detaillierter Angaben des Unternehmens nach einem bestimmten Algorithmus. Verkürzt lässt sich sagen, dass ein Unternehmen entsprechend seiner Haupttätigkeit einer bestimmten Wirtschaftsgruppe zugeordnet wird. Die Zuordnung eines Unternehmens zu einer bestimmten Wirtschaftsgruppe korrespondiert dabei nicht zwingend mit der beruflichen Tätigkeit aller dort Beschäftigten entsprechend der Klassifikation der Berufe (KldB 2010), die wiederum durch die Bundesagentur für Arbeit herausgegeben wird. In letztgenannter Klassifikation sind neben der Tätigkeitsangabe selbst noch weitere Informationen, z.B. zum höchsten Schul- bzw. Berufsabschluss, zum Anforderungsniveau der Tätigkeit, der Stellung im Beruf sowie zum Beschäftigungsverhältnis und zur Vertragsform zu finden. In **III** Anhang A sind zahlreiche weitere Kennzahlen mit einem arbeitsweltlichen Bezug zu finden, so in den **III** Tabellen A.6 bis A.9 die Anzahl der beschäftigten Mitglieder je Wirtschafts-

gruppe inklusive AU-Kennzahlen nach Geschlecht und Diagnosehauptgruppen, sowie in **III** Tabelle A.10 die Fehltagel nach Berufshauptgruppen.

Einleitend werden zunächst in **III** Diagramm 1.4.3 die beschäftigten BKK Mitglieder bezüglich ihrer Zugehörigkeit zu einem Berufssegment den Angaben aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland gegenübergestellt.

Erkennbar ist, dass sich die beschäftigten BKK Mitglieder entsprechend der Berufssegmente in ihrer Reihung nach Prozentanteilen nicht von denen aller Beschäftigten in Deutschland unterscheiden. Allerdings zeigt sich, dass im Vergleich zu allen Erwerbstätigen die bei einer BKK versicherten Berufstätigen häufiger in den Bereichen Produktionsberufe (31,0% vs. 27,6%), dafür seltener bei den personenbezogenen Dienstleistungsberufen (17,3% vs. 22,8%) zu finden sind. Dies überrascht insofern nicht, als die Mehrzahl der Betriebskrankenkassen ihren Ursprung in produzierenden Unternehmen hat und dies somit auch heute noch einen wesentlichen Schwerpunkt bei den beschäftigten BKK Mitgliedern bildet.

Diagramm 1.4.3 Anteile der Beschäftigten nach Berufssegmenten (KldB 2010) – Vergleich zwischen beschäftigten BKK Mitgliedern und den Beschäftigten Bund Gesamt\* (Berichtsjahr 2015)



\* Quelle: Bundesagentur für Arbeit: Berichterstattung nach Berufssektoren (KldB 2010) Quartalsstichtag Dezember 2014.

Äquivalent hierzu stellt **III** Diagramm 1.4.4 die Verteilung der beschäftigten BKK Mitglieder nach Wirtschaftsabschnitten im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Deutschland dar. Wie schon beim Vergleich nach den Berufssegmenten wird auch hier deutlich, dass bei einer BKK versicherte Beschäftigte überproportional häufig in einem Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes tätig sind (30,9% vs. 21,6%). Dagegen sind die beschäftigten BKK Mitglieder anteilig unterproportional in Unternehmen des Gesundheits- und Sozialwesens vertreten (10,3% vs. 14,3%). Für alle anderen Wirtschaftsabschnitte sind die Abweichungen geringer ausgeprägt.

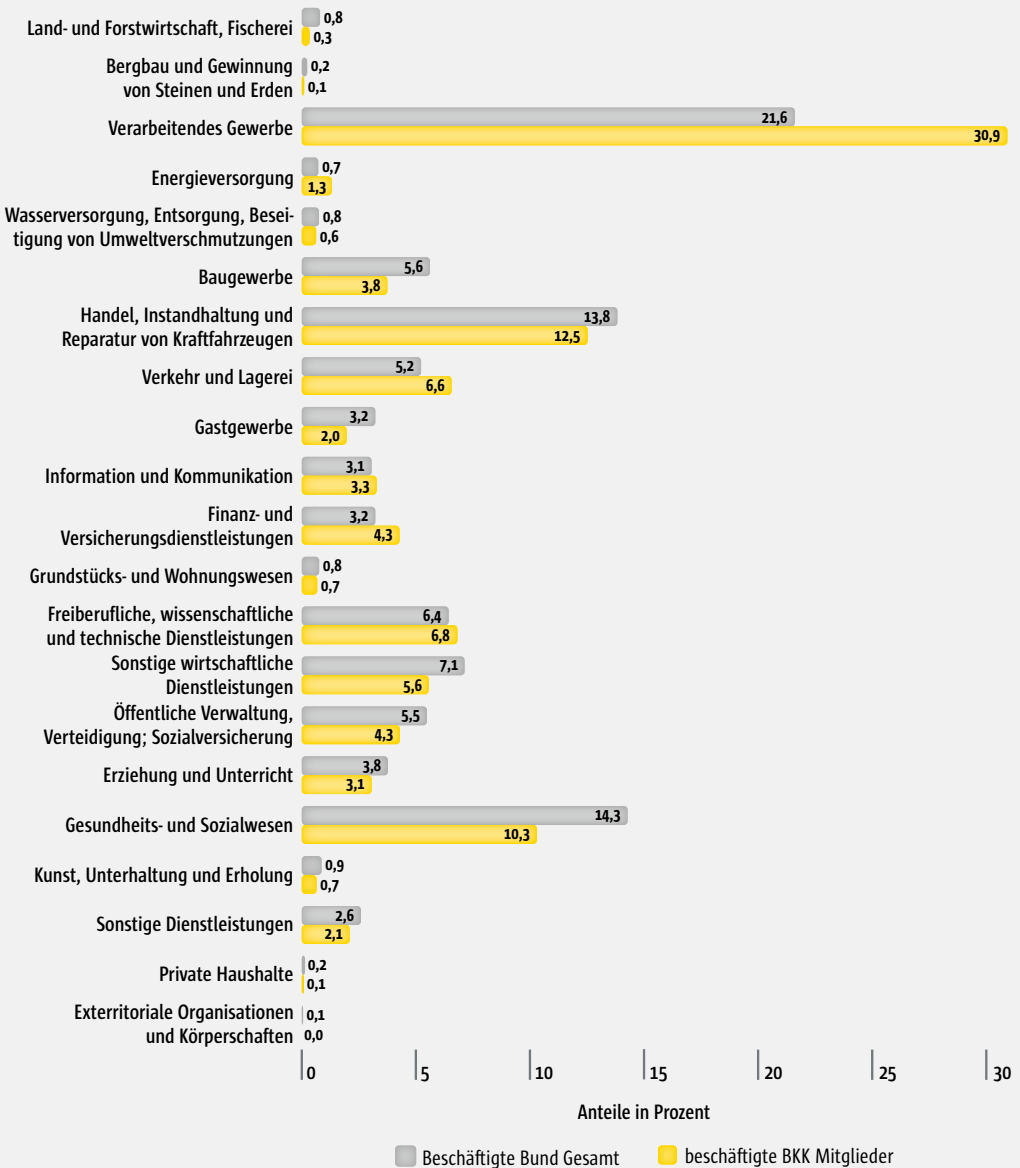
Im Folgenden soll ein Blick auf den Zusammenhang zwischen der Tätigkeit des Beschäftigten selbst anhand der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) sowie der Zugehörigkeit des Arbeitgebers zu einer bestimmten Wirtschaftsgruppe nach WZ 2008 geworfen werden (vgl. **III** Diagramm 1.4.5)

Auf den ersten Blick ist erkennbar, dass in der Wirtschaftsgruppe verarbeitendes Gewerbe mit 30,9% die anteilig meisten BKK Mitglieder beschäftigt sind. Auf Platz 2 folgt mit einem Anteil von 12,5% der beschäftigten Mitglieder der Handel, die Instandhaltung und die Reparatur von Kraftfahrzeugen, jedes zehnte Mitglied (10,3%) ist in der Wirt-

schaftsgruppe Gesundheits- und Sozialwesen tätig. Schaut man auf die Verteilung der Berufssektoren innerhalb der einzelnen Wirtschaftsgruppen, so zeigen sich bestimmte Schwerpunkte: Die überwiegende Mehrheit (18,8%) der Beschäftigten im verarbeitenden Gewerbe kommt erwartungsgemäß aus den Produktionsberufen, aber ein nicht unerheblicher Teil auch aus den kaufmännischen und unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen (6,5%). Dieser Anteil wird nur noch in der Wirtschaftsgruppe Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen übertroffen (8,4%). Die personenbezogenen Dienstleistungsberufe sind dagegen vor allem bei den Wirtschaftsgruppen Gesundheits- und Sozialwesen (8,7%) sowie Erziehung und Unterricht (2,2%) zu finden.

In **III** Tabelle 1.4.1 sind die nach der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) weiteren Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten BKK Mitglieder dargestellt. Der Anteil der über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellten beschäftigten BKK Mitglieder beträgt nur 2,2%. Mehr als drei Viertel der Beschäftigten sind in Vollzeit tätig. Die überwiegende Mehrheit (85,2%) verfügt über einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Der Anteil der befristeten Arbeitsverträge erscheint mit 14,8% verhältnismäßig hoch, allerdings zählen hier auch Auszubildende hinzu, die in der Regel einen

Diagramm 1.4.4 Anteile der Beschäftigten nach Wirtschaftsabschnitten (WZ 2008) – Vergleich zwischen beschäftigten BKK Mitgliedern und Beschäftigten Bund Gesamt\* (Berichtsjahr 2015)



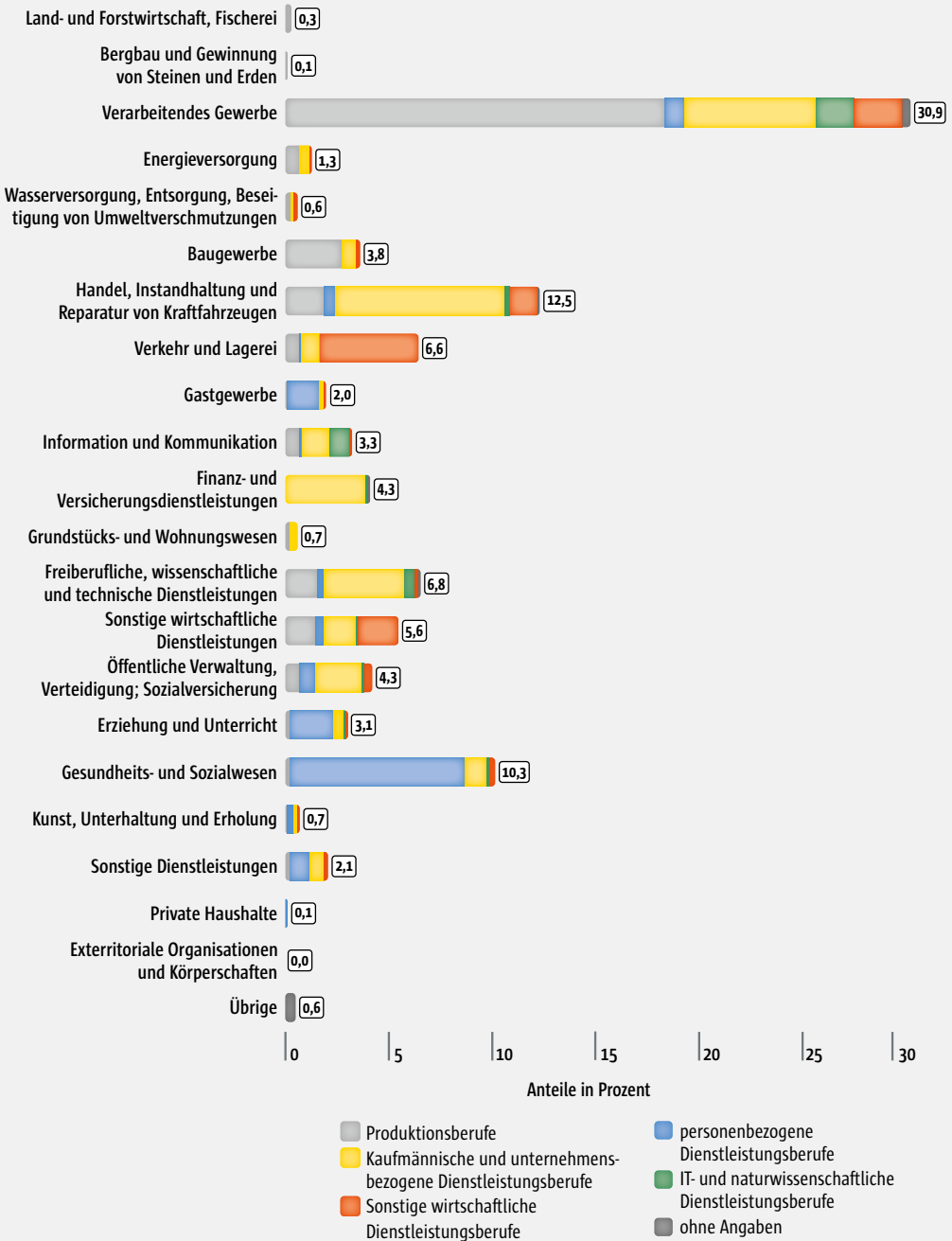
\* Quelle: Bundesagentur für Arbeit – Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Wirtschaftsabschnitten am 30. September 2015.

auf die Laufzeit ihrer Ausbildung befristeten Vertrag haben. Fast zwei Drittel (62,5%) der Beschäftigten sind als Fachkraft tätig, weitere 14,7% als Spezialisten und mehr als jeder Zehnte (11,6%) als Experte. Etwa jeder zwanzigste Beschäftigte (5,3%) hat bei sei-

ner Tätigkeit eine Aufsichts- oder Führungsposition inne.

Nachdem die Strukturmerkmale der beschäftigten BKK Mitglieder beschrieben wurden, wird nun nachfolgend der Zusammenhang dieser Merkmale

Diagramm 1.4.5 Anteil der beschäftigten Mitglieder nach Berufssectoren (KldB 2010) bezogen auf die Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)





**Tabelle 1.4.1 Weitere Tätigkeitsmerkmale der beschäftigten Mitglieder nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) im Vergleich mit allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (Berichtsjahr 2015)**

Tätigkeitsmerkmale	Beschäftigte Bund Gesamt	Beschäftigte BKK Mitglieder
<b>Arbeitnehmerüberlassung</b>		
regulär Beschäftigte	97,1%	97,8%
Leiharbeiter/Arbeitnehmerüberlassung	2,9%	2,2%
<b>Vertragsform – Umfang</b>		
Vollzeit	73,5%	76,4%
Teilzeit	26,5%	23,6%
<b>Vertragsform – Befristung</b>		
befristet	9,1%	14,6%
unbefristet	90,6%	84,0%
ohne Angabe	0,3%	1,3%
<b>Anforderungsniveau</b>		
Helfer	14,8%	11,2%
Fachkraft	59,7%	62,5%
Spezialist	12,8%	14,7%
Experte	12,7%	11,6%

mit ausgewählten AU-Kennzahlen dargestellt. Zunächst wird dabei das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen anhand des Strukturmerkmals des Unternehmens – der Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit – betrachtet. Anschließend widmet sich der Abschnitt der konkreten Tätigkeit eines Beschäftigten in einem Unternehmen auf Basis des vorliegenden Tätigkeitschlüssels und des entsprechend zugeordneten Berufs. Weitere arbeitsweltliche Indikatoren, die aufgrund des Tätigkeitsschlüssels bzw. seitens des Arbeitsgebers vorliegen, werden im abschließenden dritten Abschnitt betrachtet. Aufgrund der Vielzahl von Indikatoren und Daten zur Arbeitsunfähigkeit werden in den folgenden Abschnitten nur die wichtigsten und aus der Sicht der Verfasser interessantesten Zusammenhänge und Kennwerte dargestellt. Für weitere Details sei auf den **»»»** Anhang A, insbesondere die **»»»** Tabellen A.6 bis A.10 verwiesen.

### 1.4.3 Auswertung nach Wirtschaftsgruppen

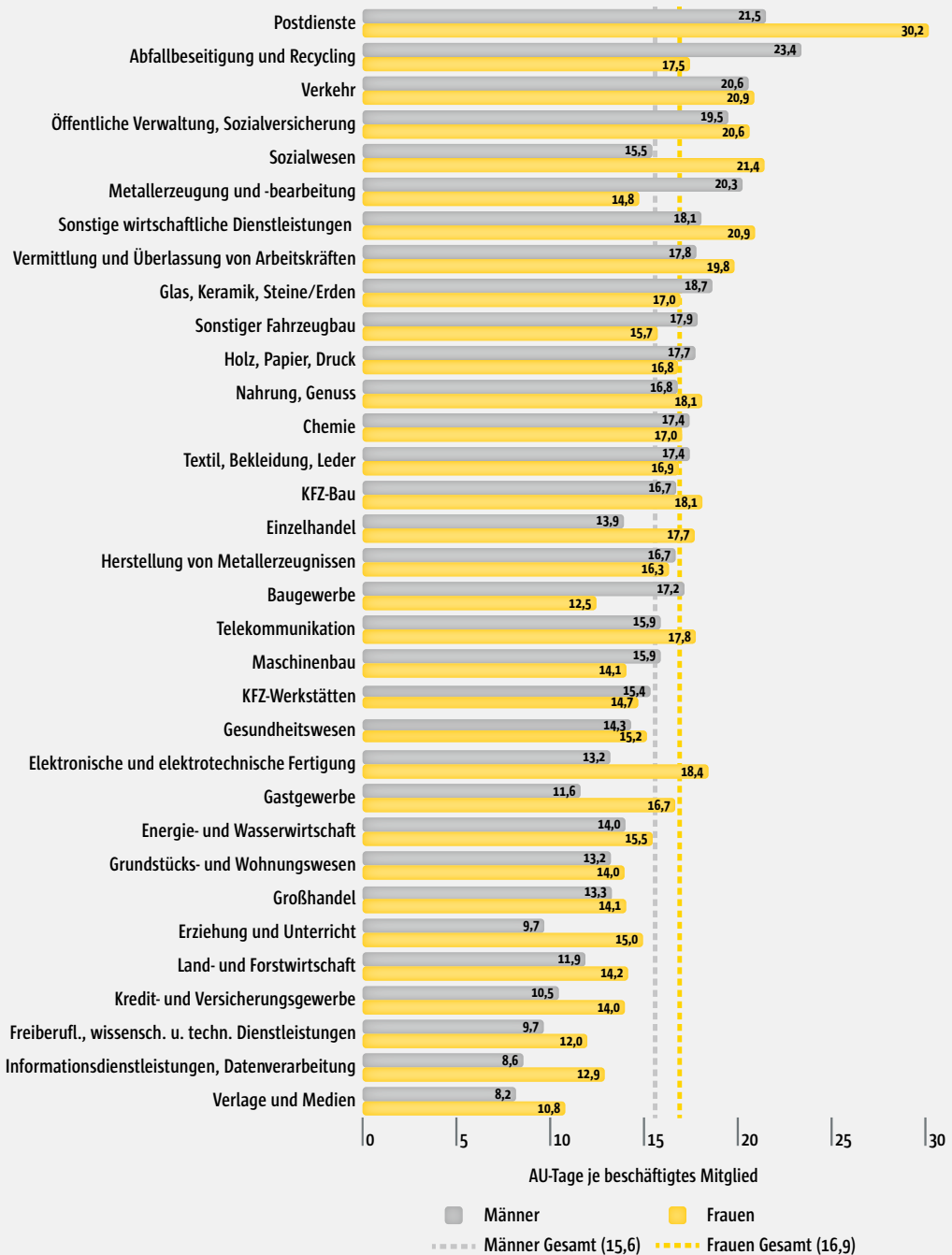
Die folgenden Auswertungen basieren auf einer eigenen, betriebskrankenkassenspezifischen Wirtschaftsgruppengliederung („BKK Wirtschaftsgruppen“). Basis dieser Systematik bildet wiederum die Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008).

Aufgrund der Struktur der beschäftigten BKK Mitglieder sind in einigen der Wirtschaftsabteilungen nur wenige Beschäftigte zu finden. Um hier möglichst valide Aussagen mit Rückschluss auf die Grundgesamtheit der Beschäftigten in einer Wirtschaftsabteilung treffen zu können, wurden solche schwach besetzten Gruppen zum Teil zusammengefasst. Diese aggregierten Gruppen sind in **»»»** Tabelle A.6 dargestellt. Zusätzlich finden sich in **»»»** Tabelle A.9 auch die wichtigsten AU-Kennzahlen nach Wirtschaftsabschnitten und -abteilungen entsprechend der WZ 2008.

- Wie auch im Vorjahr weisen die Beschäftigten im Bereich der Postdienste (26,2 AU-Tage je Mitglied) sowie der Abfallbeseitigung und des Recycling (22,3 AU-Tage je Mitglied) die mit Abstand meisten Fehltage von allen Wirtschaftsgruppen auf.
- Nicht einmal halb so viele Fehltage fallen im Vergleich bei den Beschäftigten im Bereich Verlage und Medien (9,6 AU-Tage je Mitglied) an.

In **»»»** Diagramm 1.4.6 sind die AU-Tage je beschäftigtes Mitglied nach Wirtschaftsgruppen und Geschlecht dargestellt. Die Beschäftigten bei den Postdiensten weisen mit insgesamt 26,2 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied die meisten krankheitsbedingten Fehlzeiten auf. Im Vergleich zum Vorjahr (2014:

Diagramm 1.4.6 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



26,0 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) hat sich dieser Wert fast nicht verändert. Die Wirtschaftsgruppe Abfallsbeseitigung und Recycling ist ebenfalls, wie im Vorjahr, wiederum auf Platz 2 mit 22,3 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied zu finden, mit ebenfalls nahezu keiner Veränderung zum Vorjahr (2014: 22,2 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied). Die Wirtschaftsgruppe Verlage und Medien mit den wenigsten Fehltagen je beschäftigtes Mitglied (9,6 AU-Tage) zeigt im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls keine Veränderungen bei den krankheitsbedingten Ausfalltagen. Auch insgesamt hat sich im Vergleich zum Jahr 2014 nichts an der Reihenfolge der Wirtschaftsgruppen nach durchschnittlichen AU-Tagen geändert.

Interessant ist noch einmal der Blick auf die zum Teil deutlichen Unterschiede zwischen den beschäftigten Männern und Frauen. Wesentlich mehr AU-Tage bei den beschäftigten Frauen sind zum Beispiel im Bereich der Postdienste, im Sozialwesen, im Gastgewerbe sowie im Bereich Erziehung und Unterricht zu finden. Dagegen weisen Männer in den Wirtschaftsgruppen Abfallbeseitigung und Recycling, in der Metallherzeugung und -bearbeitung und im Baugewerbe bedeutend mehr AU-Tage je Beschäftigten auf. Diese Unterschiede liegen aber vermutlich zum Großteil darin begründet, dass Männer und Frauen innerhalb der benannten Wirtschaftsgruppen teils völlig unterschiedliche Berufe ausüben, die mit einer anderen gesundheitlichen Belastung und entsprechend unterschiedlichen krankheitsbedingten Fehltagen einhergehen. So werden zum Beispiel 87,3% aller beschäftigten Männer im Baugewerbe den Produktionsberufen zugeordnet, während der überwiegende Teil der im Baugewerbe beschäftigten Frauen (82,8%) im Bereich der kaufmännisch und unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufe tätig ist.

Alter und Geschlecht sind auch in der arbeitsweltlichen Betrachtung der AU-Kennzahlen ein maßgeblicher Einflussfaktor, wie bereits ausführlich in **III** Kapitel 1.2 beschrieben wurde. Deshalb ist es sinnvoll, an dieser Stelle einen Blick auf die standardisierten Fehlzeiten zu werfen (vgl. **III** Tabelle 1.4.2). Diese zeigen, wie viele AU-Fälle bzw. AU-Tage anfallen würden, wenn die BKK Beschäftigten einer Wirtschaftsgruppe die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur aufwiesen wie die Gesamtheit aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (nähere Angaben zur Standardisierung finden sich im Kapitel **III** Methodische Hinweise).

Insgesamt weichen die standardisierten AU-Tage nicht von den unstandardisierten ab (beide 16,1 AU-

Tage je beschäftigtes Mitglied), die BKK Beschäftigten unterscheiden sich also – bezogen auf das Fehlzeitengeschehen allgemein – nicht von allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Betrachtet man dagegen die jeweiligen Werte bezogen auf die einzelnen Wirtschaftsgruppen, so zeigen sich zum Teil deutliche Differenzen (**III** Diagramm 1.4.7). Die Fehltagen reduzieren sich bei den Postdiensten von 26,2 AU-Tagen (unstandardisiert) auf 22,8 AU-Tage (standardisiert). Das bedeutet, dass die BKK Beschäftigten in dieser Wirtschaftsgruppe eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen als alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten insgesamt. Gleiches gilt zum Beispiel auch für Beschäftigte im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling sowie Metallherzeugung und -bearbeitung und im Sozialwesen. Umgekehrt gibt es aber auch Wirtschaftsgruppen, bei denen die BKK Beschäftigten eine günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur als alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufweisen. Dies ist zum Beispiel in den Bereichen Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung sowie der Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften der Fall. Hier liegen die standardisierten AU-Tage über den unstandardisierten Angaben.

- Unabhängig von der Wirtschaftsgruppe steigen die AU-Tage bis zum 64. Lebensjahr kontinuierlich an. Die beschäftigten 65-Jährigen und Älteren weisen wesentlich weniger Fehltagen auf.
- Ursache hierfür ist ein Selektionseffekt: Die durch Krankheit stark belasteten Beschäftigten scheiden (meist frühzeitig) aus dem Erwerbsleben aus, sodass in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren überproportional viele „gesunde“ Beschäftigte zu finden sind.

Wie bereits in **III** Kapitel 1.2.1 zu sehen war, übt das Alter einen wesentlichen Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen der Beschäftigten aus. In **III** Diagramm 1.4.8 sind die AU-Tage für ausgewählte Wirtschaftsgruppen nach Altersgruppen dargestellt. Deutlich wird zunächst, dass die Verläufe in ihrer Grundtendenz das gleiche Muster aufweisen: Mit zunehmendem Alter steigt auch die durchschnittliche Anzahl der AU-Tage nahezu kontinuierlich bis zur Gruppe der 60- bis 64-Jährigen an und nimmt durch den bereits beschriebenen Selektionseffekt in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren wieder rapide ab. Was den Zuwachs der AU-Tage angeht, gibt es aber zwischen den dargestellten Wirtschaftsgrup-

Tabelle 1.4.2 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2015)

Wirtschaftsgruppe	AU-Fälle je beschäftigtes Mitglied			AU-Tage je beschäftigtes Mitglied		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Land- und Forstwirtschaft	0,9	1,1	1,0	12,4	14,4	13,3
Nahrung, Genuss	1,3	1,3	1,3	17,0	18,0	17,5
Textil, Bekleidung, Leder	1,4	1,4	1,4	16,5	16,3	16,4
Holz, Papier, Druck	1,4	1,5	1,5	16,9	16,5	16,7
Chemie	1,5	1,6	1,5	16,3	16,7	16,5
Glas, Keramik, Steine/Erden	1,4	1,4	1,4	17,6	16,1	16,9
Metallerzeugung und -bearbeitung	1,5	1,4	1,4	18,5	14,3	16,5
Herstellung von Metallerzeugnissen	1,5	1,5	1,5	16,8	15,8	16,3
Elektronische und elektrotechnische Fertigung	1,3	1,7	1,5	12,6	17,4	14,8
Maschinenbau	1,5	1,5	1,5	15,4	14,3	14,9
KFZ-Bau	1,4	1,7	1,5	15,7	19,0	17,2
Sonstiger Fahrzeugbau	1,6	1,6	1,6	16,7	16,0	16,4
Baugewerbe	1,3	1,2	1,3	17,8	12,7	15,5
Energie- und Wasserwirtschaft	1,3	1,6	1,4	12,6	15,4	13,9
Abfallbeseitigung und Recycling	1,6	1,6	1,6	21,4	17,1	19,4
KFZ-Werkstätten	1,4	1,4	1,4	16,2	15,5	15,9
Großhandel	1,2	1,4	1,3	13,5	14,5	14,0
Einzelhandel	1,2	1,3	1,2	15,0	18,1	16,4
Verkehr	1,4	1,7	1,5	19,0	20,7	19,8
Postdienste	1,4	1,6	1,5	20,5	25,5	22,8
Gastgewerbe	0,9	1,2	1,0	13,3	17,7	15,3
Verlage und Medien	0,9	1,2	1,0	8,5	11,1	9,7
Telekommunikation	1,3	1,8	1,5	13,9	19,9	16,7
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	1,0	1,3	1,1	9,0	13,8	11,2
Kredit- und Versicherungsgewerbe	1,1	1,4	1,3	10,5	14,4	12,3
Grundstücks- und Wohnungswesen	1,1	1,3	1,2	12,3	13,8	13,0
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	1,0	1,3	1,2	10,1	12,8	11,4
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	1,5	1,7	1,6	19,5	21,4	20,3
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	1,4	1,6	1,5	17,7	20,5	19,0
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	1,6	1,9	1,7	17,6	19,7	18,6
Erziehung und Unterricht	1,0	1,5	1,3	10,3	15,3	12,6
Gesundheitswesen	1,2	1,4	1,3	14,8	16,2	15,5
Sozialwesen	1,2	1,5	1,4	15,5	21,1	18,1
<b>Gesamt</b>	<b>1,3</b>	<b>1,5</b>	<b>1,4</b>	<b>15,3</b>	<b>17,1</b>	<b>16,1</b>

Diagramm 1.4.7 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2015)

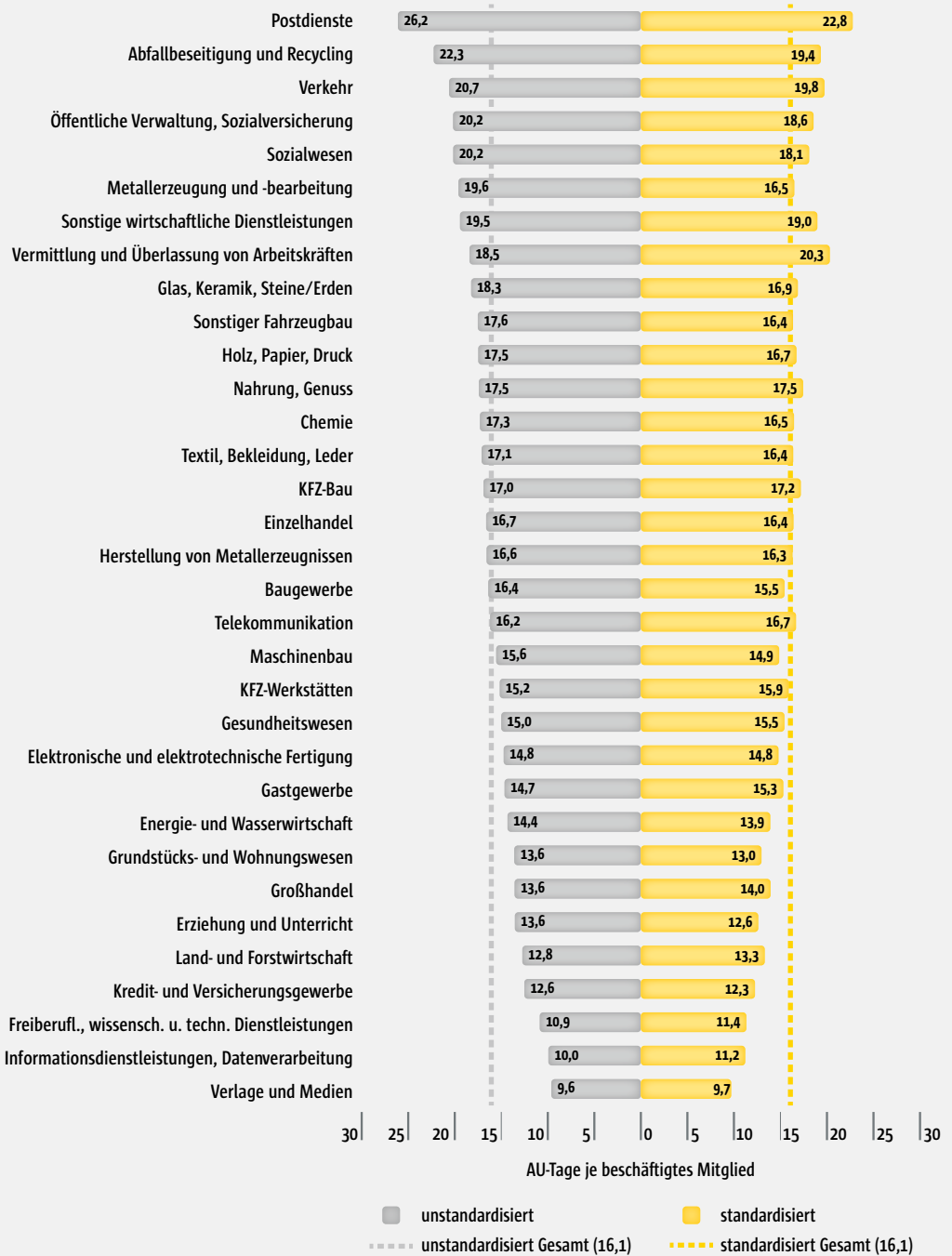
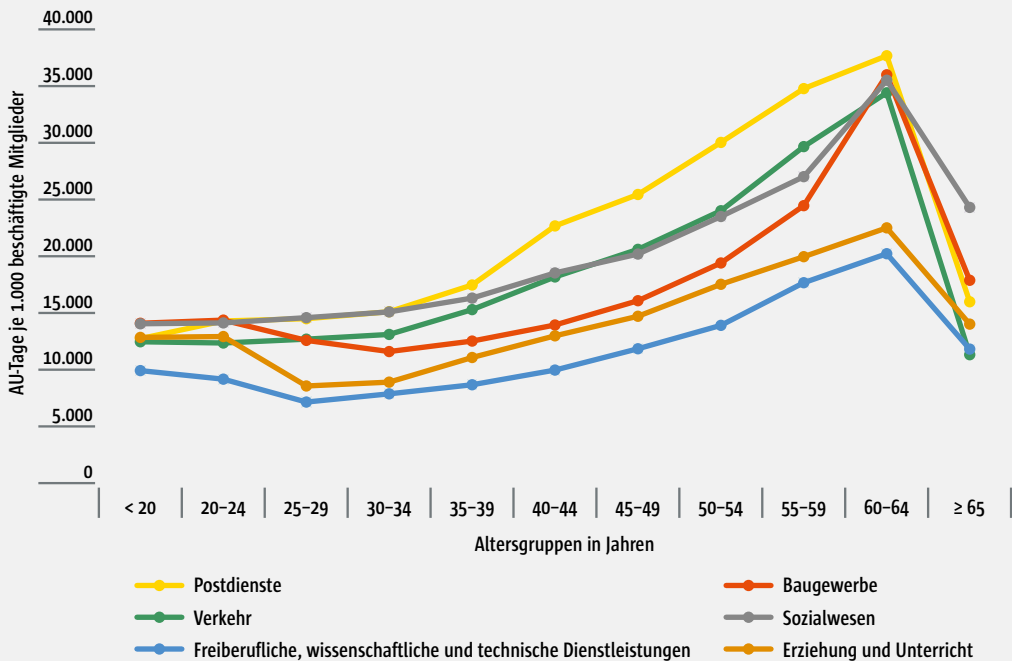


Diagramm 1.4.8 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)

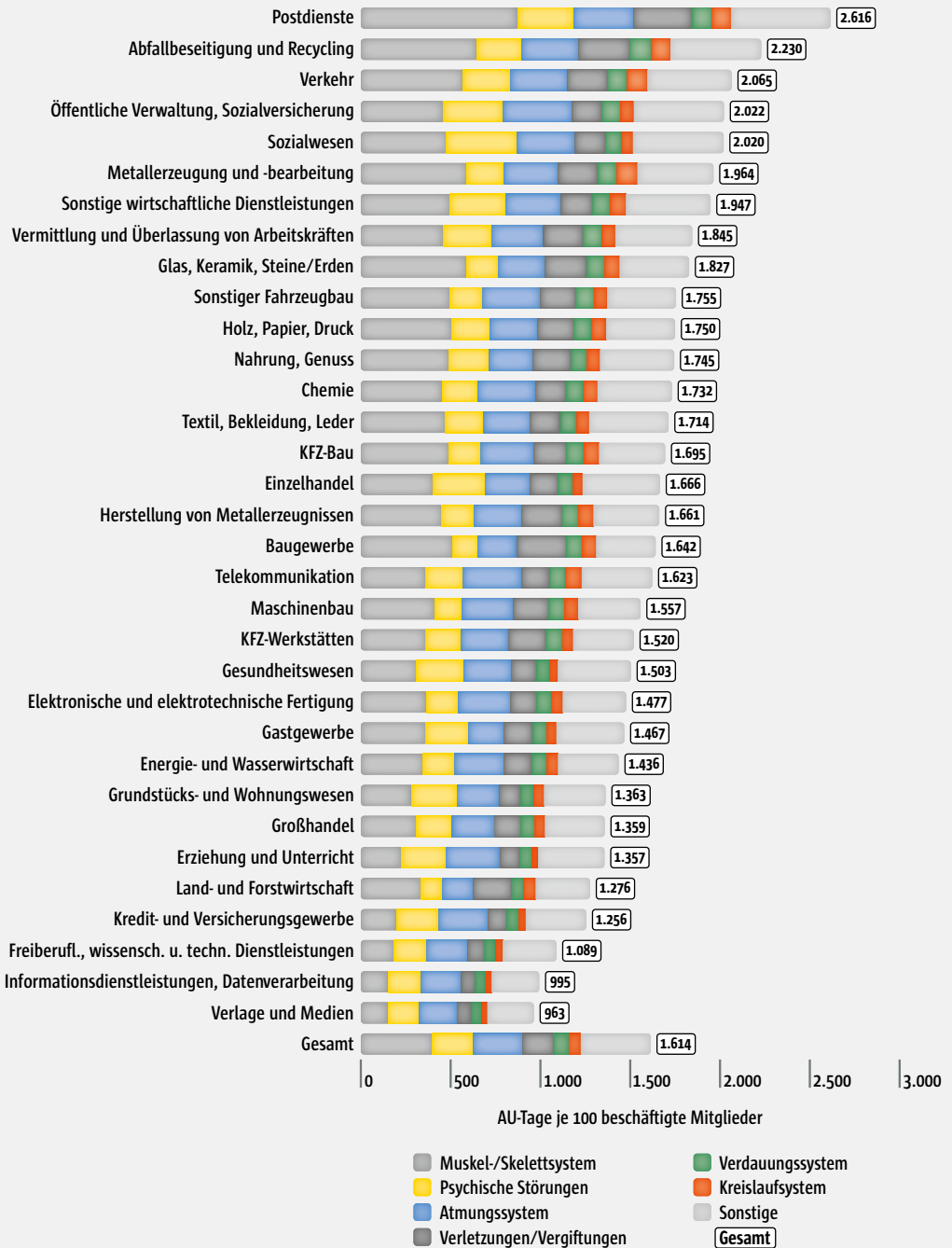


pen erhebliche Unterschiede. Vergleicht man die Fehltagelast der unter 20-Jährigen mit denen der 60- bis 64-Jährigen, so fallen auch hier die Beschäftigten im Bereich Postdienste besonders auf. Für diese Wirtschaftsgruppe verdreifachen sich die Fehltagelast nahezu im Vergleich zwischen den beiden beschriebenen Altersgruppen. In gleicher Altersrelation finden sich ähnlich hohe Anstiege der AU-Tage (2,5- bis 2,7-fach) auch im Baugewerbe, im Verkehr und im Sozialwesen. Sowohl insgesamt auf einem niedrigeren Niveau als auch im Anstieg wesentlich geringer sind Beschäftigte in den Bereichen freiberufliche, wissenschaftliche Dienstleistungen (2-fach) und Erziehung und Unterricht (1,8-fach) von Fehltagen und deren altersbedingtem Anstieg betroffen. In den kommenden Jahren wird vor allem die Gruppe der über 65-Jährigen mit zunehmend steigender Regelaltersgrenze an Bedeutung gewinnen. Der hier zu erkennende Knick ist, wie bereits beschrieben, der Tatsache geschuldet, dass besonders von Krankheit Betroffene vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze aus dem Erwerbsleben ausscheiden, sei es durch Vorruhestandsregelungen oder – im ungünstigeren Fall – durch den Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder Arbeitslosigkeit.

- Viele Fehltagelast aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen sind vor allem in Wirtschaftsgruppen zu finden, die mit besonders körperlich beanspruchenden Tätigkeiten verbunden sind (z.B. Baugewerbe, Abfallbeseitigung und Recycling).
- Im Gegensatz dazu finden sich besonders viele AU-Tage aufgrund psychischer Störungen bei Wirtschaftsgruppen mit einem hohen Anteil an psychischer Beanspruchung (z.B. Sozialwesen).

Neben der krankheitsunspezifischen Betrachtung des Fehlzeitengeschehens gibt ein Blick auf die AU-Tage nach Diagnosehauptgruppen innerhalb der einzelnen Wirtschaftsgruppen weiteren Aufschluss über den Einfluss spezifischer Belastungen der Arbeitswelt auf die Gesundheit der Beschäftigten. In **»»»** Diagramm 1.4.9 sind die AU-Tage der verschiedenen Wirtschaftsgruppen noch einmal differenziert für die wichtigsten Krankheitsarten dargestellt. Die meisten Fehltagelast aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen (874 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder) sind wiederum bei den Postdiensten zu finden – mehr als ein Drittel (33,4%) aller AU-Tage in diesem Wirtschaftszweig gehen auf diese Krankheits-

Diagramm 1.4.9 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)





art zurück. Im Vergleich hierzu weisen Beschäftigte der Wirtschaftsgruppe Verlage und Medien nicht einmal ein Fünftel dieser Fehltage auf (151 AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder). Auch ist der Anteil an allen Krankheitsarten mit 15,2% in dieser Wirtschaftsgruppe deutlich geringer. Dies ist natürlich nicht zuletzt auch durch die unterschiedlichen arbeitsbedingten Beanspruchungen und Belastungen begründet: Insgesamt haben bei dieser Diagnosehauptgruppe vor allem Wirtschaftsgruppen des produzierenden Gewerbes bzw. Handwerks (z.B. Baugewerbe) bzw. Dienstleister mit besonders hoher körperlicher Belastung (Postdienste, Abfallbeseitigung und Recycling) besonders viele Fehltage, während diese bei Bürotätigkeiten eher weniger häufig auftreten.

Ein anderes Bild zeigt sich bei den psychischen Störungen. Sowohl absolut (397 AU-Tage je 100 Beschäftigte) als auch in Anteilen (19,7%) weisen hier die Beschäftigten im Sozialwesen die meisten Fehltage auf. Dagegen haben Beschäftigte im Baugewerbe nicht einmal halb so viele Fehltage (143 AU-Tage je 100 Beschäftigte; 8,7% der AU-Tage) aufgrund dieser Krankheitsart.

Interessanterweise gibt es auch ein deutliches Gefälle, was die Fehltage aufgrund von Atemwegserkrankungen angeht. Bezogen auf die Anteile an allen AU-Tagen haben hier die Beschäftigten der Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung mit 22,5% den größten Anteil, wohingegen dieser bei den Postdiensten nur 12,7% an allen AU-Tagen in dieser Wirtschaftsgruppe beträgt. Scheinbar sind Beschäftigte in Wirtschaftsgruppen mit häufigen Tätigkeiten im Freien (Postdienste, Baugewerbe, Land- und Forstwirtschaft) weniger häufig von Fehltagen aufgrund von Erkältungskrankheiten betroffen als solche, die vorwiegend in geschlossenen Räumen arbeiten (z.B. Erziehung und Unterricht, Kredit- und Versicherungsgewerbe) und dort häufig mit vielen Menschen in Kontakt kommen.

Erwartungsgemäß sind von Verletzungen und Vergiftungen vor allem diejenigen Wirtschaftsgruppen (Postdienste, Baugewerbe, Abfallbeseitigung und Recycling) stärker betroffen, die bei ihrer Tätigkeit vor allem körperlichen Belastungen ausgesetzt sind bzw. deren Tätigkeit ein generell höheres Unfallrisiko (z.B. durch Tätigkeitsschwerpunkt im Straßenverkehr bzw. mit Maschinen) mit sich bringt. An der Spitze stehen auch hier die Postdienste mit 325 AU-Tagen je 100 Beschäftigte – das sind mehr als viermal so viele Fehltage im Vergleich zu den Beschäftigten im Bereich Verlage und Medien (81 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Stellvertretend für zwei der für das AU-Geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen – die Muskel- und Skeletterkrankungen sowie die psychischen und Verhaltensstörungen – werden in **»»** Diagramm 1.4.10 für jede dieser Krankheitsarten die AU-Tage einer Einzeldiagnose nach Wirtschaftsgruppen betrachtet. Dabei handelt es sich sowohl bei den Rückenschmerzen (M54) als auch bei der depressiven Episode (F32) um die Einzeldiagnose, die den jeweils größten Anteil der AU-Tage in der entsprechenden Krankheitsgruppe auf sich vereint. Wenig überraschend ist, dass auch hier die Beschäftigten der Postdienste (2.561 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und die der Gruppe Abfallbeseitigung und Recycling (2.103 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) mit den meisten krankheitsbedingten Fehltagen aufgrund von Rückenschmerzen (M54) an der Spitze aller Wirtschaftsgruppen zu finden sind. Im Vergleich zu den am wenigsten betroffenen Wirtschaftsgruppen Verlage und Medien (427 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) sowie Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (480 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) weisen die Postdienste fast 6-fach höhere Fehlzeiten aufgrund dieser Erkrankungsart auf. Insgesamt zeigt sich auch hier, dass Wirtschaftsgruppen mit Tätigkeiten, die vor allem mit einer körperlichen Belastung einhergehen, stärker betroffen sind, als solche, die primär eine geistige Tätigkeit beinhalten.

Somit lässt sich auch die Reihung bei den Fehltagen aufgrund einer depressiven Episode (F32) erklären: Berufe mit einem hohen Anteil an psychischen Belastungen (z.B. Sozialwesen, öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung) weisen deutlich mehr AU-Tage als zum Beispiel das Baugewerbe auf. Zwischen der Gruppe mit den meisten (Sozialwesen: 1.273 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und der mit den wenigsten Fehltagen aufgrund einer depressiven Episode (F32) (Land- und Forstwirtschaft: 384 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) unterscheiden sich die durchschnittlichen Fehlzeiten immerhin auch um mehr als das 3-Fache.

- Jeder vierzigste AU-Tag im Jahr 2015 wird durch einen Arbeitsunfall verursacht.
- Zwischen der Wirtschaftsgruppe mit den meisten (Postdienste) und der mit den wenigsten (Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung) Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfällen beträgt der Unterschied bei den AU-Tagen mehr als das 11-Fache.

Neben den bisher dargestellten krankheitsbedingten Ursachen der Arbeitsunfähigkeit spielen auch nach



Diagramm 1.4.10 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) aufgrund von Rückenschmerzen (M54) bzw. depressiver Episode (F32) (Berichtsjahr 2015)

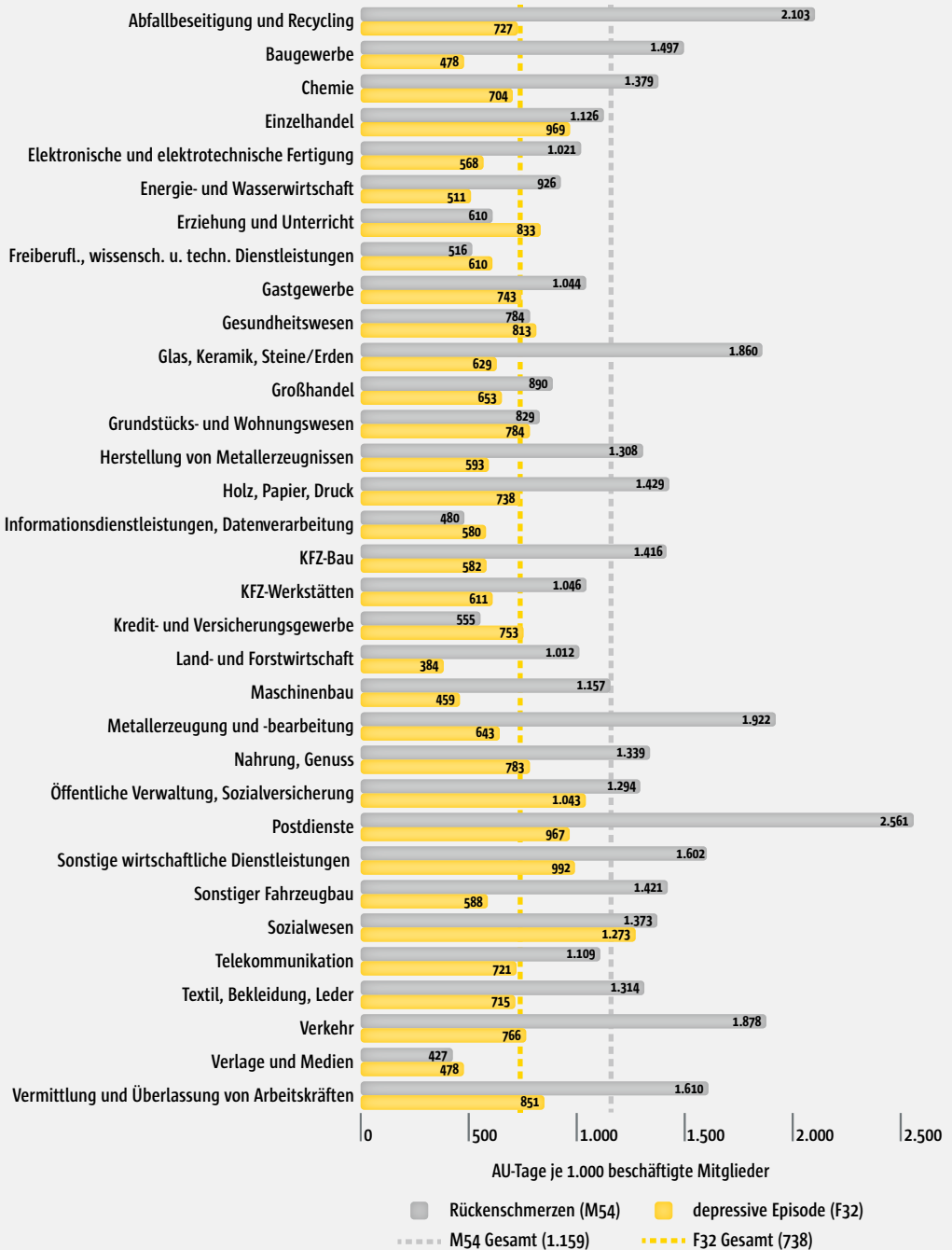
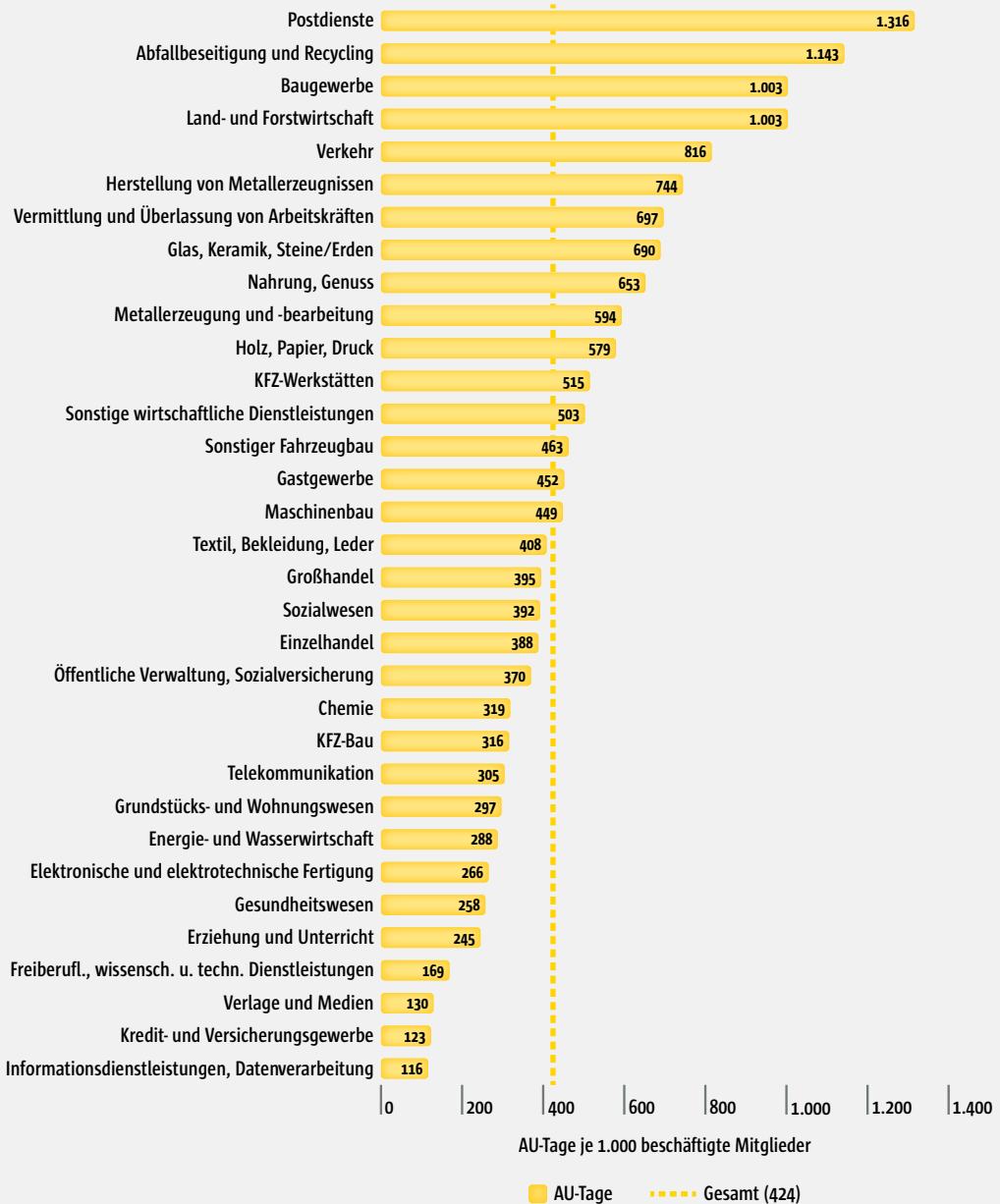


Diagramm 1.4.11 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) aufgrund von Arbeitsunfällen (Berichtsjahr 2015)



wie vor Arbeitsunfälle und die damit verbundenen Fehlzeiten bei den Beschäftigten eine wichtige Rolle. Etwa jeder vierzigste Fehltag der Beschäftigten wird im Jahr 2015 durch einen Arbeitsunfall verursacht.

Insbesondere wird in **»»»** Diagramm 1.4.11 die Problematik der Arbeitsunfälle im Zusammenhang mit der Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit sichtbar: Zwischen den Beschäftigten der Postdienste (1.316 AU-Ta-

ge je 1.000 Beschäftigte) und denen der Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung (116 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) zeigt sich im Verhältnis eindrucksvoll, wie gravierend das Arbeitsunfallgeschehen von arbeitsweltlichen Faktoren abhängig ist. Auch hier sind Beschäftigte in Tätigkeitsfeldern mit hoher körperlicher Belastung (z.B. Baugewerbe) bzw. mit einer potenziell weitaus höheren Unfallgefahr zum Beispiel im Straßenverkehr (Postdienste, Abfallbeseitigung- und Recycling) deutlich stärker von Fehltagen aufgrund von Arbeitsunfällen als Beschäftigte in Wirtschaftsgruppen mit geringer körperlicher Belastung und/oder vorwiegender Innentätigkeit betroffen.

Ein Blick auf die Anteile der AU-Tage an allen Fehltagen, die durch einen Arbeitsunfall verursacht werden, macht dies noch detaillierter sichtbar. So gehen 7,9% der AU-Tage im Bereich Land- und Forstwirtschaft, 6,1% im Baugewerbe, 5,1% im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling sowie 5% bei den Postdiensten ausschließlich auf Arbeitsunfälle zurück. Konträr hierzu beträgt dieser Anteil im Kredit- und Versicherungsgewerbe gerade einmal 1%.

Einen Einblick in die regionale Verteilung wirtschaftsgruppenspezifischer Fehlzeiten gibt **»»** Diagramm 1.4.12. Dabei werden zum Teil gravierende Unterschiede erkennbar. So beträgt bei den Postdiensten der Unterschied zwischen den Beschäftigten mit Wohnort in Bremen (2.113 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und in Mecklenburg-Vorpommern (3.497 AU-Tage je 100 Beschäftigte) fast zwei Kalenderwochen (13,8 AU-Tage je Beschäftigten) bei den Fehltagen. Zum Teil sind diese Abweichungen zwar durch eine unterschiedliche soziodemografische Struktur der Beschäftigten (z.B. bei Alter und Geschlecht) zu erklären, größtenteils aber auch durch unterschiedliche (un-)günstige Arbeitsbedingungen vor Ort. Nicht allein die Tätigkeit in einer bestimmten Wirtschaftsgruppe übt einen Einfluss auf die Gesundheit aus, sondern wo bzw. vielmehr unter welchen Bedingungen sie erbracht wird. Hierzu zählt unter anderem auch die wirtschaftliche und sozioökonomische Lage einer Region.

Auch für die anderen betrachteten Wirtschaftsgruppen sind regionale Unterschiede bei den Fehltagen von bis zu einer Kalenderwoche zu beobachten. Insgesamt zeigt sich auch hier recht deutlich, dass in den neuen Bundesländern die Fehlzeiten im Mittel höher sind als in den Altbundesländern. Eine Ausnahme bildet hier das Saarland, welches im Altbundeslandvergleich hohe Fehlzeiten aufweist.

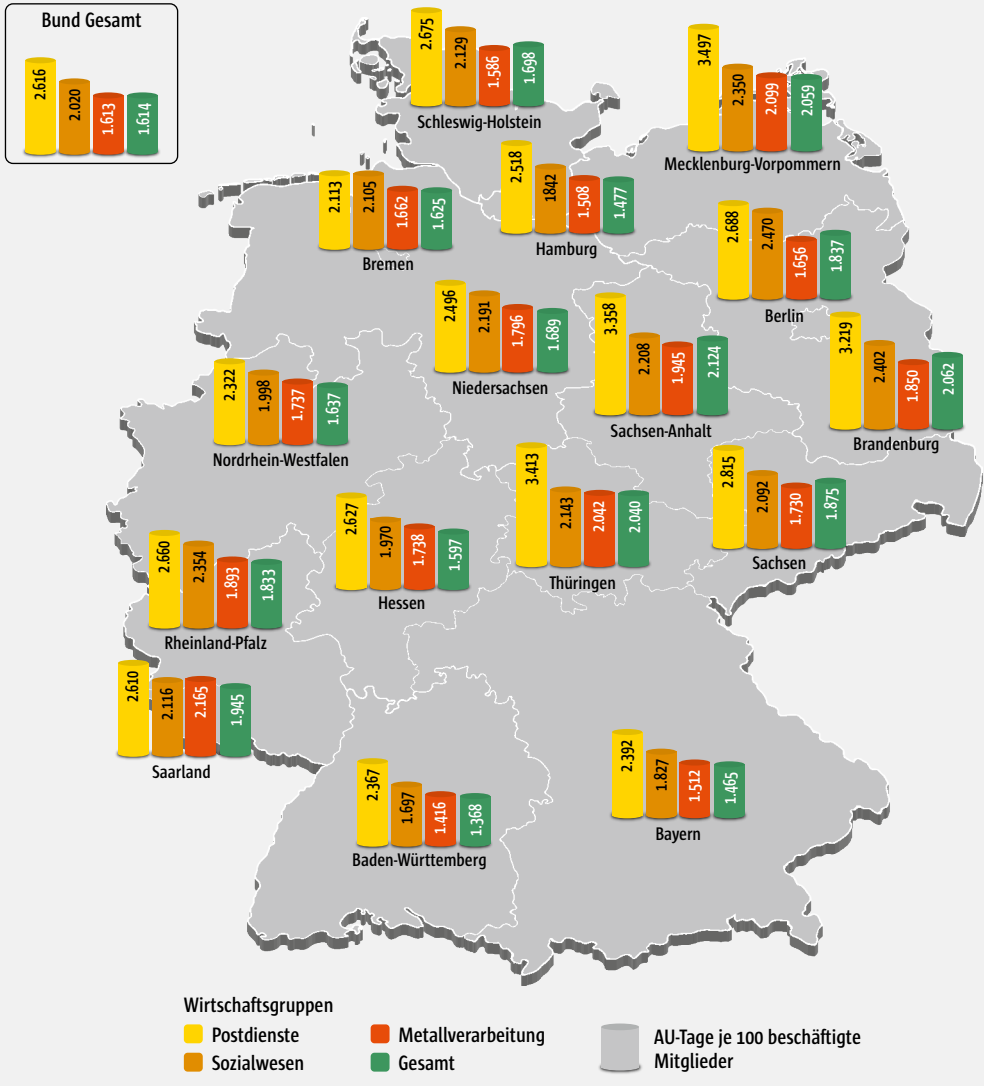
#### 1.4.4 Auswertungen nach Berufen

Neben der Betrachtung des Fehlzeitengeschehens über die Zugehörigkeit eines Unternehmens und somit auch des Beschäftigten zu einer bestimmten Wirtschaftsgruppe gibt uns die vom Beschäftigten ausgeübte Tätigkeit weiteren Aufschluss über den Einfluss arbeitsweltlicher Faktoren auf die Gesundheit. Basis bildet hierbei der Tätigkeitsschlüssel nach der Klassifikation der Berufe (KlDB 2010) eines jeden Beschäftigten. Dieser gibt nicht nur Aufschluss über die aktuell ausgeübte Tätigkeit, sondern beinhaltet auch noch weitere Merkmale. In diesem Abschnitt soll der Fokus zunächst auf dem ausgeübten Beruf der BKK Beschäftigten liegen. Das sich anschließende **»»** Kapitel 1.4.5 widmet sich weiteren für den Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit relevanten Indikatoren. In **»»** Anhang A in der **»»** Tabelle A.10 finden sich die wichtigsten AU-Kennzahlen der beschäftigten BKK Mitglieder nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen im Überblick.

- Mit 23 AU-Tagen je Beschäftigten weisen die Reinigungsberufe die meisten krankheitsbedingten Fehlzeiten auf.
- Im Durchschnitt fast 11 AU-Tage weniger weisen dagegen die in der Unternehmensführung und -organisation Tätigen auf (12,2 AU-Tage je Beschäftigten).

In **»»** Diagramm 1.4.13 sind die AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten und Geschlecht dargestellt. Wie schon bei den Wirtschaftsgruppen werden auch hier deutliche Unterschiede bei den Fehltagen erkennbar. Mit insgesamt durchschnittlich 23,0 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied stehen die Reinigungsberufe hier an der Spitze, gefolgt von den Verkehrs- und Logistikberufen (zu denen auch die Postdienste zählen) mit 22,0 AU-Tagen je beschäftigtes Mitglied. Die geringsten durchschnittlichen krankheitsbedingten Ausfallzeiten sind bei den Berufen in der Unternehmensführung und -organisation (12,2 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied) zu finden. Beim Blick auf die Geschlechtsunterschiede wird weiterhin ersichtlich, dass in der Mehrzahl der Fälle die Werte der Frauen zum Teil deutlich über denen der Männer liegen – die größten Differenzen (jeweils 5,7 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied Abweichung) finden sich im Bereich der Handelsberufe sowie der sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe. Hier spielen mindestens zwei weitere Faktoren eine Rolle, und zwar das Alter der Beschäftigten in Kombination mit dem Anforderungsniveau der Tätigkeit. So sind Frauen in Handelsberufen am häu-

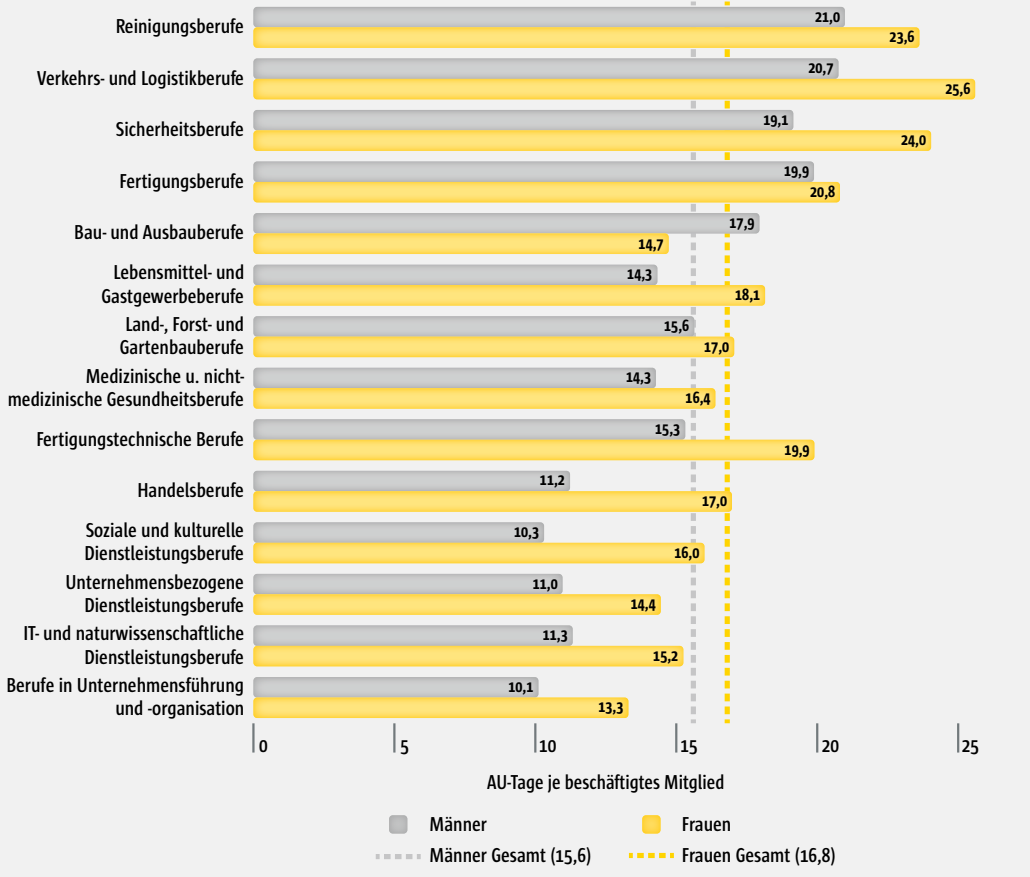
Diagramm 1.4.12 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)



figsten im Bereich der fachlich ausgerichteten Tätigkeiten (82,3%) beschäftigt, wobei das Durchschnittsalter circa drei Jahre über denen der Männer liegt. Männliche Beschäftigte in diesem Berufssegment sind hingegen häufiger bei komplexen bzw. hochkomplexen Tätigkeiten zu finden, was auf eine gehobene Position (Führung/Aufsicht) und einen höheren schulischen bzw. beruflichen Bildungsgrad schließen lässt.

Da, wie schon mehrfach angemerkt, unter anderem auch das Alter und das Geschlecht eines Beschäftigten Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen nehmen, bietet sich auf Basis einer Standardierung für diese Merkmale die Möglichkeit eines davon unabhängigen Vergleichs, bezogen auf alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. In **»»»** Diagramm 1.4.14 sind die entsprechenden Kennzahlen einander gegenübergestellt. Liegen die stan-

Diagramm 1.4.13 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



dardisierten Fehltagen unter den unstandardisierten Angaben, so ist dies ein Indiz dafür, dass die BKK Beschäftigten eine ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur aufweisen als alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Wie bereits angemerkt, sind die AU-Tage für alle beschäftigten BKK Mitglieder sowohl standardisiert als auch unstandardisiert annähernd gleich (jeweils 16,1 AU-Tage je Beschäftigten). Auf Ebene der einzelnen Berufshauptgruppen gibt es jedoch teilweise deutliche Abweichungen. So zeigt sich bei den Reinigungsberufen mit einer Abweichung von 2,6 AU-Tagen, dass die beschäftigten BKK Mitglieder eine deutlich ungünstigere Alters- und Geschlechtsstruktur im Vergleich zu allen Beschäftigten aufweisen. Gleiches gilt auch für den Bereich Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie (Abweichung 1,5 AU-Tage) und Berufe in Recht und Verwaltung (Abweichung

1,3 AU-Tage). Auf der anderen Seite gibt es aber auch Tätigkeitsfelder, bei denen die beschäftigten BKK Mitglieder eine im Vergleich zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten günstigere Alters- und Geschlechtsstruktur und somit geringere Werte bei den unstandardisierten im Vergleich zu den standardisierten AU-Tagen aufweisen. Hierzu zählen z.B. die Innenausbauberufe (Abweichung 2,9 AU-Tage) und die Mechatronik-, Energie- und Elektroberufe (Abweichung 2,5 AU-Tage).

Trotz allem besteht auch nach Standardisierung ein deutlicher Unterschied bezüglich der Fehlzeiten zwischen den einzelnen Berufshauptgruppen. So weisen die Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten mit 22,5 AU-Tagen je Beschäftigten mehr als doppelt so viele Fehlzeiten auf wie die in lehrenden und auszubildenden Berufen Tätigen (9,4 AU-Tage je Beschäftigten).

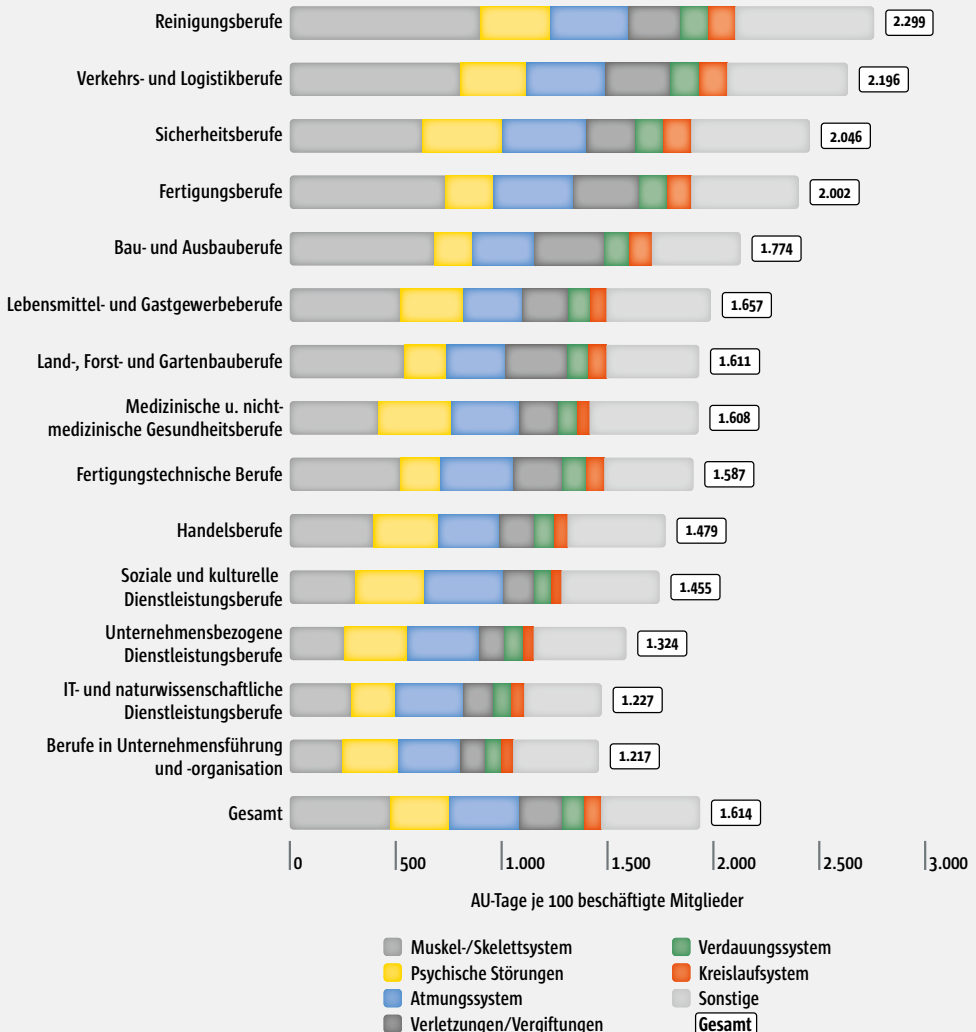
Diagramm 1.4.14 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder – nach Berufshauptgruppen (KldB 2010) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2015)



- Wie bei den Wirtschaftsgruppen zeigt sich auch bei den Berufen, dass Beschäftigte in körperlich belastenden Tätigkeiten besonders hohe Fehlzeiten aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen aufweisen (z.B. Fertigungsberufe).
- Umgekehrt sind Berufe mit vorwiegend psychisch belastenden Tätigkeiten besonders häufig von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Störungen betroffen (z.B. Gesundheitsberufe).

Äquivalent zu den Wirtschaftsgruppen sind in **III** Diagramm 1.4.15 die AU-Tage noch einmal nach den wichtigsten Diagnosehauptgruppen differenziert. Nicht nur insgesamt, sondern auch bei den AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen liegen die Reinigungsberufe mit durchschnittlich 752 AU-Tagen je 100 Beschäftigte an der Spitze. Dagegen weisen Beschäftigte mit einem Beruf in der Unternehmensführung und -organisation nicht einmal ein Drittel dieser Fehltagen auf (207 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Auch hier wird, wie schon bei den Wirt-

**Diagramm 1.4.15 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)**



schaftsgruppen, deutlich, dass von Muskel- und Skeletterkrankungen bedingten Fehltagen vor allem solche Berufe (Fertigungsberufe, Bau- und Ausbauberufe etc.) mit einer relativ hohen körperlichen Beanspruchung bzw. physischen Belastung betroffen sind.

Ein anderes Bild zeigt sich bei den psychischen Störungen – hier sind die Beschäftigten der Sicherheitsberufe mit 315 AU-Tage je 100 Beschäftigte am stärksten betroffen. Dicht dahinter folgen die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (284 AU-Tage je 100 Beschäftigte), die Reinigungsberufe (274 AU-Tage je 100 Beschäftigte) sowie die sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufe (271 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Am wenigsten betroffen sind hier die fertigungstechnischen Berufe (157 AU-Tage je 100 Beschäftigte) sowie die Bau- und Ausbauberufe (149 AU-Tage je 100 Beschäftigte). Hier lässt sich feststellen, dass insbesondere in Tätigkeitsbereichen, die oft und häufig mit anderen Menschen interagieren und somit auch potenziell häufiger (zwischenmenschlichen) Stresssituationen ausgesetzt sind, die Fehltag aufgrund dieser Krankheitsart höher als z.B. im handwerklichen Bereich sind. Des Weiteren spielt hier auch der in den besonders stark betroffenen Berufssegmenten wesentlich höhere Anteil beschäftigter Frauen eine Rolle. So sind 85,4% der Beschäftigten der medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe Frauen, hingegen nur 15,1% bei den Fertigungsberufen.

Erwartungsgemäß sind auch bei den Verletzungen und Vergiftungen Berufe mit einer besonders hohen körperlichen Beanspruchung und Unfallgefahr wie zum Beispiel Bau- und Ausbauberufe (275 AU-Tage je 100 Beschäftigte) oder Fertigungsberufe (258 AU-Tage je 100 Beschäftigte) an der Spitze zu finden. Dagegen weisen auch hier Berufe mit einer geringen physischen Belastung die niedrigsten Werte auf (z.B. Berufe in der Unternehmensführung und -organisation; 96 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

- Der Unterschied zwischen der Berufsgruppe mit den meisten bzw. den wenigsten AU-Tagen je Beschäftigten beträgt mehr als das Fünffache.
- Fertigungsberufe sowie Verkehrs- und Logistikberufe weisen besonders hohe Fehlzeiten auf. Die niedrigsten Fehlzeiten sind dagegen im Bereich Dienstleistung bzw. bei den geisteswissenschaftlichen Berufen zu finden.

Eine differenziertere Darstellung auf Ebene der Berufsgruppen (KldB 3-Steller) beinhaltet die **»»»** Tabelle 1.4.3. Darin aufgeführt sind jeweils die zehn Berufsgruppen, die im Jahr 2015 die meisten bzw. we-

nigsten Fehltag aufweisen. Mit durchschnittlich 25,7 AU-Tagen je Beschäftigten stehen die Berufe der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung aus dem Bereich der Fertigungsberufe an der Spitze der Rangliste. Weitere drei dieser 10 Berufe mit den meisten Fehltagen sind ebenfalls den Fertigungsberufen zuzuordnen. Insgesamt drei Mal finden sich Verkehrs- und Logistikberufe (Überwachung und Wartung Verkehrsinfrastruktur sowie technischer Betrieb von Eisenbahn-, Luft- und Schiffsverkehr und Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr). Ebenfalls vertreten sind hier wiederum die Reinigungsberufe. Als Vertreter der medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe ist hier die Altenpflege mit durchschnittlich 24,1 AU-Tagen je Beschäftigten zu finden.

Die in der zweiten Hälfte der Tabelle aufgeführten Berufsgruppen sind hingegen diejenigen mit den wenigsten krankheitsbedingten Fehltagen im Jahr 2015. Mit durchschnittlich 4,5 AU-Tagen haben Beschäftigte mit Lehr- und Forschungstätigkeiten an Hochschulen die wenigsten Fehltag – im Vergleich zur Berufsgruppe mit den meisten Fehltagen sind das weniger als ein Fünftel der krankheitsbedingten Ausfallzeiten. Im Gegensatz zu den zehn Berufsgruppen mit den meisten Fehltagen ist hier die Mehrzahl im Dienstleistungs- bzw. Geisteswissenschaftsbereich zu finden.

Nicht nur bei den AU-Tagen, sondern auch bei den AU-Fällen zeigen sich deutliche Unterschiede – so unterscheidet sich die Berufsgruppe mit der geringsten Fallzahl (Lehr- und Forschungstätigkeit an Hochschulen: 524 AU-Fälle je 1.000 Beschäftigte) um weniger als das Dreifache von der mit der höchsten Fallzahl (Servicekräfte im Personenverkehr: 1.897 AU-Fälle je 1.000 Beschäftigte). Etwas weniger stark, trotzdem deutlich ausgeprägt sind die Unterschiede bei den Falldauern: Dauert ein Krankheitsfall bei Wirtschaftswissenschaftlern im Schnitt nur eine Kalenderwoche (7,6 Tage je Fall), so ist die Falldauer bei den Reinigungskräften im Schnitt mehr als doppelt so groß (15,9 Tage je Fall).

- Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen treten besonders häufig bei Berufen mit einer hohen körperlichen Beanspruchung auf (z.B. Fertigungsberufe, Bau- und Ausbauberufe).
- Die Fehltag zwischen den in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung Tätigen mit dem höchsten Wert (9,6 AU-Tage je Beschäftigten) und den in Lehre und Forschung an Hochschulen Tätigen (0,5 AU-Tage je Beschäftigten) unterscheiden sich um mehr als das 20-Fache.



**Tabelle 1.4.3 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen insgesamt (Berichtsjahr 2015)**

Berufsgruppe	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
	je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	1.707	25.663	15,0
Servicekräfte im Personenverkehr	1.897	25.025	13,2
Technischer Betrieb im Eisenbahn-, Luft- und Schiffsverkehr	1.669	24.568	14,7
Industrielle Keramikherstellung und -verarbeitung	1.737	24.423	14,1
Textiltechnik und -produktion	1.620	24.310	15,0
Altenpflege	1.540	24.075	15,6
Überwachung, Wartung Verkehrsinfrastruktur	1.848	23.767	12,9
Metallerzeugung	1.727	23.490	13,6
Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr	1.546	23.477	15,2
Reinigung	1.448	22.991	15,9
Mathematik und Statistik	871	7.659	8,8
Öffentlichkeitsarbeit	935	7.626	8,2
Technische Forschung und Entwicklung	949	7.588	8,0
Human- und Zahnmedizin	729	7.578	10,4
Tiermedizin und Tierheilkunde	663	7.474	11,3
Softwareentwicklung und Programmierung	946	7.332	7,8
Geologie, Geografie und Meteorologie	782	6.657	8,5
Geschäftsführung und Vorstand	558	6.640	11,9
Wirtschaftswissenschaften	813	6.161	7,6
Lehr-, Forschungstätigkeit an Hochschulen	524	4.533	8,6

Wie bereits mehrfach angemerkt und gezeigt werden konnte, nehmen die Arbeitswelt und die damit verbundenen Arbeitsbedingungen nicht nur allgemein, sondern insbesondere krankheitsspezifisch durch unterschiedliche Beanspruchungen und Belastungen (physisch, psychisch etc.) Einfluss auf den Gesundheitszustand von Beschäftigten. Deshalb ist es sinnvoll – im Sinne einer passgenauen betrieblichen Gesundheitsförderung und eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements – den Blick auch auf einzelne Krankheitsarten zu lenken. In **»»** Tabelle 1.4.4 sind jeweils die zehn Berufsgruppen mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen dargestellt.

Auch hier sind die Berufe der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung mit durchschnittlich 9,6 AU-Tagen je Beschäftigten auf Platz 1 nach Fehltagen aufgrund dieser Krankheitsart zu finden. Wiederum entstammen fünf der hier aufgeführten Berufe aus dem Fertigungsbereich bzw. den Bau- und Ausbauberufen sowie weitere zwei aus den Verkehrs- und Logistikberufen, sowie die Reinigungsberufe. Für alle genannten gilt dabei gleichermaßen ein hoher Anteil an körperlich schwere Tätigkeit und der daraus resultierenden Krankheitslast in Form der berichteten Fehltag. Umgekehrt zeigt sich, dass vor allem Berufe aus den Bereichen Dienstleistungen und Geisteswissenschaften mit einer meist nur ge-

Tabelle 1.4.4 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen (M00–M99) (Berichtsjahr 2015)

Berufsgruppe	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
	je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	420	9.550	22,7
Industrielle Keramikherstellung und -verarbeitung	437	9.490	21,7
Textiltechnik und -produktion	365	8.764	24,0
Tiefbau	411	8.186	19,9
Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	299	8.112	27,1
Bau- und Transportgeräteführung	395	8.026	20,3
Metallerzeugung	421	7.933	18,8
Technischer Betrieb im Eisenbahn-, Luft- und Schiffsverkehr	407	7.873	19,3
Überwachung, Wartung Verkehrsinfrastruktur	453	7.784	17,2
Reinigung	328	7.519	22,9
Produkt- und Industriedesign	108	891	8,2
Softwareentwicklung und Programmierung	82	877	10,7
Redaktion und Journalismus	73	857	11,8
Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie	72	780	10,8
Mathematik und Statistik	95	780	8,2
Wirtschaftswissenschaften	74	772	10,4
Tiermedizin und Tierheilkunde	46	630	13,6
Öffentlichkeitsarbeit	73	586	8,1
Geologie, Geografie und Meteorologie	57	541	9,4
Lehr-, Forschungstätigkeit an Hochschulen	38	474	12,4

ringen körperlichen Beanspruchung in der Tätigkeit die Liste der Berufe mit den wenigsten AU-Tagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen dominieren. Besonders auffällig ist hier, dass bei den AU-Tagen der Abstand zwischen dem größten und dem kleinsten Wert um mehr als das 20-Fache auseinanderliegt und er damit eine deutlich größere Spannbreite aufweist als bei der diagnoseunabhängigen Betrachtung der Fehlzeiten. Ähnliches gilt auch für die Fallzahlen, die zwischen den jeweiligen Extremwerten um das 11-Fache differieren. Auch bei den Falldauern liegen die Werte bis hin zum 3-Fachen auseinander (Minimum: 8,1 Tage je Fall; Maximum: 27,1 Tage je Fall).

- Fehltag aufgrund psychischer Störungen treten am häufigsten in der Altenpflege auf (4,5 AU-Tage je Beschäftigten) – das sind fast doppelt so viele wie bei allen Beschäftigten im Durchschnitt (2,3 AU-Tage je Beschäftigten).

Die Auflistung der Berufe mit den meisten bzw. wenigsten Fehltagen aufgrund von psychischen Störungen ist ►► Tabelle 1.4.5 zu entnehmen. Anders als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen sind es hier vor allem die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (z.B. Altenpflege), die Dienstleistungsberufe (z.B. Verwaltung), aber auch Verkehrs-

Tabelle 1.4.5 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von psychischen Störungen (F00–F99) (Berichtsjahr 2015)

Berufsgruppe	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
	je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
Altenpflege	117,1	4.502	38,4
Servicekräfte im Personenverkehr	151,1	4.101	27,1
Gewerbe- und Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	101,8	3.450	33,9
Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	92,4	3.435	37,2
Tierpflege	93,1	3.393	36,5
Werbung und Marketing	100,4	3.327	33,1
Pferdewirtschaft	51,8	3.295	63,6
Verwaltung	99,1	3.278	33,1
Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr	136,3	3.277	24,0
Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	87,1	3.256	37,4
Geschäftsführung und Vorstand	26,8	1.092	40,8
Softwareentwicklung und Programmierung	34,2	1.066	31,2
Mechatronik und Automatisierungstechnik	41,9	986	23,6
Bodenverlegung	36,6	985	26,9
Technische Forschung und Entwicklung	30,5	810	26,6
Landwirtschaft	28,0	803	28,7
Lehr-, Forschungstätigkeit an Hochschulen	25,9	802	30,9
Geologie, Geografie und Meteorologie	32,1	638	19,9
Wirtschaftswissenschaften	30,8	461	15,0
Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	8,7	119	13,6

und Logistikberufe (Servicekräfte im Personenverkehr), die besonders häufig Fehltag aufgrund von psychischen Störungen aufweisen. Dagegen ist das Bild bei den zehn am wenigsten betroffenen Berufen heterogener – hier finden sich sowohl fertigungstechnische als auch Bauberufe (z.B. Bodenverlegung) sowie geisteswissenschaftliche und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe (z.B. Lehrende und auszubildende Berufe). Insbesondere bei den Berufen mit den meisten AU-Tagen ist, wie auch schon bei der Auswertung nach Wirtschaftsgruppen erwähnt, zu vermuten, dass hier psychische Belastung und psychosozialer Stress als arbeitsweltliche Faktoren einen

wesentlichen Einfluss auf die Fehlzeiten ausüben. So sind zum Beispiel Beschäftigte in der Altenpflege oder Servicekräfte im Personenverkehr immer wieder besonderen zwischenmenschlichen Stresssituationen ausgesetzt, die zu den hier aufgezeigten hohen Fehlzeiten führen. Die besondere Bedeutung der psychischen Störungen zeigt sich auch darin, dass der Unterschied bei den AU-Tagen zwischen der Berufsgruppe mit den meisten und der mit den wenigsten AU-Tagen mehr als das 37-Fache und bei den AU-Fällen mehr als das 13-Fache beträgt. Auch bei den Fallauern zeigt sich eine große Spannweite zwischen den einzelnen Berufsgruppen.

- Bei den AU-Kennzahlen aufgrund von Atemwegserkrankungen zeigen sich zwischen den Berufsgruppen, im Vergleich zu den anderen Krankheitsarten, die geringsten Unterschiede.
- Stärker betroffen sind solche Berufe, die potenziell das Atmungssystem gefährdenden Stoffen ausgesetzt sind (z.B. Chemie) bzw. ein erhöhtes Infektionsrisiko aufgrund des häufigeren Kontakts mit anderen Menschen haben (z.B. Servicekräfte im Personenverkehr).

Abschließend soll noch die nach ihrer Bedeutung für die Fehlzeiten zweitwichtigste Diagnosehauptgruppe – die Atemwegserkrankungen – betrachtet werden. Zunächst lässt sich feststellen, dass die Differenzen zwischen dem jeweils größten bzw. kleinsten Wert der einzelnen AU-Kennzahlen nicht so gravierend wie bei den anderen beiden betrachteten Diagnosehauptgruppen ausfallen. Insbesondere die Fall-

dauern unterscheiden sich kaum zwischen den einzelnen Berufsgruppen.

Bei den besonders stark betroffenen Berufsgruppen handelt es sich zum einen um solche, die in ihrer Tätigkeit mit für die Atemwege gefährlichen Stoffen in Berührung kommen (z.B. Chemie oder Metalloberflächenbearbeitung), bzw. auch solche, die durch einen besonders häufigen Kontakt mit Menschen eine höhere Wahrscheinlichkeit einer Atemwegsinfektion haben (z.B. Polizei, Erziehung, Servicekräfte im Personenverkehr). Eine Besonderheit bei dieser Krankheitsart besteht sicher auch darin, dass viele Beschäftigte mit einer klassischen Erkältung trotzdem zur Arbeit gehen (auch Präsentismus genannt) bzw. die die je nach Arbeitgeber gewährten drei Karenztage ohne AU-Bescheinigung zuhause bleiben. In einigen Berufen – insbesondere mit häufigem Kundenkontakt – kann es zudem aber auch sein, dass Beschäftigte mit der „klassischen Erkältung“ aus hygienischen Gründen nicht zur Arbeit kommen dürfen,

Tabelle 1.4.6 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsuntergruppen mit den meisten/wenigsten AU-Tagen aufgrund von Atemwegserkrankungen (I00–I99) (Berichtsjahr 2015)

Berufsgruppe	AU-Fälle	AU-Tage	Tage je Fall
	je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
Servicekräfte im Personenverkehr	602,4	5.023,6	8,3
Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr	388,3	3.852,8	9,9
Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug	543,7	3.790,8	7,0
Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	424,0	3.735,0	8,8
Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	607,9	3.698,6	6,1
Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	454,7	3.617,4	8,0
Chemie	533,6	3.561,0	6,7
Werbung und Marketing	514,8	3.499,3	6,8
Metalloberflächenbehandlung	473,2	3.498,3	7,4
Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs	368,9	3.456,1	9,4
Theater, Film- und Fernsehproduktion	291,7	1.741,1	6,0
Geologie, Geografie und Meteorologie	300,7	1.640,2	5,5
Theologie und Gemeindeführung	254,7	1.606,6	6,3
Human- und Zahnmedizin	271,5	1.585,9	5,8
Landwirtschaft	226,0	1.426,5	6,3
Tiermedizin und Tierheilkunde	214,8	1.251,1	5,8
Pferdewirtschaft	189,8	1.191,7	6,3
Lehr-, Forschungstätigkeit an Hochschulen	210,9	1.127,6	5,4
Geschäftsführung und Vorstand	186,1	1.105,4	5,9
Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	136,5	766,7	5,6

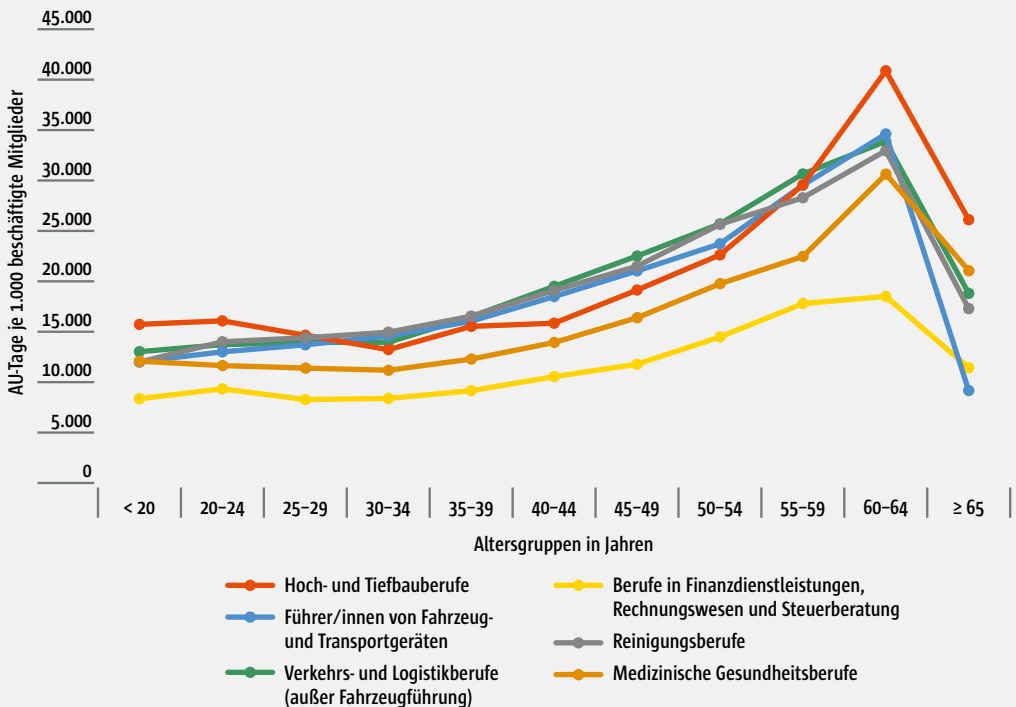
sondern entsprechend – mit oder ohne ärztliches Attest – zuhause bleiben müssen (vgl. **»** Tabelle 1.4.6).

- Die AU-Tage steigen mit zunehmendem Alter unterschiedlich stark bei den Berufen an.
- In der Gruppe der 60- bis 64-jährigen beträgt der Unterschied bei den Fehltagen zwischen den Beschäftigten der Hoch- und Tiefbauberufe und denen im Finanzdienstleistungsbereich mehr als 3 Kalenderwochen.
- Nicht allein das Alter des Beschäftigten, sondern maßgeblich auch die mit der Tätigkeit verbundenen Arbeitsbedingungen bestimmen das AU-Geschehen.

Wie bereits mehrfach gezeigt werden konnte, nimmt das Alter eines Beschäftigten einen nicht unerheblichen Einfluss auf dessen Gesundheit und somit auch auf die Anzahl der damit verbundenen krankheitsbedingten Fehltag. Das dies nicht für alle Berufe in gleichem Maße zutrifft und somit

auch die Arbeitsbedingungen selbst einen maßgeblichen Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen ausüben, zeigt sich eindrücklich in **»** Diagramm 1.4.16. Zunächst erkennt man ein für die hier beispielhaft dargestellten Berufshauptgruppen nahezu identisches Muster dergestalt, dass mit zunehmendem Alter auch die Arbeitsunfähigkeitstage zunehmen, und zwar bis zur Gruppe der 60- bis 64-jährigen. Danach ist ein abruptes Absinken der Fehlzeiten zu verzeichnen. Gründe hierfür wurden bereits in den vorhergehenden Betrachtungen beschrieben (*healthy worker effect*). Vergleicht man die einzelnen Berufshauptgruppen miteinander, so fällt auf, dass bei den Beschäftigten im Alter von unter 20 Jahren bereits beträchtliche Unterschiede bei den krankheitsbedingten Ausfallzeiten bestehen. Zwischen den Hoch- und Tiefbauberufen und den Beschäftigten im Bereich Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung beträgt dieser Unterschied bereits etwas mehr als eine Kalenderwoche (Differenz 7,4 AU-Tage je Beschäftigten). Dieser Abstand zwischen den Berufen steigt mit zunehmendem Alter

Diagramm 1.4.16 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufshauptgruppen (KldB 2010) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)



sogar noch an und ist in der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen mit mehr als drei Kalenderwochen (Differenz 22,4 AU-Tage je Beschäftigten) am größten. Bemerkenswert ist auch die unterschiedliche Ausprägung des deutlichen Rückgangs der Fehltage im Übergang zur bisher gültigen Regelaltersgrenze von 65 Jahren. Ist bei den Beschäftigten im Bereich Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung im Verhältnis ein nur geringer Rückgang (Differenz 7,1 AU-Tage je Beschäftigten) zu beobachten, so beträgt dieser Unterschied bei den Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten deutlich mehr als drei Kalenderwochen (Differenz 25,4 AU-Tage je Beschäftigten).

Parallel zu den Wirtschaftsgruppen werden in **III** Diagramm 1.4.17 die Fehlzeiten betrachtet, die ausschließlich von meldepflichtigen Arbeitsunfällen verursacht werden. Auch bei den hier dargestellten Berufshauptgruppen zeigt sich eine deutliche Spreizung der Werte zwischen den im Bereich Hoch- und Tiefbau Tätigen (1.452 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte) und den im Bereich der Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung Tätigen (111 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte). Wiederum wird deutlich, dass insbesondere das produzierende Gewerbe bzw. die handwerklichen Berufe besonders stark von Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfällen betroffen sind. Das zeigt sich nicht nur in den AU-Tagen, sondern auch in ihrem Verhältnis zu allen Fehltagen je Berufshauptgruppe. So sind bei den landwirtschaftlichen (Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe: 8,5% aller AU-Tage), den handwerklichen (Hoch- und Tiefbauberufe: 7,4% aller AU-Tage) und den produzierenden Berufen (Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung: 4,6% aller AU-Tage) die höchsten Anteile der Fehltage aufgrund von Arbeitsunfällen an allen AU-Tagen zu finden. Dagegen trägt dieser Anteil bei Berufen der Finanzdienstleistungen, des Rechnungswesens und der Steuerberatung gerade einmal 1%.

Auch regional variieren die Fehlzeiten innerhalb einzelner Berufsgruppen zum Teil sehr stark (**III** Diagramm 1.4.18). Exemplarisch werden die AU-Tage von fünf Berufshauptgruppen aus unterschiedlichen Bereichen (Fertigung, Produktion, Dienstleistungen) im Vergleich zwischen den Bundesländern betrachtet. Die Differenz zwischen dem Bundesland mit den meisten bzw. den wenigsten Fehltagen beträgt, je nach Beruf, zwischen 6,8 AU-Tagen (Reinigungsberufe) und 9,3 AU-Tagen (Verkehrs- und Logistikberufe). Ein deutliches Ost-West-Gefälle lässt sich vor allem bei den medizinischen Gesundheits-

berufen, den Verkehrs- und Logistikberufen sowie den Berufen im Bereich Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung feststellen. Hier sind jeweils die neuen Bundesländer mit den meisten krankheitsbedingten Fehltagen zu finden. Ein etwas anderes Bild zeigt sich zum Beispiel bei den Hoch- und Tiefbauberufen. Hier sind die Berufstätigen in Rheinland-Pfalz mit durchschnittlich 24,4 AU-Tagen je Beschäftigten an der Spitze zu finden. Dagegen haben die im gleichen Gewerbe Beschäftigten in Thüringen im Durchschnitt etwa 5 Tage weniger krankheitsbedingte Ausfallzeiten zu verzeichnen. Das Saarland ist gleich zweimal mit den meisten Fehltagen bei den Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten (27,8 AU-Tage je Beschäftigten) und den Reinigungsberufen (26,9 AU-Tage je Beschäftigten) vertreten. Dagegen sind die Berufstätigen in Baden-Württemberg und Bayern in nahezu allen betrachteten Berufshauptgruppen mit den wenigsten krankheitsbedingten Fehlzeiten zu finden. Es lässt sich also feststellen, dass die Arbeitsbedingungen und -belastungen nicht nur zwischen den Berufen unterschiedlich ausgeprägt sind, sondern zusätzlich auch noch regional variieren. Neben der in den Bundesländern unterschiedlichen sozioökonomischen Lage spielt hier auch die ungleiche medizinische Versorgungslage – insbesondere im Hinblick auf die Haus- und Facharztdichte – eine Rolle.

Bei der Betrachtung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach der beruflichen Tätigkeit der Beschäftigten lässt sich feststellen, dass neben Merkmalen wie Alter und Geschlecht vor allem die (regionalen) Arbeitsbedingungen und die damit verbundene körperliche und psychische Beanspruchung und Belastung einen Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen ausüben. Für eine zielgerichtete betriebliche Gesundheitsförderung bzw. ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement ist es dabei von großer Bedeutung, möglichst alle Bedingungsfaktoren, wie z.B. Schwerpunkte bei den Krankheitsarten sowie alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten, einzubeziehen. Neben der Verhaltensprävention, die bei der Person und ihrem (Gesundheits-)Verhalten selbst ansetzt, sind Maßnahmen der Verhältnisprävention mindestens genauso wichtig, insbesondere um älter werdenden Belegschaften die Möglichkeit zu geben, bis zum regulären Renteneintritt ihre Erfahrungen und ihre Arbeitskraft ihren Fähigkeiten entsprechend einzusetzen. Nur ein ganzheitlicher Ansatz hin zu einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur, der alle Akteure einbezieht, kann ein solches Ziel erreichen.

**Diagramm 1.4.17 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufshauptgruppen (KldB 2010) aufgrund von Arbeitsunfällen (Berichtsjahr 2015)**

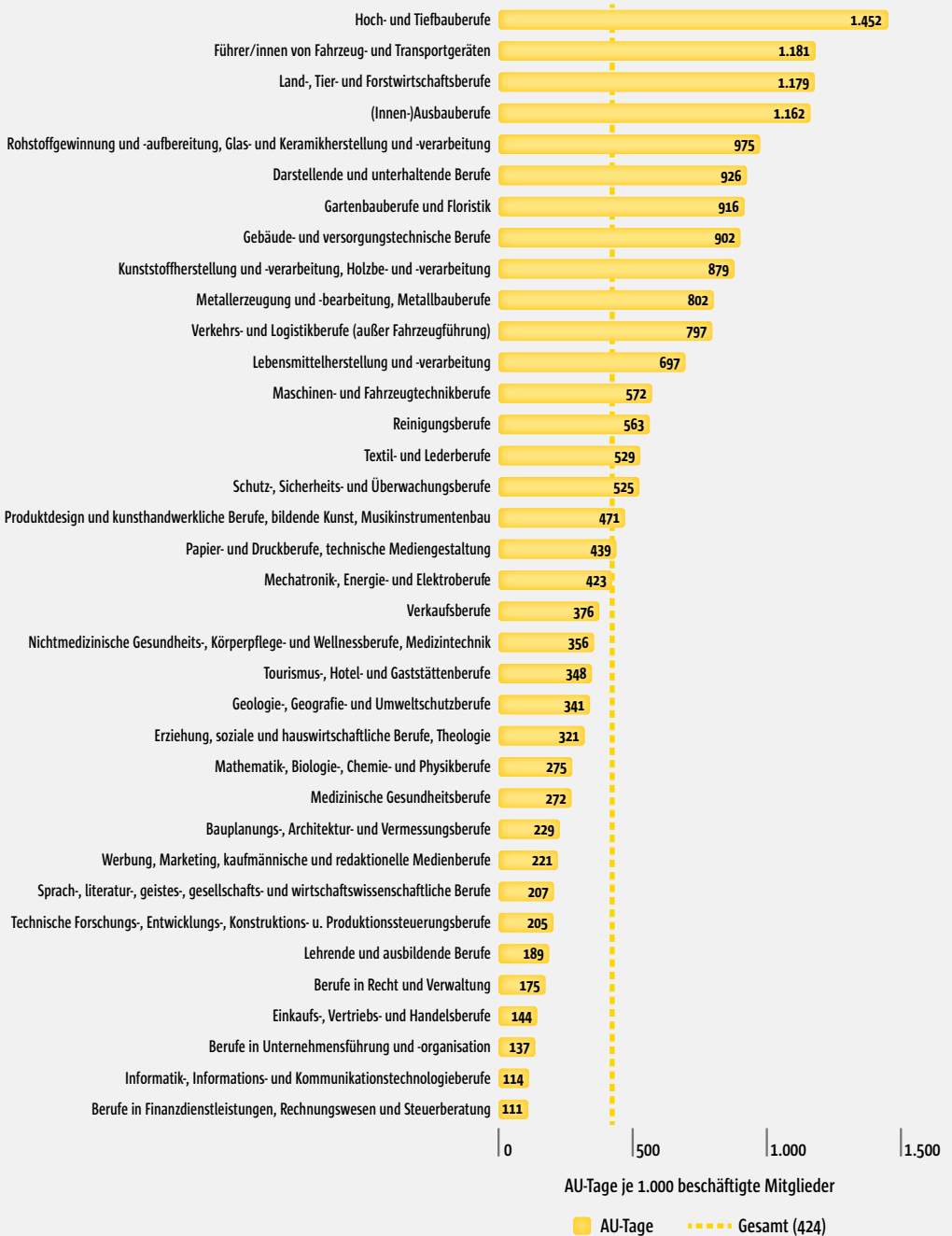
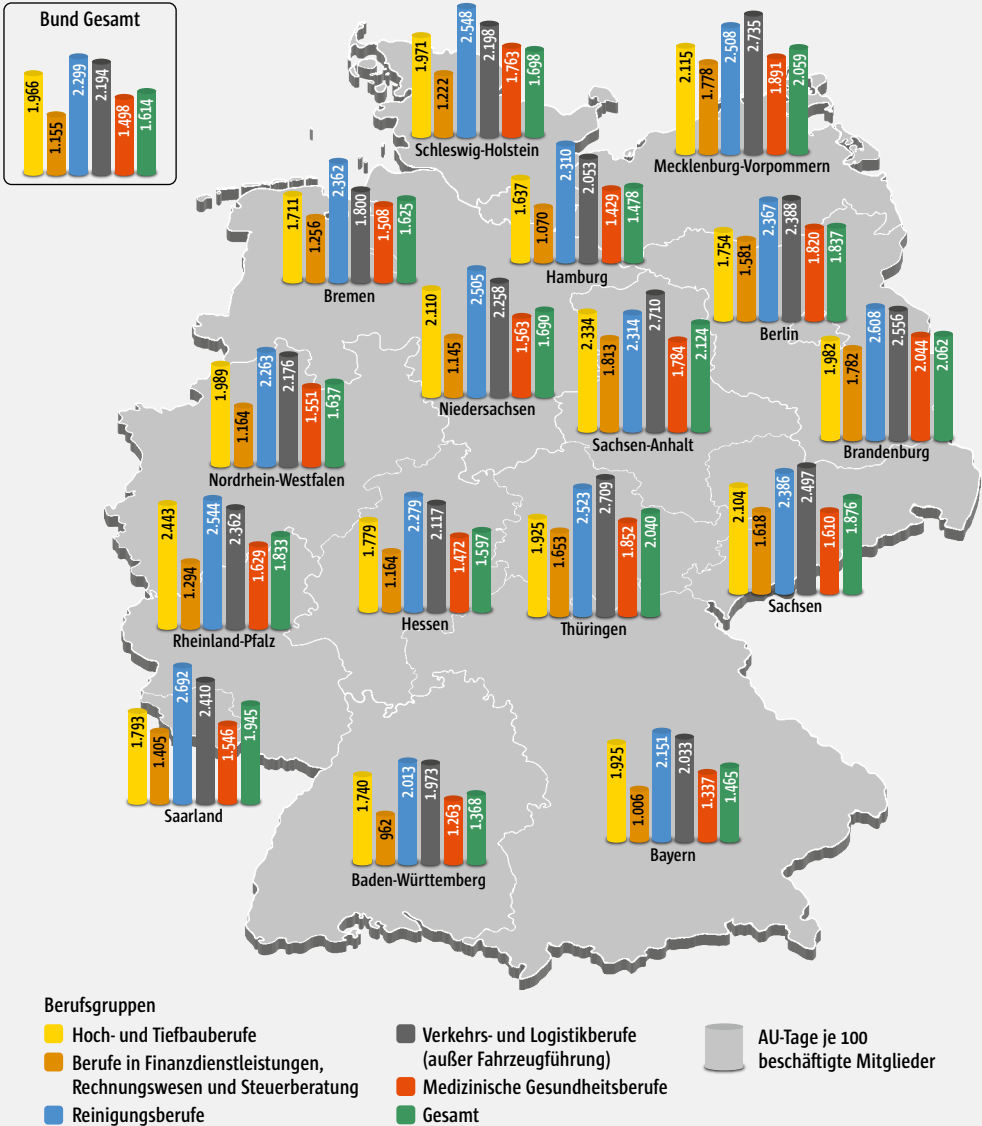


Diagramm 1.4.18 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (KldB 2010) (Berichtsjahr 2015)





**1.4.5 Auswertung nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren**

- Insbesondere Betriebe mit einer mittleren Anzahl von Beschäftigten weisen die durchschnittlich höchsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten auf.
- Kleinstbetriebe haben zwar im Schnitt die wenigsten Fehltag (13,3 AU-Tage je Beschäftigten), dort treten aber die mit Abstand längsten Falldauern auf.
- Vor allem in kleinen und mittleren Betrieben sind Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zum Gesundheitsmanagement nicht ausreichend vorhanden bzw. umgesetzt.

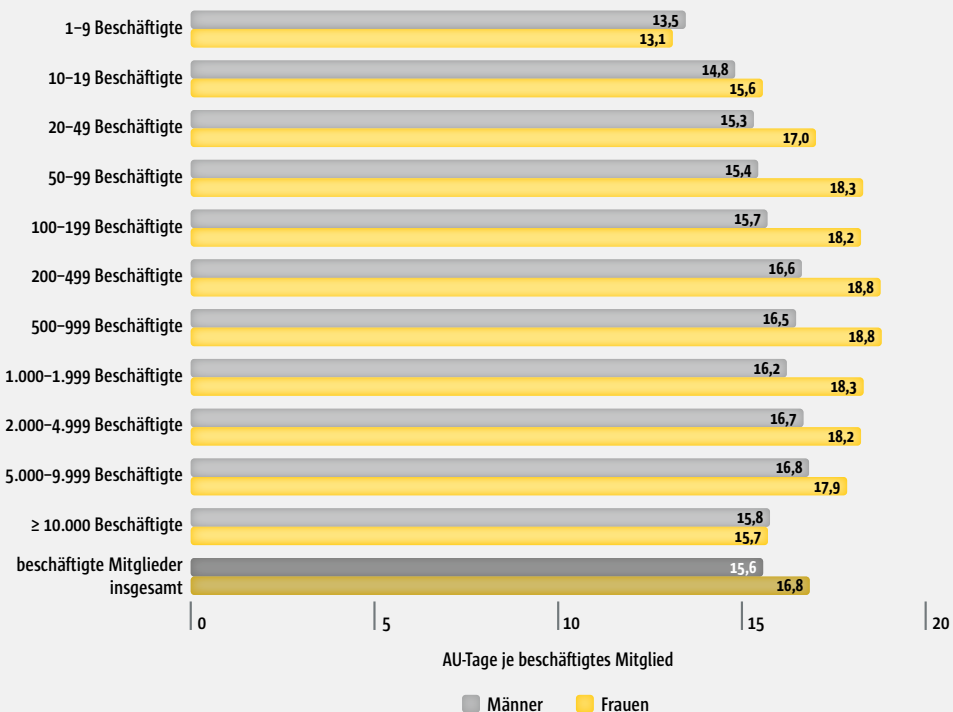
**Betriebsgröße**

Neben der Betrachtung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens nach Wirtschafts- und Berufsgruppen stehen noch weitere arbeitsweltliche Indikatoren für eine differenzierte Betrachtung zur Verfügung. Ein Unternehmensmerkmal stellt dabei die Betriebsgröße dar. Daneben erschließen sich über den Tätigkeitsschlüssel des Beschäftigten noch weitere Möglichkeiten

einer vertiefenden Auswertung. So kann z.B. zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten mit und ohne befristeten Arbeitsvertrag, nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit, der Wahrnehmung einer Führungsposition sowie der Arbeitnehmerüberlassung (Leiharbeit) unterschieden werden. Im Folgenden soll auf die einzelnen benannten Aspekte eingegangen werden.

In **»»** Diagramm 1.4.19 sind die AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht aufgegliedert. Hier zeigt sich – wie auch schon in den Vorjahren – ein kontinuierlicher Anstieg der Fehltag mit steigender Größe, der seinen Maximalwert von 17,6 AU-Tagen je Beschäftigten bei einer Betriebsgröße zwischen 200–499 Berufstätigen erreicht, um dann mit zunehmender Mitarbeiteranzahl wieder abzunehmen. In Unternehmen mit mehr als 10.000 Beschäftigten ist dieser Durchschnittswert im Vergleich fast 2 Kalendertage niedriger (15,8 AU-Tage je Beschäftigten). Insbesondere bei der kleinsten und der größten Klasse zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen, während diese in den mittleren Bereichen wesentlich ausgeprägter sind. In Betrieben mit weniger als 10 Beschäftigten sind die mit Abstand geringsten Fehlzeiten zu fin-

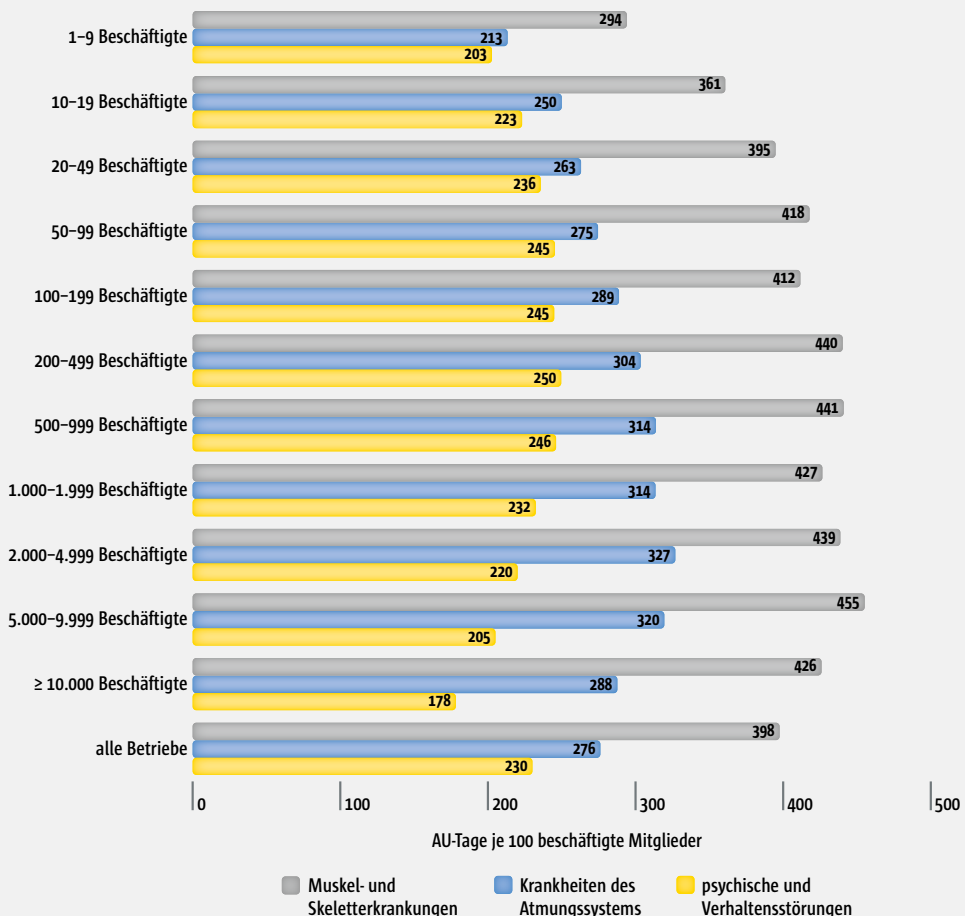
**Diagramm 1.4.19 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)**



den (13,3 AU-Tage je Beschäftigten), an zweiter Stelle kommen Großunternehmen (> 10.000 Beschäftigte) mit durchschnittlich 15,8 AU-Tagen je Berufstätigen. Hierfür sind vermutlich zwei unterschiedliche Effekte verantwortlich: In der Mehrzahl der Großunternehmen gibt es zahlreiche Angebote im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements, wie auch unsere diesjährigen Gastautorenbeiträge im **»** Schwerpunkt Praxis eindrucksvoll belegen. In den Kleinstunternehmen sind es dagegen möglicherweise kürzere Kommunikationswege, ein enger Zusammenhalt und ein Aufeinanderangewiesensein, was im Sinne einer starken sozialen Unterstützung wirksam wird, wobei hier in der Regel keine strukturierten Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorhanden sind. Wie

im Gesundheitsreport 2015 aber auch gezeigt werden konnte, ist der Anteil der Langzeiterkrankungen in diesen Kleinstbetrieben besonders hoch, was u. a. daran liegen kann, dass Beschäftigte zum Teil krank zur Arbeit gehen und erst dann, wenn es gar nicht mehr geht, krankheitsbedingt viel länger ausfallen als in Großunternehmen. Insbesondere in den Kleinstbetrieben kann ein solcher Ausfall nur schlecht kompensiert werden. Gesundheitsförderung und -management sind – im Verhältnis zu den Großunternehmen – aber auch bei einer Vielzahl von mittleren Unternehmen nur unzureichend vorhanden. Deshalb fokussiert zum Beispiel die BKK Initiative „Gesund. Stark. Erfolgreich.“ ([www.der-gesundheitsplan.de](http://www.der-gesundheitsplan.de)) mit ihrem Gesundheitsplan für den Betrieb vor allem auch auf kleine und mittlere Unternehmen.

Diagramm 1.4.20 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Betriebsgrößen (Berichtsjahr 2015)



In **»»** Diagramm 1.4.20 werden die AU-Tage noch einmal differenzierter für die drei für das Fehlzeiten-geschehen wichtigsten Diagnosehauptgruppen in Abhängigkeit von der Betriebsgröße betrachtet. Zunächst wird sichtbar, dass sich auch in der Betrachtung der AU-Tage aufgrund einzelnen Krankheitsarten deren Verteilung nach Betriebsgröße im Wesentlichen nicht von der aller AU-Tage unterscheidet – auch hier steigen die AU-Tage mit zunehmender Größe des Unternehmens an, um dann ab den mittleren Kategorien wieder abzunehmen. Über alle Betriebsgrößen hinweg verursachen die Muskel- und Skeletterkrankungen die mit Abstand meisten AU-Tage, gefolgt von den Atemwegserkrankungen und den psychischen Störungen. Unabhängig von der Betriebsgröße geht mehr als jeder zweite AU-Tag auf eine dieser drei Krankheitsarten zurück. Ein etwas anderes Bild ergibt sich aber, wenn man die prozentualen Anteile der AU-Tage je Diagnosehauptgruppe an allen AU-Tagen pro Betriebsgröße betrachtet. In Betrieben mit 1–9 Mitarbeitern sind die Muskel- und Skeletterkrankungen für 22,2% aller Fehltagere verantwortlich. Dieser Anteil steigt nahezu kontinuierlich an und erreicht mit 27,0% seinen Höchststand bei den Unternehmen mit mehr als 10.000 Mitarbeitern. Eine ähnlicher, wenn auch nicht ganz so deutlicher Zusammenhang ist auch bei den Fehltagen aufgrund von Atemwegserkrankungen zu beobachten (16,1% vs. 18,3%). Umgekehrt verhält es sich dagegen bei den psychischen Störungen – hier nehmen die Anteile mit zunehmender Betriebsgröße ab (15,3% vs. 11,3%).

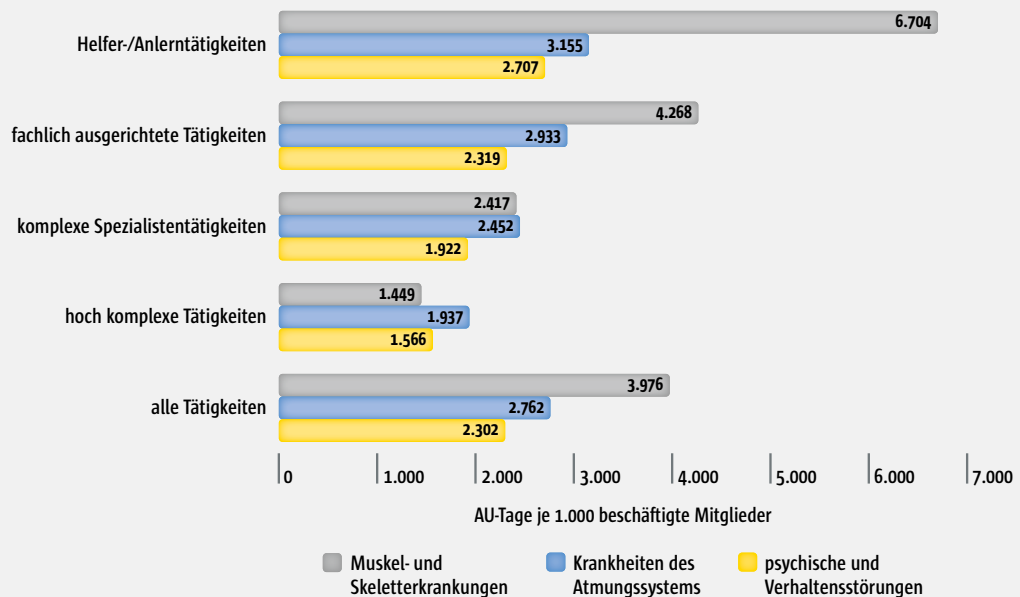
Von Interesse sind auch die – hier nicht dargestellten – AU-Tage, die auf Arbeitsunfälle zurückzuführen sind. Diese sind zum Beispiel in Unternehmen mit 20–49 Beschäftigten (49,1 AU-Tage je 100 Beschäftigte) mehr als doppelt so hoch wie in Großunternehmen mit mehr als 10.000 Beschäftigten (22,2 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

- Ein höheres Anforderungsniveau einer Tätigkeit geht mit niedrigeren Fehlzeiten einher.
- Fast jeder 3. AU-Tag (30,8%) bei Helfer- bzw. Anlern-tätigkeiten geht auf eine Muskel- und Skelett-erkrankung zurück.
- Angestellte mit hoch komplexen Tätigkeiten sind zwar weniger häufig von Fehltagen aufgrund von psychischen Störungen betroffen (1,6 AU-Tage je Beschäftigten), allerdings gehen 17,2% aller AU-Tage in dieser Gruppe auf diese Krankheitsart zurück (Helfer-/Anlern-tätigkeiten: 12,4%).

Ein weiteres Kennzeichen der Beschäftigung, welches sich aus dem Tätigkeitsschlüssel ableiten lässt, ist das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit. Dieses Merkmal wird auf Basis der 5. Stelle im Tätigkeitsschlüssel definiert und hat die Ausprägungen Helfer-/Anlern-tätigkeiten, 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 ein Berufsabschluss als Voraussetzung definiert, bei hoch komplexen Tätigkeiten wird dagegen ein Hochschulabschluss auf Diplom-/Masterniveau vorausgesetzt. Insofern gibt es hier gewisse Überschneidungen zur Betrachtung des AU-Geschehens nach dem höchsten beruflichen Bildungsabschluss. Entsprechend fällt das Muster in **»»** Diagramm 1.4.21 ähnlich dem nach dem höchsten beruflichen Abschluss aus – die AU-Tage insgesamt nehmen mit zunehmendem Anforderungsniveau deutlich ab, und zwar von durchschnittlich 21,8 AU-Tagen je Beschäftigten bei Helfer-/Anlern-tätigkeiten bis hin zu 9,1 AU-Tagen je Beschäftigten mit hoch komplexen Tätigkeiten. Auch bezogen auf die drei dargestellten Krankheitsarten lässt sich dieses Muster erkennen, am eindrucksvollsten bei den Muskel- und Skeletterkrankungen. So weisen die in Helfer- und Anlern-tätigkeiten Beschäftigten mehr als 4-mal so viele Fehltagere auf wie diejenigen mit einer hoch komplexen Tätigkeit. Es ist zu vermuten, dass mit steigendem Komplexitätsgrad auch die körperlich beanspruchenden und belastenden Arbeitsanteile abnehmen und somit weniger Fehltagere aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen auftreten. Fast jeder dritte (30,8%) AU-Tag bei den Helfer- und Anlern-tätigkeiten geht auf eine Muskel- und Skeletterkrankung zurück – bei den hoch komplexen Tätigkeiten beträgt dieser Anteil gerade einmal 15,9%. Auch für die Atemwegserkrankungen und die psychischen Störungen ist mit zunehmendem Anforderungsniveau eine Abnahme der Fehltagere zu beobachten. Bezogen auf ihre Anteile an allen AU-Tagen zeigt sich aber ein etwas anderes Bild als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen: Werden z. B. nur 14,5% aller AU-Tage bei den Helfer- und Anlern-tätigkeiten durch Atemwegserkrankungen verursacht, so beträgt dieser Anteil bei den hoch komplexen Tätigkeiten 21,3%. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den psychischen Störungen – hier betragen die Anteile für die beiden oben genannten Gruppen 12,4% vs. 17,2%. Trotz der Abnahme der Fehltagere mit zunehmendem Anforderungsniveau haben diese innerhalb der einzelnen Gruppen unterschiedliche Gewichte, was wieder-

Diagramm 1.4.21 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



rum für die Planung von spezifischen gesundheitsfördernden Maßnahmen von Bedeutung sein kann.

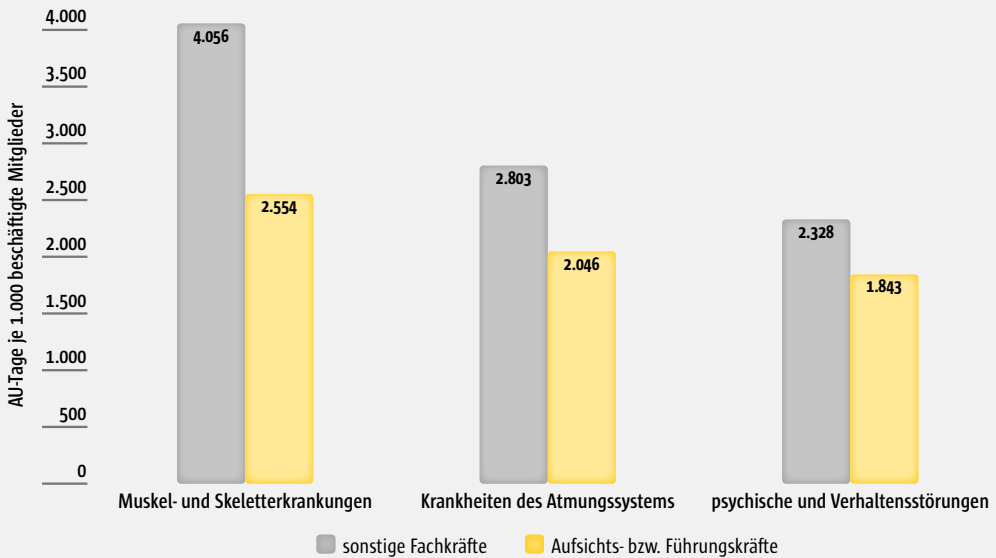
#### Aufsichts- und Führungskräfte

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung weisen insgesamt weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten als andere Fachkräfte auf (11,8 vs. 16,4 AU-Tage je Beschäftigten).
- Lediglich beim Burn-out-Syndrom (Z73) weisen die Beschäftigten mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung tendenziell höhere Fehlzeiten auf.

Eine Besonderheit im Tätigkeitsschlüssel stellt die 4. Stelle dar. Ist diese mit einer „9“ angegeben, so handelt es sich bei dem Beschäftigten um eine Aufsichts- bzw. Führungskraft. Diese Beschäftigten tragen also in der Regel mehr Verantwortung als eine normale Fachkraft. Etwas mehr als jedes zwanzigste beschäftigte BKK Mitglied (5,3%) ist dieser Gruppe zuzuordnen. In **»»»** Diagramm 1.4.22 sind jeweils für die Muskel- und Skeletterkrankungen, die Atemwegserkrankungen und die psychischen Störungen die AU-Tage der Beschäftigten mit und ohne Führungsverantwortung gegenübergestellt. Es zeigt sich für alle Krankheitsarten, dass Beschäftigte mit Füh-

rungsverantwortung weniger krankheitsbedingte Fehltagetage (11,8 AU-Tage je Beschäftigten) als solche ohne Führungsverantwortung (16,4 AU-Tage je Beschäftigten) aufweisen. Besonders gravierend ist dieser Unterschied bei den Muskel- und Skeletterkrankungen. Zu vermuten ist, dass der Anteil der körperlich beanspruchenden und belastenden Tätigkeiten bei den sonstigen Fachkräften deutlich höher ist und dadurch auch mehr Fehltagetage aufgrund dieser Krankheitsart anfallen. Ebenfalls in die gleiche Richtung, wenn auch nicht so stark ausgeprägt, zeigt das Bild bei den psychischen Störungen. Dass der Abstand hier nicht so hoch ausfällt, überrascht wenig, sind doch Führungskräfte deutlich häufiger stressreichen Situationen ausgesetzt. Dies zeigt sich auch in der Betrachtung der AU-Tage, die auf das sogenannte Burn-out-Syndrom (Z73) zurückgehen. Haben Führungskräfte hier im Schnitt 96,7 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte, so sind es bei den übrigen Fachkräften wesentlich weniger (69,2 AU-Tage je 1.000 Beschäftigte).

Diagramm 1.4.22 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung für ausgewählte Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



### Vertragsform

- Befristet Vollzeitbeschäftigte haben wesentlich weniger Fehltagen (13,9 AU-Tage) als Beschäftigte in allen anderen Vertragsformen.
- Aufgrund des niedrigen Durchschnittsalters in dieser Gruppe ist zu vermuten, dass hier ein großer Teil von Personen z.B. innerhalb einer Probezeit tätig ist. Möglicherweise lassen sich Beschäftigte in dieser Gruppe weniger häufig krankschreiben, um die Chancen für eine Übernahme in eine unbefristete Anstellung zu verbessern.

Auch die Vertragsform hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf das AU-Geschehen der Beschäftigten, wie in **III** Diagramm 1.4.23 zu sehen ist. Insgesamt unterscheiden sich die unbefristet Beschäftigten unabhängig vom Stellenumfang (Voll- vs. Teilzeit) nur unwesentlich in ihren Fehlzeiten (16,2 vs. 16,4 AU-Tage je Beschäftigten), wohl gibt es aber einen deutlichen Unterschied, ob jemand befristet vollzeit- (13,9 AU-Tage je Beschäftigten) oder befristet teilzeitbeschäftigt ist (15,6 AU-Tage je Beschäftigten). Insbesondere für die Gruppe der befristet Vollzeitbeschäftigten ist als Hauptgrund für die niedrigen Kennwerte zu vermuten, dass die Berufstätigen krankheitsbedingte Ausfallzeiten vermeiden, weil sie sich (z.B. in der Probezeit) dadurch hö-

here Übernahmekancen im Sinne einer Entfristung erhoffen.

Ein weiterer Erklärungsansatz für die bestehenden Unterschiede ist die Alters- und Geschlechtsstruktur innerhalb der einzelnen Vertragsformen (**III** Diagramm 1.4.24). Die überwiegende Mehrheit der befristet bzw. unbefristet Teilzeitbeschäftigten sind Frauen. Dies kann u.a. mit dem nach wie vor vorherrschenden Rollenverständnis zusammenhängen, dass sich meist die Frauen um die Erziehung der Kinder oder die Betreuung von (erkrankten) Angehörigen kümmern und entsprechend verkürzt arbeiten gehen. Gerade aufgrund dieser Doppelbelastung unterscheiden sich die unbefristet Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten in ihren Fehlzeiten kaum voneinander. Hinzu kommt aber auch, dass Frauen zum Teil deutlich weniger Gehalt als Männer bekommen (*gender pay gap*). Insbesondere in einer Partnerschaft spielen dann auch ökonomische Gründe für die Wahl des Beschäftigungsumfangs eine wesentliche Rolle. Für die Hypothese, dass ein großer Teil der befristet Vollzeitbeschäftigten auch innerhalb einer Probezeit beschäftigt ist und deshalb deutlich weniger AU-Tage als in allen anderen Vertragsformen aufweist, spricht das wesentlich niedrigere Durchschnittsalter im Vergleich zu allen anderen Beschäftigungsarten. Aber auch Auszubildende, die in der Regel über einen befristeten Vollzeitvertrag verfügen, fallen in diese Kategorie.

Diagramm 1.4.23 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform (Berichtsjahr 2015)

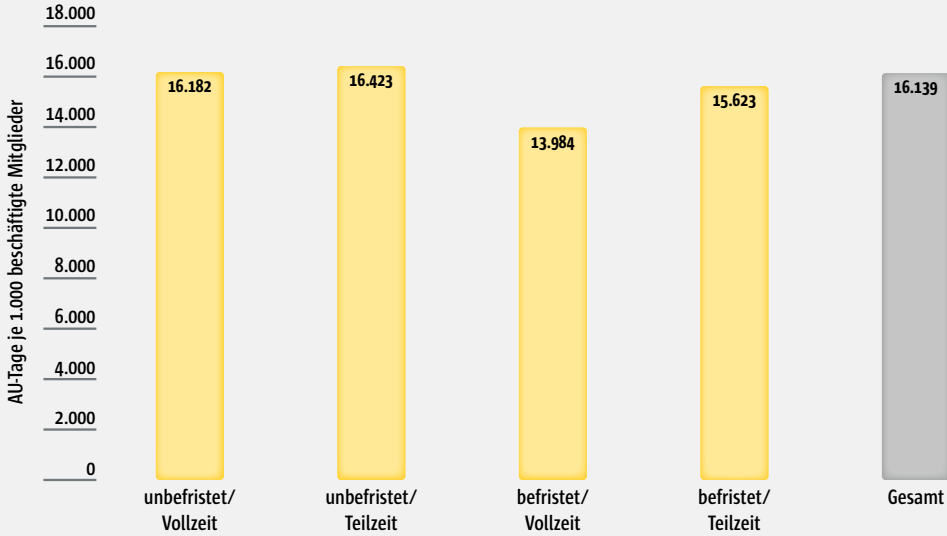


Diagramm 1.4.24 Vertragsform der beschäftigten Mitglieder nach Geschlecht und Durchschnittsalter (Berichtsjahr 2015)



**Arbeitnehmerüberlassung**

- Leih- bzw. Zeitarbeiter weisen durchschnittlich 1,7 AU-Tage mehr Fehlzeiten je Beschäftigten als solche mit einem regulären Arbeitsvertrag auf.
- Zwischen den Berufen differieren die Unterschiede zwischen Leiharbeitern und regulär Angestellten stark. So sind Leiharbeiter in Land-, Forst- und Gartenbauberufen durchschnittlich 5,5 AU-Tage weniger krankgeschrieben, hingegen sind es bei den Gesundheitsberufen 4,2 AU-Tage mehr als die regulär Angestellten.

Zum Abschluss dieses Kapitels widmen wir uns der Frage, inwieweit die Anstellung über eine Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ausübt. Lediglich 2,2% aller beschäftigten BKK Mitglieder sind über eine Arbeitnehmerüberlassung bei einem Unternehmen angestellt. Davon sind mehr als zwei Drittel (68,7%) Männer. Im Durchschnitt sind die über eine Arbeitnehmerüberlassung Angestellten etwas jünger als die restlichen Beschäftigten (38,4 vs. 42,0 Jahre). Besonders häufig ist Leiharbeit bei Berufen in der Metallherzeugung und -bearbeitung (7,4%) und den Verkehrs- und Logistikberufen (6,1%) zu finden, am seltensten bei den Berufen in Recht und Verwaltung (0,5%) sowie bei den lehrenden und auszubildenden Berufen (0,3%).

Wie in **»»»** Diagramm 1.4.25 zu erkennen ist, weisen sowohl die Männer als auch die Frauen, die über eine Arbeitnehmerüberlassung beschäftigt sind, mehr Fehlzeiten auf als solche, die nicht eine solche Anstellungsform aufweisen. Im Durchschnitt sind es bei den Männern 1,3 AU-Tage und bei den Frauen 2,9 AU-Tage je Beschäftigten, die Leih- bzw. Zeitarbeiter länger krank sind. Ein ähnliches Verhältnis findet sich bei der Anzahl der AU-Fälle. Bezogen auf die Dauer pro Krankheitsfall unterscheiden sich Leiharbeiter von normalen Angestellten jedoch nicht (11,2 vs. 11,5 Tage je Fall). Besonders häufig sind Leiharbeiter dabei von Fehltagen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen (4,5 vs. 3,9 AU-Tage je Beschäftigten) und von Verletzungen/Vergiftungen (2,2 vs. 1,7 AU-Tage je Beschäftigten) betroffen. Es ist zu vermuten, dass Leiharbeiter trotz gleicher Tätigkeit unter einer höheren Arbeitsbelastung und teilweise schlechteren Arbeitsbedingungen tätig sind. Zudem wirkt sich die permanente Arbeitsplatzunsicherheit ebenfalls negativ auf den Gesundheitszustand dieser Beschäftigtengruppe aus.

Dass dies nicht für alle Berufe in gleichem Maße gilt, ist aus **»»»** Diagramm 1.4.26 abzuleiten. Insbesondere bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, den Fertigungsberufen und den Verkehrs- und Logistikberufen haben die über Leiharbeit Beschäftigten im Mittel weniger krankheitsbedingte Ausfallzeiten

**Diagramm 1.4.25 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung (Berichtsjahr 2015)**

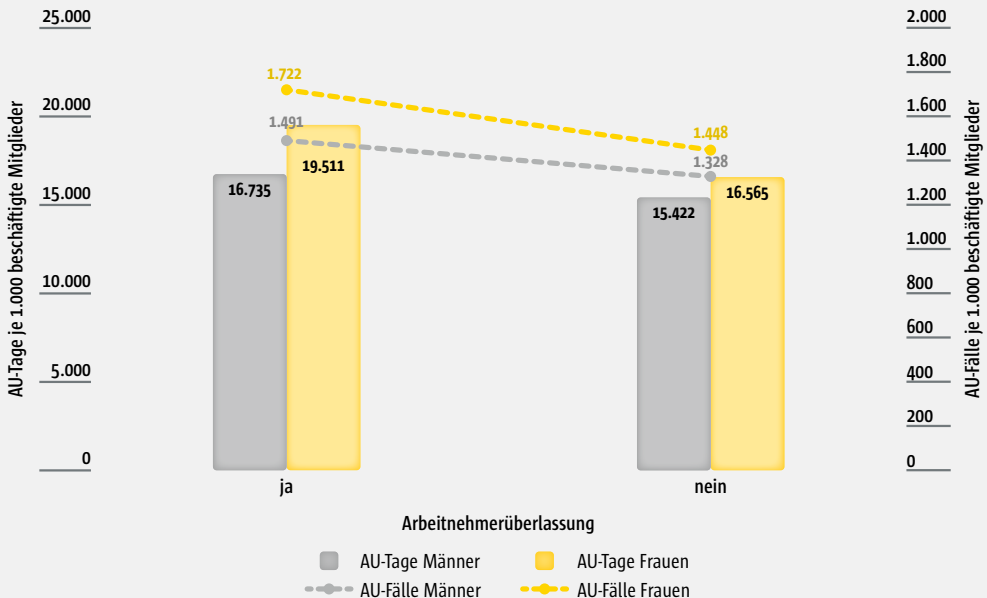
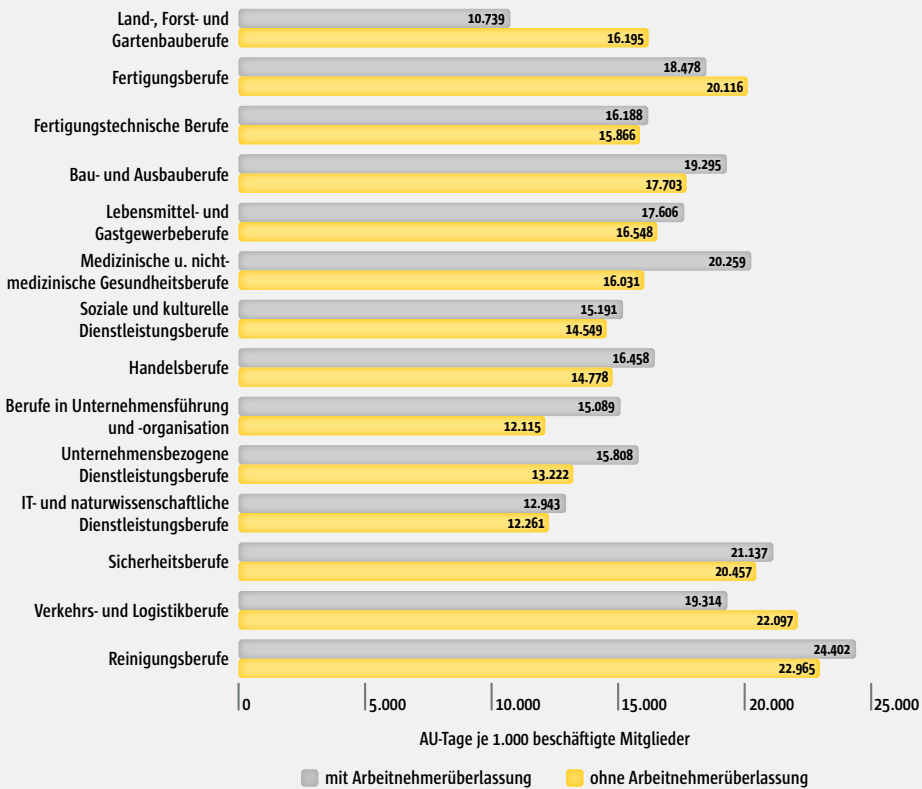


Diagramm 1.4.26 AU-Tage der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2015)



als die mit einem regulären Vertrag Tätigen. Bei allen anderen Berufssegmenten zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Besonders auffällig sind die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe – hier weisen die über Leiharbeit Beschäftigten im Schnitt 4,2 AU-Tage mehr auf als die Beschäftigten mit einer regulären Anstellung. Neben den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und Belastungen in den einzelnen Berufsgruppen spielt sicherlich auch der Arbeitskräftebedarf eine wesentliche Rolle. So gibt es im Gesundheitswesen (z.B. Alten- und Krankenpflege) eine weitaus höhere Nachfrage an Fachkräften, als diese am Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

#### Ausblick

Die Analysen zum Schwerpunktthema konnten auf Basis der zahlreichen betrachteten arbeitsweltlichen Indikato-

ren deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Beschäftigten detailliert herausarbeiten. So zeigen sich zum Teil gravierende Unterschiede in den AU-Kennzahlen zwischen den verschiedenen Anforderungsniveaus der Tätigkeit, der Wahrnehmung einer Führungsrolle, der Vertragsform sowie der Beschäftigung in Leiharbeit. Diese Unterschiede sind zu einem nicht unerheblichen Teil auch durch die jeweils damit verbundenen Arbeitsbedingungen begründet. Andererseits spielen hier im Hintergrund auch Merkmale der schulischen und beruflichen Ausbildung eine Rolle, wie zum Beispiel beim Anforderungsniveau einer Tätigkeit. Aber auch die beschriebenen Unterschiede bei den Fehlzeiten zwischen typischen und atypischen Beschäftigungsformen zeigen, dass eine Verhältnisprävention insbesondere hier auch zum Abbau dieser Differenzen beitragen kann. Nicht zuletzt haben auch die Größe des Betriebes und die damit verbundenen Effekte bzw. gesundheitsförderlichen Strukturen und Maßnahmen Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Insbesondere kleine und mittlere Unternehmen haben hier



mehr Nachhol- und Unterstützungsbedarf. Dabei sind maßgeschneiderte Lösungen gefragt, wie die vorliegenden Auswertungen nach arbeitsweltlichen Gesichtspunkten eindrucksvoll belegen konnten. Dass die Betriebskranken-

kassen hierzu aufgrund ihrer Unternehmensnähe geradezu prädestiniert sind, zeigen die erfolgreichen Projekte, die unter anderem im diesjährigen Kapitel **»»** Schwerpunkt Praxis präsentiert werden.

# Unternehmen gefragt



aus: Knieps F | Pfaff H (Hrsg.) „Gesundheit und Arbeit“. BKK Gesundheitsreport 2016.

ISBN 978-3-95466-282-1, urheberrechtlich geschützt

© 2016 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.



## Interview mit Dr. Christian Gravert



Dr. Christian Gravert  
Leitender Arzt  
der Deutschen Bahn AG

Seit mehr als 10 Jahren leiten Sie das Gesundheitsmanagement der Deutschen Bahn. Welche Schwerpunkte setzt Ihr Unternehmen in der Personalstrategie insbesondere im Hinblick auf Mitarbeitergesundheit und deren Förderung?

Die Personalstrategie der Deutschen Bahn leitet sich aus der Unternehmensstrategie DB 2020+ ab. Im Zentrum von DB 2020+ steht die Überzeugung, neben den in der Vergangenheit vorrangigen wirtschaftlichen Zielen auch soziale und ökologische Ziele stärker zu gewichten. Das Ziel, „profitabler Qualitätsführer“ zu sein, steht gleichwertig neben den Zielen „Umwelt-Vorreiter“ und „Top-Arbeitgeber“. Als Top-Arbeitgeber gewinnen und binden wir qualifizierte Mitarbeiter, die mit Begeisterung für die DB und ihre Kunden arbeiten.

Vor diesem strategischen Hintergrund hat die Gesundheit der Mitarbeiter für uns einen hohen Stellenwert. Im Demografie-Tarifvertrag haben wir mit der Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) ein Bündel an Maßnahmen zum langfristigen Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit vereinbart. Ein vergleichbarer Tarifvertrag besteht mit der Gewerkschaft Deutscher Lokführer (GDL). Mit einem breiten Portfolio von Projekten und Maßnahmen fördern wir langfristig die Gesundheit unserer Mitarbeiter. Dies reicht von der Neudefinition der Anforderungen an die ge-

sundheitliche Eignung unserer Mitarbeiter über ergonomische Verbesserungen an Arbeitsplätzen und verschiedene Projekte zur psychischen Gesundheit bis hin zur umfassenden Inklusion behinderter Menschen und innovativen Angeboten in der individuellen Gesundheitsförderung.

Welche Erfahrungen hat Ihr Unternehmen mit Gesundheitsförderung bzw. -management gemacht? Welche Unterstützung erfahren Sie dabei auch durch die BAHN-BKK?

Ein modernes Gesundheitsmanagement im Sinne eines strukturierten Handelns hat die Deutsche Bahn ab 1998 eingeführt. Zunächst ging es vorrangig um den Aufbau verlässlicher Strukturen vom Gesundheitszirkel vor Ort bis zum Steuerkreis auf strategischer Ebene. Inhaltlich standen als erstes Fehlzeitengespräche und die Betriebliche Sozialberatung mit einem Schwerpunkt auf Suchtberatung im Vordergrund. Es schlossen sich verschiedene Programme zur Verbesserung der individuellen Fitness unserer Mitarbeiter an, d.h. Nichtrauchen, Ernährung und Bewegung. Schon damals wurde deutlich, dass es stark um die Förderung von Selbstwirksamkeit geht. Letztlich findet Gesundheit zum Großteil im Kopf jedes Einzelnen statt. Dies gilt umso mehr bei der Förderung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt. An der gleichnamigen Initiative PsyGA unter Leitung des BKK Dachverbandes haben wir von Anfang an aktiv mitgewirkt. Die BAHN-BKK hat uns auf diesem Weg seit der ersten Stunde eng begleitet und unsere Schwerpunkte unterstützt. Bei den Maßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung trägt die BAHN-BKK mit ihrem Netzwerk Gesundheit und einem gut besetzten Präventionsteam den größten Anteil.

Lange haben wir die Gesundheitsförderung über sogenannte Leuchttürme, d.h. Best-practice-Beispiele und über die Teilnahme an Unternehmenswettbe-

werben wie dem BKK Unternehmenspreis Gesundheit vorangetrieben. Dadurch wurden wichtige Angebote entwickelt und bekannt gemacht. Die Akteure in den Projekten erhielten viel Wertschätzung und die diversen Unternehmenspreise haben auf unser Ziel „Top-Arbeitgeber“ eingezahlt. Die Ergebnisse unserer regelmäßigen Mitarbeiterbefragungen haben leider gezeigt, dass unsere Angebote bei vielen Mitarbeitern noch nicht hinreichend bekannt sind. Deshalb verstärken wir jetzt den systematischen Ansatz im Gesundheitsmanagement. Jetzt geht es gewissermaßen darum, auch das Gelände zwischen den Leuchttürmen gleichmäßig auszuleuchten. Dies wollen wir erreichen, indem wir die Kommunikation der Experten untereinander und mit den Beschäftigten über neue soziale Netzwerke und andere IT-Angebote intensivieren. Zudem wollen wir den Anteil hauptamtlicher Gesundheitsmanager bei der DB erhöhen und ein gemeinsam mit der BAHN-BKK neu entwickeltes Gütesiegel für das Betriebliche Gesundheitsmanagement einführen. Wir versprechen uns davon, dass die Bedarfe unserer Betriebe für eine gezielte Unterstützung bei Gesundheitsthemen durch die BAHN-BKK sichtbarer und die Erfolge von Maßnahmen besser nachweisbar werden.

Ich bin mir sicher, dass auch andere Unternehmen und Betriebskrankenkassen von diesem Gütesiegel profitieren können. Maßnahmen und Programme im Betrieblichen Gesundheitsmanagement müssen sich an einer Bedarfsanalyse ausrichten. Für deren Durchführung haben die Betriebskrankenkassen als unternehmensnahe Kassen aus meiner Sicht die größte Expertise.

### Die Arbeitswelt wandelt sich: Wie kann dieser Wandel durch Gesundheitsförderung bzw. -management begleitet und befördert werden?

Die Digitalisierung ist für die Zukunft der Deutschen Bahn von enormer Bedeutung. Personal- und Gesundheitsmanagement wollen diesen Wandel vorausschauend begleiten und mitgestalten. Es geht nicht nur um den wahrgenommenen Zeitdruck in der Kommunikation oder die Veränderung von Arbeitsformen mit der Auflockerung der Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit. Es geht vor allem um den Wandel ganzer Berufsbilder und Führungsstrukturen. Belegschaften, Kulturen und die Bedürfnisse von Mitarbeitern werden immer bunter. Im Gesundheitsmanagement wird die psychische Gesundheit noch mehr als bisher in den Mittelpunkt der Anstrengungen rücken. Wir müssen die Mitarbeiter auf

den Wandel und auf neue Belastungen mental vorbereiten. Resilienz scheint zu einem gewissen Teil erlernbar zu sein. Andererseits sollten die Beurteilung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz und die Vermeidung unnötiger Belastungen noch selbstverständlicher werden. Treten bei Beschäftigten psychische Störungen auf, müssen sie besser und einfacher als bisher erkannt werden. Nur so können wir den Betroffenen rasch eine geeignete Beratung und Behandlung vermitteln. Auch beim betrieblichen Eingliederungsmanagement nach psychischen Erkrankungen sehe ich noch Verbesserungspotenzial für das Gesundheitsmanagement.

### Die Deutsche Bahn engagiert sich auch gesellschaftlich für das Thema Psychische Gesundheit?

Ja, in der Tat. Die Deutsche Bahn hat ihr gemeinnütziges Engagement in der Deutsche Bahn Stiftung gebündelt. Ich freue mich, dass wir unser Wissen aus dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement um die Defizite in der Erkennung und Versorgung von Depression in Deutschland einbringen durften und dies zu einem der Förderschwerpunkte der Deutsche Bahn Stiftung wurde. In enger Kooperation mit der Stiftung Deutsche Depressionshilfe unterstützen wir das „Forschungszentrum Depression“ in Leipzig. Dort wird sehr praxisnah an einer besseren Versorgung der Betroffenen geforscht; aktuell zum Beispiel mit einer App zur Behandlung der leichten Depression durch moderaten Schlafentzug. Mithilfe der Bündnisse gegen Depression setzen wir uns bundesweit dafür ein, Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten abzubauen und ihre Versorgung vor Ort zu verbessern.

### Auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin hat die Deutsche Bahn erstmalig ihren „medibus“ und weitere Angebote zur Gesundheitsmobilität präsentiert. Was bedeutet der Begriff Gesundheitsmobilität?

Der demografische Wandel wird die Entwicklung des ländlichen Raums in Deutschland prägen. Ohne gute Verkehrsanbindung und eine hochwertige ärztliche Versorgung wird es älteren Menschen schwerfallen, in ihrer angestammten Umgebung auf dem Land zu bleiben. Alten- und Pflegeheime können sich dort ohne eine medizinische Infrastruktur nicht ansiedeln. Diesen Zusammenhang bezeichnen wir mit dem Begriff Gesundheitsmobilität. Als Deutsche Bahn

betreiben wir komplexe Infrastruktur. Wir glauben, dass sich auch Patiententransporte vom Land in die Stadt durch eine intelligente digitale Verkehrssteuerung wirtschaftlicher und attraktiver als heute gestalten lassen. Hierzu erproben wir bereits erste Modelle mit verschiedenen Kostenträgern. Stadt- oder Reisebusse bauen wir zu leistungsfähigen Arztpraxen aus und unterstützen damit Ärztenetze und kassenärztliche Vereinigungen in ihrem Sicherstellungsauftrag in der Fläche. Einen ersten einsatz-

bereiten Prototyp des „medibus“ haben wir in Berlin gezeigt. Auch für Präventionstage im Betrieblichen Gesundheitsmanagement sind diese Fahrzeuge hervorragend geeignet, weil sie die gesamte Infrastruktur für solche Gesundheitsaktionen mitbringen. Der Bus kann gut sichtbar auf dem Werksgelände platziert werden und erübrigt die Suche nach geeigneten Räumen im Betrieb. Gemeinsam mit der BAHN-BKK haben wir mit dem „medibus“ bereits die ersten Gesundheitstage bei der DB erfolgreich durchgeführt.

## Interview mit Dr. Immanuel Hermreck



Dr. Immanuel Hermreck  
Personalvorstand  
der Bertelsmann SE & Co. KGaA

**Welche Schwerpunkte setzt Ihr Unternehmen in der Personalstrategie insbesondere im Hinblick auf Mitarbeitergesundheit und deren Förderung?**

Gesunde Mitarbeiter, die gerne und motiviert zur Arbeit kommen, sind die Basis unseres Erfolgs. Dementsprechend hohe Priorität genießt das Thema bei uns seit vielen Jahren. Um die Gesundheit unserer Mitarbeiter nachhaltig und zielgerichtet zu fördern, gibt es bei uns verschiedene Institutionen, die unterschiedliche Facetten des Bereichs Gesundheit bearbeiten: den Betriebsärztlichen Dienst, das Feld Arbeitssicherheit, den Betriebssozialdienst sowie unser vielfältiges Sportangebot. Gebündelt wird dieses Engagement im Bertelsmann Gesundheitsmanagement, um das Thema systematisch im Unternehmen zu etablieren.

Für eine wirksame Umsetzung ist es dabei unserer Erfahrung nach essenziell, zuerst die Unternehmensleitung für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren. Führungskräfte spielen in Bezug auf die Gesundheit der Mitarbeiter eine entscheidende Rolle: Sie gestalten das direkte Arbeitsumfeld, fördern und unterstützen ihre Mitarbeiter und dienen ihnen als Vorbild. Deshalb ist die Gesundheitskompetenz in allen deutschlandweiten Führungsqualifizierungen bei Bertelsmann ein wichtiger Bestandteil.

Gemeinsam mit unseren Mitarbeitervertretern haben wir vier Mindeststandards entwickelt, deren Umsetzung wir regelmäßig überprüfen. So muss zum Beispiel in jedem Bertelsmann-Unternehmen ein Arbeitskreis zum Thema Gesundheit mit Vertretern der Geschäftsführung, der Personalleitung, des Betriebsrats und der Schwerbehindertenvertretung vorhanden sein. Zudem erhält jeder Mitarbeiter Zugang zu Informationen rund um die Gesundheitsangebote bei Bertelsmann. Hierfür haben wir eine eigene Website des Bertelsmann Gesundheitsmanagements ([www.bertelsmannhealth.de](http://www.bertelsmannhealth.de)) ins Leben gerufen. Sie dient gleichzeitig der Wissensvermittlung sowie der Vernetzung aller Mitarbeiter, Führungskräfte und Verantwortlichen bei uns.

**Welche Erfahrungen hat Ihr Unternehmen mit Gesundheitsmanagement gemacht? Welche Unterstützung erfahren Sie dabei durch die eigene Betriebskrankenkasse?**

Unsere Erfahrungen zeigen, dass isolierte und unkoordinierte Einzelmaßnahmen nicht den gewünschten Effekt bringen. Es gilt, Gesundheit systematisch, zielorientiert und ganzheitlich in die Arbeitsprozesse zu integrieren. Für eine deutschlandweite Koordination unserer dezentralen Standorte haben wir daher die Bertelsmann Health Community als Steuerungsgremium gegründet. Es besteht aus Mitgliedern aller Divisionen, Konzernbetriebsratsvorsitzenden, Aufsichtsratsmitgliedern, Personalverantwortlichen, Gesundheitsexperten und Vertretern der Schwerbehindertenvertretung. Die Bertelsmann Health Community stärkt das konzernweite Bewusstsein und fördert so ein konsistentes, nachhaltiges Verständnis von Gesundheit bei Bertelsmann.

Die Bertelsmann BKK bietet nicht nur Versicherten besondere Gesundheitsleistungen an, sondern unterstützt ebenfalls bei der strategischen Umsetzung des Gesundheitsmanagements. Einen beson-

deren Beitrag leisten dabei die Gesundheitsexperten der BKK sowie die jährlichen Gesundheitsberichte.

**Die Arbeitswelt wandelt sich: Wie kann dieser Wandel durch Gesundheitsmanagement begleitet und gefördert werden?**

Klar ist: Die Anforderungen an Unternehmen sowie an jeden einzelnen Mitarbeiter verändern sich rasant. Gründe sind die digitale Transformation, die zunehmende Geschwindigkeit vieler Prozesse, die arbeitsplatzübergreifende Vernetzung sowie die Internationalisierung vieler Geschäfte. Bei Bertelsmann sind wir deshalb der Ansicht: Es reicht nicht aus, sich ausschließlich auf bestehende Qualifikationen zu konzentrieren. Eine kontinuierliche Weiterbildung aller Mitarbeiter ist wichtig, um mit den be-

schriebenen Veränderungen Schritt zu halten. Hierfür bieten wir im Konzern verschiedenste Angebote, um Leistungsfähigkeit und Engagement der Mitarbeiter zu stärken. Die Gesundheit der Mitarbeiter ist eine Grundvoraussetzung.

Konkret tragen beispielsweise seit Jahren unsere weltweiten Mitarbeiterbefragungen dazu bei, mögliche Belastungen frühzeitig zu erkennen und Gegenmaßnahmen einzuleiten.

Ich bin überzeugt: Ein systematisches und nachhaltiges Gesundheitsmanagement leistet einen großen Beitrag, dass unsere Mitarbeiter gerne zur Arbeit kommen, sich mit unserem Unternehmen identifizieren, sich am Arbeitsplatz wohlfühlen und sich engagiert einsetzen.

Mehr Informationen zum Bertelsmann Gesundheitsmanagement erhalten Sie auf [www.bertelsmannhealth.de](http://www.bertelsmannhealth.de).



## Interview mit Christoph Kübel



Christoph Kübel  
Geschäftsführer  
und Arbeitsdirektor  
der Robert Bosch GmbH

**Welche Schwerpunkte setzt Ihr Unternehmen in der Personalstrategie insbesondere im Hinblick auf die Mitarbeitergesundheit und deren Förderung?**

Bei Bosch ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement von Beginn an ein wichtiger Bestandteil der Personalpolitik. Bereits unser Unternehmensgründer Robert Bosch legte großen Wert auf gute Arbeitsbedingungen. Unser Gesundheitsmanagement bündeln wir unter der Dachmarke „befit“. Es umfasst verschiedene Handlungsfelder wie etwa medizinische Vorsorge, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, Ernährung, Arbeitsplatzergonomie oder Integrations- und Eingliederungsmanagement. Vor allem können wir mit dem Bosch-Gesundheitsmanagement einen wichtigen Beitrag leisten, damit sich Beruf und Freizeit gut vereinbaren lassen. Denn Gesundheit spielt für die Lebensqualität eine große Rolle, egal ob zu Hause oder am Arbeitsplatz.

**Wie sieht das konkret aus?**

Bosch hat sich zum Beispiel dazu verpflichtet, die psychische Gesundheit seiner Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Dazu haben unsere Arbeitnehmervertreter umfassende Regelungen mit uns erarbeitet. Diese haben das Ziel, frühzeitig psychi-

sche Fehlbelastungen zu erkennen, Führungskräfte sowie Mitarbeiter dafür zu sensibilisieren und integrierte Hilfsangebote bereitzustellen. In der heutigen Zeit erleben wir, dass Belastungssituationen zunehmend im privaten oder beruflichen Umfeld entstehen. Aber meistens werden sie erst am Arbeitsplatz sichtbar. Und das hat dann Konsequenzen. Denn laut BKK Gesundheitsreport 2014 sind Betroffene von psychischen Beschwerden in Deutschland im Durchschnitt 40 Tage krankgeschrieben. Fast doppelt so lang wie Arbeitnehmer mit Herz- oder Kreislauf-Beschwerden.

**Damit geht Bosch ein Tabu-Thema an.**

Ja, das ist richtig. Psychische Beschwerden sind in der Gesellschaft häufig noch ein Thema, das verdrängt wird. Psychische Belastungen werden von Arbeitnehmern häufig selbst nicht erkannt, verdrängt oder aus Angst vor beruflichen Nachteilen verschwiegen. Aber genau deshalb ist es mir besonders wichtig, darüber zu sprechen. Vor psychischen Fehlbelastungen ist niemand gefeit, Auslöser können auferlegter Druck oder auch Selbstüberforderung sein. Jeder Mensch geht dabei anders mit Stress- oder Drucksituationen um. Doch wer seelische Beschwerden anspricht, dem hängt schnell das Stigma des Markels an. Das wollen wir ändern. Wir wollen im Unternehmen ein Klima schaffen, das einen offenen Umgang mit psychischen Belastungen fördert. Deshalb entwickeln wir ein gemeinsames Verständnis dafür, wie man in der Belegschaft in solchen Fällen miteinander umgeht.

**Enttabuisieren ist das eine, Hilfe das andere. Wie geht Bosch dabei vor?**

Wir klären unsere Beschäftigten über die Ursachen von psychischen Belastungen auf, wie sie diese be-

einflussen und welche ihre Gesundheit dauerhaft beeinträchtigen können. Es ist im ersten Schritt wichtig, sich solche Belastungssituationen bewusst zu machen. Bei einer Überforderung muss dann mit der Führungskraft zusammen Abhilfe geschaffen werden. Zum Einsatz kommen neue Informationsangebote an die Mitarbeiter. Dazu zählen etwa E-Learning-Kurse oder Foren im Intranet. Führungskräfte erhalten darüber hinaus einen Leitfaden an die Hand, der sie im Umgang mit Betroffenen unterstützt. Ebenso können alle Führungskräfte spezielle Schulungen nutzen. Dort erlangen sie fundiertes Basiswissen über die wichtigsten Einflussfaktoren von psychischen Erkrankungen, erhalten Hinweise zum richtigen Umgang mit Betroffenen und erfahren, wo es Unterstützungsmöglichkeiten gibt.

#### Wie sind die Leistungen in das Gesundheitsmanagement integriert?

Unsere Gesamtbetriebsvereinbarung sieht vor, dass wir unser Bosch-Gesundheitsmanagement für seelische Beschwerden um zusätzliche Präventions-, Rehabilitations- und Integrationsmaßnahmen ergänzen. Wir setzen vor allem auf ein breites Netzwerk an Ansprechpartnern: Neben den direkten Vorgesetzten spielen der werksärztliche Dienst, die betrieblichen Sozialberatungen und die Eingliederungsteams eine wichtige Rolle. Aber auch die Betriebsräte an unseren Standorten stehen für einen vertraulichen Erstkontakt bereit. Es soll einfach und leicht sein, Hilfe oder Rat im Vorfeld in Anspruch nehmen zu können.

#### Arbeiten Sie mit Ihrer Betriebskrankenkasse bei dem Thema zusammen?

Auf jeden Fall, denn die Bosch-BKK ist unser strategischer Partner. Die Konzeption und Umsetzung unseres Betrieblichen Gesundheitsmanagements erfolgt grundsätzlich in enger Kooperation mit unserer BKK am jeweiligen Standort. Die Bosch-BKK entwickelt für die Bedürfnisse unserer Mitarbeiter zugeschnittene innerbetriebliche Angebote und hat ein regionales Versorgungsnetz im Umfeld der Bosch-Standorte aufgebaut. Versicherte Mitarbeiter der Bosch-BKK haben einen schnellen Zugang zu Fachärzten, wie etwa für Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie verbunden mit einer optimalen Betreuung. Das Versorgungsnetz der Bosch-BKK wird von uns durch direkte Kooperations- und Leistungsvereinbarungen mit stationären und ambulanten Einrichtungen ergänzt. Damit gewährleisten wir für alle Beschäftigten eine schnelle Unterstützung.

#### Die Arbeitswelt wandelt sich: Was bedeutet das für das Gesundheitsmanagement von Bosch?

Ein gutes Gesundheitsmanagement muss den Wandel außerhalb und innerhalb des Unternehmens begleiten können. Dazu werden künftig individuellere Lösungen und Angebote wichtiger. Deshalb haben wir mit der Bosch-BKK Maßnahmen zur Strukturierung sowie Messung der Qualität unseres Gesundheitsmanagements eingeführt. Ein sogenanntes Reifegradmodell misst in 20 Kategorien die Qualität in fünf Stufen. Mit diesem Steuerungsinstrument können unsere Standorte das Gesundheitsmanagement ganzheitlich bewerten und entsprechend der eigenen Anforderungen kontinuierlich weiterentwickeln.

## Interview mit Dr. Natalie Lotzmann



Dr. Natalie Lotzmann  
Leitende Betriebsärztin,  
Leitung Globales Gesundheitsmanagement SAP SE

Welche Schwerpunkte setzt Ihr Unternehmen in der Personalstrategie insbesondere im Hinblick auf Mitarbeitergesundheit und deren Förderung?

Eine nachhaltige Personalstrategie muss sich an den von der Unternehmensstrategie abgeleiteten Bedarfen des Unternehmens, an der Unternehmenskultur und an den konkreten Bedarfen der Mitarbeiter ausrichten.

SAP unterstützt nach dem Leitprinzip „Run Simple“ ihre Kunden, effizientere Abläufe zu gestalten, Daten sinnvoll zu generieren und auszuwerten, Innovationen zu ermöglichen und mit neuen Produkten, Lösungen und Dienstleistungen erfolgreicher am Markt zu sein. Das strategische Ziel lautet, die Marktführerschaft zu nutzen, um auch im Bereich der Cloud-Lösungen bis 2020 weltweit das *innovativste* Unternehmen zu werden.

SAP ist nicht nur ein *global operierendes* Unternehmen, sondern auch in ihren *Teamstrukturen global aufgestellt*. Dabei ist SAP auch selbst von den globalen Trends des internationalen Wettbewerbs wie Flexibilisierung, Mobilisierung, Virtualisierung, Komplexität, Arbeitsverdichtung und einem zunehmenden Profitabilitätsdruck betroffen. Die Kultur ist geprägt von hoher Leistungsbereitschaft, flachen Hierarchien, Vertrauen und einem hohen Maß an Selbstverantwortung.

Um das Ziel der Innovationsführerschaft zu erreichen, müssen Management und Belegschaft eine Kultur schaffen, die Offenheit, Kreativität und Ideen fördert und die das Potenzial des Einzelnen sowie der Gruppe maximiert.

Menschen in Sorge und Stress sind weniger leistungsfähig und weniger innovativ; schlechte Beziehungen, Prozesse und Strukturen erhöhen das Krankheitsrisiko. Unter dem Motto „Healthy Culture Drives Business Success“ werden Gesundheit und Wohlbefinden des Einzelnen ebenso gefördert wie eine von gesundem Menschenverstand geprägte Unternehmenskultur mit gesunden Strukturen und gesunder Kommunikation.

Für das abzuleitende Gesundheitsmanagement 4.0 ergibt sich die Notwendigkeit, in die *zwei* miteinander verwobenen Schwerpunkte *individuelle und organisationale* Gesundheit zu investieren. Während ersteres klassische Gesundheitsförderungsmaßnahmen wie Fitness, Entspannung, Ernährung in teilweise neuem Gewand (*mobil, flexibel, digital*) umfasst und dabei ein besonderes Augenmerk auf die Prävention psychosomentaler Fehlbelastungen legt, beinhaltet die Investition in organisationale Gesundheit die Verbesserung der kulturellen Rahmenbedingungen, die es dem Einzelnen ermöglichen – und ihn befähigen –, seine Selbstverantwortung hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden wahrzunehmen. Hier geht es beispielsweise um Bereitstellung organisationaler Maßnahmen wie die eigenverantwortliche, familienkompatible, flexible Wahl von Arbeitszeit und Arbeitsort, Einbettung der Gesundheits- und Balancethemen in allgemeinstrategische Führungskräftebildungen oder flächendeckende Achtsamkeitstrainings.

Hilfreich sind dabei Kennzahlen, die der Unternehmensführung den Einfluss einer gesunden Unternehmenskultur auf den Unternehmenserfolg darzustellen vermögen. SAP hat hierfür einen Gesundheitskulturindex entwickelt, der jährlich im integrierten Unternehmensbericht veröffentlicht wird. 2015 werden 75 von 100 Punkte erreicht. In Koopera-

tion mit einer unabhängigen internationalen Strategieberatung wird daraus jedes Jahr der Einfluss auf die Profitabilität berechnet. Aktuell entspricht bei SAP 1 Punkt Erhöhung 80 Mio. mehr Gewinn. Die Darstellung dieses Zusammenhangs erweist sich als Türöffner ins Topmanagement.

**Welche Erfahrungen hat Ihr Unternehmen mit Gesundheitsförderung bzw. -management gemacht? Welche Unterstützung erfahren Sie dabei auch durch die Krankenkassen?**

Gesundheitsfördernde Maßnahmen spielen bei SAP auch im Hinblick auf Teamgeist und Gemeinschaftserleben traditionell eine große Rolle. So wurde bereits das erste eigene Gebäude mit einem Tennisplatz im Innenhof ausgestattet und bis heute werden Individual- und Mannschaftssportarten durch die Anmietung von Hallen und Trainingsmöglichkeiten oder die Bereitstellung von internen Fitnessstudios, Lauf-, Schwimm- oder Biketreffs gefördert.

Darüber hinaus stehen über 80 Gesundheitskurse pro Woche zur Verfügung – von Rückenschule, Yoga, Pilates oder Zumba bis hin zu Achtsamkeitstrainings oder Zen-Meditation.

Bei der Bereitstellung oder Bezuschussung von Kursen oder bei der Durchführung von Gesundheitsaktionstagen, z.B. zu Rückengesundheit, Ernährung, Herz-Kreislauf-Vorsorge, Venenscreenings, Krebsvorsorge oder Zahngesundheit hat sich die Zusammenarbeit mit Krankenkassen bewährt.

Dabei lohnen sich betriebliche Investitionen in Infrastruktur und Kurse doppelt. Sowohl hinsichtlich der tatsächlichen Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und Gemeinschaftserleben als auch hinsichtlich der Wahrnehmung nach innen und außen – als attraktiver Arbeitgeber, dem Gesundheit und Wohlbefinden seiner Mitarbeiter am Herzen liegt.

**Die Arbeitswelt wandelt sich: Wie kann dieser Wandel durch Gesundheitsförderung bzw. -management begleitet und gefördert werden?**

Die Anforderungen von Arbeiten 4.0 wachsen ständig. Immer mehr, immer schneller, immer komplexer,

mobiler, flexibler und virtueller. Alles ändert sich und mit diesem Änderungsdruck steigen die psychomentalen Belastungen. Ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement 4.0 trägt dem in doppelter Hinsicht Rechnung.

Bei SAP unterstützt es den Einzelnen beim Erhalt und Ausbau der eigenen Ressourcen einschließlich der Entwicklung von Stressresilienz, andererseits wirkt es auf gesunde Rahmenbedingungen, einschließlich einer gesunden Team- und Unternehmenskultur hin, die durch Respekt, Anerkennung und Wertschätzung geprägt ist.

So wird beispielsweise in ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze, in benutzerfreundliche Technologie und attraktive Pausenzonen ebenso investiert wie in eine Führungskultur, die von Achtsamkeit, Empathie und Vertrauen geleitet ist. Ziel ist es, wo immer es betrieblich geht, die Freiheitsgrade, die durch die digitale Transformation entstehen, als Ressource zu nutzen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch Technologieeinsatz für alle Generationen attraktiv zu gestalten. Als besonders erfolgreich haben sich dabei tragbare Fitnessstracker, sog. Wearables, Plattformen, die den Austausch untereinander ermöglichen, und die Bereitstellung von Self Assessments und e-learnings erwiesen. Die Bereitstellung von psychologischer Beratung und Coaching sowie eines externen Mitarbeiterunterstützungsprogramms (EAP) rundet das Angebot ab. Zentral bleibt jedoch immer das Anliegen, die Kultur gesundheitsförderlich zu gestalten, psychomentale Belastungen zu reduzieren und den Einfluss auf das wirtschaftliche Unternehmensergebnis messbar und transparent zu machen.

#### Hintergrund

SAP wurde 1972 gegründet und ist im Bereich Unternehmensanwendungen weltweit der umsatzstärkste Anbieter von Software und Softwareservices. Die Abkürzung SAP steht für Systeme, Anwendungen und Produkte in der Datenverarbeitung.

Weltweit beschäftigt SAP in 130 Ländern etwa 80.000 überwiegend akademisch ausgebildete Mitarbeiter und bedient mehr als 310.000 Kunden in 190 Ländern. Das Hauptquartier befindet sich in Walldorf, in der Metropolregion Rhein-Neckar.

## Interview mit Bernd Osterloh



Bernd Osterloh  
Vorsitzender des Gesamt- und Konzernbetriebsrats der Volkswagen AG

Welche Schwerpunkte setzt Ihr Unternehmen in der Personalstrategie insbesondere im Hinblick auf Mitarbeitergesundheit und deren Förderung?

Gesundheitsschutz hat im Volkswagen Konzern einen sehr hohen Stellenwert. Er ist Bestandteil unserer Unternehmenskultur. Bereits 2007 haben wir einen Tarifvertrag über altersgerechte und gesundheitsförderliche Arbeits- und Leistungsbedingungen geschlossen. Er bildet die Basis für ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement. Es hat zum Ziel, die Beschäftigten von Volkswagen für das Thema Gesundheitsschutz zu sensibilisieren und gesund durch das Arbeitsleben zu bringen. Dabei gilt die Maxime: Prävention geht vor Rehabilitation.

Ein Beispiel ist der „Volkswagen Check Up“. Seit 2009 können sich Beschäftigte freiwillig und kostenlos während der Arbeitszeit von unseren Betriebsärzten untersuchen lassen. Neben einer umfassenden medizinischen Untersuchung gehört auch eine individuelle ärztliche Beratung dazu. Gegebenenfalls steht eine weitergehende Patientenführung mit Folgemaßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit an. Zum Beispiel können Beschäftigte, die Probleme mit dem Muskelskelett-System haben, in der VW-internen „Fitnessfabrik“ Physiotherapie betreiben. Das sind Unternehmensleistungen, die deutlich über die gesetzlich

vorgeschriebenen medizinischen Leistungen hinausgehen. Die hohen Teilnahmezahlen bestätigen, dass unsere Kolleginnen und Kollegen dieses Angebot schätzen.

Ein Garant für den Erfolg des „Volkswagen Check Up“ ist das hohe Vertrauen, das die Beschäftigten den Werksärzten entgegenbringen. Dieses hohe Gut schützen wir, indem wir zum Beispiel penibel auf die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht achten.

Welche Erfahrungen hat Ihr Unternehmen mit Gesundheitsförderung bzw. -management gemacht? Welche Unterstützung erfahren Sie dabei auch durch die eigene Betriebskrankenkasse?

Gesundheitsmanagement wird bei Volkswagen seit mehr als 20 Jahren aktiv betrieben und ist aus den betrieblichen Prozessen nicht mehr wegzudenken. Dahinter verbirgt sich ein großer Strauß an Maßnahmen und Instrumenten, die nur dann erfolgreich sind, wenn alle Partner zielgerichtet zusammenspielen. Gesundheitswesen, Personalabteilung und Betriebsrat, aber auch externe Unterstützer wie Gewerkschaft, Rentenversicherer oder die Audi BKK als unsere Betriebskrankenkasse gehen strategische Partnerschaften ein. Die Erfahrung zeigt, dass solche Partnerschaften im Gesundheitsschutz für nachhaltigen Erfolg unabdingbar sind.

Maßnahmen wie Nichtraucherurse, Grippe-schutzimpfungen oder gesunde Menüs in den Betriebsrestaurants werden mit allen Beteiligten abgestimmt, um eine breite Basis für Information und Unterstützung zu schaffen.

Die Audi BKK als unsere Betriebskrankenkasse hat dabei den Vorteil, dass sie maßgeschneiderte und besonders effiziente Lösungen mit hohem Arbeitsplatzbezug anbieten kann.

Ein Beispiel dafür ist das Konzept „Fit im Werk“ zur Verhaltensprävention: Physio- und Ergotherapeuten gehen schichtbegleitend an die Arbeitsplätze

in der Produktion und geben den Beschäftigten gezielt ergonomische Hilfestellung.

Ein anderes Beispiel ist unser Reha-Zentrum, das wir bei Volkswagen in Kooperation mit Betriebskrankenkasse und Rentenversicherung ins Leben gerufen haben. Mit Reha-Sport, Krankengymnastik und besonders ergonomischen Arbeitsplätzen reduzieren wir die Rehabilitationsphase nach gesundheitsbedingten Ausfällen. Davon profitieren Beschäftigte wie Unternehmen.

**Die Arbeitswelt wandelt sich: Wie kann dieser Wandel durch Gesundheitsförderung bzw. -management begleitet und gefördert werden?**

Der Wandel der Arbeitswelt stellt die Automobilindustrie vor große Herausforderungen. Der demografische Wandel, aber auch die Verzahnung der industriellen Produktion moderner Informations- und Kommunikationstechnik (Stichwort: Industrie 4.0) sind zentrale Themen.

Wir begegnen bei Volkswagen den Veränderungen, indem wir Arbeitsplätze so ergonomisch und altersgerecht gestalten, wie es der Stand der Technik ermöglicht. Bereits im Entwicklungsstadium unserer Fahrzeuge prüfen zum Beispiel Arbeitsmediziner und Ergonomie-Experten, wie Fahrzeugteile später in der Serienfertigung möglichst ergonomisch verbaut werden können. Über kontinuierliche Verbesserungsprozesse unter Beteiligung der Beschäftigten werden Arbeitsplätze zudem systematisch verbessert.

Parallel zur Verhältnisprävention betreiben wir Aufklärung. So gibt es Gesundheitsseminare für Beschäftigte in der Produktion ebenso wie für Angestellte und Führungskräfte. Damit fördern wir die Eigenverantwortung der Kolleginnen und Kollegen für ihre Gesundheit.

Durch Vernetzungen und Mensch-Roboter-Kooperationen werden wir im Rahmen von Industrie 4.0 einige bisher unlösbar scheinende ergonomische Probleme beseitigen können. Zugleich qualifizieren wir die Kolleginnen und Kollegen für die neuen Arbeitswelten, damit es nicht zu psychischen Überlastungen kommt.

Bei Arbeits- und Kommunikationsmitteln wie Tablet-PCs und Smartphones gilt: Wir nutzen die Vorteile der Technik. Zugleich schützen wir die Beschäftigten vor dem Druck ständiger Erreichbarkeit. Wir tun dies zum Beispiel dadurch, dass wir die E-Mail-Funktion von Smartphones der Tarifbeschäftigten nach Feierabend ausschalten.

Auch Themen wie flexibles und mobiles Arbeiten geraten immer stärker in den Fokus. Auf Wunsch vieler Kolleginnen und Kollegen haben wir zum Beispiel eine Betriebsvereinbarung „Mobiles Arbeiten“ abgeschlossen. Sie ermöglicht es vielen Beschäftigten, zeitweise mobil zu arbeiten, um so Beruf und Privatleben besser zu vereinbaren. Dabei gilt das Prinzip der doppelten Freiwilligkeit: Sowohl Beschäftigte als auch Vorgesetzte müssen „mobile Arbeit“ wollen. Im günstigen Fall bedeutet das weniger Stress für den Beschäftigten – ein wichtiger Beitrag zur Gesundheitsförderung.



# Interview mit Manfred Schoch



Manfred Schoch  
Gesamtbetriebsratsvorsitzender  
BMW AG

Welche Schwerpunkte setzt Ihr Unternehmen in der Personalstrategie insbesondere im Hinblick auf Mitarbeitergesundheit und deren Förderung?

## *Verantwortung*

Wir machen das Thema Gesundheit für die Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen an sogenannten Gesundheitstagen zu einem Erlebnis. Ziel der Gesundheitstage ist es, den Wert von und die Freude an Gesundheit bewusst zu machen. Dabei zeigen wir auch Möglichkeiten und Wege auf, Krankheiten durch gesundes Verhalten, Prävention und Vorsorge zu vermeiden. Zur Unterstützung bieten wir unseren Mitarbeiter beispielsweise Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention an. Mit diesen Maßnahmen wollen wir das Interesse und die Verantwortung für die eigene Gesundheit fördern.

## *Nachhaltigkeit*

Neben dem Schwerpunkt, sich gesund zu verhalten, liegt ein weiterer auf der Etablierung eines gesunden, betrieblichen Umfeldes, also auf gesunden Verhältnissen. Wir haben Möglichkeiten geschaffen, sich gesund und nachhaltig zu ernähren. Eine Orientierung bei der Auswahl der Speisen bietet dabei ein Ampel-System. Entsprechendes haben wir auch auf den Feldern der Bewegung, Entspannung und der Entwöhnung umgesetzt. So finden die Mit-

arbeiter in den Treppenhäusern Anregungen, lieber die Stufen zu nutzen, anstatt den Aufzug zu nehmen. Zudem können die Mitarbeiter der BMW Group seit 2013 an allen Werkstandorten PROAKTIV Center für Fitness- und Entspannungsangebote nutzen.

## *Integrativer Ansatz*

Die BMW Group verfolgt beim Thema Gesundheit strategisch einen umfassenden, in sich greifenden integrativen Ansatz. Die Gesundheit der Mitarbeiter kann im betrieblichen Umfeld nicht isoliert betrachtet werden. Sie ist ein Baustein von mehreren, mit denen für die Mitarbeiter der BMW Group ein optimales Arbeitsumfeld geschaffen wird. Neben dem Baustein ‚Gesundheit‘ im engeren Sinne sind beispielsweise ein sicheres Arbeitsumfeld oder die verschiedenen Arbeitszeitmodelle sowie die Zusatzangebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben eine Selbstverständlichkeit für uns. Darüber hinaus gibt es Angebote, wie den Winter- und Herbstsporttag, die sich an die ganze Familie richten. Dies schafft eine gesundheitsförderliche Kultur, in der die Mitarbeiter Hochleistungen erbringen und erfolgreich tätig sein können.

## *Klare Organisation*

Die BMW Group hat sich bereits vor vielen Jahren dazu entschlossen, Arbeitsumfeld und Gesundheit in einem Verantwortungsbereich zusammenzufassen und in einer „Hand zu bündeln“. Die BMW BKK bildet dabei eine von zwei tragenden Säulen im Gesundheitsmanagement der BMW AG.

Welche Erfahrungen hat Ihr Unternehmen mit Gesundheitsförderung bzw. -management gemacht? Welche Unterstützung erfahren Sie dabei auch durch die eigene Betriebskrankenkasse?

Wir machen im Unternehmen sehr gute Erfahrungen mit unserem Gesundheitsmanagement. Die von

dem Unternehmen und der BMW BKK regelmäßig durchgeführten Gesundheitstage werden von den Mitarbeitern der BMW Group sehr gut besucht, die Angebote zur individuellen Verhaltensprävention werden zahlreich nachgefragt und unsere Dialogveranstaltungen, in denen Referenten zu bestimmten Gesundheitsthemen gezielt informieren, wie z.B. zur seelischen Gesundheit oder zum Thema Pflege, sind fast immer bis auf den letzten Platz ausgebucht.

Bei den regelmäßigen Auswertungen, die die BMW BKK im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung für das Unternehmen macht, stellen wir fest, dass wir sowohl bei den Arbeitsunfähigkeitstagen als auch bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen nicht nur unter dem Bundesdurchschnitt, sondern auch unter dem Durchschnitt der Kfz-Branche liegen. Diese Entwicklung führen wir auch auf das Gesundheitsmanagement bei BMW zurück.

Die BMW BKK unterstützt das Betriebliche Gesundheitsmanagement in vielerlei Hinsicht. So erstellt die Krankenkasse in regelmäßigen Abständen einen Gesundheitsbericht, der Dauer, Häufigkeit und Grund von Arbeitsunfähigkeit im Trägerunternehmen reflektiert. Die Ergebnisse des Gesundheitsberichts werden im Unternehmen den Führungskräften und den Betriebsräten vorgestellt. Er lässt Handlungsfelder erkennen, aus denen sich konkrete Maßnahmen ableiten lassen. Die Maßnahmen zielen darauf ab, die Verhältnisse im Unternehmen und das Verhalten der Mitarbeiter gesundheitsfördernd weiterzuentwickeln.

Unterstützend gewährt die BMW BKK den bei ihr versicherten Arbeitnehmern einen Bonus für gesundheitsfördernde Maßnahmen, die im Betrieb durchgeführt wurden.

Daneben hat die BMW BKK sinnvoll ergänzende Angebote entwickelt wie z.B. den psychologischen Beratungsservice, der den Versicherten und Mitarbeitern vertraulich zur Seite steht. Darüber hinaus gibt es Vereinbarungen mit dem Gesundheitsdienst über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen für die Mitarbeiter, die weit über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen. Natürlich sind dies immer freiwillige Angebote und der Datenschutz hat oberste Priorität.

Als Highlight haben wir einen internen Gesundheitspreis ins Leben gerufen, der Preisgelder vorsieht und es den Gewinnern erleichtert, ihre Ideen zur gesundheitlichen Förderung in den einzelnen Abteilungen gezielt umzusetzen. Die Resonanz war überwältigend und der Preis ein voller Erfolg. Natürlich bleiben wir hier auch in Zukunft dran.

**Die Arbeitswelt wandelt sich: Wie kann dieser Wandel durch Gesundheitsförderung bzw. -management begleitet und gefördert werden?**

Die Anforderungen an den einzelnen Arbeitsplatz steigen. Heute müssen Arbeitnehmer sehr flexibel und mobil sein.

Die hohen Erwartungen an den Arbeitsplatz führen bei den zwischenzeitlich hoch qualifizierten Arbeitnehmern zu anderen Ansprüchen. Eine sehr gute Bezahlung reicht schon lange nicht mehr, um exzellent qualifizierte Mitarbeiter für ein Unternehmen zu gewinnen. Trotz hoher Arbeitsplatzanforderungen wollen die Arbeitnehmer von heute und immer mehr die von morgen ihre Gesundheit am Arbeitsplatz in guten Händen wissen. Deshalb legen sie großen Wert auf ein gesundheitsförderndes Arbeitsumfeld, in dem sich trotz hoher Anforderungen die beruflichen mit den privaten Interessen gut vereinbaren lassen. Hier spielt die psychische Gesundheit, also die Resilienz, eine essentielle Rolle.

Neben Gesundheitsangeboten im Unternehmen oder in seiner unmittelbaren Nähe, wie Bewegungs- oder Entspannungstrainings, ist auch Wertschätzung gegenüber dem Mitarbeiter und seiner Leistung ein wichtiger Faktor. Hier kann das Betriebliche Gesundheitsmanagement z.B. mithilfe von Trainings und Schulungen die Führungskräfte an die neuen Anforderungen heranzuführen; Arbeitnehmer können durch Kurse zur Entspannung und Achtsamkeit unmittelbar unterstützt werden. Angebote wie Homeoffice, Mobilarbeit, Betriebs-Kita oder auch die Unterstützung von pflegebedürftigen Angehörigen runden für mich als Betriebsrat das Angebot ab.



# Interview mit Margret Suckale



© Foto: BASF

Margret Suckale  
Mitglied des Vorstands  
der BASF SE

**Welche Schwerpunkte setzt Ihr Unternehmen in der Personalstrategie insbesondere im Hinblick auf Mitarbeitergesundheit und deren Förderung?**

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) der BASF Gruppe bietet unseren Mitarbeitern an allen BASF Standorten weltweit ein breites Spektrum an arbeitsmedizinischen Leistungen. Dies reicht von arbeitsmedizinischer Vorsorge und Gesundheitsförderung über Akutmedizin und medizinische Beratung bis hin zur stufenweisen Wiedereingliederung nach längerer Erkrankung. Die Arbeitsplätze sind heute sicherer und sauberer. Das hat weniger Unfälle und direkte arbeitsbedingte Erkrankungen zur Folge. Dafür sehen wir uns zunehmend mit verhaltensbedingten Erkrankungen konfrontiert. Außerdem sinkt in Deutschland seit zwei Jahrzehnten die Zahl der jüngeren Beschäftigten unter 40 Jahren, während die Zahl der Erwerbstätigen über 40 Jahre ansteigt. Deshalb haben wir frühzeitig das Demografie-Management als wichtiges Element unserer Arbeit etabliert. Die Sozialpartner der Chemischen Industrie begleiten dieses wichtige Thema Hand in Hand, so z. B. durch Abschluss des Tarifvertrags „Demografie“. Denn Maßnahmen zum langfristigen Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit kommen Arbeitgebern und Arbeitnehmern gleichermaßen zugute.

**Welche Erfahrungen hat Ihr Unternehmen mit der Gesundheitsförderung bzw. dem Gesundheitsmanagement gemacht? Welche Unterstützung erfahren Sie dabei auch durch die eigene Betriebskrankenkasse?**

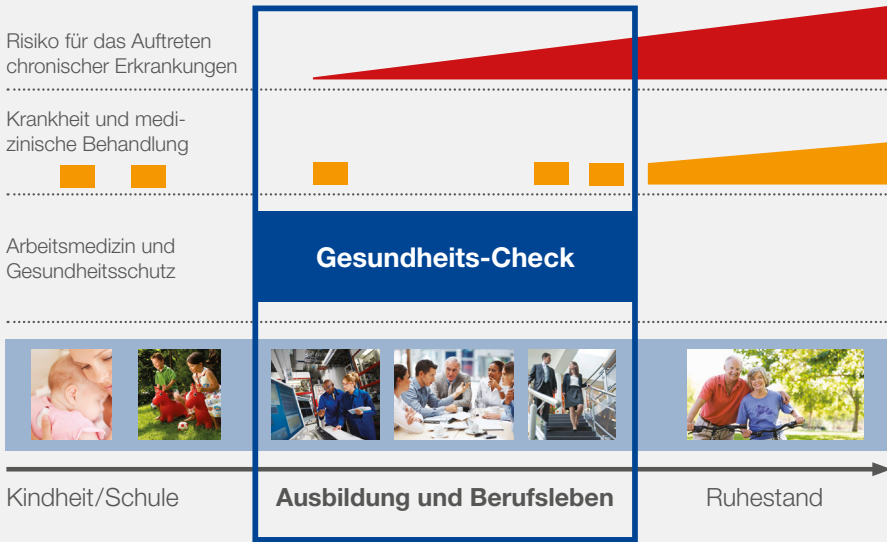
Die Entwicklung des Gesundheitsverhaltens ist ein lebenslanger Prozess, der auch nicht an den Grenzen von Arbeits- und Privatleben halt macht. In diesem Bewusstsein investieren wir kontinuierlich in die Gesundheit unserer Mitarbeiter bereits seit 1866. Das Thema Gesundheit haben wir gemeinsam mit den Arbeitnehmervertretern auch in der Standortvereinbarung 2020 der BASF SE adressiert.

Der BASF Gesundheits-Check wird unseren Mitarbeitern mindestens alle 3 Jahre angeboten und hilft, frühzeitig Gesundheitsrisiken zu identifizieren und zu behandeln. Ergänzt wird der Check durch globale Gesundheitsaktionen mit jährlich wechselnden Themen (2014 Rückengesundheit/2015 Ernährung/2016 Herzinfarkt- und Schlaganfall-Prävention) sowie lokale Gesundheitsförderungsangebote, die sich an dem jeweiligen regional unterschiedlichen Bedarf orientieren.

Unsere Mitarbeiter schätzen die Angebote des Unternehmens: In einer Mitarbeiterbefragung haben Gesundheitsthemen mit Blick auf Wichtigkeit und Wertigkeit Bestnoten erhalten. Ergänzend zu der arbeitsmedizinischen Betreuung der Betriebe durch unsere Werksärzte sind Führungskräfte und die Sicherheits- und Gesundheitsbeauftragten wichtige Multiplikatoren, um die Mitarbeiter für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren.

Bei der pronova BKK, die aus der ehemaligen BASF-Betriebskrankenkasse hervorgegangen ist, sind über 60% der BASF-Mitarbeiter am Standort Ludwigshafen versichert. Mit ihren Vertrauenspersonen in den Betrieben ist die pronova BKK deshalb wichtiger Partner für die Präventionsarbeit.

Abbildung 1 Arbeitsmedizin und Prävention im Berufsleben



Die Arbeitswelt wandelt sich: Wie kann dieser Wandel durch Gesundheitsförderung bzw. das Gesundheitsmanagement begleitet und gefördert werden?

Arbeitsmedizinische Maßnahmen können frühestens mit dem Beginn der Ausbildung greifen. Die Grundlagen des Gesundheitsverhaltens werden aber bereits in der Kindheit gelegt. Je früher Fehlentwicklungen erkannt und verhindert werden können, umso sinnvoller (»» Abbildung 1). Hier sind neben den Familien Kindergärten und Schulen und damit Politik und Krankenkassen gefragt. Prävention ist die effektivste Investition in unsere Gesundheit und muss bereits im Kindesalter beginnen. Wir alle wissen, wie schwer es ist, erlernte Verhaltensmuster wieder abzutrainieren.

Wir arbeiten eng mit Politik, Ministerien und Krankenkassen zusammen, um gemeinsam Konzepte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement zu entwickeln, die für Unternehmen jeder Größenordnung umsetzbar sind.

Unsere arbeitsmedizinischen Standards finden in der BASF weltweit Anwendung. Dabei binden wir teilweise externe Ärzte und medizinische Dienstleister erfolgreich ein, indem wir sie in die BASF-Standards einweisen, bei der Umsetzung beraten und in regelmäßigen Audits überprüfen.

Abbildung 2 Health Performance Index (HPI)



Mit dem Health Performance Index (HPI) (»» Abbildung 2) als unternehmensweitem Gesundheitsindex steuern wir das Betriebliche Gesundheitsmanagement der BASF und entsprechen zugleich den Anforderungen der Global Reporting Initiative™ (GRI).

# Interview mit Uwe Tigges



Uwe Tigges  
Personalvorstand und  
Arbeitsdirektor RWE AG

Welche Schwerpunkte setzt Ihr Unternehmen in der Personalstrategie insbesondere im Hinblick auf Mitarbeitergesundheit und deren Förderung?

Wir bei RWE sind davon überzeugt, dass ein langfristiger Unternehmenserfolg nur mit zufriedenen und motivierten Mitarbeitern zu erreichen ist. Motivation und Zufriedenheit basieren maßgeblich auf der Gesundheit unserer Beschäftigten. Zunächst bietet RWE verschiedenste Möglichkeiten im Sinne der **Verhaltensprävention** an, um die Mitarbeiter bei einem gesunden Lebensstil zu unterstützen und weiterzuentwickeln. So gibt es natürlich umfangreiche Kursangebote wie Rückenschulen und Entspannungskurse, eigene Trainingszentren und ein vielfältiges Seminarangebot zu weiteren gesundheitsrelevanten Themen. Neben der klassischen betrieblichen Gesundheitsförderung hat RWE jedoch erkannt, dass Mitarbeitergesundheit nicht nur durch individuelle Faktoren beeinflusst wird. Ebenso bedeutend sind kulturelle Einflüsse innerhalb unseres Unternehmens und hier im speziellen die Führungskultur. Ein wichtiger Ansatzpunkt der Personalstrategie ist daher die Etablierung einer gesundheitsförderlichen Führungs- und Unternehmenskultur im Sinne der **Verhältnisprävention**. Aus diesem Grund hat RWE im vergangenen Jahr ein Projekt gestartet, in dem sämtliche Führungskräfte des Konzerns im Rahmen von Workshops für den Zu-

sammenhang zwischen dem eigenen Führungsverhalten und der Mitarbeitergesundheit sensibilisiert werden. Zum anderen sollen Instrumente vermittelt werden, welche die Führungskräfte bei der Umsetzung eines gesundheitsförderlichen Führungsstils unterstützen. Insbesondere letzterer Punkt ist entscheidend, da so sichergestellt wird, dass die theoretischen Inhalte des Workshops im Führungsalltag verankert werden können.

Die Beispiele zeigen, dass RWE Mitarbeitergesundheit nicht nur als eindimensionales Geschehen begreift, sondern wir der Überzeugung sind, dass Gesundheit multifaktoriell beeinflusst wird. Entsprechend vielfältig sind hier die Ansatzpunkte in der Personalstrategie.

Welche Erfahrungen hat Ihr Unternehmen mit Gesundheitsförderung bzw. -management gemacht? Welche Unterstützung erfahren Sie dabei auch durch Ihre eigene Betriebskrankenkasse?

RWE bietet bereits seit vielen Jahrzehnten Maßnahmen der klassischen betrieblichen Gesundheitsförderung an. In den letzten 15 Jahren haben wir die Angebote in ein Gesundheitsmanagementsystem integriert und Strukturen geschaffen, welche die Weiterentwicklung des Gesundheitsmanagements sicherstellen. Hierzu gehört insbesondere der Aufbau eines gesundheitsrelevanten Kennzahlensystems, mit dem Maßnahmen gesteuert und evaluiert werden. Es wurden betriebliche Gremien geschaffen, die sich mit dem Thema Gesundheit auf lokaler und strategischer Ebene auseinandersetzen und die über die notwendige Durchsetzungsfähigkeit gesundheitsrelevanter Themen verfügen.

Die Erfahrungen, die RWE mit der Etablierung eines Gesundheitsmanagementsystems bzw. betrieblicher Gesundheitsförderung gemacht hat, sind vorwiegend positiv. Mitarbeiterbefragungen zeigen, dass die Angebote der betrieblichen Gesundheitsför-

derung die Mitarbeiter bei einem gesunden Lebensstil unterstützen. Die Integration eines Gesundheitsmanagementsystems hat dazu geführt, dass Maßnahmen zielgruppenspezifisch und passgenau umgesetzt werden. Der Fokus richtet sich hierbei nicht nur auf den einzelnen Mitarbeiter, sondern – wie oben schon angedeutet – insbesondere auch auf betriebliche Strukturen und kulturelle Themen. Gesundheitsmanagement geht hier deutlich über den Schwerpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung hinaus.

Die BKK RWE ist in diesem Zusammenhang ein wichtiger Partner. Zum einen werden Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten finanziert, zum anderen stellt uns die BKK Krankenkassendaten zur Verfügung, welche wiederum Eingang in unser Kennzahlensystem finden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Entwicklung bedarfsgerechter Maßnahmen enorm wichtig. Zudem ermöglicht uns die BKK RWE, dass unsere Mitarbeiter – und zwar nicht nur die BKK Versicherten – an Gesundheitsaktionen wie z.B. Allergietestungen und Früherkennungsuntersuchungen teilhaben können. Das geschieht

dann in enger Zusammenarbeit mit unserer Werksmedizin.

**Die Arbeitswelt wandelt sich: Wie kann dieser Wandel durch Gesundheitsförderung bzw. -management begleitet und gefördert werden?**

Der Wandel der Arbeitswelt bietet den Mitarbeitern neue Möglichkeiten bei der Erledigung ihrer Aufgaben. Das kann sich unter Umständen aber auch belastend auf die Gesundheit der Mitarbeiter auswirken. Exemplarisch sei an dieser Stelle der Einsatz moderner Kommunikationsmittel und die zunehmende Entgrenzung von Arbeit und Privatleben genannt. Die Aufgabe eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements besteht darin, diesen Wandel auf betrieblicher Ebene gesundheitsförderlich mit zu gestalten. Hierfür haben wir ein konzernweites Programm mit dem Namen „Great place to work“ aufgelegt, das den Aufbau einer neuen Arbeitskultur vorantreibt. Die Initiative soll entlang der Dimensionen „Verhalten“, „Arbeitsumfeld“, „IT-Unterstützung“ und „betriebliche Regelwerke“ aufgebaut werden.

## Interview mit Dr. Eva Voß



Dr. Eva Voß  
Teamlead New Ways  
of Working GSA bei  
der Ernst & Young GmbH  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

**Welche Rolle spielt für Unternehmen die Mitarbeitergesundheit und deren Förderung durch betriebliche Maßnahmen (z.B. bei der Personal- und Unternehmensstrategie, beim operativen Geschäft etc.)?**

Die Mitarbeitergesundheit ist das zentrale Gut einer Organisation und ihre Förderung zugleich ein wichtiger Gradmesser für eine wertschätzende und wertschöpfende Organisationskultur. Denn egal ob Startup, Beratungsfirma oder großer Automobilhersteller: Ohne gesundes und damit leistungsfähiges Personal ist eine Firma auch nicht mehr als nur ein Gebäude aus Beton und Putz. Es ist eigentlich überflüssig zu erwähnen, aber gesunde Mitarbeiter sind nun einmal ganz klar leistungsfähiger, motivierter und innovativer als Menschen, die sich mit physischen oder psychischen Gebrechen zur Arbeit schleppen. Oder gar von der Arbeit krank werden. Daher gehört das Thema Gesundheit der Beschäftigten – heute auch vielfach unter dem Begriff Vitality geführt – in den obersten Leistungskatalog der Firmenspitze. Nur wenn man für sich selbst sorgt, fit ist und bleibt, kann man auch die zu erledigenden Aufgaben meistern, Teams an schwierige Projekte heranführen und erfolgreich Lösungen für Kunden entwickeln.

Dieser Paradigmen-Wechsel, nämlich dass Gesundheit keine reine Privataufgabe, sondern ein grundlegendes Menschenrecht ist, hat sich seit den

1970er-Jahren durch die verschiedensten Gesetzgebungen, basierend auf den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und deren regelmäßigen Schärfungen und Anpassungen auch im deutschen Arbeitsschutzgesetz vollzogen. Aber nicht die reine Pflichterfüllung dieser Regularien und das Abhaken von Arbeitsschutz- und Gesundheitschecklisten sind ausschlaggebend für am Markt erfolgreiche Firmen. Es ist eine viel grundlegendere (Selbst-)Erkenntnis einer Firmenleitung, wenn sie darüber hinaus ihre Organisations- und Führungskultur, den Umgang mit unterschiedlichen Lebensphasen (Stichwort: diversifizierte Arbeitszeit- und -ortmodelle) und damit die Heterogenität der Bedürfnisse unter den Mitarbeitenden aktiv verfolgt. Gesundheitsmaßnahmen erschöpfen sich dann nicht allein – profan gesagt – in netten Bauch-Beine-Po-Angeboten, sondern in der Art und Weise, wie Mitarbeitende selbst in ihrer Ganzheitlichkeit betrachtet und wahrgenommen werden. In der Form, wie der Umgang in Teams, die Top-down-Kommunikation und das gelebte Miteinander auf Führungsebene stattfindet und nicht zuletzt, in welcher Form das Thema Teil der DNA eines Unternehmens wird.

**Was spricht für ein verstärktes Engagement der Unternehmen im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsmanagement? Oder ist die Mitarbeitergesundheit mehr Kostenfaktor als Erfolgsfaktor?**

Generell kann davon ausgegangen werden, dass jeder investierte Euro in Gesundheitsmaßnahmen sich doppelt auszahlt. Wir wissen, dass etwa die Hälfte aller nicht übertragbaren Krankheiten wie Diabetes, Herzerkrankungen, Schlaganfälle vom persönlichen Lebensstil beeinflusst und damit vermeidbar wären. Diese sogenannten Zivilisationskrankheiten sind natürlich bei Weitem keine Krankheiten, die durch Kurzfristmaßnahmen oder Einmalaktionen wie be-

triebliche Gesundheitstage aufgehalten werden können. Gleichwohl verbringen die meisten Menschen einen erheblichen Teil ihrer Zeit pro Tag auf der Arbeit, sodass hier wichtige Parameter verändert werden können, um ein Bewusstsein für die persönliche Verantwortung zu schaffen, die ein – nach individuellem Maßstab – gesundes Alterwerden möglich machen. Leuchtturmmaßnahmen wie eben Gesundheitstage mit vielfältigen Präventionsangeboten, Sprechstunden von Betriebsärzten, Check-ups oder Kooperationen mit einer eigenen Krankenkasse (z.B. EY BKK) dienen der Sensibilisierung des Einzelnen und einer Veränderung liebgewonnener Gewohnheiten (z.B. Treppen statt Fahrstuhl). Langfristig kommt dies natürlich nicht nur den einzelnen Beschäftigten zugute, sondern auch den Firmen selbst, die auf eine gesunde Belegschaft aufbauen und mit ihnen ihre unternehmerischen Ziele verwirklichen können.

Neben der Verhaltensprävention sind gleichermaßen Angebote der Verhältnisprävention, also Angebote des Arbeitsschutzes, ganz klar ein unternehmerischer Imperativ. Wenn Mitarbeiter/innen als die allerwichtigste Ressource eines jeden Unternehmens betrachtet werden, müssen sich Firmen für das Wohl ihrer Beschäftigten auch im Gesundheitsbereich engagieren. So wie Firmenwagen, Kinderbetreuungszuschüsse und andere freiwillige Sozialleistungen, so sind auch über die gesetzlichen Mindeststandards hinausgehende Investitionen ins Gesundheitsthema oft ein entscheidendes Kriterium für Arbeitnehmer/innen, sich ihren Arbeitgeber auszusuchen, wie Arbeitgeberrankings vermehrt zeigen. Zudem müssen Firmen, die sich noch scheuen, für das Thema Ressourcen zur Verfügung zu stellen, einmal bewusst die Kopfstandmethode anwenden: Was passiert eigentlich, wenn nichts passiert? Wenn also keine Ressourcen für das Thema verwendet werden, wären die Fehlzeiten dann vielleicht noch höher? Könnte die Produktion vielleicht fehlerfreier oder schneller sein, wären die Teams motivierter? Könnten die Mitarbeiter eventuell zufriedener und das Betriebsklima einfach besser sein?

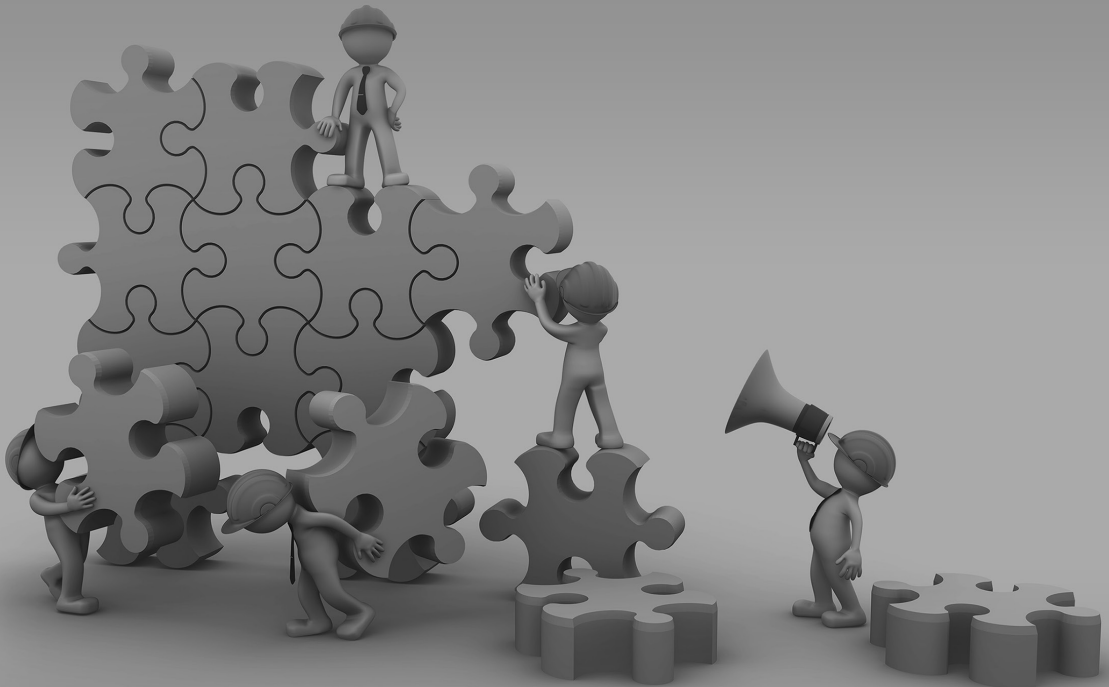
**Die Arbeitswelt wandelt sich: Wie kann dieser Wandel aus Sicht einer Unternehmensberatung durch Gesundheitsförderung bzw. -management begleitet werden? Wie kann auch zukünftig gesunde Arbeit gewährleistet werden?**

Schon längst ist Betriebliches Gesundheitsmanagement kein soziales „Gedöns“ mehr oder ein neuerlicher „Spleen von HR“, sondern angesichts alternder Belegschaften, fehlender Fachkräfte und lebensphasenbedingter Auszeiten (z.B. Pflege von Angehörigen) schlichte Notwendigkeit, um mit der sich wandelnden Arbeitswelt Schritt zu halten. Das erfordert aber eine ganzheitliche Betrachtung von Menschen in ihrem direkten Arbeitsumfeld. Es beginnt damit, festgelegte Arbeitsroutinen zu hinterfragen, die möglicherweise jahrzehntelang ihre Gültigkeit besaßen und „schon immer so“ gehandhabt wurden. Beispielsweise feste Arbeitszeiten oder starre Präsenzpflichten im Büro. Weit weniger als körperliche Beanspruchungen sind es die psychischen, die mit den Anforderungen der neuen, mobilen und flexiblen Arbeitswelt einhergehen, die es von Arbeitgeberseite zu adressieren gilt. Eben dadurch, dass nicht nur Flexibilität von Arbeitnehmer/innen gefordert wird (Calls mit Kolleg/inn/en aus Amerika abends um 20 Uhr), sondern im Gegenzug auch eingeräumt werden muss (etwa Handwerkern morgens um 10 Uhr zuhause die Tür öffnen zu können). Wenn Arbeitszeiten und -orte viel stärker nach den persönlichen Bedürfnissen der Beschäftigten orientiert wären, Arbeitspakete miteinander ausgehandelt würden (Zielvorgaben anstatt der Weg dorthin) und Führung situativ auf unterschiedliche, heterogene Menschen ausgerichtet wäre, dann würden auch Leistung und Produktivität stimmen. Wie aber auch sonst im Leben gilt: viel hilft nicht zwangsläufig viel. Die für ein Unternehmen sinnvollen Maßnahmen müssen auf die Bedürfnisse der Beschäftigten abgestimmt sein, ein One-Size-Fits-All-Ansatz wird dem Anspruch an eine gesunde Arbeitswelt nicht (mehr) genügen.



# 2

## Ambulante Versorgung



aus: Knieps F | Pfaff H (Hrsg.) „Gesundheit und Arbeit“. BKK Gesundheitsreport 2016.

ISBN 978-3-95466-282-1, urheberrechtlich geschützt

© 2016 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.

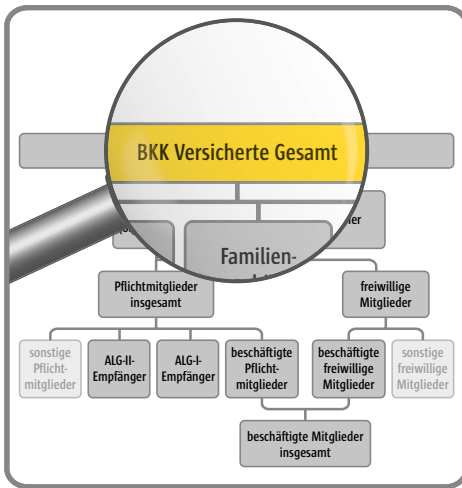


Im folgenden Kapitel werden die vergebenen Diagnosen in der ambulanten Versorgung dargestellt. Während die Daten des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens die Erkrankungen, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, und deren Verlauf von beschäftigten Mitgliedern sowie ALG-I-Empfängern abbilden (siehe vorheriges **III** Kapitel 1), beziehen sich die Ergebnisse für die ambulante Versorgung im Allgemeinen auf alle BKK Versicherten, und damit unter anderem auch auf Kinder und Rentner, die im Kontext des AU-Geschehens nicht einbezogen sind. Für das Berichtsjahr 2015 werden dabei hauptsächlich Daten von 9,3 Mio. BKK Versicherten in die Berechnungen einbezogen. Bei den Analysen zu arbeitsweltlichen Indikatoren wird wiederum auf die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt (4,4 Mio.) fokussiert.

Wiedergegeben werden dabei die Anteile der Versicherten, für die mindestens einmal im Berichts-

jahr bei ambulanten Konsultationen von Ärzten bzw. Psychotherapeuten mindestens eine Diagnose dokumentiert und zur Abrechnung gebracht wurde (Grundlage der Kennzahlenberechnungen sind die Leistungsabrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen. Siehe **III** Methodische Hinweise). Die Inanspruchnahme ambulanter Versorgung geht also in den hier dargestellten Kennzahlen allein von dem Stellen einer Diagnose aus; eventuelle Folgekonsultationen aufgrund eben dieser Diagnose sind darin nicht ausgewertet und es gibt somit keine Auskunft über Häufigkeiten von Arzt-Patient- oder Therapeut-Patient-Kontakten. Die so erfassten administrativen Prävalenzen geben den Prozentsatz der BKK Versicherten mit mindestens einer Diagnose wieder und sind nicht bzw. nur eingeschränkt mit durch Studien ermittelten, empirischen Prävalenzen vergleichbar.

## 2.1 Ambulante Versorgung im Überblick



- 90,5% der BKK Versicherten waren im Jahr 2015 mindestens einmal ambulant in Behandlung, dies ist geringfügig weniger als im Vorjahr.
- Der Anteil der Frauen in Behandlung (93,6%) ist dabei größer als der Anteil der Männer (87,4%).

### 2.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2015

Im Jahr 2015 haben 90,5% der BKK Versicherten insgesamt mindestens einmal eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen, bei der eine Diagnose dokumentiert wurde. Bei Frauen lag der Anteil der Personen im aktuellen Berichtsjahr mit 93,6% etwas höher als bei den Männern mit 87,4%. Die Altersgruppe mit dem höchsten Anteil an Personen in ambulanter Behandlung stellen die Versicherten ab 65 Jahren (95,6%) dar. Von den Kindern und Jugendlichen (unter 20-Jährige) waren 90,8% ambulant in Behandlung, bei den 20- bis 65-Jährigen waren es 89,0%.

Weiter differenziert nach Versichertengruppen sind es, wie zu erwarten, die Rentner, bei denen mit 94,3% der größte Anteil mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung erhalten hat (Tabelle 2.1.1). Deutlich seltener als der Durchschnitt hingegen sind Arbeitslose in der ambulanten Versorgung in Erscheinung getreten, insbesondere bei den ALG-I-Empfängern hat mit 60,4% nur ein relativ geringer Anteil Versicherter ambulant eine Diagnose erhalten.

Tabelle 2.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2015)

Versichertengruppe	Versichertenjahre in Mio.	Durchschnittsalter in Jahren	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent
Versicherte gesamt	9,29	42,3	90,5
<i>davon sind:</i>			
Beschäftigte Mitglieder	4,40	42,0	87,7
ALG-I-Empfänger	0,11	43,3	60,4
ALG-II-Empfänger	0,19	41,5	74,8
Familienangehörige	2,39	20,5	88,6
Rentner	1,80	72,0	94,3

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

**2.1.2 Langzeittrends**

Je Versicherten sind im aktuellen Berichtsjahr 8,4 Behandlungsfälle abgerechnet worden (**III** Tabelle 2.1.2). Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Kennzahl Behandlungen derselben ambulanten Praxis an demselben Versicherten innerhalb desselben Quartals, die bei der derselben Krankenkasse abgerechnet wurden, abbildet. Bei jedem Behandlungsfall ist also mindestens ein Kontakt des Patienten mit dem Behandelnden erfolgt; es ist aber anzunehmen, dass bei nicht wenigen Behandlungsfällen mehrere Kontakte pro Quartal erfolgt sind. Zu Zeiten der Praxisgebühr (diese wurde von 2004 bis 2012 erhoben) war davon auszugehen, dass den Patienten daran gelegen war, sofern möglich Behandlungen innerhalb eines Quartals zu bündeln, um eine erneute Gebührenzahlung am Anfang eines neuen Quartals zu vermeiden. Für die BKK Versicherten sind dementsprechend in 2012 im Durchschnitt nur 7,0 Behandlungsfälle erfolgt, nach der Abschaffung schnellte diese Zahl hingegen um fast 19% auf 8,3 Behandlungsfälle in die Höhe und ist seitdem nahezu unverändert. Parallel dazu hat sich indessen die Inanspruchnahmequote nicht in dem Maße verändert, hier sind die Veränderungsquoten zwischen den Datenjahren kleiner als 1,5%. Im Jahr 2015 ist der Anteil der BKK Versicherten, die eine ambulante Behandlung erhalten haben, gegenüber dem Vorjahr sogar leicht um -0,7% gesunken. Die größte relative Steigerung von 2012 zu 2013 (+1,3%) ist wahrscheinlich in wesentlichen Teilen auf die damalige starke Grippe-welle zurückzuführen.

**2.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Einzeldiagnosen**

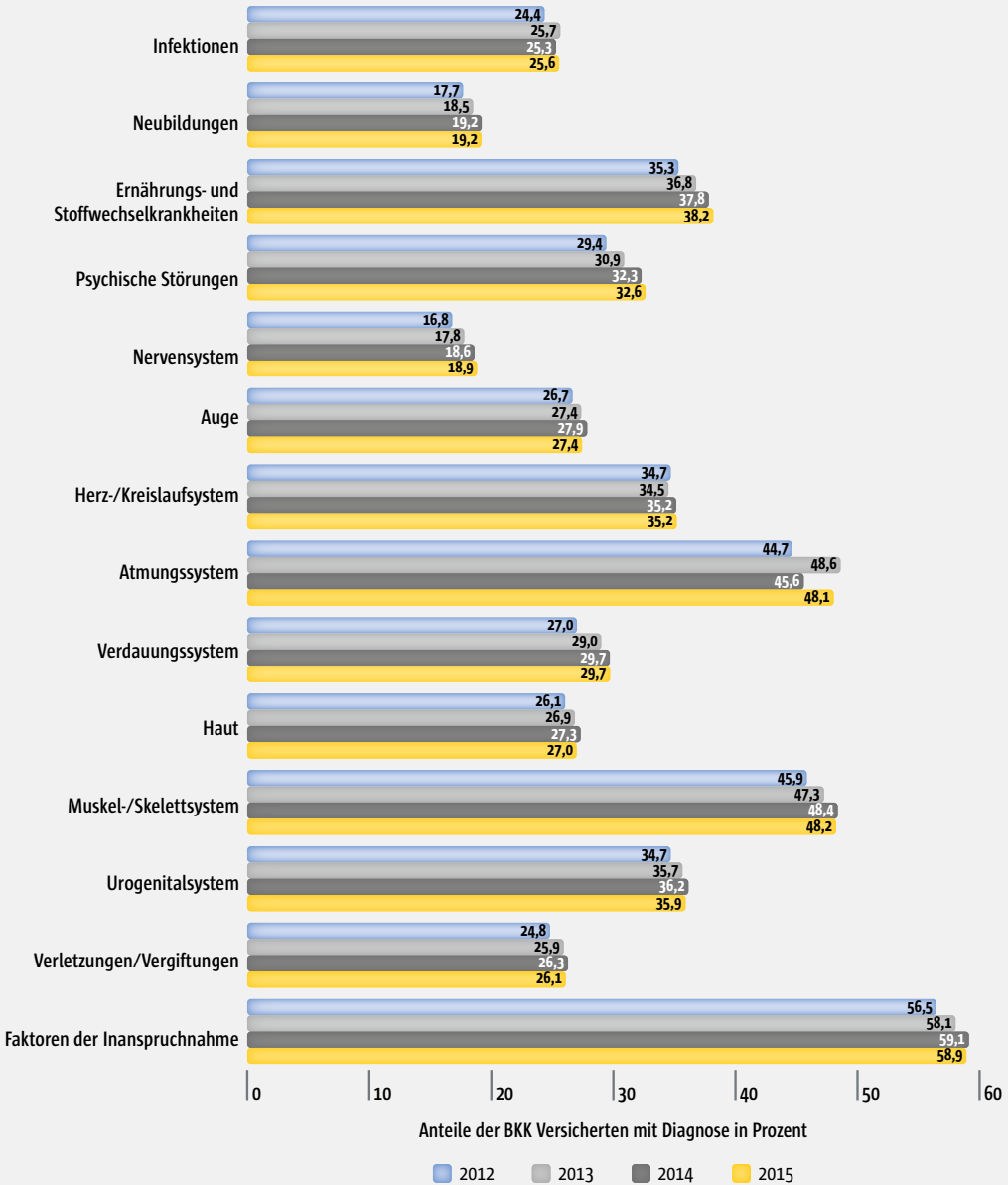
- Grippe-welle 2015: Die größte Steigerung der Diagnosequote gegenüber dem Vorjahr ist bei den Krankheiten des Atmungssystems zu finden.
- Seit 2012 sind hingegen die Versichertenanteile bei Erkrankungen des Nervensystems, des Verdauungssystems sowie der psychischen Störungen mit einem Plus von 10% am stärksten gewachsen.
- Eine bedeutende Rolle in der ambulanten Versorgung spielen aber auch die Vorsorgemaßnahmen: Die dritthäufigste Einzeldiagnose ist die Untersuchung auf Neubildung (Z12), etwa jede(r) Zehnte wurde gegen Viruserkrankungen wie Grippe und Mumps (Z25) geimpft.

In der ambulanten Versorgung sind im aktuellen Berichtsjahr 2015 am häufigsten Diagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme (Z00-Z99) vergeben worden, bei 58,9% der BKK Versicherten wurde mindestens eine Diagnose aus dieser Hauptgruppe dokumentiert (**III** Diagramm 2.1.1). Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich dabei um eine Kodierung von Zusatzinformationen (z.B. von Lebensumständen) bzw. von nicht mit einer Erkrankung zu begründenden Leistungen (z.B. Vorsorgeleistungen, Empfängnisverhütung) handelt. Gerade die Vorsorgemaßnahmen sind sehr verbreitet, wie die nachfolgende Darstellung der vergebenen Einzeldiagnosen zeigt. Weiterhin hat sich mit 48,2% annähernd die Hälfte der BKK Versicherten im aktuellen Berichtsjahr aufgrund von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems in ambulante Behandlung begeben. Für fast genauso viele Versicherte (48,1%) war eine Krankheit des Atmungssystems Grund für die Arztkonsultation. Bei dieser Erkrankungsart ist auch die größte relative Steigerung gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen (+5,4%, bzw. absolut 2,5 Prozentpunkte Differenz zwischen den Jahreswerten); der Blick auf die vier dargestellten

**Tabelle 2.1.2 Ambulante Versorgung – Behandlungsfälle und Inanspruchnahmequote im Zeitverlauf (2012–2015)**

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

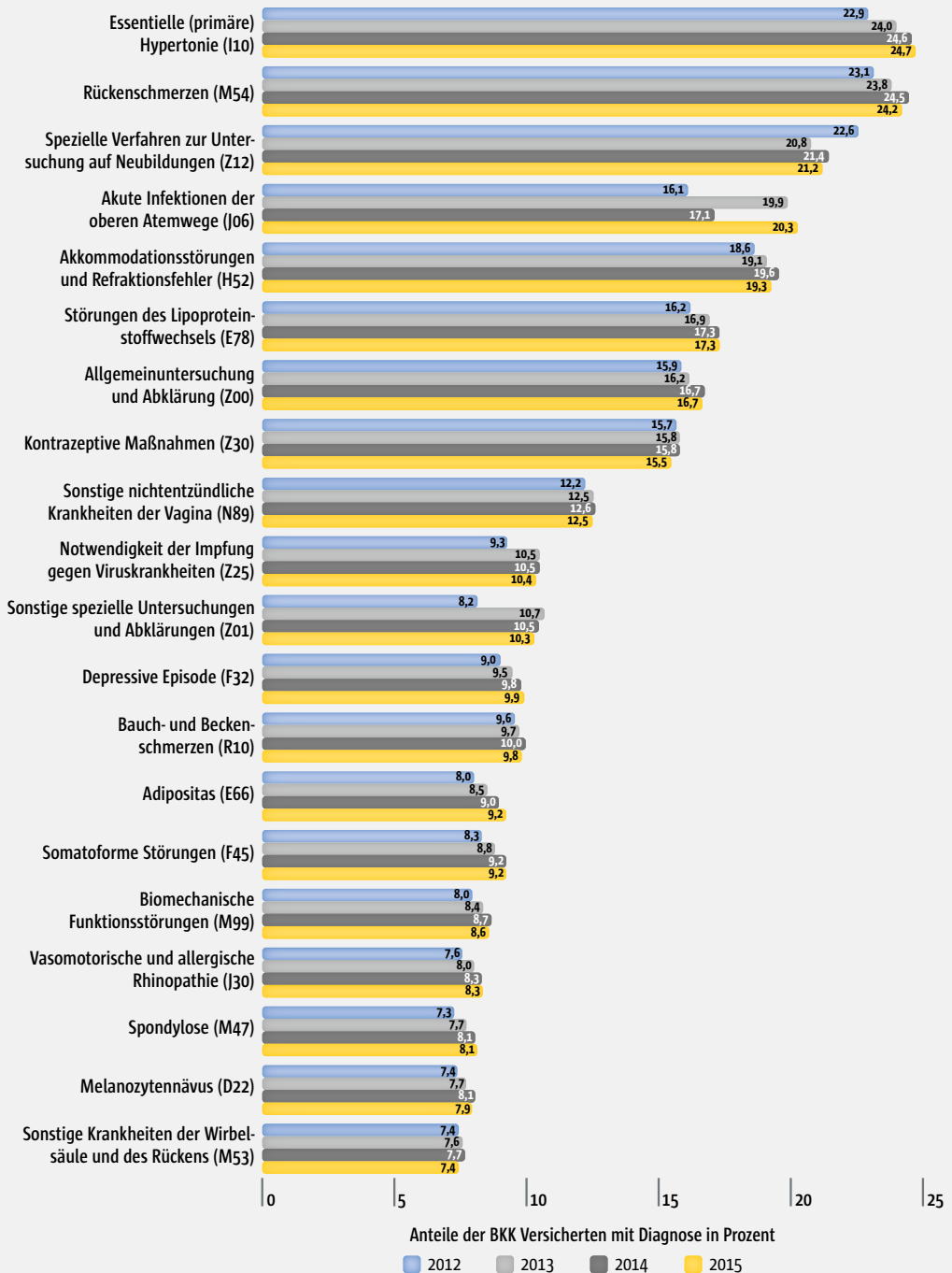
Diagramm 2.1.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) im Zeitverlauf (2012–2015)



Jahrgänge spiegelt eindrucksvoll die Stärke der Grippewellen mit dem bislang größten Anteil im Jahr 2013 wider. Daneben ist die relative Steigerung gegenüber dem Vorjahr noch bei den Erkrankungen des Nervensystems mit einem Zuwachs von +1,2%

auffällig – wohlgermerkt bei einem allgemeinen Rückgang der ambulanten Diagnosen im Durchschnitt von -0,7%. Gerade die Erkrankungen des Nervensystems weisen im zeitlichen Verlauf die größten Zuwächse auf. Geht man bis zum Berichtsjahr 2012

Diagramm 2.1.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose – die zwanzig häufigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) im Zeitverlauf (2012–2015)



zurück, ist bei dieser Erkrankungsart auch die größte relative Steigerung mit +12,1% vorzufinden. Danach folgen in der Reihenfolge nach den größten Zuwächsen die psychischen Störungen (+10,9%, bzw. absolut 2,0 Prozentpunkte Differenz gegenüber 2012) sowie die Erkrankungen des Verdauungssystems (+10,0% gegenüber 2012).

Die nähere Betrachtung der am häufigsten vertretenen ambulanten Diagnosen zeigt recht klar die Unterschiede auf, die zum AU-Geschehen bestehen (» Kapitel 1.1). So sind die meisten der 20 häufigsten Diagnosen (» Diagramm 2.1.2) aus dem ambulanten Bereich nicht unter den häufigsten AU-begründenden Diagnosen zu finden. Zum einen ist dies durch die verschiedenen Versichertenpopulationen, die hier betrachtet werden, begründet. Zum anderen liegt die Erklärung dafür ebenso in den Diagnosen selbst: So werden als ambulante Diagnosen auch im hohem Maße Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen (z.B. Impfungen) genauso wie weitere Diagnosen dokumentiert, die keine oder nur in geringem Maße Arbeitsunfähigkeit begründen (Fehlsichtigkeit, Adipositas, Hypertonie, u.a.).

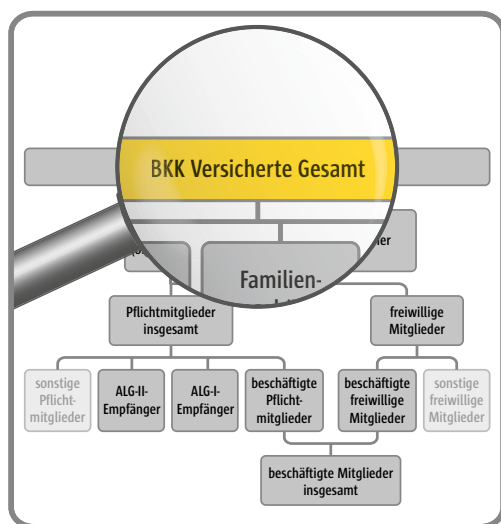
Äquivalent zum allgemeinen Rückgang der Versichertenanteile, die in ambulanter Behandlung waren, ist auch bei den meisten hier dargestellten 20 häufigsten Einzeldiagnosen eine Abnahme der Anteile zu verzeichnen. Wie im vergangenen Jahr wird diese Liste im aktuellen Berichtsjahr wieder von der essentiellen (primären) Hypertonie (I10) – auch als Bluthochdruck bezeichnet – angeführt: 24,7% aller Versicherten erhielten eine entsprechende Diagnose. Mit nur geringem Abstand zur Hypertonie folgen die Rückenschmerzen (M54), bei 24,2% aller Versicherten wurden diese diagnostiziert. Die hohe Prävalenz dieser Diagnose kommt sicherlich dadurch zustande, dass Rückenschmerzen als Hauptsymptom bei verschiedensten Erkrankungen (z.B. der Wirbelsäule, der Muskulatur oder des Knochenstoffwechsels) dokumentiert werden. Rückenschmerzen führen auch häufig zu Arbeitsunfähigkeit, im Schnitt fällt pro Mitglied allein aufgrund dieser Einzeldiagnose mehr als ein AU-Tag im Jahr an (vgl. » Kapitel 1.1.4). Im Gegensatz dazu hat die häufig dokumentierte ambulante Einzeldiagnose Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52), die hier auf Platz fünf der Rangliste auftaucht, keine nennenswerte Arbeits-

unfähigkeitsrelevanz. Auch die unter den Top 20 häufig aufgelisteten Z-Diagnosen, bei denen es sich im Wesentlichen um Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen handelt, spielen im AU-Geschehen keine wesentliche Rolle. Mit 21,2% aller Versicherten wurden am häufigsten die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12) durchgeführt. Hierbei dürfte es sich vielfach um Teilnahmen am Hautkrebscreening handeln, dazu gehören beispielsweise aber auch die Vorsorgekoloskopie (Darmkrebsvorsorge) und die Untersuchungen auf Prostatakrebs. Ein hoher Grad an Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen geht aus weiteren entsprechenden ICD-Codes hervor:

- 16,7% der BKK Versicherten nahmen eine Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnosen (Z00) in Anspruch. Hierbei handelt es sich um eine Vielzahl von Untersuchungen für verschiedene Altersgruppen, unter anderem die U- und J-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie der Gesundheits-Check-up ab dem 35. Lebensjahr.
- Unter die Diagnose sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z01), die bei 10,3% der BKK Versicherten dokumentiert wurde, werden unter anderem Vorsorgeuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs, aber auch Untersuchungen der Zähne, der Ohren und der Augen gefasst.
- 10,4% der BKK Versicherten nahmen eine Impfung (Immunisierung) gegen andere einzelne Viruskrankheiten (Z25) wie etwa Grippe und Mumps in Anspruch.

Weiterhin auffällig ist der starke Anstieg um +18,4% bei den akuten Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (J06). Hierbei sind in der Betrachtung der letzten vier Berichtsjahre aber auch sehr gut die starken Schwankungen in Abhängigkeit von den Grippewellen zu erkennen. Ein relativ starker und kontinuierlicher Zuwachs bei den Prävalenzen in den vergangenen vier Jahren lässt sich hingegen bei Adipositas (E66) und Spondylose (M47) beobachten, seit 2012 sind hier die Anteile um 15,2 bzw. 12,0% gewachsen.

## 2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen



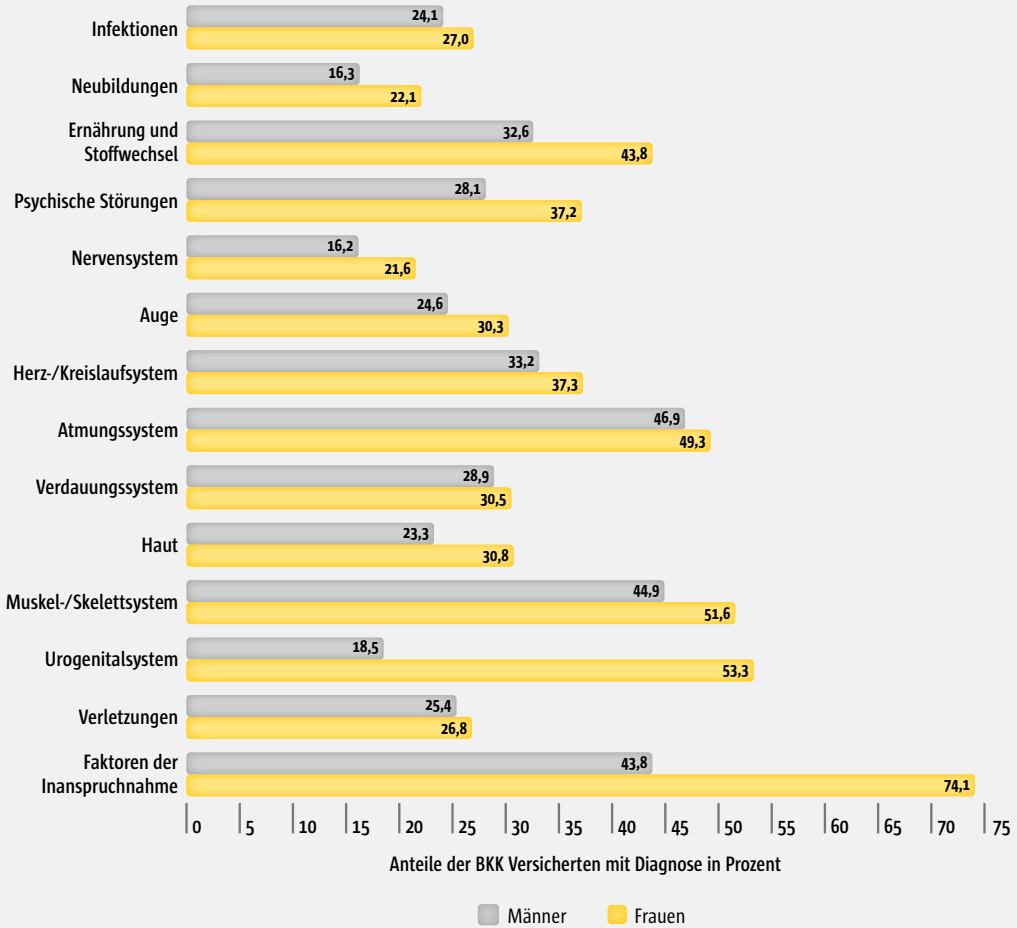
### 2.2.1 Ambulante Versorgung nach Alter und Geschlecht

- Bei den meisten Erkrankungsarten ist der Anteil Betroffener bei den Frauen größer als bei den Männern. Außerdem werden mit zunehmendem Alter die meisten Erkrankungen häufiger diagnostiziert.
- Gegenbeispiel dazu sind Erkrankungen des Atmungssystems und Infektionen: Die meisten Diagnosen aus dem Spektrum dieser Erkrankungsarten werden bei Kindern und Jugendlichen gestellt.
- Krebsvorsorge ist vor allem bei Frauen zwischen 20 und 64 Jahren verbreitet: Fast jede Zweite in diesem Alter war in 2015 bei einer solchen Untersuchung. Bei den Männern dieser Altersgruppe ist hingegen weniger als jeder Zehnte prophylaktisch auf Neubildungen untersucht worden.
- 7 von 10 Versicherten über 65 Jahren waren in 2015 wegen Bluthochdruck in ambulanter Behandlung.

Wie schon zuvor beschrieben sind mehr Frauen als Männer im aktuellen Berichtsjahr 2015 in ambulanter Behandlung gewesen, die Differenz beträgt 7,1% (bzw. absolut 6,2 Prozentpunkte). Die Gründe für einen Arzt- oder Therapeutenbesuch sind dabei zwischen den Geschlechtern teils sehr verschieden, wie die Betrachtung der zugrunde liegenden Diagnosen zeigt (»» Diagramm 2.2.1). Allgemein ist bei jeder Diagnosehauptgruppe der Anteil der Versicherten mit einer Diagnose aus dem jeweiligen Spektrum bei den Frauen größer als bei den Männern. Insbesondere sind demnach mehr Frauen von Erkrankungen des Urogenitalsystems betroffen und in Behandlung gewesen, bei mehr als jeder zweiten Frau (53,3%) war dies Grund für eine ambulante Behandlung. Hingegen wurde nur bei 18,5% der männlichen Versicherten eine solche Diagnose gestellt. Eine große Differenz besteht ebenfalls bei den Zusatzdiagnosen aus dem Spektrum der Faktoren der Inanspruchnahme, hier haben 74,1% der Frauen, aber nur 43,8% der Männer im Jahr 2015 mindestens einmal eine solche Diagnose erhalten. Auch bei den Neubildungen, den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie den Erkrankungen des Nervensystems ist der Anteil der Frauen rund ein Drittel größer als der der Männer.

Zwischen den Geschlechtern bestehen auch teils deutliche altersabhängige Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung, wie »» Diagramm 2.2.2 verdeutlicht. Zwar sind zunächst einmal die Anteile beider Geschlechter mit mindestens einer ambulanten Diagnose bei Kindern bis zur Altersklasse der 10- bis 14-Jährigen nahezu identisch. Der relativ hohe Anteil der Kinder und Kleinkinder mit mindestens einer ambulanzärztlichen Konsultation (92,3% bei den unter 5-Jährigen und 92,9% bei den 5- bis 9-Jährigen) ist vor allem durch die in regelmäßigen Abständen erfolgenden Kindervorsorgeuntersuchungen und Impfungen begründet. In der Altersklasse der 10- bis 14-Jährigen wiederum erhalten durchschnittlich 89,3% eine ambulante Diagnose, auch hier ist der Unterschied zwischen den Ge-

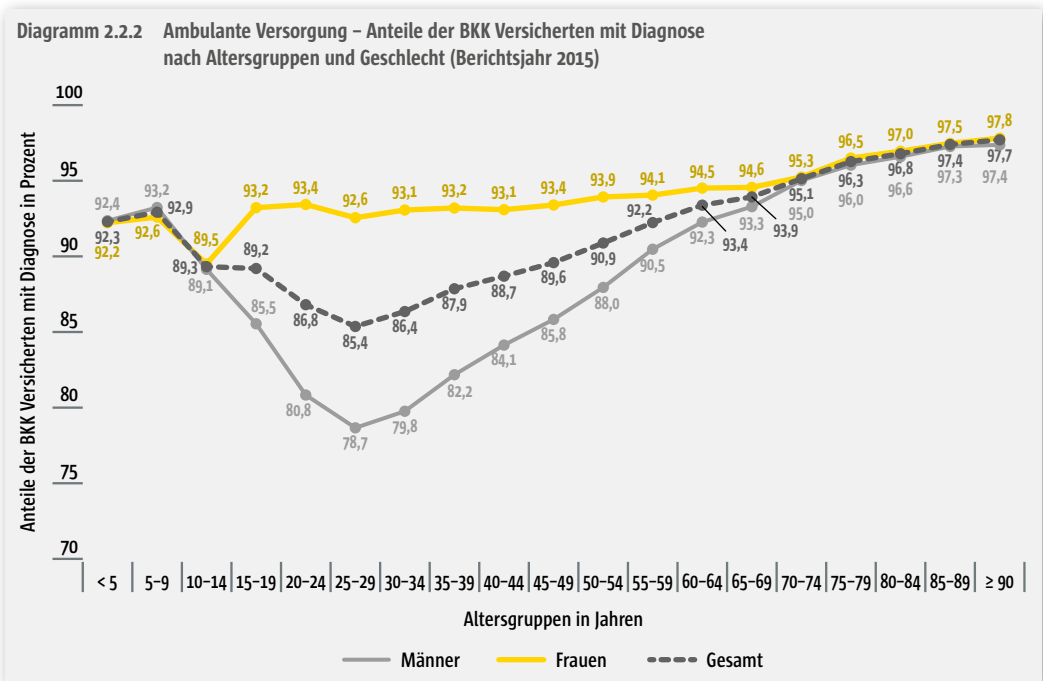
Diagramm 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



schlechtern unwesentlich. In den nachfolgend höheren Altersklassen sind es hingegen nur die Frauen, die durchgehend einen hohen Anteil an ambulanten Konsultationen aufweisen: Zwischen 15 und 69 Jahren liegt ihr Anteil stetig über 92%. Dies ist auch zum großen Teil durch geschlechtsspezifische Vorsorgemaßnahmen und – in den jüngeren Alterskohorten – durch die regelmäßige Verordnung von Kontrazeptiva begründet, dadurch befinden sich Frauen kontinuierlicher in ärztlicher Betreuung. Bei den männlichen Versicherten sinkt hingegen der Anteil derer mit einer ambulanten Diagnose ab dem Jugendalter; wie auch schon in den Vorjahren weist die Altersklasse der 25- bis 29-Jährigen mit 78,7% den geringsten Anteilswert auf. Nachfolgend steigen die

Anteile auch bei den Männern wieder an, aber erst etwa im Renteneintrittsalter sind beide Geschlechter wieder auf gleich hohem Niveau. Gegenüber den Vorjahren ist im aktuellen Berichtsjahr allerdings gerade der Anteil der in ambulanter Behandlung befindlichen Versicherten jenseits des 70. Lebensjahres geringer ausgefallen: Sind die Anteile in den anderen Altersgruppen gleichgeblieben oder leicht zurückgegangen (bis -0,7% Veränderung gegenüber 2014), so sind hier die Anteile relativ zum Vorjahr um mindestens 2,3% geringer. Vielmehr ist der in den letzten Jahren zu beobachtende „kleine Sprung“ in den Anteilen von der vorhergehenden zur Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen in diesem Jahr nicht zu beobachten.





Die bisherigen Analysen zeigen zwei große Trends: Die Anteile von Betroffenen mit Diagnose sind bei den Frauen größer als bei den Männern, außerdem steigen die Anteile mit zunehmendem Alter an – hier kann entsprechend der Erkenntnisse aus dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (III Kapitel 1) prognostiziert werden, dass dieser Altersgradient auch bei einzelnen Diagnosehauptgruppen besteht.

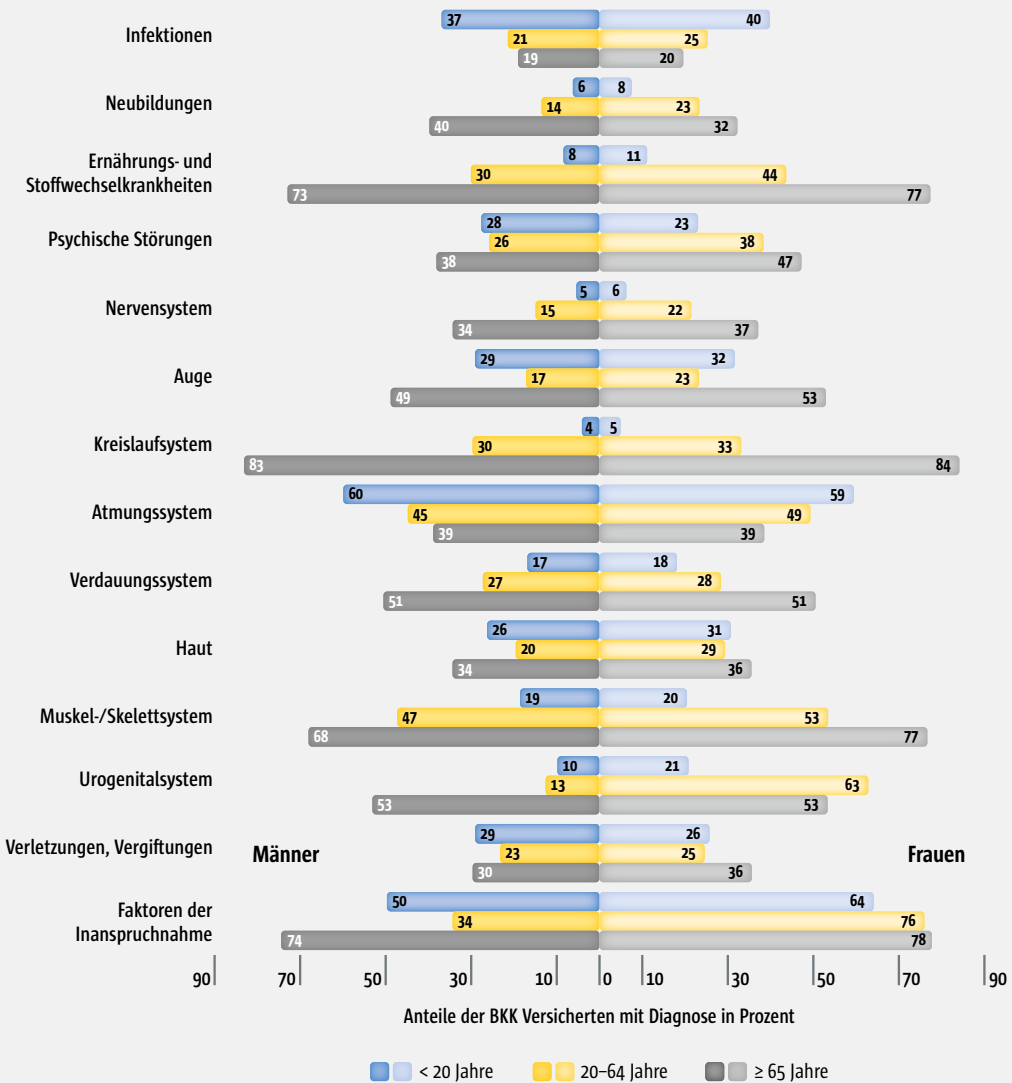
III Diagramm 2.2.3 stellt hierzu die Anteile von Versicherten für die ambulante Versorgung differenziert nach diesen drei Kriterien dar. Gut zu erkennen sind die beiden angesprochenen Trends, mustergültig ist dies z.B. bei den Herz- und Kreislauferkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie den Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems ablesbar. Hier ist jeweils ein sehr großer altersbedingter Anstieg zu verzeichnen. Für die genannten drei Diagnosehauptgruppen gilt, dass jeweils mindestens zwei Drittel der über 65-jährigen Männer und Frauen betroffen sind. Die sehr hohen Werte in der ältesten Versichertengruppe sind unter anderem durch „Alterskrankheiten“ wie Bluthochdruck, krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte und Typ-2-Diabetes zu erklären – Diagnosen, deren Häufigkeiten in der Altersklasse der 20- bis 65-jährigen nur gering sind (vgl. auch nachfolgende

Analysen der Einzeldiagnosen). Gerade bezüglich Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes wird deutlich, dass diese kaum Einfluss auf das AU-Geschehen haben (III Kapitel 1), da bei richtiger Behandlung die Personen arbeitsfähig bleiben. Folgekrankheiten (z.B. Herzinfarkt), die eine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen würden, treten meist erst auf, wenn die Betroffenen bereits verrentet sind.

Abweichend vom beschriebenen Muster stellen sich hingegen die Diagnosehäufigkeiten bei den Neubildungen dar. Hier sind es die Männer über 65 Jahre, die den größten Anteilswert solcher Diagnosen unter den Versicherten aufweisen (39,8% vs. 32,2% bei den Frauen über 65 Jahre). Grund dafür sind insbesondere die unterschiedlichen Prävalenzen der geschlechtsspezifischen Neubildungserkrankungen (Prostatakarzinom bei Männern, Gebärmutterkarzinom bei Frauen), aber auch, dass einige Neubildungsdiagnosen (z.B. Melanozytennävus „gutartiges Muttermal“; D22) bei Männern später und häufiger erst im Rentenalter diagnostiziert werden.

Weiterhin auffällig sind die Erkrankungen des Urogenitalsystems aufgrund ihres besonders häufigen Auftretens bei Frauen zwischen 20 und 65 Jahren. Bei 62,9% der weiblichen BKK Versicherten in dieser Altersgruppe ist im aktuellen Berichtsjahr eine solche Diagnose gestellt worden. Grund dafür

Diagramm 2.2.3 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM), Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



sind auch hier geschlechtsspezifische Besonderheiten, da sich diese Diagnosehauptgruppe auf unterschiedliche anatomische Gegebenheiten (unterschiedliche Länge der Harnröhre, etc.) sowie auf jeweils spezifische Organe bezieht. Während wiederum bei den Frauen die Prävalenz hin zur höchsten Altersgruppe der über 65-Jährigen wieder etwas abnimmt, steigt bei den Männern der Anteil hingegen um ein Vielfaches: Männer und Frauen über 65 Jah-

re weisen (wie auch schon im Vorjahr) beide einen Anteil von etwa 53% auf.

Eine Verminderung der Diagnoseraten mit jeweils höherer Altersklasse ist hingegen bei den Krankheiten des Atmungssystems und den Infektionen zu verzeichnen. So wurden im Jahr 2015 in der Gruppe der unter 20-Jährigen insgesamt bei 59,7% eine Atemwegserkrankung sowie bei 38,3% eine Infektion diagnostiziert. Demgegenüber sind in der äl-

testen Altersgruppe die Anteile mit 38,7% bzw. 19,3% deutlich geringer.

Die **III** Diagramme 2.2.4 bis 2.2.6 stellen für die drei Altersgruppen separat die häufigsten Einzeldiagnosen und deren Anteil je nach Geschlecht dar.

Wie **III** Diagramm 2.2.4 zeigt, sind bei den unter 20-Jährigen sowohl bei den weiblichen (mit einem Anteil von 33,3%) als auch bei den männlichen Versicherten (mit einem Anteil von 32,5%) die akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) die häufigste Diagnose. Danach und ebenfalls für beide Geschlechter mit knapp unter 30% fast gleich häufig wurde die Diagnose für eine Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose (Z00) vergeben.

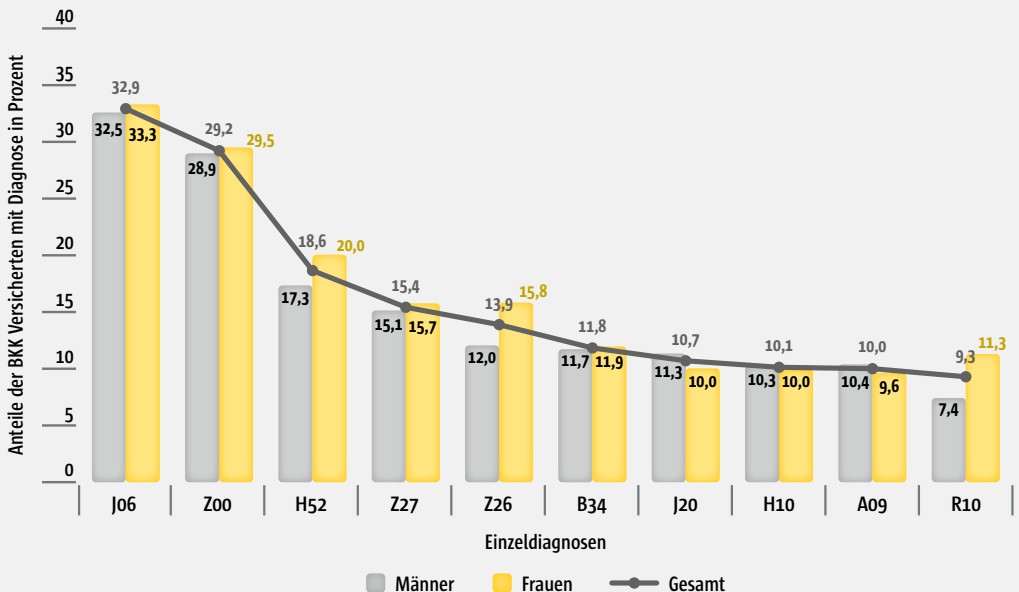
Recht große Geschlechtsunterschiede finden sich hingegen bei Bauch- und Beckenschmerzen (R10) – hierbei sind bei den weiblichen Versicherten etwa 50% mehr Diagnosen als bei männlichen gestellt worden – sowie bei den Impfungen gegen andere einzelne Infektionskrankheiten (Z26), die bei den weiblichen Versicherten etwa 30% häufiger erfolgt sind.

In der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen zeigen sich besonders die Auswirkungen geschlechtsspezifischer Einzeldiagnosen (**III** Diagramm 2.2.5). Vor allem die Diagnoseschlüssel für Untersuchungen auf Neubildungen (Z12), kontrazeptive Maßnahmen

(Z30), sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89) sowie die speziellen Untersuchungen (Z01) werden (fast) ausschließlich oder zumindest um ein Vielfaches häufiger bei Frauen diagnostiziert. „Nur“ vierthäufigste Diagnose bei den Frauen, aber häufigste bei den Männern sind Rückenschmerzen (M54) – zusammengenommen waren im aktuellen Berichtsjahr 27,3% dieser Altersgruppe deshalb mindestens einmal in ambulanter Behandlung. Aus dieser Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen wurden hingegen essentielle (primäre) Hypertonie (I10) sowie Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78) häufiger bei Männern diagnostiziert.

Der höhere Anteil an männlichen Versicherten bei den Diagnosen Hypertonie (I10) und Störungen des Lipoproteinstoffwechsels (E78), der bei den 20- bis 64-Jährigen besteht, ist hingegen bei denjenigen Versicherten ausgeglichen, die 65 Jahre oder älter sind (**III** Diagramm 2.2.6). Diese beiden Diagnoseschlüssel sind es auch, die in dieser Altersgruppe die größte Verbreitung haben, danach folgen Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (H52). Ein deutlicher Geschlechtsunterschied ist wiederum bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) zu verzeichnen: Der Anteil bei den Frauen ist rund 40% geringer als bei den Männern. Genau

Diagramm 2.2.4 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten unter 20 Jahre mit Diagnose – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



2.2 Ambulante Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 2.2.5 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten von 20 bis 64 Jahre mit Diagnose – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)

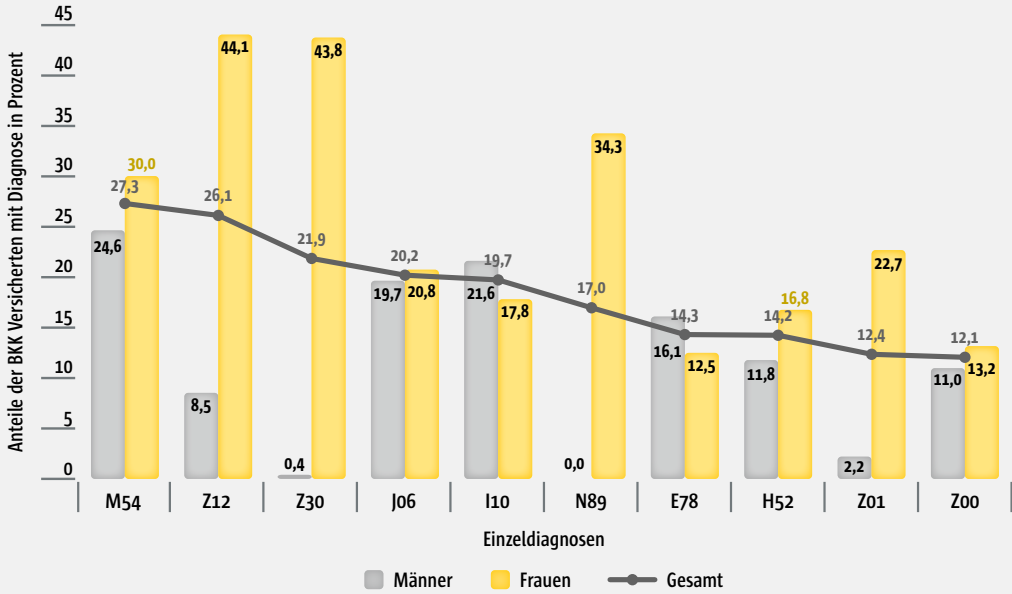
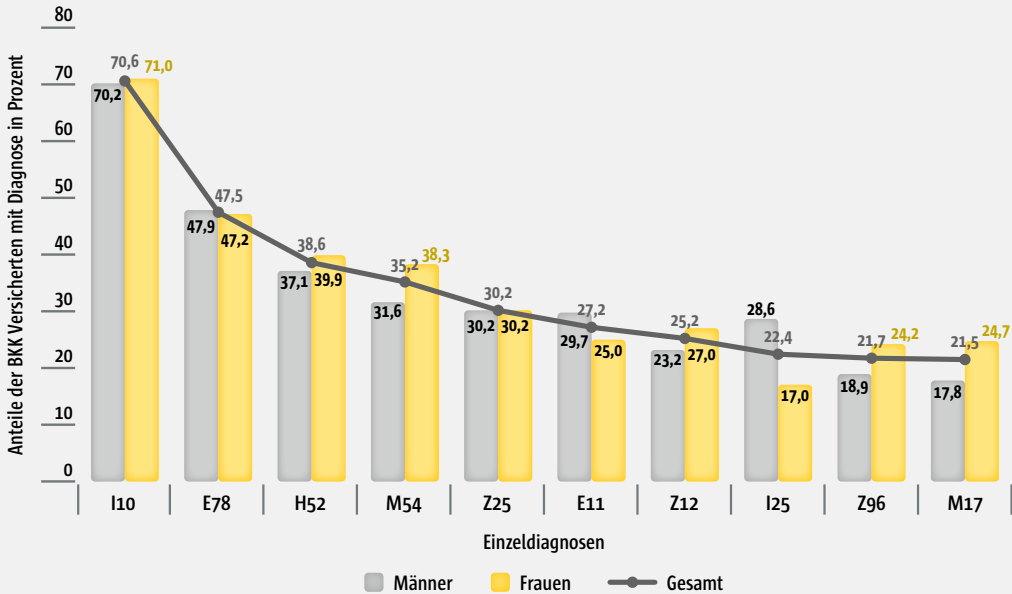


Diagramm 2.2.6 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten über 65 Jahre mit Diagnose – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



andersonherum verhält es sich bei der Gonarthrose (M17), die etwa 40% häufiger bei Frauen diagnostiziert wurde.

**2.2.2 Ambulante Versorgung nach Versichertenstatus**

- Bei den Beschäftigten werden überdurchschnittlich häufig Erkrankungen des Atmungssystems sowie Muskel- und Skeletterkrankungen diagnostiziert.
- Arbeitslose sind seltener in ambulanter Behandlung. Insbesondere die ALG-II-Empfänger weisen aber einen überdurchschnittlich hohen Anteil an psychischen Erkrankungen auf: Bei 40% dieser Versichertengruppe wurde eine solche Diagnose dokumentiert.
- Die meisten Versicherten in ambulanter Behandlung sind wie zu erwarten bei den Rentnern vorzufinden. Gegenüber dem Vorjahr sind hier die Anteilswerte aber am stärksten zurückgegangen.

Der folgende Abschnitt differenziert das ambulante Versorgungsgeschehen hinsichtlich der sozialen Lage der BKK Versichertenpopulation, operationalisiert anhand der unterschiedlichen Versichertengruppen. Es werden die beschäftigten BKK Mitglieder, die Arbeitslosengeld-Empfänger (ALG-I, ALG-II) sowie die mitversicherten Familienangehörigen (insbesondere Kinder sowie Ehepartner) und die Rentner einander gegenübergestellt.

Wie **»»** Tabelle 2.2.1 zeigt, ist auch der generelle Trend, dass mehr Frauen als Männer im Rahmen von ambulanter Behandlung eine Diagnose erhalten, in den einzelnen Versichertengruppen vorzufinden. Den geringsten Anteil an Versicherten mit ambulanter Diagnose insgesamt weist hierbei die Gruppe der Arbeitslosen (ALG-I) auf: Im aktuellen Berichtsjahr wurde bei nur 60,4% eine Diagnose dokumentiert, also in absoluten Zahlen mehr als 25 Prozentpunkte weniger als die Anteile bei den Beschäftigten, Familienangehörigen oder Rentnern und auch noch fast 15 Prozentpunkte weniger als die ALG-II-Empfänger. Bei der Gruppe der ALG-I-Empfänger ist zudem die Wertedifferenz zwischen den Geschlechtern am größten, sodass nur 54,5% der männlichen, aber mit 67,6% fast ein Viertel mehr weibliche Versicherte dieser Gruppe im aktuellen Berichtsjahr in ambulanter Behandlung waren. Der höchste Anteil ist, wie entsprechend der Altersanalysen zu erwarten, bei den Rentnern vorzufinden, hier sind auch, wie schon aus den Ergebnissen der Auswertung nach Alter ab-

**Tabelle 2.2.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versicherten- gruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)**

Versicherten- gruppe	Geschlecht	Anteile der BKK
		Versicherten mit Diagnose in Prozent
Alle Versicherten	Männer	87,4
	Frauen	93,6
	<b>Gesamt</b>	<b>90,5</b>
davon sind:		
Beschäftigte Mitglieder	Männer	83,7
	Frauen	92,6
	<b>Gesamt</b>	<b>87,7</b>
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	54,5
	Frauen	67,4
	<b>Gesamt</b>	<b>60,4</b>
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	68,9
	Frauen	81,6
	<b>Gesamt</b>	<b>74,8</b>
Familien- angehörige	Männer	86,3
	Frauen	90,1
	<b>Gesamt</b>	<b>88,6</b>
Rentner	Männer	93,5
	Frauen	94,9
	<b>Gesamt</b>	<b>94,3</b>

zuleiten ist (**»»** Kapitel 2.2.1), die Werte gegenüber dem Vorjahr am stärksten zurückgegangen.

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

In der detaillierten Betrachtung differenziert nach Diagnosehauptgruppen (**»»** Tabelle 2.2.2) sind die ALG-I-Empfänger durchweg seltener mit einer Diagnose in den Statistiken vertreten. Dies gilt ebenso im Wesentlichen für die ALG-II-Empfänger, allerdings bilden hier besonders die psychischen Störungen eine Ausnahme: In dieser Versichertengruppe sind sie mit 40,8% die am häufigsten diagnostizierte Erkrankungsart, ihr Anteil liegt ein Viertel höher als

Tabelle 2.2.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)

Diagnosehauptgruppe	Versicherte insgesamt	davon				
		beschäftigte Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent						
Infektionen	25,6	23,7	11,0	18,2	31,2	19,1
Neubildungen	19,2	17,2	9,0	9,5	10,6	33,9
Ernährung und Stoffwechsel	38,2	33,7	24,3	30,2	19,4	72,2
Psychische Störungen	32,6	28,5	26,7	40,8	26,8	44,6
Nervensystem	18,9	16,1	13,0	18,4	9,5	35,7
Auge	27,4	18,5	9,7	12,6	27,4	47,5
Kreislaufsystem	35,2	28,9	20,7	25,8	13,2	79,0
Atmungssystem	48,1	48,2	23,4	34,6	51,3	38,4
Verdauungssystem	29,7	26,2	17,1	25,1	19,8	48,7
Haut	27,0	22,9	13,1	18,2	27,0	33,8
Muskel-/Skelettsystem	48,2	48,6	31,2	40,3	27,2	70,4
Urogenitalsystem	35,9	34,1	19,5	25,0	25,4	50,9
Verletzungen, Vergiftungen	26,1	22,8	12,8	19,8	25,0	31,9
Faktoren der Inanspruchnahme	58,9	51,4	29,8	38,3	57,9	73,5

der Durchschnitt aller Versicherten (32,6%). Dies ist umso erstaunlicher, als bei den meisten anderen Diagnosehauptgruppen die Anteile um ein Viertel und mehr niedriger liegen – dem Durchschnitt aller Versicherten ist noch der Anteil bei Erkrankungen des Nervensystems mit lediglich 0,5 Prozentpunkten Differenz am nächsten.

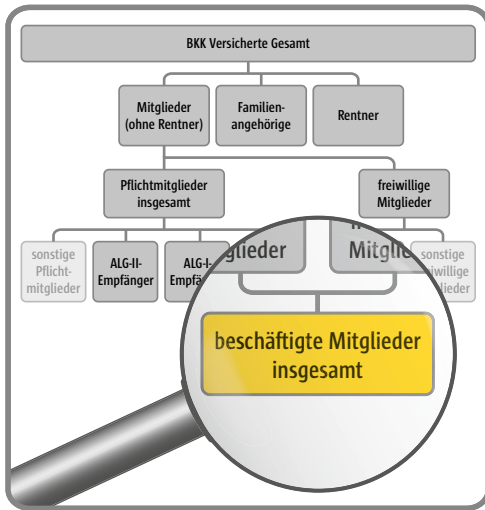
Bei den Familienangehörigen fallen – wie aufgrund des hohen Kinder- und Jugendlichenanteils zu erwarten – vor allem die Anteile der Infektionsdiagnosen (31,2%) sowie die der Atmungssystemerkrankungen (51,3%) überdurchschnittlich aus. Allerdings lässt die vermehrte Diagnostik dieser Erkrankungen gerade in dieser Versichertengruppe nicht zwangsläufig auf eine höhere Erkrankungsrate schließen, da Kinder und Jugendliche mit den genannten Beschwerden vermutlich häufiger bei einem Arzt vorstellig werden als Erwachsene.

Die beschäftigten Mitglieder – als die mit Abstand größte Versichertengruppe in diesem Vergleich – sind naturgemäß aufgrund ihres hohen Anteils an den Versicherten insgesamt in der Regel relativ nah am Gesamtdurchschnitt. Leicht über dem Durchschnitt und (abgesehen von den Zusatzkodierungen der Faktoren der Inanspruchnahme) für diese Gruppe am häufigsten Grund einer ambulanten Behandlung sind die Muskel- und Skeletterkrankungen (48,6%) sowie die Atemwegserkrankungen (48,2%).

In der Gruppe der Rentner wiederum sind muskuloskeletale Erkrankungen mit 70,4% Anteil Versicherter mit Diagnose sogar noch deutlich verbreiteter, allerdings sind noch größere Anteile der berenteten Versicherten von Stoffwechselerkrankungen (72,2%) und Herz- und Kreislauferkrankungen (79,0%) betroffen. Wie auch schon die altersspezifischen

Analysen in **III** Kapitel 2.2.1 erkennen lassen, verbergen sich hinter diesen Erkrankungsarten als Einzeldiagnosen im Wesentlichen nicht akut lebensbedrohliche, oftmals chronische Krankheiten wie krankhaft erhöhte Cholesterin- bzw. Blutfettwerte und Bluthochdruck – die allerdings als Risikofaktoren zu schweren Vorfällen wie Herzinfarkt und Schlaganfall führen können.

**2.2.3 Ambulante Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen**



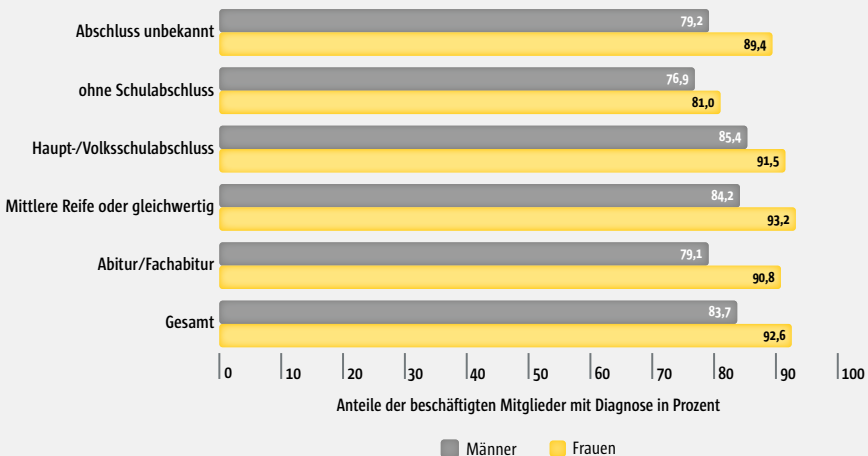
In diesem Unterabschnitt wird für die weitere Analyse der ambulanten Versorgungsdaten die Gruppe der beschäftigten Mitglieder insgesamt hinsichtlich der Unterschiede je nach höchstem Schul- und Ausbildungsabschluss betrachtet, da nur bei dieser Versichertengruppe die Zuordnung entsprechend der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) vorliegt. Eine Darstellung dieser Versichertengruppen ist in **III** Kapitel 1.2.3 zu finden.

- Im Vergleich zu Versicherten mit unterschiedlichen Schulabschlüssen sind diejenigen ohne einen Schulabschluss am seltensten in ambulanter Behandlung gewesen.
- Von den Versicherten mit Meister- oder Technikerabschluss sind im Vergleich zu anderen Abschlussgruppen mehr wegen Stoffwechsel-, Herz- und Kreislauf- sowie Muskel- und Skeletterkrankungen in ambulanter Behandlung gewesen.

**Höchster Schulabschluss**

Bei der Analyse der Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose je nach höchstem Schulabschluss (**III** Diagramm 2.2.7) ist auffällig, dass im Gegensatz zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (**III** Kapitel 1.2.3) oder in der stationären Versorgung (**III** Kapitel 3.2.3) bei denjenigen ohne einen Schulabschluss nicht die höchsten, sondern die niedrigsten Anteile zu finden sind. Wie auch bei den meisten anderen Geschlechtsvergleichen sind es hier die Männer, die weniger in

**Diagramm 2.2.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)**

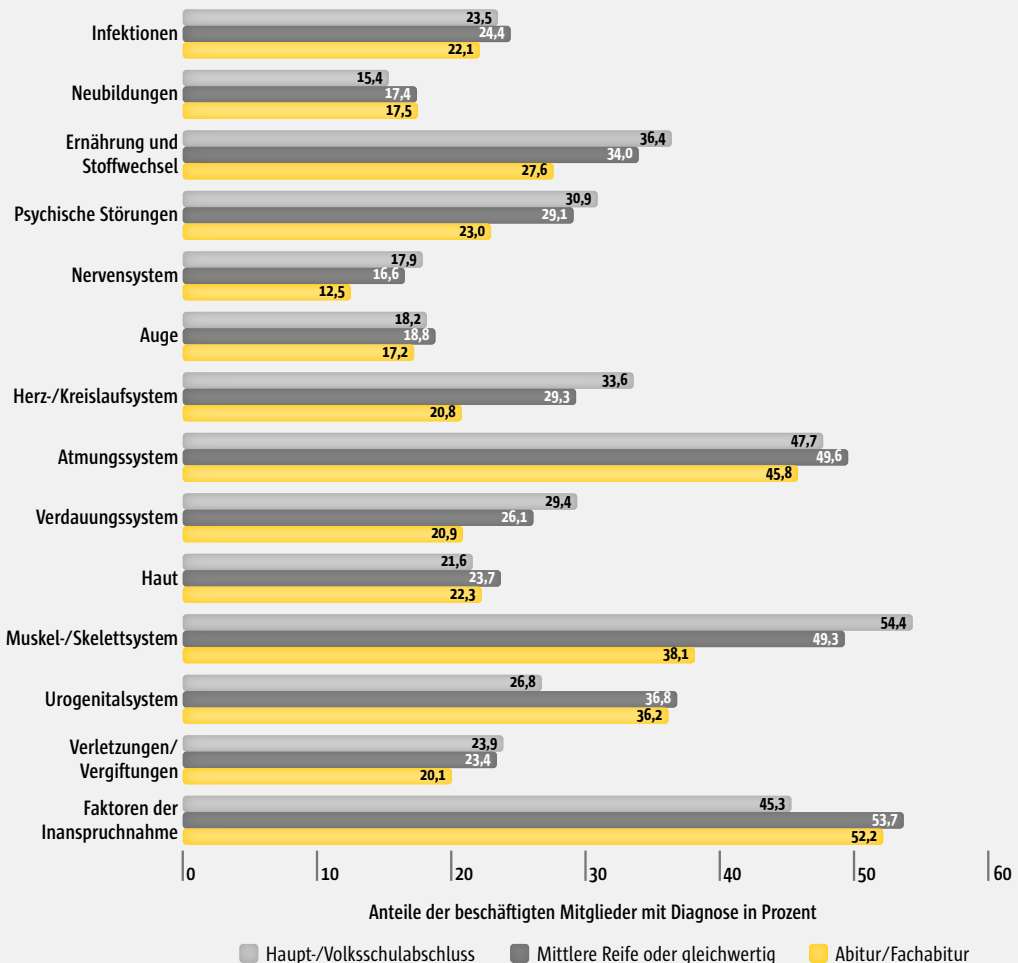


ambulanter Versorgung waren als die Frauen, der Geschlechtsunterschied ist aber bei dieser Gruppe am geringsten (76,9% vs. 81,0%). Ein ähnliches Muster ist wiederum bei den Arzneimittelverordnungen (» Kapitel 4.2.3) zu finden. Den größten Geschlechtsunterschied weisen hingegen die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur-Abschluss auf, hier sind die Frauen in 2015 mit größerem Anteil in ambulanter Behandlung gewesen (90,8% vs. 79,1%). Beschäftigte mit Haupt- oder Volksschulabschluss sowie solche mit mittlerer Reife (oder gleichwertigem Abschluss) weisen wiederum fast gleich hohe Anteile auf.

In » Diagramm 2.2.8 sind die drei größten Schulabschlussgruppen für eine Detailanalyse hin-

sichtlich ihrer Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose für ausgewählte ICD-Hauptgruppen gegenübergestellt. Es zeigen sich hier zwischen den Schulabschlussformen teils enorme Unterschiede, am größten bei den Herz- und Kreislauferkrankungen, bei denen die Haupt- bzw. Volksschulabsolventen gegenüber den (Fach-)Abiturienten über 60% höhere Anteile (33,6% vs. 20,8%) aufweisen. Ähnliches ist bei Erkrankungen des Nervensystems, Muskel- und Skeletterkrankungen sowie bei Erkrankungen des Verdauungssystems mit jeweils mehr als 40% höheren Anteilen beim niedrigsten gegenüber dem höchsten Abschluss zu beobachten. Hingegen deutlich niedriger sind die Anteile bei Haupt- bzw. Volks-

Diagramm 2.2.8 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und ausgewählten Schulabschlussgruppen (Berichtsjahr 2015)





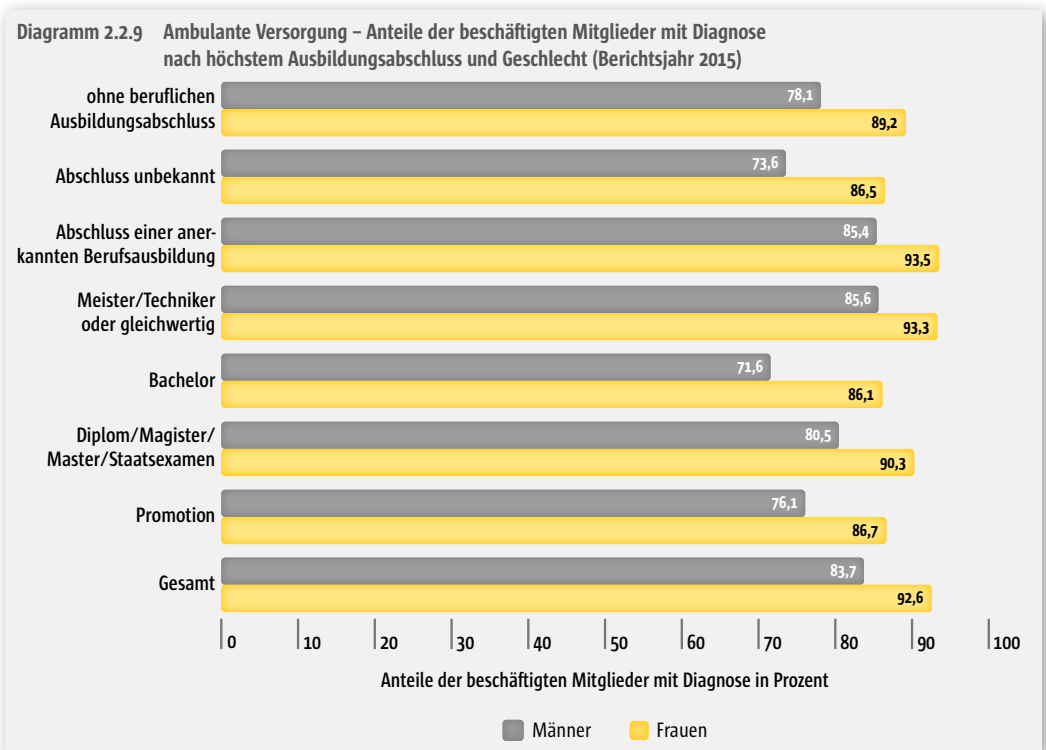
schulabsolventen gegenüber den beiden anderen hier dargestellten Abschlussgruppen bei den Diagnosen aus dem Spektrum der Urogenitalerkrankungen mit jeweils mindestens um ein Viertel geringem Anteil sowie bei den Neubildungen und den Faktoren der Inanspruchnahme mit jeweils immerhin mindestens 12% Differenz.

### Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss

Auch bei der Analyse der ambulanten Versorgungsdaten hinsichtlich des höchsten beruflichen Ausbildungsabschlusses (» Diagramm 2.2.9) sind die Relationen zwischen den Abschlussgruppen ähnlich zu denen bei Arzneimittelverordnungen (» Kapitel 4.2.3). Wie schon beim vorherigen Vergleich nach höchstem Schulabschluss ist bei den Versicherten ohne einen beruflichen Ausbildungsabschluss ein kleinerer Teil in ambulanter Behandlung gewesen als unter anderem die Meister oder Techniker und die Hochschulabsolventen (Diplom, Master oder Staatsexamen). Es muss dabei berücksichtigt werden, dass die Versicherten ohne Ausbildungsab-

schluss im Durchschnitt etwa 10 Jahre jünger sind als die anderen genannten Abschlussgruppen - hingegen weisen diejenigen ohne Abschluss beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (» Kapitel 1.2.3) sowie in der stationären Versorgung (» Kapitel 3.2.3) deutlich höhere Fall- und Tageswerte auf. Wiederum wie in den anderen drei im BKK Gesundheitsreport dargestellten Versorgungsbereichen gilt für die genau benannten Abschlussformen vom Meister bzw. Techniker bis hin zu den Promovenden, dass mit höherem Abschluss die Anteilsrate der ambulanten Inanspruchnahme sinkt. Andererseits sind die niedrigsten Kennwerte durchgehend bei den Bachelor-Abschlüssen vorzufinden, diese Gruppe ist allerdings im Durchschnitt nur wenig älter als die Versicherten ohne Abschluss. Bei Versicherten mit Bachelor-Abschluss tritt ebenfalls der größte Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich des Anteils beschäftigter Mitglieder mit Diagnose mit einer absoluten Differenz von fast 15 Prozentpunkten zutage.

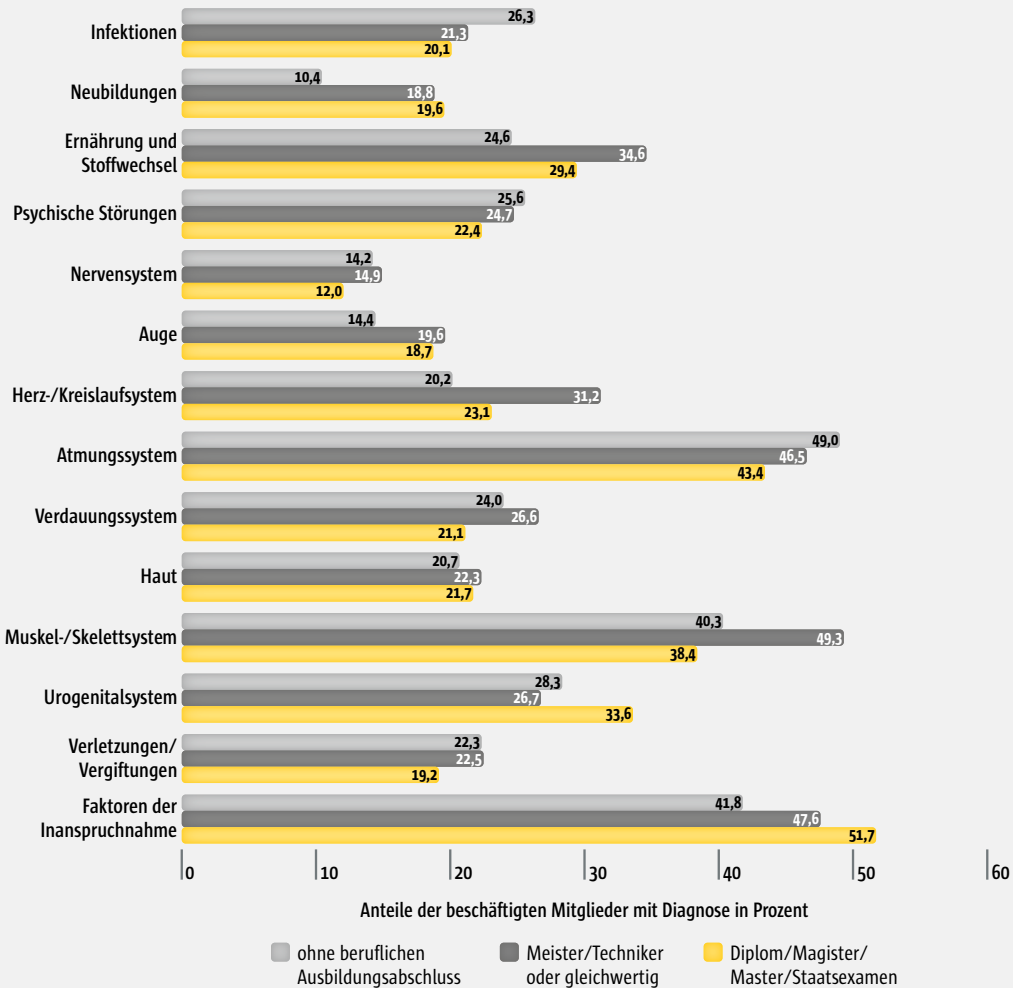
Wie aufgrund des deutlich niedrigeren Durchschnittsalters zu erwarten ist, sind bei den Versicherten ohne Ausbildungsabschluss die Anteile von



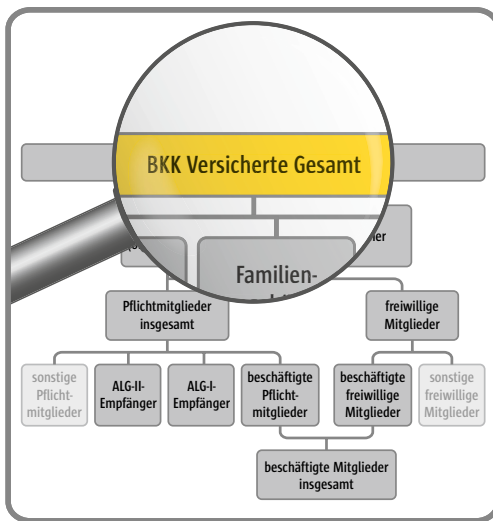
Diagnosen, die vor allem im höheren Alter auftreten (u. a. Neubildungen, Herz- und Kreislauferkrankungen) vergleichsweise niedriger als bei den beiden anderen Abschlussgruppen (»»» Diagramm 2.2.10). Infektionen, Erkrankungen des Atmungssystems sowie psychische Störungen sind hingegen in dieser Gruppe bei einem größeren Anteil als bei den anderen Gruppen festgestellt worden. Von den Versicherten mit Meister- oder Technikerabschluss ist aufgrund von Stoffwechsel-, Herz- und Kreislauferkrankungen

sowie Muskel- und Skeletterkrankungen eine größere Anzahl in ambulanter Behandlung gewesen als bei den anderen beiden hier dargestellten Versichertengruppen. Die Versichertengruppe, die einen Hochschulabschluss hat, weist wiederum den höchsten Anteil bei den Faktoren der Inanspruchnahme – also ICD-Kodierungen, die sich auf Lebensumstände, aber auch auf Vorsorgemaßnahmen beziehen – sowie bei Erkrankungen des Urogenitalsystems und bei Neubildungen auf.

Diagramm 2.2.10 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und ausgewählten Ausbildungsabschlussgruppen (Berichtsjahr 2015)



## 2.3 Ambulante Versorgung in Regionen



- In Berlin waren 2015 – im Vergleich zu den anderen Bundesländern – die wenigsten Versicherten in ambulanter Behandlung. Allerdings wurden hier psychische Störungen häufiger als anderswo diagnostiziert.
- Im Saarland ist der Anteil Versicherter mit mindestens einer Diagnose am größten. Besonders Erkrankungen des Atmungssystems sowie Muskel- und Skeletterkrankungen sind dort häufiger als anderswo Konsultationsgrund: Jeweils mehr als jeder Zweite in diesem Bundesland war in 2015 deshalb in ambulanter Behandlung.
- Sachsen-Anhalt ist mit deutlichem Abstand Spitzenreiter bei den Herz- und Kreislauferkrankungen: Bei 47,5% der dortigen Versicherten wurden diese diagnostiziert. Zum Vergleich: In Baden-Württemberg waren es nur rund 30%.

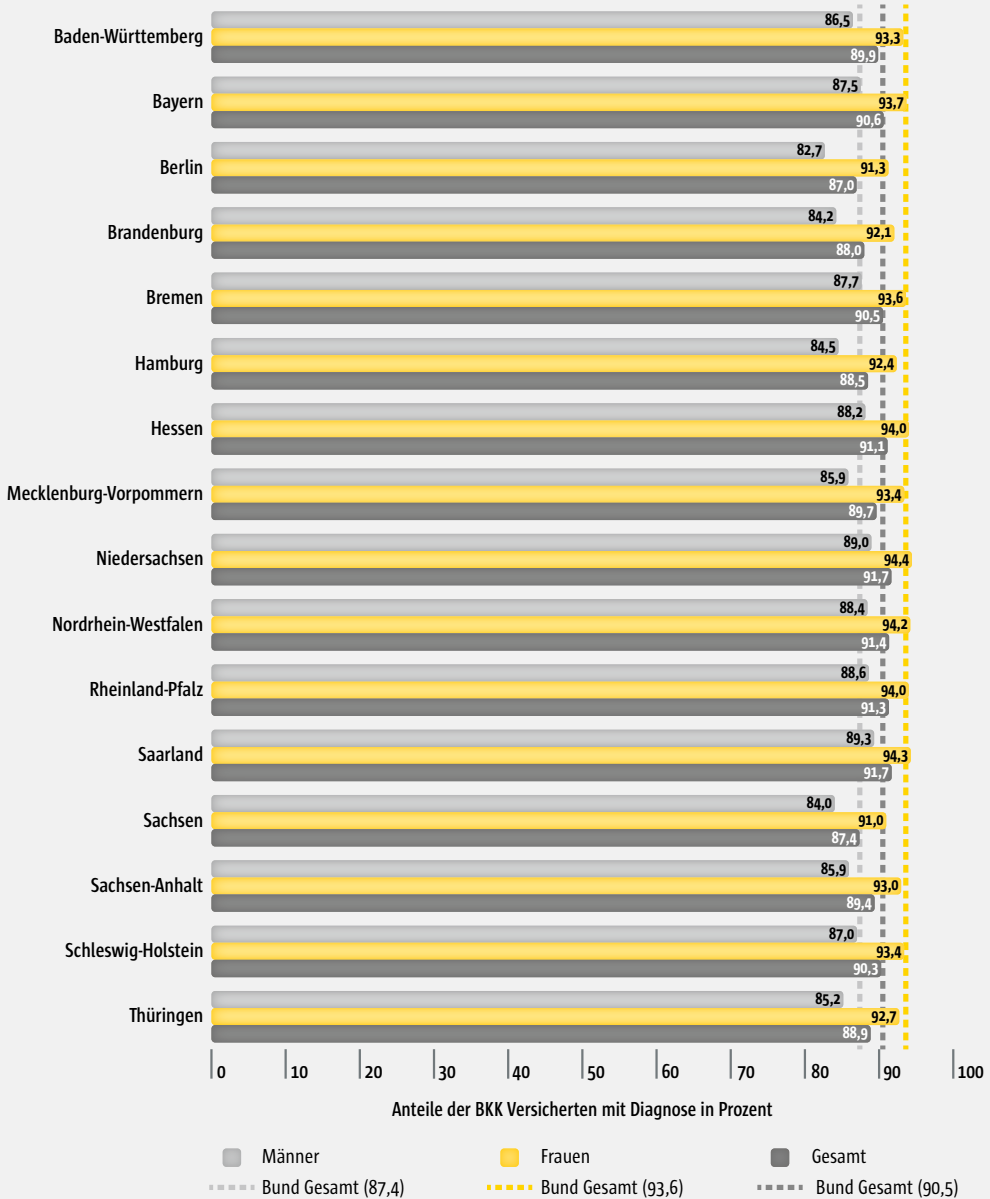
### 2.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

Das Saarland ist im Jahr 2015 wie schon im Vorjahr dasjenige Bundesland mit dem höchsten Anteil an BKK Versicherten mit einer Diagnose, 91,7% der Versicherten dort haben mindestens eine Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung gestellt bekommen (»»» Diagramm 2.3.1). Bei den Männern haben 89,3% eine Diagnose erhalten, bei den Frauen sogar 94,3%. In Berlin hingegen ist im aktuellen Berichtsjahr die niedrigste Diagnosehäufigkeit festzustellen (auch bei den Arzneimittelverordnungen ist Berlin das Bundesland mit den niedrigsten Verordnungsmengen, siehe »»» Kapitel 4.3.1), hier wurde insgesamt nur für 87,0% der Versicherten eine Diagnose dokumentiert. Es weisen dort mit nur 82,7% vor allem die männlichen Versicherten einen sehr niedrigen Anteil mit Diagnose auf. Die weiblichen Versicherten in Berlin liegen mit 91,3% mehr als 8 Prozentpunkte über dem Anteil der Männer: Dies ist die größte geschlechtsspezifische Differenz im Bundeslandvergleich.

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind auf der Ebene aller gestellten Diagnosen nicht sehr stark ausgeprägt, auch jeweils separat für Männer und Frauen betrachtet sind die Differenzen als nur mäßig zu bewerten. In der Detailbetrachtung für einzelne Diagnosehauptgruppen, Versicherten Gruppen, Wirtschaftsgruppen oder in kleineren regionalen Bezügen auf Kreisebene manifestieren sich hingegen deutlichere Unterschiede, wie die nachfolgenden Analysen zeigen.

Betrachtet man die Anteile BKK Versicherter mit einer in der ambulanten Versorgung gestellten Diagnose auf Kreisebene (»»» Diagramm 2.3.2), so ist festzustellen, dass auch innerhalb der Bundesländer Unterschiede bei den ambulanten Konsultationen vorhanden sind. Diese Differenzen innerhalb der Bundesländer sind teilweise größer als die Differenzen auf Bundesländerebene: So weist Jena in Thürin-

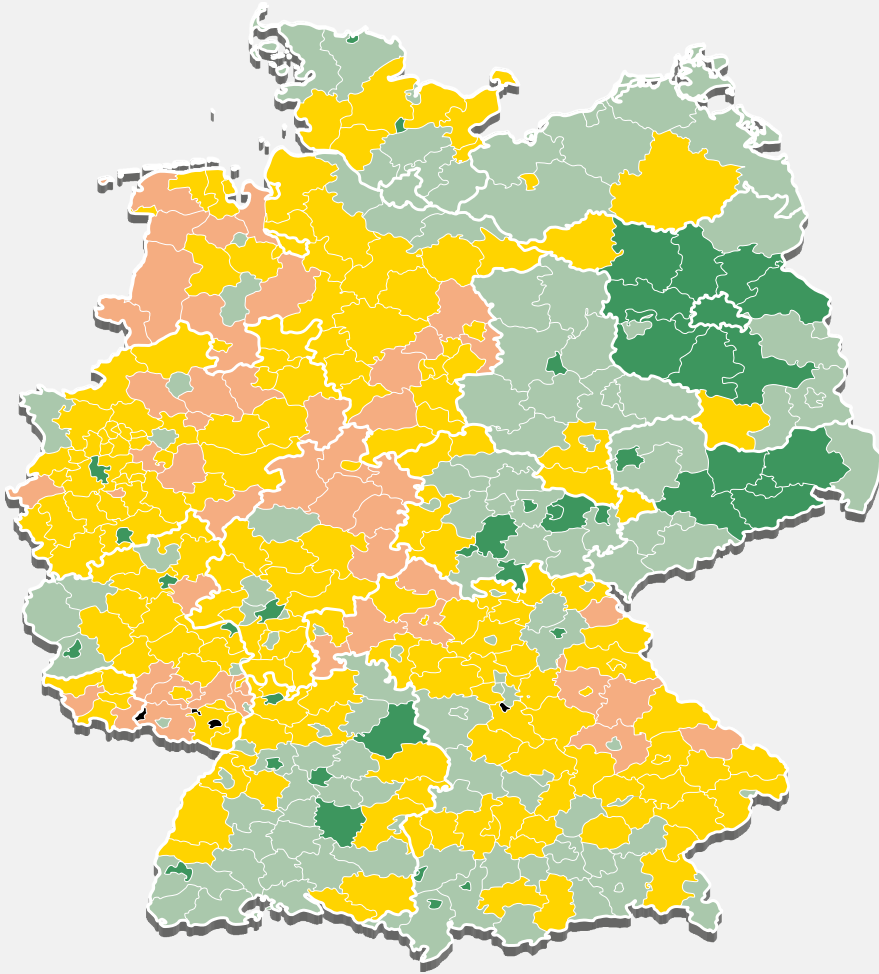
Diagramm 2.3.1 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Bundesland (Wohnort) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



gen mit 83,1% den deutlich niedrigsten Anteil Versicherten mit einer Diagnose auf, im selben Bundesland liegt Schmalkalden-Meiningen mit 90,1% hingegen deutlich darüber. Ebenfalls eine große Differenz ist in Bayern zu finden: Bayreuth weist einen

der niedrigsten (85,2%), der Kreis Main-Spessart (92,1%) hingegen einen sehr hohen Anteilswert für Versicherte mit einer Diagnose auf. Der höchste Anteilswert auf Kreisebene ist im hessischen Schwalm-Eder-Kreis (93,2%) zu verzeichnen, gefolgt von den

Diagramm 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2015)



Abweichungen der Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 3% unter dem Bundesdurchschnitt
- 1–3% unter dem Bundesdurchschnitt
- ± 1% unter bzw. über dem Bundesdurchschnitt (90,5%)
- 1–3% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 3% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben\*

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

niedersächsischen Kreisen Grafschaft Bentheim (92,9%) sowie Northeim (92,8%). Wie die Kartendarstellung (»» Diagramm 2.3.2) aber auch sichtbar macht, ist die Inanspruchnahme in den ostdeutschen Bundesländern in vielen Kreisen unterdurchschnittlich. Dem höheren Durchschnittsalter in den

Ostbundesländern gemäß wären dort eigentlich höhere Inanspruchnahmeraten zu erwarten – diese sind auch bei der Betrachtung einzelner Erkrankungsarten in diesem Abschnitt zu finden. Die allgemeine Inanspruchnahme ist hingegen auch merklich von der Arzt- und Therapeutendichte beeinflusst

(vgl. dazu **III** BKK Gesundheitsatlas 2015), sodass hier in den ostdeutschen Kreisen vermutlich auch aufgrund der vielerorts schwachen oder fehlenden Versorgungsstrukturen geringe Versichertenanteile in Behandlung waren.

**III** Tabelle 2.3.1 zeigt für alle Bundesländer die Versichertenanteile mit mindestens einer ambulanten Diagnose unterschieden nach Versichertengruppen. Die in **III** Kapitel 2.2.2 beschriebene Rangfolge der Versichertengruppen auf Bundesebene – Rentner erhalten deutlich am häufigsten eine ambulante Diagnose, gefolgt von den Familienangehörigen und den beschäftigten Mitgliedern, mit deutlichem Abstand liegen ALG-II- sowie die ALG-I-Empfänger auf den hinteren Plätzen der Rangreihe – ist auch in fast allen Bundesländern gleich. Die einzige Abweichung ist in Hessen zu finden, wo die beschäftigten Mitglieder den höchsten Anteilswert im Bundesländervergleich innehaben, der noch etwas höher liegt als bei den hessischen Familienangehörigen. Die wenigsten beschäftigten Mitglieder

mit einer Diagnose sind hingegen in Berlin zu finden.

Bei den Arbeitslosen ist als Tendenz zu erkennen, dass die ostdeutschen Bundesländer geringere Versichertenanteile mit Diagnose aufweisen als die westdeutschen. Dies wird besonders bei den ALG-II-Empfängern deutlich, hier sind die 11 vorderen Rangplätze von den westdeutschen Bundesländern belegt, angeführt von Bremen, wo für 77,1% der ALG-II-Empfänger mindestens eine Diagnose im aktuellen Berichtsjahr dokumentiert ist. Der geringste Versichertenanteil der ALG-II-Empfänger ist hingegen mit 67,7% in Brandenburg zu finden. Das gleiche gilt auch für die ALG-I-Empfänger (54,6% vs. höchster Anteil in Nordrhein-Westfalen mit 64,1%). Im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen zeigen sich in dieser Gruppe die größten Differenzen zwischen Minimum und Maximum.

Ebenfalls unterdurchschnittliche Werte in den Ost-Bundesländern sind bei den Familienangehörigen zu finden. Während das Saarland Spitzenreiter ist

**Tabelle 2.3.1** Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach Versichertengruppen und Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2015)

Bundesland	Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose in Prozent				
	beschäftigte Mitglieder	ALG-I	ALG-II	Familienangehörige	Rentner
Baden-Württemberg	87,1	59,0	74,5	88,0	93,9
Bayern	87,9	59,4	76,0	88,7	94,7
Berlin	81,1	54,9	73,4	86,4	94,4
Brandenburg	84,3	54,6	67,7	86,1	94,2
Bremen	87,0	59,8	77,1	88,2	94,6
Hamburg	84,9	58,6	74,4	86,3	94,5
Hessen	88,9	61,7	75,7	88,7	95,0
Mecklenburg-Vorpommern	86,2	56,2	69,9	87,6	95,0
Niedersachsen	88,6	60,4	75,0	89,2	95,6
Nordrhein-Westfalen	88,5	64,1	76,2	89,4	95,0
Rheinland-Pfalz	88,6	60,3	74,6	89,1	95,5
Saarland	88,8	60,9	74,3	90,3	94,5
Sachsen	83,2	56,1	68,2	83,5	94,5
Sachsen-Anhalt	85,2	57,8	71,3	86,5	95,4
Schleswig-Holstein	87,2	57,6	72,5	88,2	94,9
Thüringen	85,3	57,1	68,6	87,2	94,3
<b>Bund Gesamt</b>	<b>87,7</b>	<b>60,4</b>	<b>74,8</b>	<b>88,6</b>	<b>94,3</b>

(90,3%), wurden die wenigsten Diagnosen in Sachsen gestellt (83,5%). Weniger Varianz findet sich wiederum bei den Rentnern: Mit 95,6% sind in Niedersachsen die meisten Rentner in ambulanter Versorgung gewesen, während in Baden-Württemberg der geringste Anteil versicherter Rentner behandelt wurde (93,9%).

**2.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen**

» Tabelle 2.3.2 stellt die Versichertenanteile der häufigsten ICD-Diagnosegruppen im Ländervergleich

dar. Wie auch schon im letzten Jahr beobachtet werden konnte, zeigen sich Unterschiede insbesondere zwischen den ost- und westdeutschen Bundesländern. Berücksichtigt werden muss dabei aber auch das höhere Durchschnittsalter sowie die höhere Arbeitslosenquote in den ostdeutschen Bundesländern. Dadurch ist auch der Umstand beeinflusst, dass im aktuellen Berichtsjahr in den östlichen Bundesländern ein deutlich geringerer Versichertenanteil die Diagnose einer Infektion oder einer Atemwegserkrankung erhalten hat – also derjenigen Erkrankungsarten, die im Rahmen der ambulanten Versorgung bei den höheren Altersgruppen seltener

**Tabelle 2.3.2 Ambulante Versorgung – Anteile der BKK Versicherten mit Diagnose nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Bundesland (Wohnort) (Berichtsjahr 2015)**

Bundesland	Infektionen	Neubildungen	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Psychische und Verhaltensstörungen	Kreislaufsystem	Atemsystem	Muskel-/ Skelettsystem	Urogenitalsystem	Verletzungen/ Vergiftungen
Baden-Württemberg	24,8	18,8	33,9	31,0	29,4	45,8	44,5	34,6	24,7
Bayern	25,8	20,4	37,0	32,4	32,3	47,5	47,7	35,3	27,2
Berlin	25,5	15,9	36,0	35,3	33,1	46,6	44,6	34,2	22,9
Brandenburg	22,1	17,5	39,3	32,5	40,3	43,9	49,0	36,7	23,3
Bremen	27,1	17,2	37,8	34,5	34,5	47,3	47,1	34,6	25,5
Hamburg	26,5	19,2	33,9	34,4	30,6	47,7	42,3	33,4	26,1
Hessen	25,7	17,9	37,1	31,1	33,4	51,2	47,6	34,8	24,8
Mecklenburg-Vorpommern	23,4	17,4	39,9	34,7	41,6	44,5	50,6	37,3	26,2
Niedersachsen	26,4	19,4	40,1	34,8	39,0	48,7	51,4	37,0	23,9
Nordrhein-Westfalen	26,2	19,7	40,6	32,0	36,9	49,9	48,9	36,8	27,5
Rheinland-Pfalz	26,3	19,5	42,4	33,1	39,2	50,9	51,1	38,3	26,3
Saarland	26,1	19,3	41,7	33,7	38,7	51,9	52,3	34,5	27,5
Sachsen	21,2	18,3	40,5	32,9	43,2	42,0	49,3	36,2	28,5
Sachsen-Anhalt	22,2	18,4	42,8	32,5	47,5	43,8	51,9	38,0	22,8
Schleswig-Holstein	25,2	19,2	35,1	32,6	34,9	45,3	47,9	34,5	24,6
Thüringen	23,1	18,7	39,0	30,9	42,4	46,2	51,2	36,2	26,2
<b>Bund Gesamt</b>	<b>25,6</b>	<b>18,5</b>	<b>38,2</b>	<b>32,6</b>	<b>35,2</b>	<b>48,1</b>	<b>48,2</b>	<b>35,9</b>	<b>24,3</b>

diagnostiziert werden. So sind die wenigsten Infektionsdiagnosen in Sachsen (21,2% der BKK Versicherten), Brandenburg (22,1%) und Sachsen-Anhalt (22,2%) gestellt worden. In Bremen sind hingegen die meisten Diagnosen (bei 27,1% der BKK Versicherten) zu verzeichnen, gefolgt von Hamburg (26,5%). Der höchste Anteil Versicherter mit einer Erkrankung des Atmungssystems ist wiederum im Saarland (bei 51,9% der BKK Versicherten) zu finden, hingegen sind es in Sachsen die wenigsten Versicherten, die eine solche Diagnose aufweisen: Mit 42,0% ist der dortige Anteil Versicherter mit Diagnose rund 10 Prozentpunkte geringer. Hierbei ist auch bekannt, dass in den Ostbundesländern die Bereitschaft zur Grippeimpfung (möglicherweise als Nachwirkung der staatlich organisierten Impfprävention in der ehemaligen DDR) höher als im Westen ist<sup>1</sup>.

Bei den „Seniorenkrankheiten“ Herz- und Kreislauferkrankungen verhält es sich genau andersherum: Mit Abstand am häufigsten wurden diese in Sachsen-Anhalt bei 47,5% der BKK Versicherten festgestellt – Sachsen weist mit 43,2% den zweithöchsten Anteil auf. Die geringsten Anteile von Versicherten mit einer kardiovaskulären Diagnose weisen Baden-Württemberg (29,4%) und Hamburg (30,6%) auf.

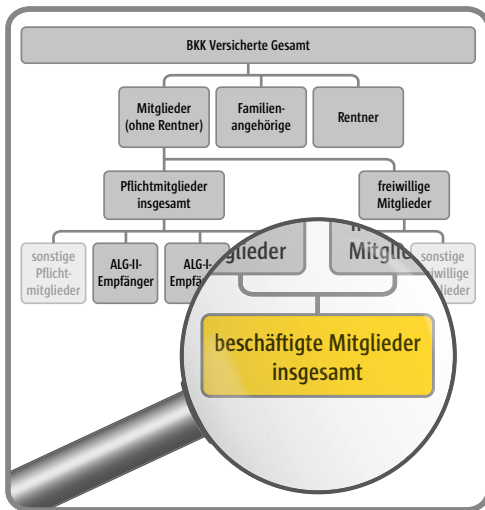
Auch bei den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten belegt Sachsen-Anhalt den Spitzenplatz (42,8%), während Baden-Württemberg die wenigsten Versicherten (33,9%) mit einer Diagnose aus dem Spektrum dieser Erkrankungsart aufweist.

Heterogener ist das Bild bei den weiteren hier dargestellten Diagnosehauptgruppen: Psychische und Verhaltensstörungen werden am häufigsten in Berlin (35,3%) und am seltensten in Thüringen (30,9%) in der ambulanten Versorgung diagnostiziert. Der deutlich geringste Anteil Versicherter mit Muskel- und Skeletterkrankungen ist in Hamburg vorzufinden (42,3% vs. höchster Wert im Saarland mit 52,3%), auch Urogenitalerkrankungen wurden dort am seltensten diagnostiziert (33,4% vs. höchster Wert in Rheinland-Pfalz mit 38,3%). Hinsichtlich Verletzungen bzw. Vergiftungen ist Sachsen mit 28,5% Anteil Versicherter, bei denen diese festgestellt wurden, Spitzenreiter, während das Nachbarbundesland Sachsen-Anhalt mit 22,8% den geringsten Anteil aufweist. Aufschlussreich sind auch die Diagnoseraten für Neubildungen, da in der stationären Versorgung für diese Erkrankungsart sehr viele Fälle und Behandlungstage in Bremen zu verzeichnen sind (» Kapitel 3.3) – in der ambulanten Versorgung hingegen sind hier nach Berlin (15,9%) die zweitwenigsten Diagnosen gestellt worden. Die häufigsten Neubildungsdiagnosen wurden hingegen in Bayern gestellt (20,4%).

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



## 2.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit



Dieser Abschnitt des Kapitels zur ambulanten Versorgung widmet sich dem diesjährigen Schwerpunktthema, dem Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit. Im Fokus der Betrachtungen stehen dabei dem Arbeitsweltbezug entsprechend die beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt. Für die Analysen wurden zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren einbezogen, so zum Beispiel die Zugehörigkeit des beschäftigenden Unternehmens zu einer Wirtschaftsgruppe, der Beschäftigten zu einer Berufsgruppe, die Vertragsform der Beschäftigung (Befristung, Voll-/Teilzeit) und das Anforderungsniveau der Tätigkeit. Eine Beschreibung wesentlicher Merkmale der beschäftigten Mitglieder, die sich insbesondere aus dem Tätigkeitsschlüssel (KldB 2010) ergeben, ist in [Kapitel 1.4.2](#) zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zu finden.

### 2.4.1 Auswertung nach Wirtschaftsgruppen

- Die höchsten Anteile Versicherter in ambulanter Behandlung sind in den Wirtschaftsgruppen Gesundheits- und Sozialwesen und öffentliche Verwaltung/Sozialversicherung zu finden, die geringsten Anteile weisen hingegen die in Land- und Forstwirtschaft sowie im Gastgewerbe Beschäftigten auf.
- Bei den im Postdienst Beschäftigten steigt die Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter sehr stark an: Sind die unter 25-Jährigen noch deutlich weniger in ambulanter Behandlung, so sind von den Älteren überdurchschnittlich viele, insbesondere wegen Muskel- und Skeletterkrankungen, beim Arzt.
- Postbedienstete in Mecklenburg-Vorpommern weisen neben sehr hohen Anteilen, die muskuloskeletale Diagnosen erhalten haben, auch viele diagnostizierte psychische Störungen auf.
- Ebenfalls auffällig hoch sind die Anteile der Beschäftigten in der Berliner Verwaltung/Sozialversicherung sowie im Bremer Gesundheits- und Sozialwesen, die eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben.

Die Gesundheit bzw. Krankheit der beschäftigten BKK Mitglieder drückt sich nicht allein im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aus (vgl. dazu [Kapitel 1.4](#)), denn nicht immer führen gesundheitliche Einschränkungen auch zu krankheitsbedingten Fehlzeiten. Die folgende Analyse der ambulanten Diagnosen nach Wirtschaftsgruppen bietet hierzu eine Ergänzung und vermittelt einen Eindruck davon, in welchen Branchen die beschäftigten BKK Mitglieder gesundheitlich besonders belastet sind.

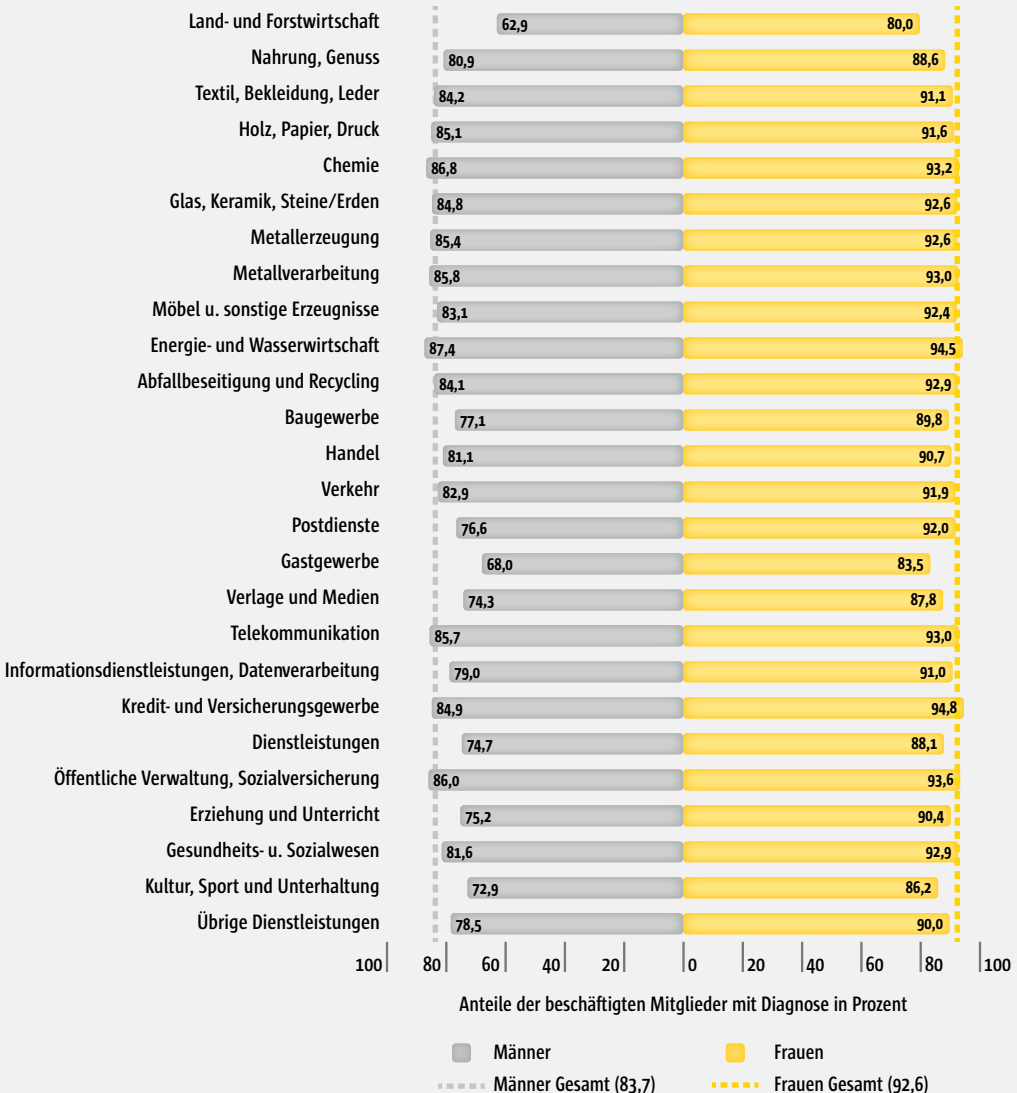
Dabei zeigen die nachfolgend dargestellten Ergebnisse, dass auch aufgrund der Zugehörigkeit der beschäftigten Versicherten zu bestimmten Wirtschaftsgruppen Unterschiede bestehen, die nicht allein anhand der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der dort Beschäftigten erklärt werden können.

nen. Somit lohnt sich auch eine genauere Betrachtung regionaler Unterschiede unter Berücksichtigung der Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit der Versicherten bzw. der Unternehmen, in denen diese beschäftigt sind. Daher werden außerdem exemplarisch ausgewählte Wirtschaftsgruppen für die drei Diagnosehauptgruppen Muskel- und Skeletterkrankungen, psychische und Verhaltensstörungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems differenziert für

die einzelnen Bundesländer dargestellt und analysiert.

Wie **»»»** Diagramm 2.4.1 deutlich zeigt, bestehen zum einen zwischen den Wirtschaftsgruppen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Anteile der Beschäftigten, die in ambulanter Behandlung waren. Zum anderen sind aber auch teils große Differenzen innerhalb der einzelnen Wirtschaftsgruppen beim Vergleich zwischen den Geschlechtern festzustellen.

**Diagramm 2.4.1** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



Sowohl insgesamt als auch getrennt für Männer und Frauen betrachtet sind bei den Beschäftigten in Land- und Forstwirtschaft die niedrigsten Anteile festzustellen: 80% der dort tätigen Frauen und 62,9% der dort tätigen Männer waren in 2015 in ambulanter Behandlung. Dabei ist aber auch zu bedenken, dass hier das Durchschnittsalter der Beschäftigten niedriger ist als bei den meisten anderen Wirtschaftsgruppen (vgl. **III** Anhang A in **III** Tabelle A.7). Wie schon in **III** Kapitel 2.2.1 dargestellt, besteht ein Zusammenhang von Alter und Geschlecht mit der Behandlungsquote. So sind die durchschnittlich jüngsten Beschäftigten bei beiden Geschlechtern im Gastgewerbe tätig (Männer: 37 Jahre; Frauen 39 Jahre), entsprechend sind die zweitniedrigsten Anteile der Beschäftigten mit Diagnose auch bei dieser Wirtschaftsgruppe zu finden. Wiederum die höchsten Anteilswerte sind für männliche Beschäftigte in der Energie- und Wasserwirtschaft zu verzeichnen (87,4%). Diese Wirtschaftsgruppe ist allerdings bei den Männern im Vergleich die zweitälteste nach denen in der Telekommunikation Tätigen. Bei den Frauen sind es die im Kredit- und Versicherungsgewerbe Beschäftigten, von denen mehr als in jeder anderen Wirtschaftsgruppe in ambulanter Behandlung waren (94,8%). Bei dieser Wirtschaftsgruppe ist hingegen das Durchschnittsalter der Frauen fast genauso hoch wie das Gesamtdurchschnittsalter der beschäftigten Frauen. Die mit Abstand ältesten Frauen im Vergleich der Wirtschaftsgruppen (Durchschnittsalter fast 49 Jahre) arbeiten wiederum bei den Postdiensten. Deren Anteilswert liegt im Ranking der Wirtschaftsgruppen allerdings nur im Mittelfeld. Im Vergleich zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zeigen sich dabei aber gegenläufige Ergebnisse: Sowohl in der Energie- und Wasserwirtschaft als auch im Kredit- und Versicherungsgewerbe weisen beide Geschlechter nur durchschnittlich viele Arbeitsunfähigkeitsfälle auf, wobei jeweils die Menge der daraus entstehenden Ausfalltage sogar unterdurchschnittlich ist (**III** Kapitel 1.4.3). Die Beschäftigten der Postdienste hingegen weisen im Durchschnitt die meisten (Frauen) bzw. zweitmeisten (Männer) Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich der Wirtschaftsgruppen auf. Betrachtet man die Anteilswerte von Beschäftigten mit Diagnosen in der ambulanten Versorgung insgesamt (im Diagramm nicht enthalten), so sind die größten Anteilswerte bei Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in der öffentlichen Verwaltung/Sozialversicherung vorzufinden. Auch diese beiden Wirtschaftsgruppen weisen bei den Arbeitsunfähigkeitsstatistiken deutlich überdurchschnittliche Kennwerte auf.

Um den Einfluss des Alters in diesem Kontext tiefer zu analysieren, ist das ambulante Geschehen in **III** Diagramm 2.4.2 exemplarisch für verschiedene Wirtschaftsgruppen aus dem verarbeitenden Gewerbe sowie aus dem Dienstleistungssektor zusätzlich zum Geschlecht auch nach Altersgruppen differenziert dargestellt.

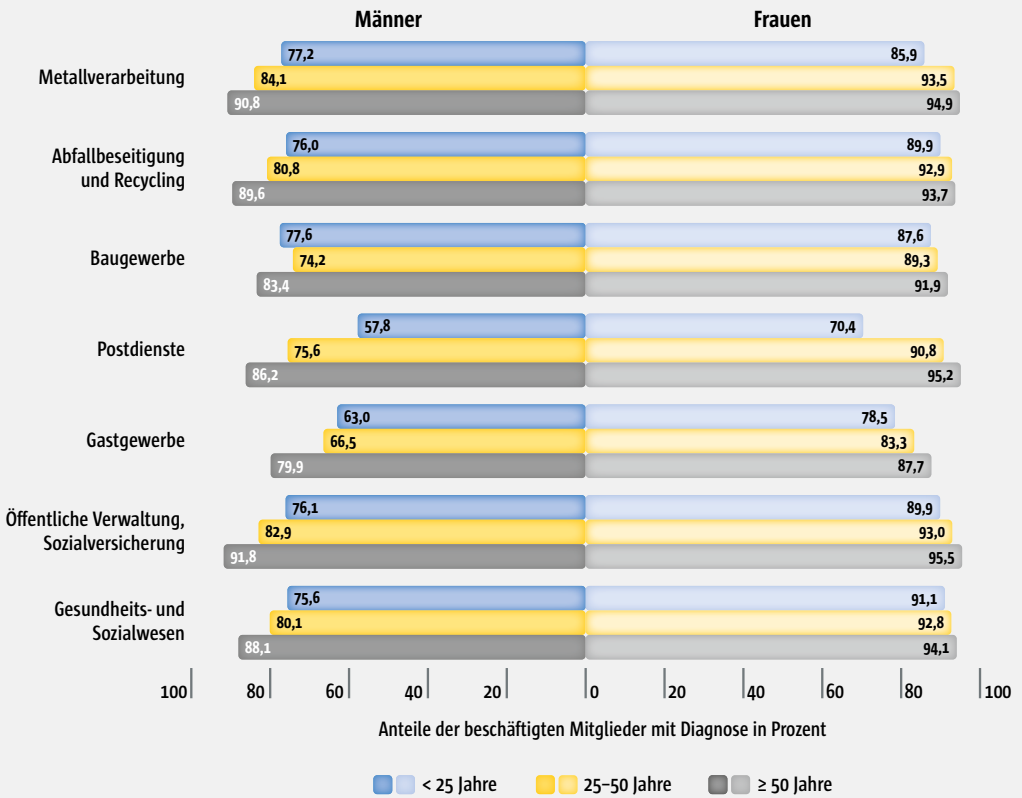
Die deutlichsten Steigerungsquoten zwischen den Altersgruppen findet man dabei bei den Postdiensten: Weisen die unter 25-Jährigen noch die niedrigsten Anteilswerte für beide Geschlechter auf, so sind in der Altersgruppe der 25- bis 50-Jährigen die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose um rund 30% höher. Denkbar ist dabei, dass hier auch innerhalb der Altersgruppen noch Unterschiede (allerdings in geringerem Umfang) hinsichtlich des jeweiligen Durchschnittsalters bestehen und dies einen Effekt auf den Anteilswert hat. Der Umstand, dass hier allgemein (genauso wie speziell bei dem Muskel-/Skeletterkrankungen, die hier nicht dargestellt sind) sowie auch die geschlechtsspezifischen Anteilsquoten insbesondere bei den Frauen mit höherer Altersgruppe rapide steigen, zeigt auf, dass sich branchenspezifische Belastungen ebenfalls in den hier dargestellten ambulanten Daten widerspiegeln.

Sehr niedrige Anteile an Betroffenen in fast allen Alters- und Geschlechtssubgruppen sind hingegen bei den Beschäftigten des Gastgewerbes zu finden. Dies bestätigt auch das Ergebnis aus **III** Kapitel 1, wo festzustellen war, dass im Gastgewerbe Tätige auch relativ wenig Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage aufweisen. Auch hier sind mögliche Auswirkungen einer Varianz des Durchschnittsalters innerhalb der Altersgruppen zu bedenken, zudem ist aber auch bekannt, dass gerade das Gastgewerbe eine Beschäftigtenstruktur mit hohen Anteilen von Saisonarbeitern und geringfügig Beschäftigten aufweist. Dementsprechend können hier auch ähnlich dem *healthy worker effect* Selektionseffekte ursächlich sein.

Wiederum fast durchweg die höchsten Anteile Versicherter, die in ambulanter Behandlung waren, sind auch hier bei den Beschäftigten in Energie- und Wasserwirtschaft vorzufinden. Hier sind schon in der jüngsten Altersgruppe die Anteile Versicherter mit Diagnose hoch und steigen noch in der mittleren und hohen Altersgruppe.

Nachfolgend werden exemplarisch fünf ausgewählte Wirtschaftsgruppen für die Diagnosehauptgruppen Muskel- und Skeletterkrankungen, psychische und Verhaltensstörungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems für die einzelnen Bundesländer betrachtet.

Diagramm 2.4.2 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008), Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

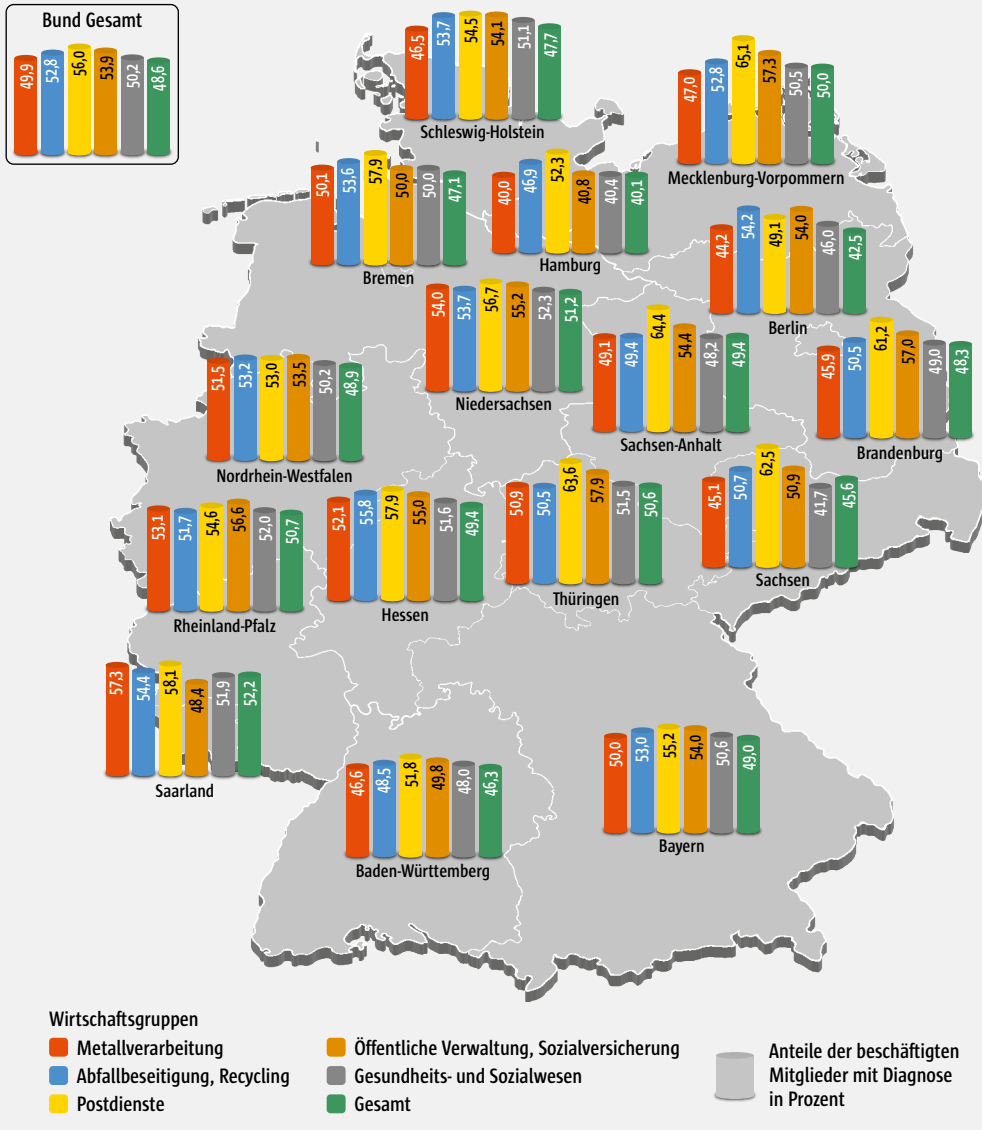


Hinsichtlich der Muskel- und Skeletterkrankungen weisen die Postdienste dabei in den meisten Bundesländern wie auch im Bundesdurchschnitt den höchsten Anteil an Versicherten mit einer solchen Diagnose auf (»» Diagramm 2.4.3). Vor allem die fünf ostdeutschen Bundesländer stechen besonders heraus, hier liegen die Anteilswerte mehr als 12 Prozentpunkte über dem Landesdurchschnitt und in der Regel auch deutlich über denen der anderen hier dargestellten Wirtschaftsgruppen. In Berlin hingegen ist für die Postbediensteten mit 49,1% der geringste Anteilswert für Muskel- und Skeletterkrankungsdiagnosen dokumentiert. Die Beschäftigten in der Metallverarbeitung haben im Gegensatz dazu im Bundesländervergleich am häufigsten den niedrigsten Anteilswert. Außerdem fällt auf, dass in Hamburg die Anteilswerte der Wirtschaftsgruppen gegenüber dem Bundesdurchschnitt durchgehend niedriger ausfallen. Hier sind die niedrigsten Anteil-

le an Versicherten mit diagnostizierten Muskel- und Skeletterkrankungen bei den Beschäftigten in der Abfallbeseitigung und Recycling (46,9%), in der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung (40,8%) sowie im Gesundheits- und Sozialwesen (40,4%) vorzufinden. In Hamburg sind sogar von allen Wirtschaftsgruppen und Bundesländern die Beschäftigten der Metallverarbeitung mit einem Anteil von 40,0% am wenigsten in ambulanter Behandlung gewesen. Demgegenüber ist im Saarland bei den Beschäftigten der Metallverarbeitung mit Abstand am häufigsten eine ambulante Diagnose gestellt worden (57,3%) – über 17 Prozentpunkte mehr als in Hamburg, was die größte Variationsbreite der Regionalwerte im Vergleich der hier dargestellten Wirtschaftsgruppen darstellt.

Bei den psychischen Erkrankungen weisen die Beschäftigten in der Metallverarbeitung sowie in der Abfallbeseitigung und Recycling in dem in »» Dia-

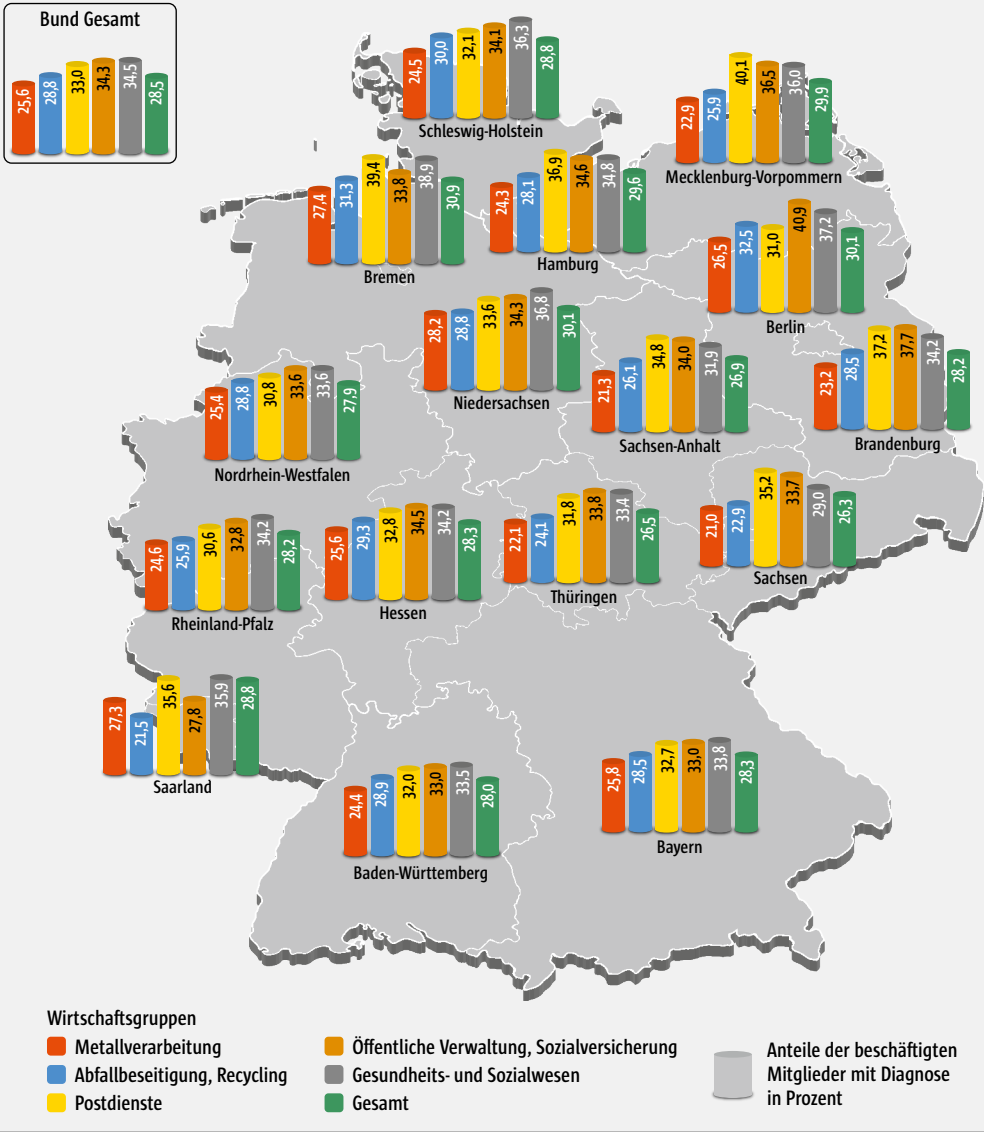
Diagramm 2.4.3 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems (M00–M99) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)



gramm 2.4.4 dargestellten Vergleich auf Bundesebene die geringsten Anteile Versicherter mit einer solchen Diagnose auf. Dementsprechend sind auch in den meisten Bundesländern für diese beiden Wirtschaftsgruppen relativ zu den anderen niedrige Werte zu verzeichnen. Besonders bei der Wirtschaftsgruppe Abfallbeseitigung und Recycling ist zwischen

den Bundesländern ein sehr großer Unterschied zu finden: So ist in Berlin der Anteil der Versicherten mit psychischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung mit 32,5% um etwa 50% größer als im Saarland, wo der Anteil nur 21,5% beträgt. In der Metallverarbeitung beträgt der Unterschied zwischen höchstem Anteilswert in Niedersachsen (28,2%) und

Diagramm 2.4.4 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)



niedrigstem Anteilswert in Sachsen (21,0%) immerhin rund ein Drittel. Gerade in der Metallverarbeitung sind es die ostdeutschen Flächenbundesländer, die durchweg niedrigere Anteilswerte als die restlichen Bundesländer aufweisen. Auffallend hoch sind des Weiteren die Anteilswerte der Postbediensteten in Mecklenburg-Vorpommern (40,1%) und in der öf-

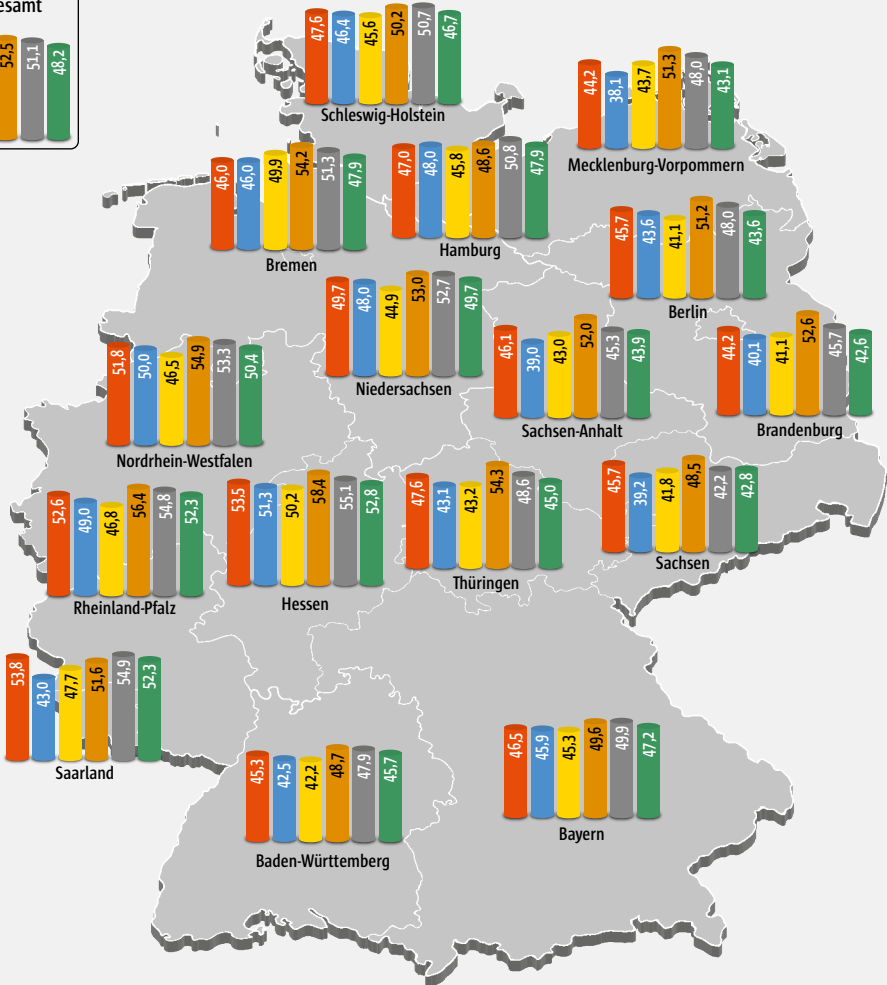
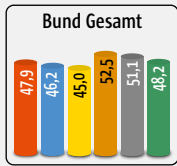
fentlichen Verwaltung und Sozialversicherung in Berlin (40,9%). Der höchste Wert im Gesundheits- und Sozialwesen ist hingegen in Bremen (38,9%) vorzufinden.

Eine etwas geringere Schwankungsbreite als bei Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychischen Störungen ist bei den Krankheiten des Atmungssys-

tems im Bundesländervergleich zu erkennen (»»» Diagramm 2.4.5). Der geringste Anteil Versicherter, die aufgrund dieser Erkrankungsart in ambulanter Behandlung waren, liegt bei den Beschäftigten in der Abfallbeseitigung und Recycling mit 38,1% in Mecklenburg-Vorpommern vor. Um etwa ein Drittel größer ist der Anteil bei Beschäftigten dieser Wirtschaftsgruppe in Hessen, bei denen 51,3% eine solche

Diagnose gestellt bekommen haben. Den größten Anteilswert in diesem Vergleich weisen die Beschäftigten in der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung ebenfalls in Hessen mit 58,4% auf. Auch im Gesundheits- und Sozialwesen (55,1%) sowie bei den Postdiensten (50,2%) ist Hessen auf dem Spitzenplatz des Bundesländervergleichs. Bei den Beschäftigten der Metallverarbeitung weist hingegen das

Diagramm 2.4.5 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99) nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)



Wirtschaftsgruppen

- Metallverarbeitung
- Abfallbeseitigung, Recycling
- Postdienste
- Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung
- Gesundheits- und Sozialwesen
- Gesamt

Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent



Saarland (53,8%) knapp vor Hessen (53,5%) den höchsten Anteil Beschäftigter mit einer Diagnose auf.

### 2.4.2 Auswertungen nach Berufen

- Wie bei den Wirtschaftsgruppen sind es die in Gesundheitsberufen Tätigen, die in 2015 den größten Anteil ambulanter Behandlungen aufweisen. Gründe dafür sind – häufiger als bei anderen Branchen – Atemwegsystemerkrankungen genauso wie psychische Störungen, aber auch Vorsorgemaßnahmen sind von den in Gesundheitsberufen Beschäftigten stärker wahrgenommen worden.
- Insgesamt sind Beschäftigte in Reinigungsberufen weniger häufig in ambulanter Behandlung als andere Berufe. Allerdings sind gerade bei den weiblichen Reinigungskräften viele Diagnosen aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen, psychischen Störungen oder Herz- und Kreislauferkrankungen gestellt worden.

Die Beschäftigten in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen weisen wiederum selbst den größten Anteil in ambulanter Behandlung auf, bei 91,4% wurde in 2015 in diesem Rahmen eine Diagnose dokumentiert (» Diagramm 2.4.6). Insbesondere bei den Frauen ist der Anteil sehr hoch, im dargestellten Vergleich der Berufssegmente ist er der zweithöchste und nur geringfügig niedriger als der Anteil der weiblichen Beschäftigten in unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen (93,3%). Bei den Männern sind es diejenigen in fertigungstechnischen Berufen, von denen mit 84,8% relativ zu den anderen Berufssegmenten die meisten in ambulanter Behandlung waren. Vergleichsweise wenig Versicherte mit einer gestellten Diagnose waren es hingegen bei denen, die einen Land-, Forst- und Gartenbauberuf ausüben. Hier ist auch die Differenz zwischen Männern und Frauen besonders groß, zudem weisen die in diesem Berufssegment tätigen Männer mit 70,3% auch den geringsten geschlechtsspezifischen Anteilswert auf. Ebenfalls sehr große Geschlechtsunterschiede in den Werten und dementsprechend sehr niedrige Inanspruchnahmekquoten insbesondere bei den Männern sind des Weiteren bei Lebensmittel- und Gastgewerbeberufen, Reinigungsberufen, aber auch bei sozialen und kulturellen Dienstleistungsberufen zu finden.

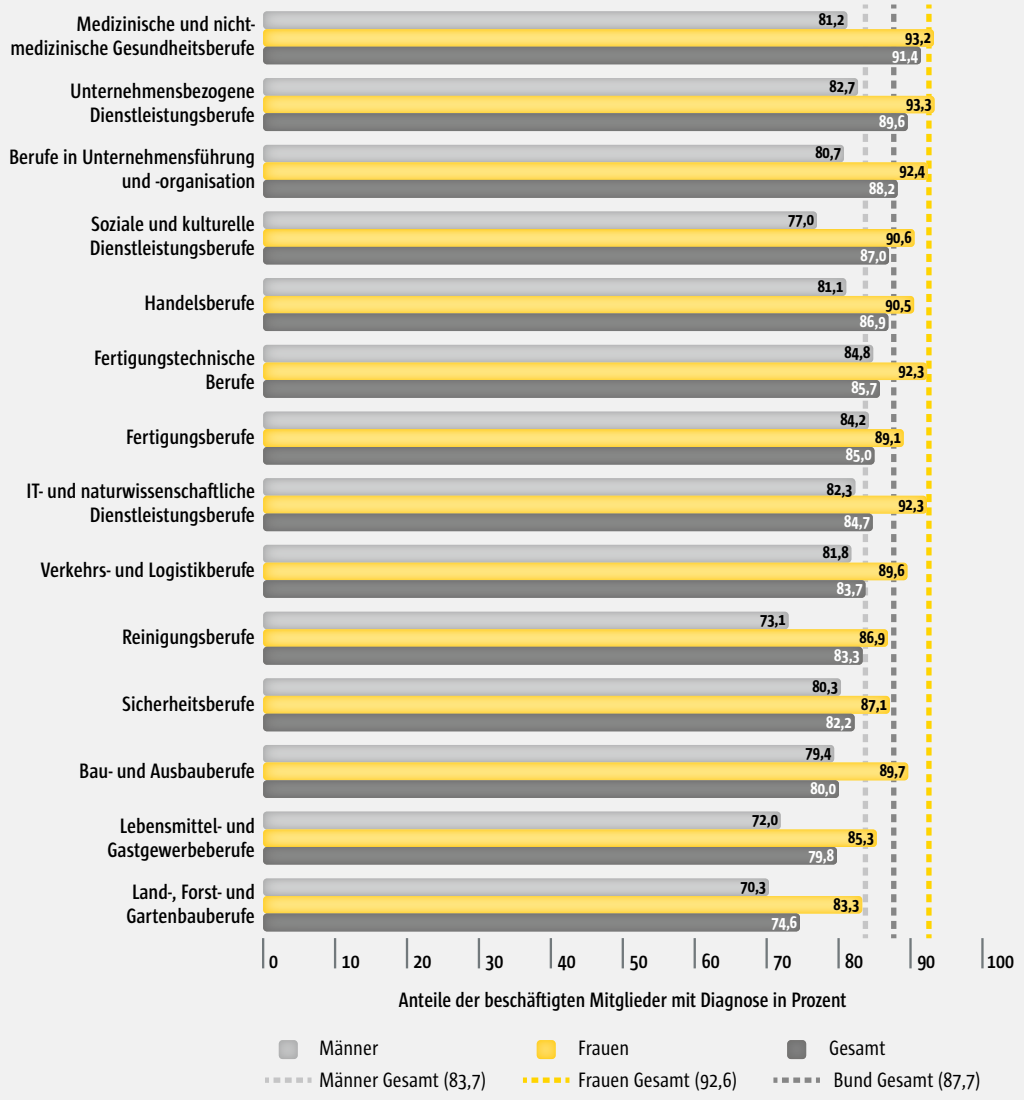
In » Diagramm 2.4.7 sind die Anteile der Beschäftigten mit einer Diagnose aus den Diagnosehauptgruppen psychische Störungen, Muskel- und Skelett-, Herz- und Kreislauf- sowie Atemwegsystem-

erkrankungen je nach Berufssegment im Vergleich dargestellt. Es wird daran ersichtlich, dass sehr viele Beschäftigte in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen von Atemwegsystemerkrankungen betroffen sind und diese behandeln lassen. Mehr als die Hälfte (51,1%) der in einem solchen Beruf Tätigen war in 2015 deshalb in Behandlung, das sind rund 14 Prozentpunkte mehr als beispielsweise bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, von denen mit nur 36,9% der geringste Anteil in ambulanter Behandlung war. Hierbei ist sicher auch relevant, dass zum einen die Gesundheitsberufe aufgrund der Tätigkeit mit Kranken und Alten bezüglich ihrer eigenen Gesundheit strengere Auflagen haben. Aus diesem direkten Kontakt resultiert zum anderen auch eine höhere Ansteckungsgefahr als bei vielen anderen Berufen. Ebenfalls sehr groß ist der Anteil der in Gesundheitsberufen Tätigen, die eine psychische Störung diagnostiziert bekommen haben: Bei rund einem Drittel war dies in 2015 der Fall. Ferner trägt auch zur Erklärung des Spitzenplatzes bei der allgemeinen Inanspruchnahme bei, dass bei den in Gesundheitsberufen Tätigen zudem besonders viele Zusatzdiagnosen, vor allem auch Vorsorgemaßnahmen, gestellt wurden (im Diagramm nicht enthalten). Spitzenreiter mit den jeweils höchsten Anteilswerten bei den psychischen Störungen genauso wie bei Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems sowie des Herz- und Kreislaufsystems sind die Beschäftigten in Reinigungsberufen. Bei dieser Berufsgruppe sind es vor allem die Frauen, von denen überdurchschnittlich viele aufgrund der genannten Erkrankungsarten ambulant behandelt wurden.

» Tabelle 2.4.1 stellt als weitere Differenzierung aufseiten der Arbeitswelt diejenigen Berufsgruppen dar, welche die größten bzw. niedrigsten Anteile beschäftigter Mitglieder mit einer dokumentierten ambulanten Diagnose aufweisen. Dabei zeigt sich, dass bei 94,6% der Arzt- und Praxishilfen in 2015 mindestens eine Diagnose gestellt worden ist. Dieser Anteilswert ist nicht nur gegenüber den in medizinischen Laboratorien Beschäftigten fast 3 Prozentpunkte höher, sondern auch insgesamt verglichen mit allen anderen Berufsgruppen der höchste Wert. Bemerkenswert ist dabei auch, dass bei den höchsten Anteilen hinsichtlich der generellen Inanspruchnahme sehr viele weitere Gesundheitsberufe vertreten sind, diese aber bei einzelnen Erkrankungsarten nicht mehr dominant auf den höchsten Rangplätzen auftauchen. So sind bei nachfolgend aufgelisteten Diagnosehauptgruppen die Beschäftigten in folgenden Berufsgruppen am häufigsten in ambulanter Behandlung gewesen:

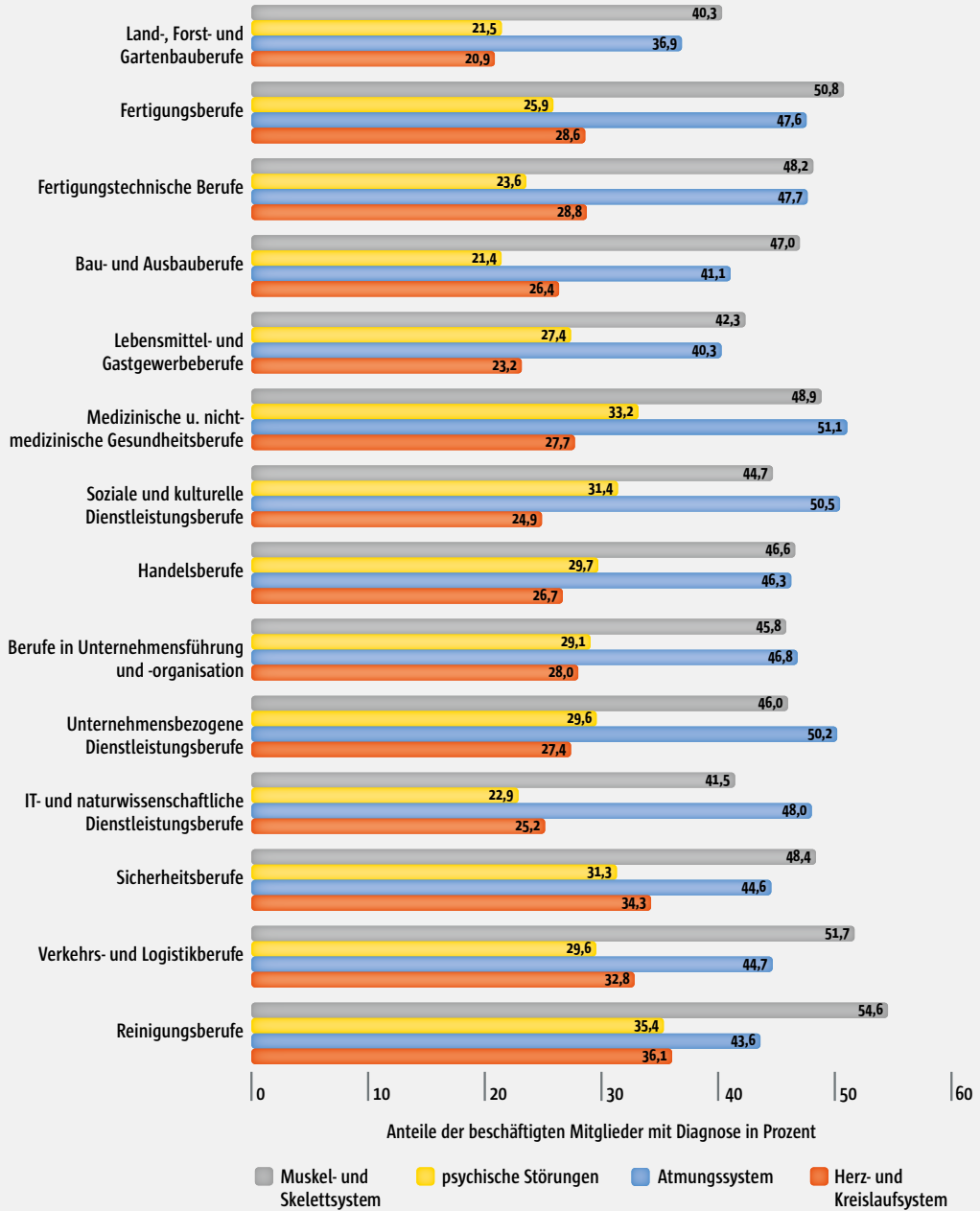


Diagramm 2.4.6 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



- Aufgrund von psychischen Störungen in Behandlung sind am häufigsten Beschäftigte in der Altenpflege (40,5%), Servicekräfte im Personenverkehr (38,1%) sowie in Hauswirtschaft und Verbraucherberatung (37,3%). Hier sind es vor allem die Berufe, welche besonders den Umgang mit Menschen und oft hoher psychischer Belastung beinhalten, die hohe Inanspruchnahmeraten aufweisen.
- Muskel- und Skeletterkrankungen wurden am häufigsten bei Beschäftigten in der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (61,8%), in der industriellen Keramikherstellung und -verarbeitung (59,0%) und der Metallherzeugung (57,9%) diagnostiziert. Hier erkennt man auch eine Tendenz zu höheren Diagnoseanteilen gerade in den Fertigungsberufen, die vielfach eine höhere körperliche Arbeitsbelastung mit sich bringen.

Diagramm 2.4.7 Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Berufssegmenten (KldB 2010) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



**Tabelle 2.4.1** Ambulante Versorgung – die zehn Berufsgruppen mit den größten/geringsten Anteilen beschäftigter Mitglieder mit Diagnose (Berichtsjahr 2015)

Berufsgruppe	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Arzt- und Praxishilfe	94,6
Medizinisches Laboratorium	91,9
Verwaltung	91,4
Erziehung, Sozialarb., Heilerziehungspfl.	91,3
Versicherungs- u. Finanzdienstleistungen	91,2
Servicekräfte im Personenverkehr	91,0
Medien-Dokumentations- Informationsdienst	91,0
Verkauf drog. apotheken. Waren, Medizinbed.	90,9
Gesundh., Krankenpfl., Rettungsd. Geburtsh.	90,9
Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde	90,5
Tierwirtschaft	74,5
Aus-, Trockenbau. Iso. Zimmer. Glas. Roll. bau	74,4
Veranstaltungs-, Kamera-, Tontechnik	74,1
Theater, Film- und Fernsehproduktion	73,7
Bühnen- und Kostümbildneri, Requisite	73,6
Hochbau	70,3
Veranstaltungs- service, -management	63,9
Moderation und Unterhaltung	61,6
Landwirtschaft	57,2
Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	48,2

- Die höchsten Anteile Beschäftigter mit Herz- und Kreislauferkrankungen sind bei den Angehörigen gesetzgebender Körperschaften und bei leitenden Bediensteten von Interessenorganisationen (46,1%), bei Berufen der Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs (44,5%) sowie der kunsthandwerklichen Keramik- und Glasgestaltung (41,6%) zu finden.
- Die Servicekräfte im Personenverkehr (56,9%) waren am häufigsten wegen Erkrankungen des Atmungssystems in Behandlung, danach folgen in Rangreihe die Berufe Erziehung, Sozialarbeit und Heilerziehungspflege (56,5%) sowie Arzt- und Praxishilfen (55,2%).

Wie schon zuvor beschrieben, sind bei einem sehr großen Teil der in den Gesundheitsberufen Tätigen auch Zusatzkodierungen für Faktoren der Inanspruchnahme dokumentiert; dem dort höheren Frauenanteil entsprechend geht das auch auf eine hohe Zahl kontrazeptiver Maßnahmen zurück, aber auch Vorsorgemaßnahmen sind bei diesen Berufsgruppen sehr verbreitet, so waren etwa jeweils 43,1% der Arzt- und Praxishilfen sowie der Beschäftigten in medizinischen Laboratorien bei der Krebsvorsorge (Z12).

Am unteren Ende der Rangreihe sind hingegen die Schauspieler, Tänzer und Bewegungskünstler zu finden, von denen im aktuellen Berichtsjahr nur 48,2% in ambulanter Behandlung waren. Damit ist diese Berufsgruppe sogar noch ein deutliches Stück seltener in der ambulanten Versorgung in Erscheinung getreten als Landwirte (57,2%) sowie die Berufe aus dem Bereich Moderation und Unterhaltung (61,6%), die nachfolgend die geringsten Anteile Beschäftigter mit Diagnose aufweisen. Schaut man hier auf einzelne Erkrankungsarten, haben die Schauspieler, Tänzer und Bewegungskünstler sehr oft die geringste Inanspruchnahmerate inne, gefolgt von einem der Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe. Vorsorgemaßnahmen finden, wie auch anhand von **III** Kapitel 2.2.1 zu erkennen ist, häufiger bei Frauen Anwendung. Entsprechend ist das Ergebnis zu erwarten, dass gerade Beschäftigte in männerlastigen Berufen des Baugewerbes (z.B. niedrigster Wert für Krebsvorsorge bei Berufen in der Bodenverlegung, 4,2%) hierbei nur geringe Anteile aufweisen.

### 2.4.3 Auswertung nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

- Von den Beschäftigten, die Helfer- bzw. Anlern-tätigkeiten ausführen, sind verglichen mit anderen Beschäftigten weniger in ambulanter Behandlung gewesen.
- Aufsichts-/führungsverantwortliche Männer sind häufiger wegen Herz- und Kreislauferkrankungen in Behandlung, aber seltener wegen psychischen Störungen. Frauen in solcher Position sind seltener wegen Atmungssystemerkrankungen in Behandlung.
- Auch befristet Beschäftigte haben seltener ambulant eine Diagnose als unbefristet Tätige gestellt bekommen.
- Gerade von den befristet in Teilzeit beschäftigten Frauen sowie von den unbefristet in Teilzeit tätigen Männern waren nur relativ geringe Anteile in ambulanter Behandlung – obwohl diese in der stationären Versorgung die meisten Krankenhaustage aufweisen.
- Verglichen mit anderen Beschäftigten ist ein deutlich geringerer Anteil der in Arbeitnehmerüberlassung Beschäftigten zu einem Arzt oder Therapeuten gegangen. Zwar sind die Zeit- bzw. Leiharbeiter im Durchschnitt jünger, aber auch z.B. bei Atmungssystemerkrankungen, die eigentlich bei jüngeren häufiger diagnostiziert werden, ist die Inanspruchnahme ambulanter Behandlung deutlich geringer.

#### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

In den Analysen der weiteren Leistungsbereiche konnte im Zusammenhang mit dem Anforderungsniveau festgestellt werden: Im Durchschnitt gilt mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit, die Beschäftigte ausüben, dass diese seltener (und entsprechend in der Summe weniger Tage) arbeitsunfähig (III Kapitel 1.4.3) genauso wie stationär in Behandlung (III Kapitel 3.4.3) sind. In der allgemeinen Betrachtung der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung muss diese Zusammenhangsaussage in der Form eingeschränkt werden (III Tabelle 2.4.2), dass zwar von den fachlich ausgerichteten Tätigkeiten, über komplexe Spezialistentätigkeiten bis hin zu hoch komplexen Tätigkeiten der Anteil der Tätigkeitsausübenden mit einer ambulant gestellten Diagnose abnimmt, der niedrigste Anteilswert jedoch bei den Helfer- bzw. Anlern-tätigkeiten zu finden ist, bei denen nur knapp 80% in 2015 in Behandlung waren. Diese beschriebene Hierarchie der Anteilswerte ist

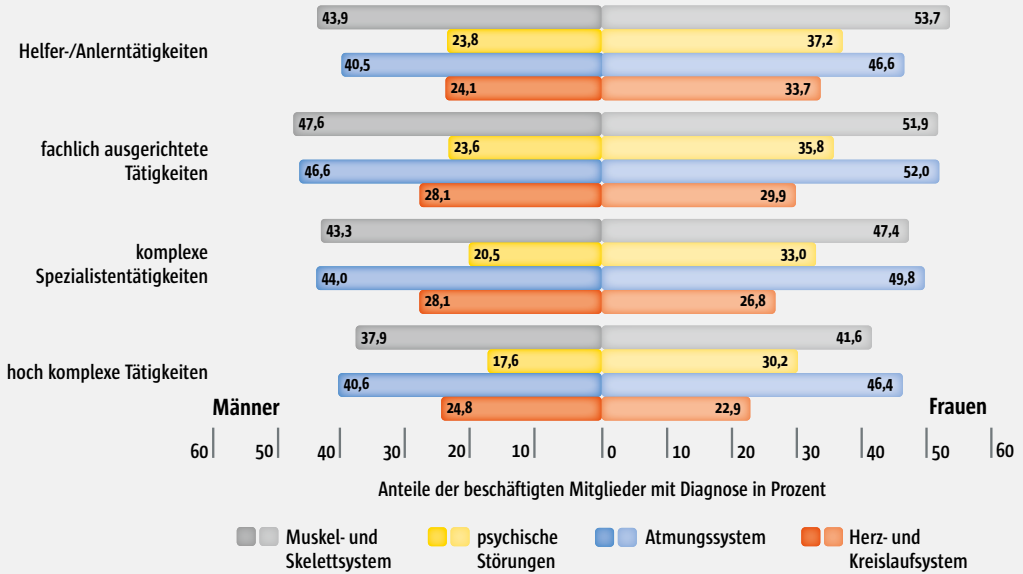
**Tabelle 2.4.2** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent	
Helfer-/Anlern-tätigkeiten	Männer	74,8
	Frauen	86,3
	<b>Gesamt</b>	<b>80,4</b>
fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Männer	84,1
	Frauen	93,0
	<b>Gesamt</b>	<b>88,2</b>
komplexe Spezialistentätigkeiten	Männer	82,8
	Frauen	91,9
	<b>Gesamt</b>	<b>86,2</b>
hoch komplexe Tätigkeiten	Männer	80,3
	Frauen	89,6
	<b>Gesamt</b>	<b>83,7</b>

so auch getrennt nach Geschlecht vorzufinden. Entsprechend ist der größte Anteilswert bei den fachlich ausgerichtet tätigen Frauen zu finden, für die bei 93,0% eine ambulante Diagnose dokumentiert ist, geringster Anteil Beschäftigter in ambulanter Behandlung ist wiederum bei den Männern in Helfer- und Anlern-tätigkeit vorzufinden (74,8%).

Differenziert nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (III Diagramm 2.4.8) ergibt sich vor allem für die Frauen ein etwas anderes Muster. So sind die höchsten Anteilswerte von weiblichen Beschäftigten, bei denen in 2015 Muskel- und Skeletterkrankungen, psychische Störungen oder Herz- und Kreislauferkrankungen diagnostiziert wurden, bei denjenigen zu finden, die Helfer- bzw. Anlern-tätigkeiten verrichten. Für diese drei Erkrankungsarten sind die Anteile der weiblichen Beschäftigten mit einer solchen, ambulant gestellten Diagnose auch jeweils geringer, je höher das Tätigkeitsniveau ist – entsprechend ist für diese Erkrankungsarten der geringste Anteil bei Frauen vorzufinden, die in Berufen mit hoch komplexen Tätigkeiten beschäftigt sind. Bei

**Diagramm 2.4.8** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit, ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



den Erkrankungen des Atmungssystems sind es sowohl jeweils die Frauen als auch die Männer, die fachlich ausgerichtete Tätigkeiten verrichten, bei denen die größten Anteile in ambulanter Behandlung waren (52,0% bzw. 46,6%). Die Männer in fachlich ausgerichteten Tätigkeiten weisen auch mit 47,6% den größten Anteil der wegen Muskel- und Skeletterkrankungen ambulant Behandelten auf. Hinsichtlich psychischer Störungen bei männlichen Beschäftigten sind es wiederum die in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten Tätigen, von denen mit 23,8% knapp der höchste Anteil eine Diagnose aus diesem Spektrum erhalten hat. Etwa um ein Viertel geringer ist hierbei der Anteil bei Männern, die hoch komplexe Tätigkeiten verrichten.

**Aufsichts- und Führungskräfte**

Wie **»»** Tabelle 2.4.3 erkennen lässt, besteht nur bei den Frauen hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung ein Unterschied zwischen Beschäftigten mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung: Bei weiblichen Beschäftigten ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung beträgt der Anteil mit einer ambulanten Diagnose 92,5% und da-

**Tabelle 2.4.3** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Aufsichts-/Führungsverantwortung und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

		Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	83,5
	Frauen	92,5
	Gesamt	87,6
mit Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	83,5
	Frauen	91,0
	Gesamt	85,3

mit 1,5 Prozentpunkte mehr als bei denjenigen mit einer solchen Funktion. Bei den Männern liegt der Anteil hingegen jeweils bei 83,5%.

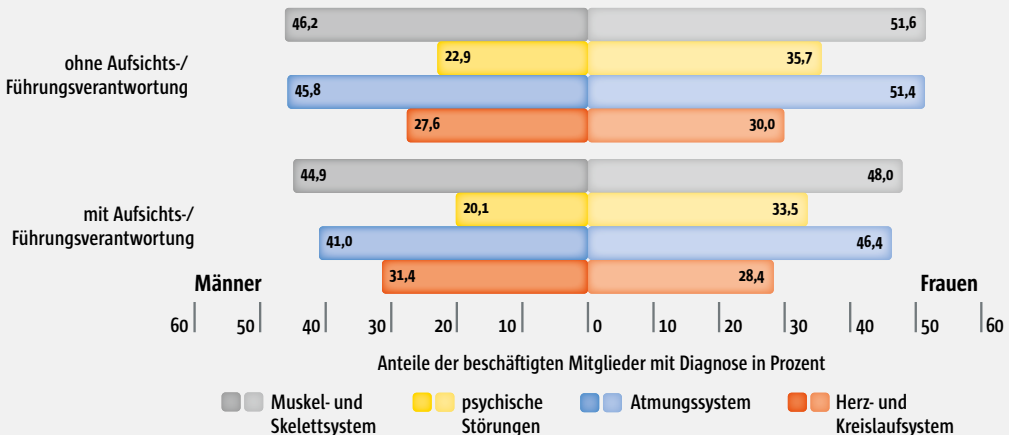
Die Unterschiede in den zugrunde liegenden Diagnosen sind auch zum Teil auf Altersunterschie-

de zwischen den Gruppen zurückzuführen. Entsprechend ist insbesondere der Anteil der Versicherten, die wegen einer Herz- und Kreislauferkrankung in Behandlung waren, bei der durchschnittlich ältesten Gruppe im Vergleich – den männlichen Aufsichts- bzw. Führungspersonen – am höchsten (31,4%) (III Diagramm 2.4.9). Dieses Ergebnis ist gegenläufig zum Ergebnis in der stationären Versorgung, wo die männlichen Aufsichts- bzw. Führungspersonen gegenüber denjenigen ohne eine solche Funktion weniger Behandlungstage aufgrund von Herz- und Kreislauferkrankungen aufweisen (III Kapitel 3.4.3). Hinsichtlich der drei weiteren hier dargestellten Diagnosehauptgruppen sind bei beiden Geschlechtern die Anteile Versicherter mit einer solchen Diagnose bei den Aufsichts- bzw. Führungsverantwortlichen niedriger als bei denen ohne eine solche Funktion. Dabei besteht der größte Unterschied noch bei den Männern, die aufgrund psychischer Störungen in Behandlung sind (22,9% vs. 20,1%). Nur geringe Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind in der ambulanten Versorgung hingegen bei den Muskel- und Skeletterkrankungen zu finden, worin sich aber auch wieder ein gravierender Unterschied zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zeigt: Beschäftigte ohne eine solche Funktion fallen nämlich im Durchschnitt deutlich mehr Tage wegen Muskel- und Skeletterkrankungen (in 2015 über 50% mehr Tage) arbeitsunfähig aus.

## Vertragsform

Im Vergleich unterschiedlicher Vertragsformen (III Tabelle 2.4.4) sind insbesondere die Unterschiede zwischen befristeten und unbefristeten Teilzeit-Verträgen sehr groß: Von denjenigen, die unbefristet in Teilzeit arbeiten, waren 89,8% in ambulanter Behandlung, während nur 76,1% der befristet in Teilzeit Beschäftigten in 2015 ambulant eine Diagnose erhalten haben. Hierbei ist aber auch zu bedenken, dass die unbefristet in Teilzeit Tätigen die älteste hier abgebildete Gruppe sind (Durchschnittsalter > 45 Jahre), während das Durchschnittsalter der befristet in Teilzeit Beschäftigten rund 5 Jahre niedriger ist. Bei letztgenannter Subgruppe ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern zudem am größten. So beträgt der Anteil der befristet in Teilzeit beschäftigten Frauen mit Diagnose 81,2%, der Anteil der Männer in einer solchen Vertragsform hingegen nur 60,8%. Gerade bei den beiden Teilzeit-Gruppen fallen auch Unterschiede zum Geschehen in der stationären Versorgung auf (III Kapitel 3.4.3): Die meisten Krankenhaustage pro beschäftigte Frauen entfallen dort auf die befristet in Teilzeit Beschäftigten, die meisten Krankenhaustage pro beschäftigte Männer auf die unbefristet in Teilzeit Beschäftigten. In der ambulanten Versorgung hingegen sind die Anteile Versicherter, die eine Behandlung in Anspruch nehmen, am geringsten (Frauen) oder zumindest noch deutlich geringer als diejenigen mit unbefristetem Vollzeitvertrag, die ein ähnliches Durchschnittsalter aufweisen.

**Diagramm 2.4.9** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Aufsichts-/Führungsverantwortung, ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

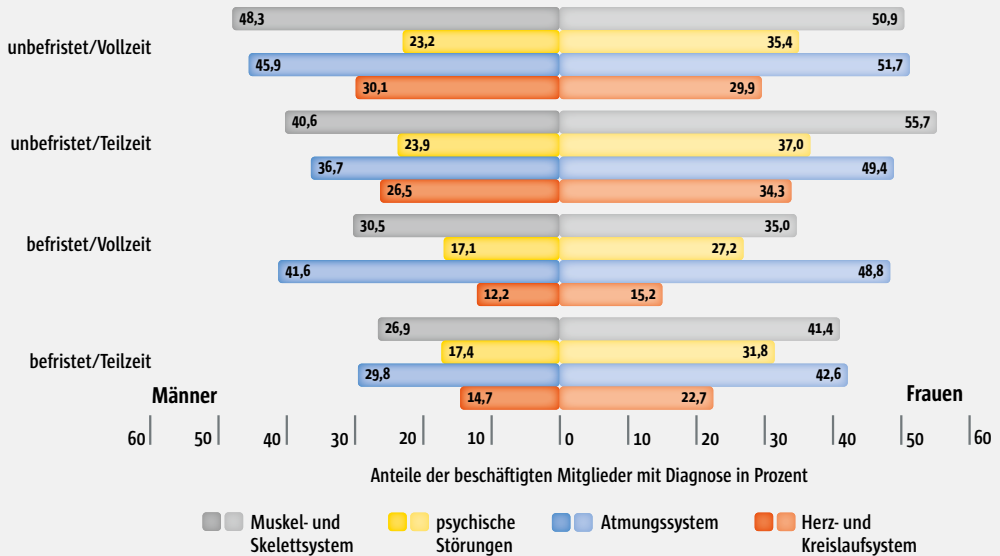


**Tabelle 2.4.4** Ambulante Versorgung –  
Anteile der beschäftigten Mitglieder  
mit Diagnose nach Vertragsform und  
Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

		Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
unbefristet/Vollzeit	Männer	84,9
	Frauen	93,1
	Gesamt	87,4
unbefristet/Teilzeit	Männer	74,4
	Frauen	92,7
	Gesamt	89,8
befristet/Vollzeit	Männer	71,9
	Frauen	85,2
	Gesamt	77,5
befristet/Teilzeit	Männer	60,8
	Frauen	81,2
	Gesamt	76,1

In der Differenzierung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (■) Diagramm 2.4.10) sind es die Vollzeitbeschäftigten mit befristetem Vertrag, von denen der geringste Anteil eine Diagnose einer Herz- und Kreislauferkrankung bekommen hat (Männer: 12,2%; Frauen: 15,2%) – was auch aufgrund des geringeren Altersdurchschnitts zu erwarten war, da hierunter insbesondere Berufseinsteiger und Auszubildende fallen. Aber auch die psychischen Störungen sind in dieser Subgruppe sowohl bei den Männern (17,1%) als auch den Frauen (27,2%) beim relativ niedrigsten Anteil Grund einer Konsultation gewesen. Hingegen die höchsten Anteile mit diagnostizierten psychischen Störungen sind bei den unbefristet in Teilzeit Tätigen vorzufinden (Männer: 23,9%; Frauen: 37,0%). In dieser Subgruppe sind es auch die Frauen, die mit 55,7% den größten Anteil Beschäftigter aufweisen, der aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen in Behandlung war. Weiterhin auffällig ist außerdem der große Geschlechtsunterschied, der bei den befristet in Teilzeit Tätigen hinsichtlich Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen Störungen besteht: Hier sind 31,8% der Frauen, aber nur 17,4% der Männer aufgrund einer solchen Diagnose in ambulanter Behandlung gewesen.

**Diagramm 2.4.10** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose nach Vertragsform, ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



### Arbeitnehmerüberlassung

Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung sind im Durchschnitt etwa 3,6 Jahre jünger als jene, die in einem regulären Beschäftigungsverhältnis angestellt sind. Dies ist bei der Interpretation der in ►► Tabelle 2.4.5 dargestellten Anteilswerte zu berücksichtigen. Tatsächlich ist der Unterschied zwischen den beiden Vertragsform-Gruppen deutlich, so sind nur 68,6% der Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung, aber 87,8% der Beschäftigten in anderem Arbeitsverhältnis in 2015 in ambulanter Behandlung gewesen. Die Relationen bestehen auch in ähnlicher Form bei beiden Geschlechtern.

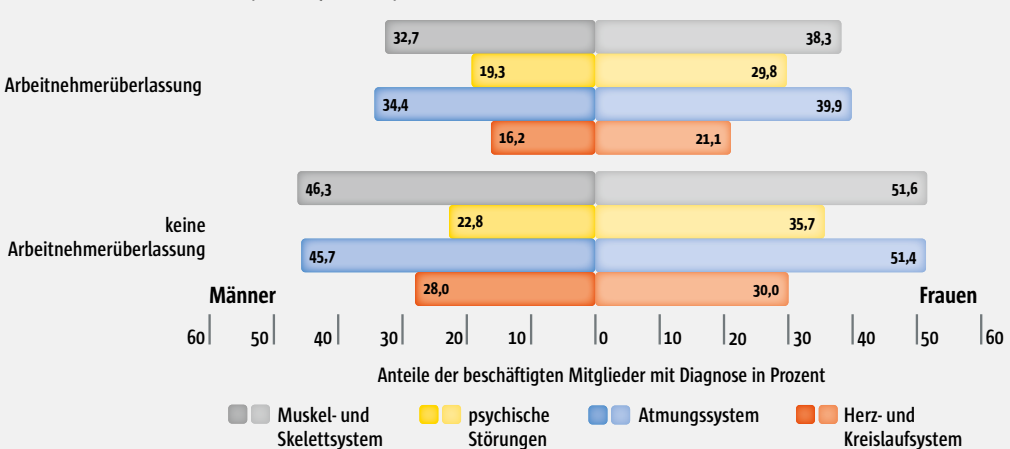
Auch in der Betrachtung für die einzelnen Diagnosehauptgruppen sind durchweg geringere Anteile bei den Beschäftigten in Leih- bzw. Zeitarbeit in ambulanter Behandlung gegenüber denen, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung arbeiten, gewesen. Von den vier in ►► Diagramm 2.4.11 dargestellten Diagnosehauptgruppen ist die Differenz zwischen diesen beiden Gruppen bei den Herz- und Kreislauferkrankungen am größten, bei den Frauen (21,1% vs. 30,0%) genauso wie bei den Männern (16,2% vs. 28,0%). Da die Anteile der Versicherten mit einer solchen Diagnose mit zunehmendem Alter steigen (vgl. ►► Kapitel 2.2.1), ist zumindest die Richtung dieses Unterschieds auch entsprechend zu erwarten. Entgegengesetzt wäre hingegen die Er-

**Tabelle 2.4.5** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

		Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in Prozent
Arbeitnehmerüberlassung	Männer	65,4
	Frauen	75,8
	Gesamt	68,6
keine Arbeitnehmerüberlassung	Männer	83,8
	Frauen	92,7
	Gesamt	87,8

wartung bei den Atemwegserkrankungen – Versicherte sind mit steigendem Alter seltener aufgrund dessen in ambulanter Behandlung: Aber auch hier ist bei beiden Geschlechtern die Differenz mit etwa 30% höheren Anteilen bei denjenigen Beschäftigten deutlich, die nicht in Arbeitnehmerüberlassung tätig sind.

**Diagramm 2.4.11** Ambulante Versorgung – Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Diagnose in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)





### Ausblick

Insgesamt zeigt sich auch in den Ergebnissen zum Schwerpunktthema „Arbeit und Gesundheit“ für den ambulanten Sektor, dass teils deutliche Unterschiede in den verglichenen Versichertengruppen bestehen. Dabei fallen an mehreren Stellen Unterschiede zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und zur stationären Versorgung auf: Es zeigt sich bei den AU- und KH-Kennzahlen eine relativ deutliche Relation in der Form, dass mit steigendem Niveau von Tätigkeitsanforderungen (genauso auch schon mit steigendem Niveau des höchsten Schul- bzw. Ausbildungsabschlusses) Fallzahlen und daraus resultierende AU- und KH-Tage im Schnitt geringer sind. In der ambulanten Versorgung zeigt sich aber, dass Beschäftigte in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten (genauso wie Beschäftigte ohne einen Schul- bzw. Ausbildungsabschluss; vgl. **»»** Kapitel 2.2.3) davon ausgenommen sind und eher geringere, wenn nicht sogar die geringsten Anteile verglichen mit anderen Beschäftigten in ambulanter Behandlung ausmachen. Weiterhin zeigen die Ergebnisse eine fast durchweg niedrigere Inanspruchnahme ambulanter Versorgung bei in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen gegenüber anderen Beschäftigten. Die Unterschiede sind zumindest zum Teil auch durch unterschiedliche Alterszusammensetzungen der Versichertengruppen begründet, so sind Beschäftigte ohne Ausbildungsabschluss genauso wie in Arbeitnehmerüberlassung Tätige etwas jünger als der Durchschnitt. Auch befristet Angestellte sind jünger, gerade für Berufseinsteiger bzw. Auszubildende sind befristete Vollzeitverträge typisch. Darüber

hinaus werden aber auch Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten sowohl aus den BKK Versichertendaten als auch aus anderen Quellen<sup>2</sup> sichtbar: So ist die subjektiv wahrgenommene Gesundheit bei niedrigerem Sozialstatus im Durchschnitt schlechter. Gleichzeitig sind gesundheits-schädliche Verhaltensweisen (Rauchen, Bewegungsmangel etc.) bei Personen mit niedrigem Sozialstatus verbreiteter, Präventionsmaßnahmen werden aber von diesen weniger in Anspruch genommen. Außerdem sollte bei der Ursachenergründung berücksichtigt werden, dass insbesondere das Arbeiten unter Unsicherheit (Leih- und Zeitarbeit, Befristung, nach Arbeitslosigkeitserfahrung etc.), ein anderes Inanspruchnahmeverhalten erzeugt, z.B. trotz Krankheit zur Arbeit zu erscheinen (siehe dazu auch den Gastbeitrag von **»»** Kroll, Müters und Lampert). Dies kann gerade im ambulanten Versorgungssektor die Folge haben, dass Behandlungen nicht oder erst spät eingeleitet werden, wenn die unmittelbaren Beeinträchtigungen und Beanspruchungen durch eine Erkrankung sowie deren Folgen als gering erachtet werden.

- 2 siehe u.a. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beitrage zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, 2014.  
Lampert T, Kroll LE, von der Lippe E, Müters S, Stolzenberg H. Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 814–821  
Altenhöner T, Philippi M, Böcken J. Gesundheitsverhalten und Änderungen im Gesundheitsverhalten – welche Relevanz haben Bildung und Schicht? Gesundheitswesen 2014; 76: 19–25

# Schwerpunkt Wissenschaft



aus: Knieps F | Pfaff H (Hrsg.) „Gesundheit und Arbeit“. BKK Gesundheitsreport 2016.

ISBN 978-3-95466-282-1, urheberrechtlich geschützt

© 2016 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.



# Psychische Belastungen im Wandel der Arbeit

Martina Morschhäuser und Andrea Lohmann-Haislah  
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin

## Bedeutungszuwachs psychischer Belastungen im Wandel der Arbeit

Schon seit Längerem wird eine zunehmende Bedeutung arbeitsbezogener psychischer Belastungen in modernen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften konstatiert [1] und inzwischen besteht darüber sowohl in der Wissenschaft als auch in Politik und Öffentlichkeit weitgehend Einigkeit. Dem zugrunde liegt eine Reihe von zentralen Trends auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Zu diesen Megatrends gehören u. a. [vgl. 2, 3]:

- **Globalisierung und Beschleunigung:** Durch die weltweite Verflechtung der Ökonomie und die zunehmende Möglichkeit, globale Kostendifferenzen zu nutzen, nehmen Markt- und Wettbewerbsorientierungen in Unternehmen erheblich zu. Folgen sind etwa beständige Rationalisierungen und Restrukturierungen, häufig von Personalabbau begleitet. Dabei steigt die Diversifikation von Produkten und Dienstleistungen, gleichzeitig werden ihre Erstellungsfristen immer kürzer. Unternehmens- und Organisationsstrukturen wandeln sich dabei ebenso schnell wie Arbeitstätigkeiten und Anforderungsprofile.
- **Tertiärisierung:** Mit rund 74% von knapp 43 Millionen Erwerbstätigen ist der überwiegende Teil der Beschäftigten in Deutschland mittlerweile im Dienstleistungsbereich tätig [4]. Darin nehmen vor allem Tätigkeiten zu, bei denen es um die Beschaffung und Verarbeitung von Informationen geht. Daneben ist auch der direkte Umgang mit Kunden oder Klienten zunehmend gefordert (z. B. im Gesundheitswesen oder in Qualifizierung und Beratung). Insgesamt nimmt so Wissens- und Interaktionsarbeit deutlich zu [5].
- **Digitalisierung:** Die steigende Leistungsfähigkeit der Informations- und Kommunikationstechnologien (kurz I&K-Technologien) und die zunehmende digitale Vernetzung zwischen Menschen und von Menschen und Dingen in und außerhalb von

Unternehmen ermöglichen in steigendem Maße ortsunabhängiges und zeitlich flexibles Arbeiten.

- **neue Steuerungsformen:** Die an ökonomischen Kennziffern orientierte Steuerung hat deutlich zugenommen. Dies spiegelt sich auch in modernen Managementkonzepten wider, bei denen lediglich Ziele gesetzt werden, während die Art und Weise der Zielerreichung dem Einzelnen überlassen bleibt. Diese auch als „Subjektivierung der Arbeit“ [6] bezeichnete Entwicklung gewährt zwar Beschäftigten einerseits erweiterte Möglichkeiten, Arbeit selbst zu gestalten. Andererseits beinhaltet die so gewonnene Freiheit gleichzeitig jedoch auch zunehmend die Anforderung, die eigene Arbeit selbst zu optimieren und zu rationalisieren.

Diese hier dargestellten Megatrends auf gesamtgesellschaftlicher Ebene verdeutlichen, dass die Menschen im Berufsleben zunehmend geistig sowie emotional und somit psychisch gefordert sind. Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, dass körperliche Belastungen, wie z. B. das Heben und Tragen von Lasten oder Zwangshaltungen, nach wie vor verbreitet sind.

## Charakterisierung psychischer Belastungen in der modernen Arbeitswelt

Vor dem Hintergrund der soeben skizzierten Entwicklungen und in Anbetracht vorliegender Ergebnisse repräsentativer Erwerbstätigenbefragungen lässt sich „moderne Arbeit“ u. a. durch folgende psychisch relevante Merkmale kennzeichnen:

- **Arbeitsintensität:** Dem allgemeinen Trend der Beschleunigung und beständiger Effizienzsteigerung folgend, registrieren die meisten Beschäftigten heute eine hohe Arbeitsintensität. Aktuell geben 51% der abhängig Beschäftigten an, dass sie häufig unter „starkem Termin- und Leistungs-

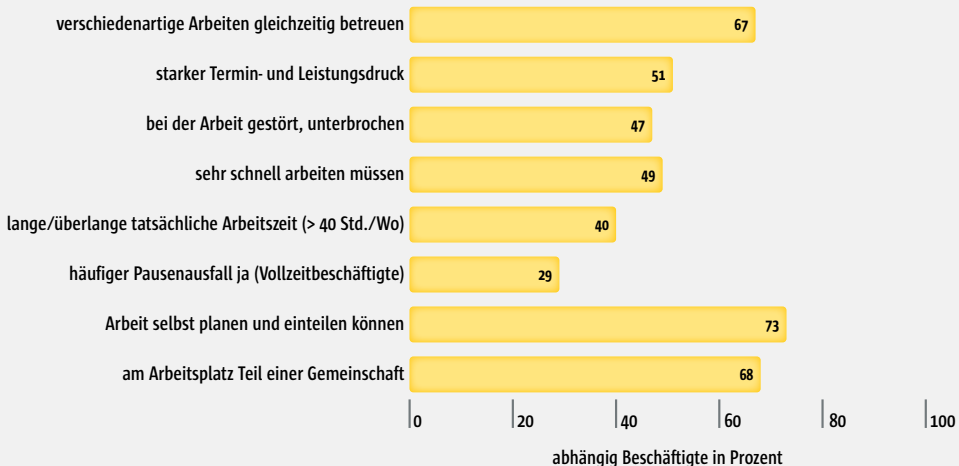
druck“ arbeiten (Daten aus BAuA-Projekt F 2360 Arbeitszeitberichterstattung Deutschland 2015, kurz AZB 2015 [7], III Abbildung 1). Zugleich liegt das „schnell arbeiten müssen“ bei 49%. Als weiterer Hinweis auf eine hohe Arbeitsintensität kann zudem der Ausfall von Pausen gewertet werden: 29% der abhängig Vollzeitbeschäftigten lassen Pausen an Arbeitstagen mit mehr als sechs Stunden häufig ausfallen – von 63% damit begründet, dass man zu viel Arbeit habe.

- **Komplexität:** Mit der erhöhten Veränderungsdynamik in der Arbeitswelt, der Digitalisierung und der zunehmenden Vernetzung wird Arbeit zugleich komplexer. Knapp 68% der deutschen Beschäftigten geben an, dass ihre Berufstätigkeit komplexe Aufgaben beinhalte [8]. Zudem erledigen immer mehr Beschäftigte nach eigener Aussage verschiedenartige Aufgaben gleichzeitig, in 2015 waren dies 67% (AZB 2015, III Abbildung 1). Zugleich ist Arbeiten vielfach durch Störungen und Unterbrechungen geprägt (47%) und fragmentiert.
- **Flexibilität und Mobilität:** Im Zuge von Beschleunigung und Digitalisierung verändern sich Organisationseinheiten wie Arbeitsaufgaben und somit die konkreten Inhalte der Arbeit beständig. Die Planbarkeit im Berufsleben nimmt ab, die berufliche Unsicherheit nimmt zu. Im Arbeitsleben immer wieder Neues zu lernen ist möglich und erforderlich. Zugleich nehmen räumliche Mobilitätsanforderungen zu (z. B. Wochenend- und Fernpendeln, Auslandsentsendungen, berufsbedingte Umzüge [9]).

- **Entgrenzung:** Geistige Arbeit hat vielfach kein „natürliches“ Ende – sie kann stets noch weiter optimiert werden. Sind Arbeitsaufgaben umfangreich und komplex und können sie dank I&K-Technologien jederzeit, an jedem Ort und zudem vernetzt erledigt werden, ermöglicht dies „entgrenztes Arbeiten“ [10]. Ausdruck dessen sind z. B. lange (über 40 bis 48 Stunden pro Woche) und überlange Arbeitszeiten (mehr als 48 Stunden pro Woche), die aktuell für 40% der abhängig Beschäftigten Realität sind (AZB 2015, III Abbildung 1), von 22% wird Erreichbarkeit für berufliche Belange erwartet und 47% gelingt es nur in eingeschränktem Maße, bei der Arbeitszeitplanung auf familiäre oder private Interessen Rücksicht zu nehmen.

Neben den unmittelbaren Anforderungen der Arbeit verändern sich zudem der Charakter der sozialen Beziehungen und die Rolle des einzelnen Beschäftigten im Berufsleben. Mit beständigen Restrukturierungen, dem häufigen Wechsel von Arbeitsaufgaben und Zuständigkeiten sowie stärker projektorientierter Arbeit müssen sich Beschäftigte immer wieder auf neue Kooperationspartner einstellen. Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz verlieren dabei an Stabilität. So fühlen sich aktuell nur noch 68% der abhängig Beschäftigten am Arbeitsplatz häufig als Teil einer Gemeinschaft (AZB 2015). Zugleich findet Kommunikation zu einem großen Teil nur noch medial vermittelt oder in virtuellen Teams statt; Kooperationsbeziehungen werden auf diese Weise zwar vielfälti-

**Abbildung 1** Stand psychischer Belastung und Ressourcen 2015  
(Daten aus BAuA-Projekt F 2360 Arbeitszeitberichterstattung 2015; abhängig Beschäftigte n = 18.224)



ger und weitgespannter, oft aber auch kurzlebiger und unpersönlicher.

Was die Rolle des einzelnen Beschäftigten angeht, so nehmen Entscheidungsspielräume und die damit verbundene Verantwortung tendenziell zu. Dem dargestellten Trend der Subjektivierung entsprechend, geben immer mehr Beschäftigte an, ihre Arbeit häufig selbst planen und einteilen zu können: In 2015 waren dies 73% (AZB 2015). Zudem äußern 33%, dass sie häufig Einfluss darauf haben, welche Arbeitsaufgaben sie ausüben.

### Chancen und Risiken neuer Belastungskonstellationen für die Gesundheit

Die hier dargestellten Charakteristika „moderner Arbeit“ und die ihnen innewohnenden psychischen Belastungsfaktoren beinhalten dabei sowohl positive als auch negative Auswirkungen für Beschäftigte. Im Großen und Ganzen verlangt Arbeit heute weniger Kraft- und Muskeleinsatz und Umgebungsbelastungen sind rückläufig. Dies birgt Chancen im Hinblick auf einen geringeren körperlichen Verschleiß in sich. Zugleich ist mit gestiegenen geistigen und emotionalen Anforderungen die Arbeit lernförderlicher und kommunikativer geworden und bietet zunehmende Möglichkeiten individueller Ausgestaltung. Doch können auch psychische Belastungsfaktoren – genauso wie körperliche – ein Risiko für die Gesundheit darstellen. So ist z.B. belegt, dass

- hohe quantitative Anforderungen mit emotionaler Erschöpfung, Ermüdung, Depression, Angst, Depersonalisation, Schlafbeschwerden sowie physische und psychosomatische Beschwerden und Muskel-Skelett-Erkrankungen korrelativ zusammenhängen [11];
- korrelative Zusammenhänge zwischen Arbeitsunterbrechungen und psychosomatischen bzw. allgemein körperlichen Beschwerden sowie verschiedenen Befindensmerkmalen (u. a. Irritation, emotionale Erschöpfung, Burn-out) bestehen [12];
- lange Arbeitszeiten u. a. mit erhöhten gesundheitlichen Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen, Schwindelgefühlen, gastrointestinalen Beschwerden), verstärktem Stresserleben und Symptomen von Burn-out korrelativ verbunden sind [13] – zudem Überstunden mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Verbindung stehen [14];
- korrelative Zusammenhänge zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und mentaler Gesundheit sowie allgemeinem Wohlbefinden bestehen [15, 14];

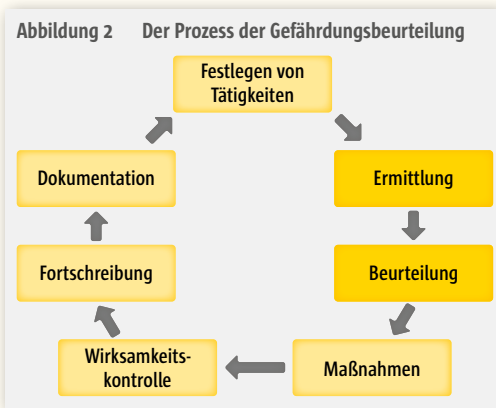
- Mobilitätsanforderungen, insbesondere Fern- und Wochenendpendeln, häufig mit psychosozialen Belastungen und mit einer Zunahme von körperlichen und psychischen Beschwerden verbunden sind und zu „Life-Domain-Conflicts“ beitragen können [vgl. 9].

Insgesamt hängt es jedoch entscheidend von der Dauer problematischer Arbeitsbedingungen ab, ob diese in gesundheitliche Beeinträchtigungen münden oder nicht. Zudem ist nicht nur die Ausprägung einzelner belastender Faktoren ausschlaggebend, sondern vor allem das Zusammenspiel unterschiedlicher bedeutsamer Merkmale der Arbeit. Dabei spielt das Verhältnis zwischen eher kraftraubenden Anforderungen und unterstützenden „Ressourcen“ eine wichtige Rolle. Während sich negativ wirksame Belastungsfaktoren aufsummieren und potenzieren können, stellen Ressourcen, wie bspw. soziale Unterstützung oder erlebte Wertschätzung, sowohl Puffer im Belastungsgeschehen als auch eigenständige Förderer von Wohlbefinden und Kompetenzen dar [16]. Daraus lässt sich mit Blick auf die skizzierten Merkmale „moderner Arbeit“ ableiten, dass bei hohen psychischen Belastungen eher Gesundheitsfolgen zu erwarten sind, wenn kritische Merkmalsausprägungen – z. B. hohe Arbeitsintensität, lange Arbeitszeiten oder hohe Mobilitätsanforderungen – gemeinsam auftreten und lange anhalten. Problemverschärfend ist es, wenn gleichzeitig bedeutsame Ressourcen wie z. B. soziale Unterstützung rückläufig sind.

### Umgang mit psychischen Belastungen im betrieblichen Kontext

Dem Bedeutungszuwachs psychischer Belastungen in der Arbeitswelt und ihrem Risikopotenzial steht ihre bislang mangelnde Berücksichtigung im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung gegenüber [17]. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber im Jahr 2013 Konkretisierungen im Arbeitsschutzgesetz vorgenommen und u. a. verdeutlicht, dass psychische Belastungen in die Gefährdungsbeurteilung einzubeziehen sind (vgl. § 5 Arbeitsschutzgesetz).

Dabei gilt es in diesem Prozess zunächst, kritische Ausprägungen relevanter psychischer Belastungsfaktoren im Unternehmen zu ermitteln (►► Abbildung 2). Grundsätzlich geeignete Methoden dazu sind Arbeitsplatzbeobachtungen bzw. Beobachtungsinterviews, schriftliche Mitarbeiterbefragungen oder moderierte Analyseworkshops [18, 19].



Wird durch die Beurteilung Handlungsbedarf festgestellt, müssen Maßnahmen entwickelt werden, und zwar präventiv und bevor sich Gesundheitsbeeinträchtigungen manifestieren. Dabei geht es bei psychischen Belastungen nicht grundsätzlich um ihre Beseitigung, sondern vor allem um ihre Optimierung. Denn für einige arbeitswissenschaftlich begründete Merkmale guter Arbeit, wie Anforderungsvielfalt, Autonomie, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten oder Gelegenheiten sozialer Interaktion bietet „moderne Arbeit“ verbesserte Realisierungschancen, die es zu nutzen gilt. Manche psychischen Anforderungen, wie eine hohe Komplexität von Arbeitsaufgaben, Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen, bedürfen ggf. der Qualifizierung der Beschäftigten oder unterstützender Strukturen, um sie besser bewältigen zu können. Dagegen verweisen Arbeitsanforderungen, wie eine andauernde hohe Arbeitsintensität, ausfallende Pausen oder überlange Arbeitszeiten, auf notwendige Begrenzungen.

Beispiele für Begrenzungsstrategien sind etwa eine regelmäßige Überprüfung und ggf. Korrektur von Zielvereinbarungen und Personaleinsatzplanung bei dauerhaftem Zeit- und Leistungsdruck, die Organisation störungsfreier Zeiten, um konzentriertes „Arbeiten an einer Sache“ zu ermöglichen, oder Vereinbarungen zur „Nicht-Erreichbarkeit“ außerhalb der Arbeitszeit [20]. Solche Beispiele können nicht mehr und nicht weniger als Anregungen für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in Unternehmen sein. Ihre Konkretisierung muss vor Ort angesichts der ermittelten konkreten Belastungskonstellationen in einem partizipativen Prozess erfolgen.

Zu berücksichtigen ist dabei, dass Beschäftigte bei geistiger, interaktiver und komplexer Arbeit und

im Kontext neuer Steuerungsformen zunehmend selbst Einfluss auf die Ausgestaltung ihrer Arbeitsaufgaben nehmen. Von daher gilt es, auch ihre Arbeitsorientierungen und arbeitsbezogenen Strategien zu reflektieren. Denn hohen psychischen Arbeitsanforderungen begegnen Beschäftigte heute vielfach so, dass sie selbst ihre Arbeit intensivieren (z.B. indem sie von sich aus versuchen, mehrere Arbeiten gleichzeitig zu erledigen, oder Pausen durcharbeiten) oder extensivieren (indem sie z.B. Arbeit mit nach Hause nehmen oder länger arbeiten).

Ein wichtiger Gestaltungsansatz besteht daher darin, solche Umgangsweisen der Beschäftigten mit hohen Arbeitsanforderungen sowie die dahinterstehenden Zielkonflikte (z.B. zwischen Work-Life-Balance einerseits und der Qualität der geleisteten Arbeit sowie damit verbundener Anerkennung andererseits) transparent zu machen. Die Beschäftigten selbst müssen solche Strategien infrage stellen und verändern, was jedoch zugleich arbeitsorganisatorisch und unternehmenskulturell durch entsprechende Entlastungsstrategien flankiert und ermöglicht werden muss. Im Kontext moderner Arbeit sind aufeinander abgestimmte Veränderungen der Arbeitsorganisation und der Arbeitsstrategien der Beschäftigten der wohl erfolgversprechendste Präventionsansatz – jenseits der klassischen Trennung von Verhaltens- und Verhältnisprävention.

## Fazit

Angesichts neuer Entwicklungen in der Arbeit bedarf es der (Weiter-)Entwicklung von Gestaltungskompetenzen auf betrieblicher wie auch auf individueller und teambezogener Ebene. Diese kann im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung, aber auch in anderen Prozessen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und im Arbeitsalltag in Form von Beachtung, Reflexion und Thematisierung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz wirksam werden.

Im Rahmen des Arbeitsprogramms „Psyche“ der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) wird gegenwärtig das Aufsichtspersonal von Ländern und Unfallversicherungsträgern umfassend für das Thema Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung qualifiziert, darüber hinaus werden Betriebe sensibilisiert und informiert sowie zahlreiche Handlungshilfen zum Thema erarbeitet. Diese Aktivitäten haben dazu beigetragen, dass sich mittlerweile zahlreiche Unternehmen auf den Weg gemacht haben, um sich mit psychischen Belastungen bei der Arbeit systematisch auseinanderzusetzen



und Gefährdungen zu beurteilen [vgl. 21]. Dennoch stehen derzeit viele Betriebe mit dem Thema psychische Belastung noch am Anfang. Eine engere strategische Einbeziehung von branchenspezifischen und/oder regionalen Organisationen, insbesondere bei der Beratung und Unterstützung von Kleinbetrieben, kann hier hilfreich sein [vgl. 22].

## Literatur

- Mergner U. Zur sozialen Konstitution psychischer Belastung durch Arbeit. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 1989; (2): 64–72
- Rothe I, Morschhäuser M. Psychische Belastungen im Wandel der Arbeit. In: Klein-Heßling J, Krause D. *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt*. Heidelberg: medhochzwei, 2014, S. 77–89
- Trinczek R. Überlegungen zum Wandel der Arbeit. *WSI-Mitteilungen* 11/2011: 606–614
- Statistisches Bundesamt. Arbeitsmarkt. Erwerbstätige im Inland nach Wirtschaftssektoren. Onlinedokument, 2015. [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Arbeitsmarkt/lrwrw013.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Arbeitsmarkt/lrwrw013.html) (Zugriff am 03.08.2016)
- Junghanns G, Morschhäuser M. Immer schneller, immer mehr. *Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit*. Wiesbaden: Springer VS, 2013
- Moldaschl M, Voß GG. *Subjektivierung von Arbeit*. München/Mering: Hampp, 2002
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. *Arbeitszeitberichterstattung für Deutschland (F2360)*. Onlinedokument, 2015. [www.baua.de/de/Forschung/Forschungsprojekte/f2360.html](http://www.baua.de/de/Forschung/Forschungsprojekte/f2360.html) (Zugriff am 03.08.2016)
- Eurofound. *European Working Conditions Survey 2010. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen – Darstellung der Ergebnisse*. Onlinetool, 2010. [www.eurofound.europa.eu/de/surveys/data-visualisation/european-working-conditions-survey-2010](http://www.eurofound.europa.eu/de/surveys/data-visualisation/european-working-conditions-survey-2010) (Zugriff am 12.07.2016)
- Ducki A, Nguyen H. *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Mobilität*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2016
- Pfeiffer S. Technologische Grundlagen der Entgrenzung: Chancen und Risiken. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Myer M. *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2012, S. 15–21
- Stab N, Jahn S, Schulz-Dadaczynski A. *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Arbeitsintensität*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2016
- Rigotti T. *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Störungen und Unterbrechungen*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2016
- Amlinger-Chatterjee M. *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Atypische Arbeitszeiten*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2016
- Rau R. *Risikobereiche für psychische Belastungen*. IGA-Report 31. AOK Bundesverband: Berlin, 2015
- Köper B, Gerstenberg S. *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Arbeitsplatzunsicherheit (Job Insecurity)*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2016
- Bamberg E, Busch C, Ducki A. *Stress- und Ressourcenmanagement: Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt*. Bern: Huber, 2003
- Beck D, Richter G, Ertel M, Morschhäuser M. *Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen in Deutschland. Verbreitung, hemmende und fördernde Bedingungen. Prävention und Gesundheitsförderung* 2012; 7(2): 115–119
- Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA). *Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrungen und Empfehlungen*. Berlin: Erich Schmidt Verlag, 2014
- Handrich C, Koch-Falkenberg C, Voss G. *Professioneller Umgang mit Zeit- und Leistungsdruck*. Baden-Baden: Nomos, edition sigma, 2016
- Splittgerber B, Pangert C. *Beratung und Aufsicht zu psychischen Belastungsfaktoren im Betrieb – Bestandsaufnahme und Ausblick*. In: Wieland R, Seiler K, Hammes M. *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit*. Dialog statt Monolog. 19. Workshop 2016. Kröning: Asanger, 2016, S. 167–170
- Lenhardt U, Beck D. *Prevalence and quality of workplace risk assessments – Findings from a representative company survey in Germany*. *Safety Science* 2016; 86: 48–56





Dr. Martina Morschhäuser, Dipl.-Psych.

Leiterin der Fachgruppe Psychische Belastung bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Forschungsschwerpunkte: Wandel der Arbeit, psychische Belastung sowie Arbeit und Gesundheit.



Andrea Lohmann-Haislah, Dipl.-Psych.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Fachgruppe Psychische Belastung bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Forschungsschwerpunkte: Pausen und Erholung, psychische Belastung, Arbeit und Gesundheit.

# Gesundheitliche Ungleichheit und Fehlzeiten – Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland Aktuell 2012

Lars Eric Kroll, Stephan Müters und Thomas Lampert  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin

## Hintergrund

Arbeitsplätze sind durch unterschiedliche körperliche und geistige Anforderungen gekennzeichnet, die zu unterschiedlich hohen Arbeitsbelastungen führen können. Sind diese Arbeitsbelastungen so hoch, dass sie die individuelle Leistungsfähigkeit übersteigen, können daraus gesundheitliche Belastungen erfolgen, die wiederum zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen führen können [1]. So stehen physische und psychosoziale Beanspruchungen bei der Arbeit in einem engen Zusammenhang mit dem Auftreten von Krankheiten und Beschwerden [2, 3, 4, 5], Arbeitsunfällen und Arbeitsunfähigkeit [6, 7, 8], krankheitsbedingten Frühberentungen [9, 10] sowie auch einem erhöhten Mortalitätsrisiko [11, 12].

Zahlreiche Studien machen deutlich, dass Beschäftigte mit niedrigem Berufsstatus, unsicheren Beschäftigungsverhältnissen und niedrigem Verdienst von vielen Gesundheitsproblemen stärker betroffen sind als Beschäftigte mit sicheren Stellungen in Berufen mit hohem Status [13, 14, 15]. Unterschiede in den Arbeitsbedingungen sind wichtige Erklärungsfaktoren für gesundheitliche Ungleichheiten bei Erwerbstätigen [16, 17, 18, 15]. Daten der GEDA-Studie 2010 machen deutlich, dass mit einem höheren Berufsstatus deutlich seltener Gesundheitsgefährdungen durch die Arbeit wahrgenommen werden [15]. Auch zwischen Fehlzeiten und dem Berufsstatus besteht ein enger Zusammenhang, der sich auch durch die Arbeitsbedingungen und das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten erklären lässt [19, 20]. Aufgrund ihrer gesundheitlichen Folgen für Beschäftigte und den mit Fehlzeiten bei der Arbeit verbundenen wirtschaftlichen Kosten [21] wird der Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Rahmen des Arbeitsschutzes und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements eine erhebliche Bedeutung beigemessen.

Die Daten der Krankenkassen dokumentieren regelmäßig und differenziert die Fehlzeiten von Er-

werbstätigen und ihre Entwicklung in Deutschland. Nach soziodemographischen Hintergrundmerkmalen differenzierte Analysen sind aber häufig nur auf Ebene einzelner Kassenarten und für die Pflicht- und freiwillig gesetzlich Krankenversicherten verfügbar. Die Fehlzeiten sind den Krankenkassen aufgrund der Meldung zur Sozialversicherung bekannt, dies sind wegen der Karenztage-Regelung häufig Fehlzeiten mit einer Dauer von mehr als 3 Tagen, sodass die Gesamtzahl der Fehlzeiten auf Basis der Daten tendenziell unterschätzt wird. Ergebnisse aus der Fehlzeitenstatistik einzelner Krankenkassen können zudem nicht immer auf alle Krankenversicherten verallgemeinert werden, da es zwischen den Krankenkassen Unterschiede hinsichtlich der soziodemographischen und regionalen Struktur der Mitglieder gibt [22]. Repräsentative Gesundheitssurveys, wie die Daten der Studie Gesundheit in Deutschland Aktuell 2012 (GEDA) des Robert Koch-Instituts, erfassen demgegenüber auch kürzere Fehlzeiten und liefern ein repräsentatives Abbild der gesamten Bevölkerung, unabhängig von der Art der Krankenversicherung. Zudem bieten Gesundheitssurveys in der Regel eine Vielzahl an soziodemographischen Differenzierungsmöglichkeiten, welche Befunde aus der Fehlzeitenstatistik sinnvoll ergänzen und einordnen können.

Nachfolgend soll anhand von aktuellen Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland Aktuell 2012“ (GEDA 2012) dargestellt werden, welche Strukturen sich in Deutschland beim Vergleich von Fehlzeiten und Krankheitstagen zeigen.

## Das Verhältnis von Fehl- und Krankheitstagen

Ein erheblicher Teil der Beschäftigten geht auch im Krankheitsfall zur Arbeit, dieses Phänomen wird in der Forschung unter dem Begriff „Präsentismus“ diskutiert [25, 26, 27]. Der Begriff wird in der Forschungsliteratur unterschiedlich definiert und operationalisiert, in der Regel beschreibt der Begriff, dass Er-

werbstätige zur Arbeit gehen, obwohl sie krank sind und so ihre eigene Gesundheit und ggf. auch die ihrer Mitarbeiter und Kunden gefährden. Präsentismus kann sich bei Beschäftigten aber auch darin äußern, dass medizinische Behandlungen abgebrochen werden, ärztliche Ratschläge nicht beachtet werden oder ein Erholungsurlaub nicht zur Genesung genutzt wird. Die Entscheidung für Präsentismus hängt dabei von mehreren Faktoren ab, wie der ökonomischen und sozialen Situation, der erlebten Arbeitsplatzsicherheit, betrieblichen Bedingungen, der Arbeitsbelastung oder der eigenen Einschätzung der Gesundheit [25]. In Betrieben, die Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten, ist Präsentismus geringer ausgeprägt als in Betrieben, in denen das nicht der Fall ist [25]. Präsentismus bleibt zudem in der Fehlzeitenstatistik unerkannt und kann nur mit Beschäftigtenbefragungen oder betrieblichen Beobachtungen ermittelt werden.

In internationalen Längsschnittstudien zeigt sich, dass „Präsentisten“ ein höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen [28], einen schlechteren Gesundheitszustand [29, 30] sowie vermehrt Depressionen haben [31]. Es lässt sich mithilfe von Längsschnittdaten zeigen, dass Präsentismus auch nach Kontrolle des ursprünglichen Gesundheitszustandes eine Determinante für späteren Absentismus, also krankheitsbedingte Fehlzeiten, ist [32, 33, 30]. Auch aus Deutschland liegen erste Daten vor, die darauf hindeuten, dass Menschen, die krank zur Arbeit gehen, häufiger chronisch krank sind und einen schlechten Gesundheitszustand haben sowie auch häufiger regelmäßig Medikamente einnehmen und generell mehr Fehlzeiten haben als andere Erwerbstätige [25].

Internationale Studien zeigen, dass Präsentismus bei finanziellen Schwierigkeiten gehäuft vorkommt [34, 35]. Ebenso ist der Präsentismus bei personenbezogenen Dienstleistungsberufen höher, z. B. im Bildungs- und Gesundheitssystem, hier häufig bei geringer bezahlten Berufsgruppen wie Erziehern und Pflegekräften [27]. Erste Ergebnisse für Deutschland deuten zudem darauf hin, dass Statusunterschiede die Ausprägung von Präsentismus beeinflussen. Zudem ist auch prekäre Beschäftigung und die Erfahrung von Personalabbau mit Präsentismus assoziiert [25].

### Analyse von Fehl- und Krankheitstagen mit den Daten der GEDA-Studie 2012

Bei der GEDA-Studie handelt es sich um eine bundesweite telefonische Gesundheitsbefragung der deutsch-

sprachigen Wohnbevölkerung im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin [36, 23]. Das RKI ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention. Ziel der GEDA-Studie ist eine regelmäßige Erfassung von Daten zur Gesundheit und deren Einflussfaktoren sowie der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung. Die Daten sind Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, europäische Berichtssysteme, für die Gesundheitspolitik sowie für die Public-Health-Forschung. Detaillierte Informationen zur GEDA-Studie und deren Methodik finden sich an weiterer Stelle [24, 23].

Für die vorliegende Auswertung wurden Daten der GEDA-Welle 2012 verwendet (GEDA 2012) [24]. Insgesamt wurden 19.294 Interviews mit Personen von 18 bis 99 Jahren zwischen Februar 2012 bis März 2013 durchgeführt. Von den erreichten Zielpersonen der Studie haben 76,7% die Befragung vollständig absolviert. Bei der Responseberechnung müssen aber auch nicht erreichte Personen berücksichtigt werden, der Anteil der absolvierten Interviews bezogen auf alle potenziellen Zielpersonen liegt in der GEDA-Welle 2012 bei 22,1% (sog. „Response Rate 3“ nach AAPOR vgl. [24]). Verzerrungen aufgrund des Stichprobendesigns und durch Nonresponse wurden durch Gewichtungsfaktoren ausgeglichen, bei denen die Bevölkerungsverteilung 2011 in einem iterativen Verfahren nach Geschlecht, Alter, Bildung und Bundesländern berücksichtigt wurde. Die Daten wurden telefonisch und computergestützt erhoben (computer-assisted telephone interviewing - CATI); die Interviews dauerten im Durchschnitt 30 Minuten.

Fehlzeiten werden in der GEDA-Studie auf Basis von retrospektiven Selbstangaben für die letzten 12 Monate erhoben. Erfragt wird die Anzahl von Tagen mit offizieller Krankschreibung (Fehltag) und die Anzahl von tatsächlichen Krankheitstagen (Krankheitstage). Diese wird differenziert nach Erwerbsumfang und beruflicher Qualifikation dargestellt. Beim Erwerbsumfang werden Vollzeitbeschäftigung, Teilzeitbeschäftigung und geringfügige Beschäftigung auf Basis der Selbsteinschätzung der Befragten differenziert. Zur Operationalisierung der Qualifikation wird der berufliche Bildungsabschluss der Befragten betrachtet und in „keine Lehre“ (höchstens Anlernausbildung), „Lehre“ (mind. Lehre, Berufsausbildung im dualen System oder vergleichbarer Abschluss) und „Studium“ kategorisiert. Anschließend wird Hinweisen auf Formen des Präsentismus

nachgegangen. Dabei wird Präsentismus in der GEDA-Studie 2012, im Unterschied zu vorherigen Studien (vgl. [27]), nicht direkt durch eine Frage erfasst. Wir haben darum eine indirekte Operationalisierung gewählt und die Differenz zwischen den tatsächlichen Krankheitstagen und den gemeldeten Fehltagen in den letzten 12 Monaten gebildet. Ab einer Differenz von 3 Tagen wird nachfolgend von Präsentismus ausgegangen. Da nicht alle Arbeitgeber Karenztage gewähren, könnte das Ausmaß des Präsentismus durch diese konservative Definition unterschätzt werden. Alle Analysen wurden mit Stata 14.1 SE und den bereitgestellten Hochrechnungsfaktoren für die Bevölkerung am 31.12.2011 durchgeführt. Die altersstandardisierten Analysen wurden zusätzlich anhand der europäischen Standardbevölkerung 2013 gewichtet.

**Ergebnisse**

Nach Daten der GEDA-Studie 2012 kommen Erwerbstätige in Deutschland im Durchschnitt auf 10,3 Fehltag und 11,7 Krankheitstage pro Jahr. Männer fehlen dabei etwas seltener als Frauen bei der Arbeit (10,2 bzw. 10,5 Tage) und berichten einen Krankheitstag weniger pro Jahr (11,2 bzw. 12,2 Tage). Der Blick in die Altersgruppen zeigt, dass die Zahl der Fehl- und Krankheitstage mit dem Alter der Beschäftigten zunimmt, Erwerbstätige im Alter von 18 bis 29 Jahren kommen

durchschnittlich auf 8,4 Fehl- bzw. 10,1 Krankheitstage, Erwerbstätige im Alter von 60 bis 65 Jahren auf 12,7 bzw. 14,8 Tage pro Jahr. Insgesamt haben Männer und Frauen in allen Altersgruppen mehr tatsächliche Krankheitstage als offiziell gemeldete Fehltag.

In **»»** Abbildung 1 ist die mittlere Anzahl der Fehl- bzw. Krankheitstage in den letzten 12 Monaten differenziert nach der Erwerbsbeteiligung altersstandardisiert dargestellt. Demnach kommen vollzeiterwerbstätige Männer auf durchschnittlich 10,3 Fehl- und 11,1 Krankheitstage, während die entsprechenden Werte von vollzeiterwerbstätigen Frauen bei 10,8 bzw. 11,9 Tagen liegen. Im Vergleich zu vollzeiterwerbstätigen Männern und Frauen liegt die Anzahl der Fehl- und Krankheitstage bei teilzeit- und unregelmäßig erwerbstätigen Männern deutlich geringer. Bei erwerbstätigen Frauen zeigt sich demgegenüber keine Differenz zwischen den Fehlzeiten von Voll- und Teilzeitbeschäftigten, lediglich unregelmäßig beschäftigte Frauen kommen im Durchschnitt auf weniger Fehl- und Krankheitstage.

In **»»** Abbildung 2 werden qualifikationspezifische Unterschiede bei Fehl- und Krankheitstagen dargestellt. Hochqualifizierte Männer und Frauen mit Hochschulabschluss haben demnach deutlich weniger Fehltag als die Vergleichsgruppen mit oder ohne Lehre. Geringqualifizierte Männer ohne Lehre weisen nach Berücksichtigung von Altersunterschieden etwas weniger Fehl- und Krankheitstage auf als

**Abbildung 1** Anzahl Krankheits- und Fehltag pro Jahr (altersstandardisiert) nach Beschäftigungsumfang und Geschlecht. Datenbasis: GEDA 2012, eigene Berechnungen (n = 10.819)

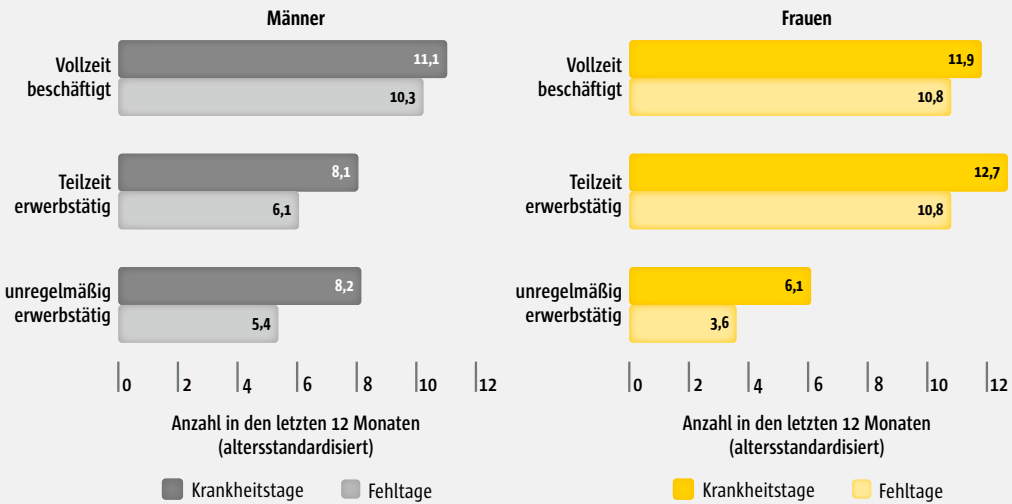
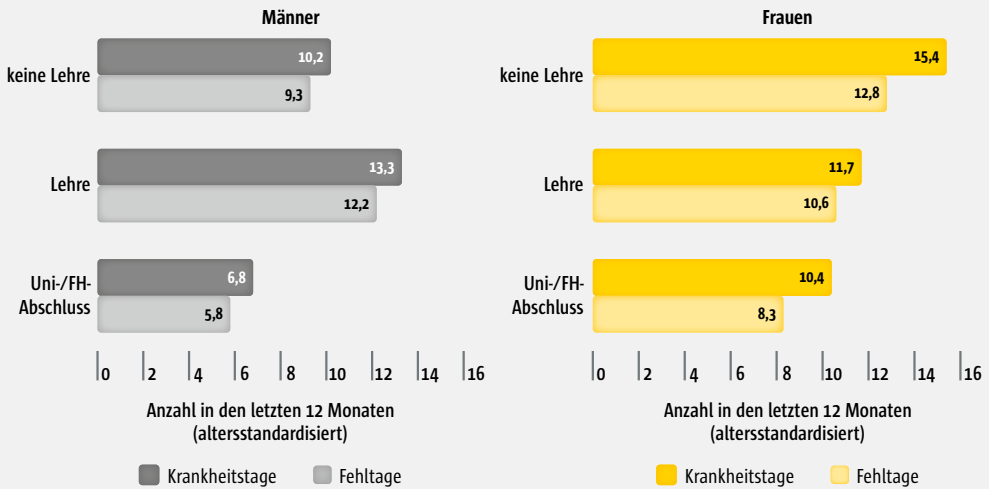


Abbildung 2 Anzahl Fehltage pro Jahr (altersstandardisiert) nach beruflicher Qualifikation und Geschlecht. Datenbasis: GEDA 2012, eigene Berechnungen (n = 10.819)



die Vergleichsgruppe mit abgeschlossener Lehre. Bei erwerbstätigen Frauen nimmt die Anzahl der Fehl- und Krankheitstage dagegen mit ansteigender Qualifikation kontinuierlich ab.

Nachdem der Vergleich der durchschnittlichen Fehl- und Krankheitstage zeigt, dass die Beschäftigten in Deutschland mehr Krankheits- als Fehltage angeben, werden in **»»** Tabelle 1 die Anteile dieses Präsentismus bei unterschiedlicher beruflicher Stellung dargestellt. Insgesamt melden sich 9,8% der erwerbstätigen Männer und 13,6% der erwerbstätigen Frauen 3 oder mehr Tage weniger arbeitsunfähig, als sie tatsächlich krank waren. Im Vergleich der Beschäftigten nach Qualifikation und Stellung im Beruf fällt auf, dass Präsentismus insbesondere bei Selbstständigen und Freiberuflern verbreitet ist und mit steigender beruflicher Qualifikation seltener wird. Weiterführende, nicht dargestellte Analysen zeigen, dass der umgekehrte Fall, also sich 3 oder mehr Tage länger arbeitsunfähig zu melden, als krank gewesen zu sein, nur bei etwa einem Prozent der Erwerbstätigen vorkommt.

**»»** Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse eines logistischen Regressionsmodells zu den Determinanten des potenziellen Präsentismus. Die Effekte der Determinanten sind als Odds Ratios dargestellt, die das Chancen- bzw. Risikoverhältnis für Präsentismus im Vergleich zur Referenzkategorie beschreiben. Die Ergebnisse des Gesamtmodells machen deutlich, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein um 1,25-fach erhöhtes Risiko haben, 2 Tage mehr als krank gemeldet gewesen

Tabelle 1 Anteile von möglichem Präsentismus bei Erwerbstätigen nach Qualifikation und Stellung im Beruf in Prozent. Datenbasis: GEDA 2012, eigene Berechnungen (n = 10.010)

Stellung im Beruf	Präsentismus (Dauer tatsächliche Krankheitstage 3 oder mehr Tage länger als Anzahl der AU-Tage)			
	Keine Lehre	Lehre	Uni/FH- Abschluss	gesamt
Arbeiter	11,1	7,6	-	8,5
Angestellter	19,0	9,0	11,8	10,7
Beamte/ Soldaten	-	8,0	10,5	9,2
Freiberuflich oder selbständig	36,7	22,7	23,5	24,9
gesamt	16,4	9,6	13,6	11,4

„-“ Zelle zu gering besetzt (n < 50), darum werden keine Ergebnisse ausgewiesen; die beruflichen Stellungen mithelfende/r Familienangehörige/r (n = 44) und Sonstiges (n = 203) wurden in diese Darstellung nicht einbezogen.

zu sein, auch nachdem andere Unterschiede im Hinblick auf Alter, Erwerbsbeteiligung, Qualifikation, berufliche Stellung o.ä. statistisch kontrolliert wur-

Tabelle 2 Determinanten von möglichem Präsentismus bei Erwerbstätigen – Ergebnisse eines logistischen Regressionsmodells. Datenbasis: GEDA 2012, eigene Berechnungen (n = 10.139)

Variable	Ausprägung	Gesamt	Männer	Frauen
		OR 95%-KI	OR 95%-KI	OR 95%-KI
Geschlecht	Männer	Ref.	–	–
	Frauen	1,25* (1,04–1,49)		
Alter	18–29 J.	Ref.	Ref.	Ref.
	30–44 J.	0,83 (0,64–1,09)	0,84 (0,57–1,23)	0,80 (0,55–1,16)
	45–64 J.	0,58* (0,44–0,77)	0,49* (0,33–0,74)	0,66* (0,45–0,95)
Erwerbsbeteiligung	Vollzeit	Ref.	Ref.	Ref.
	Teilzeit	1,49* (1,21–1,83)	1,67* (1,14–2,45)	1,47* (1,14–1,90)
	unregelmäßig	2,08* (1,53–2,85)	1,51 (0,91–2,48)	2,64* (1,76–3,97)
Zeit in Tätigkeit	< 1 Jahr	Ref.	Ref.	Ref.
	1 Jahr und mehr	1,26 (0,97–1,64)	1,57* (1,06–2,32)	1,03 (0,73–1,47)
Stellung im Beruf	Arbeiter	Ref.	Ref.	Ref.
	Angestellter	1,16 (0,90–1,48)	1,15 (0,83–1,59)	1,16 (0,78–1,73)
	Beamter/Soldat	1,05 (0,72–1,54)	0,9 (0,55–1,48)	1,18 (0,66–2,13)
	Freiberufler/selbstständig	3,73* (2,78–5,01)	4,18* (2,88–6,07)	3,26* (2,04–5,21)
	Mithelfende Familienangehörige	1,40 (0,54–3,62)	1,70 (0,39–7,46)	1,27 (0,39–4,11)
	Sonstiges	0,64 (0,37–1,12)	0,55 (0,21–1,45)	0,69 (0,34–1,38)
Qualifikation	keine Lehre	Ref.	Ref.	Ref.
	Lehre	0,79 (0,58–1,06)	0,72 (0,47–1,11)	0,86 (0,56–1,31)
	Uni-/FH-Abschluss	1,05 (0,77–1,43)	0,93 (0,60–1,43)	1,19 (0,77–1,83)
Arbeitslosigkeits- erfahrungen i.d.l. 5 Jahren	nie	Ref.	Ref.	Ref.
	einmal	0,92 (0,72–1,17)	0,68* (0,47–0,99)	1,16 (0,84–1,61)
	mehrmals	1,02 (0,68–1,54)	1,03 (0,59–1,82)	0,98 (0,57–1,71)
Zusammen leben mit Partner	Ja	Ref.	Ref.	Ref.
	Nein	1,36* (1,09–1,71)	1,19 (0,83–1,71)	1,51* (1,14–2,00)
Alter der Kinder im Haushalt	keine Kinder	Ref.	Ref.	Ref.
	14–18 J.	0,93 (0,74–1,17)	0,91 (0,64–1,30)	0,93 (0,69–1,25)
	7–13 J.	0,89 (0,69–1,15)	0,83 (0,57–1,21)	0,95 (0,66–1,36)
	3–6 J.	0,92 (0,67–1,26)	0,93 (0,58–1,47)	0,87 (0,57–1,33)
	< 3 J.	1,19 (0,85–1,66)	0,82 (0,50–1,35)	1,71* (1,07–2,73)
Äquivalenz- einkommen	Quantil (1–7, Ref. 1)	0,99 (0,94–1,04)	0,95 (0,88–1,02)	1,04 (0,97–1,11)
Chronische Krankheiten	Ja	1,72* (1,45–2,04)	1,83* (1,42–2,35)	1,66* (1,32–2,09)
	Nein	Ref.	Ref.	Ref.

OR: Odds Ratio, Chancenverhältnis im Vergleich zur Referenzgruppe (Ref.). 95%-KI: 95%-Konfidenzintervall des Chancenverhältnisses.  
\* OR signifikant,  $p < 0,05$ .



den. Das Risiko für Präsentismus ist zudem bei älteren Erwerbstätigen und bei Vollzeit-erwerbstätigen signifikant geringer als bei jüngeren bzw. bei Teilzeiterwerbstätigen. Als wichtigste Risikogruppe erscheinen Freiberufler und selbstständige Männer und Frauen, die auch nach Kontrolle aller anderen erfassten Merkmale ein um 4,18-fach bzw. 3,16-fach erhöhtes Risiko für potenziellen Präsentismus haben. Im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse wurde zusätzlich auch für die Art der Krankenversicherung kontrolliert (nicht dargestellt), dabei blieben die berichteten Differenzen weitgehend erhalten. Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen sich hinsichtlich der Arbeitslosigkeitserfahrungen und des Einflusses der Lebensform. Während bei Männern vorangegangene Arbeitslosigkeitserfahrungen das Risiko für potenziellen Präsentismus erhöhen, ist dies bei Frauen nicht der Fall. Demgegenüber haben Frauen mit einem Partner und Kindern im Alter unter 3 Jahren im Haushalt ein erhöhtes Risiko für Präsentismus, während dies bei Männern nicht zu beobachten ist.

## Fazit

Insgesamt machen die Ergebnisse deutlich, dass in Deutschland ein beträchtliches Missverhältnis zwischen den durch die Beschäftigten offiziell gemeldeten und in der Fehlzeitenstatistik berichteten Fehlzeiten und den tatsächlichen Krankheitstagen besteht. Im Durchschnitt melden sich Männer 1,4 Tage und Frauen 0,3 kürzer arbeitsunfähig, als sie tatsächlich krank waren. Jeder zehnte Erwerbstätige meldet sich pro Jahr sogar 3 Tage kürzer krank. Dies gilt insbesondere für Selbstständige und Freiberufler, bei denen dies sogar für jeden Vierten gilt.

Bei der Interpretation der Ergebnisse der GEDA-Studie 2012 muss berücksichtigt werden, dass es sich um selbstberichtete Fehl- und Krankheitstage aus einer Querschnittsstudie handelt und Präsentismus in Abweichung von anderen Arbeiten indirekt operationalisiert wurde. Es kann also nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Erwerbstätigen selektiv an Fehl- und Krankheitstage erinnern. Aufgrund des erhöhten Aufwandes, der mit der Krankmeldung verbunden ist, steht es jedoch zu vermuten, dass diese von den Befragten besser als Krankheitstage erinnert wird. Eine Unterschätzung von Krankheitstagen gegenüber Fehltagen würde bedeuten, dass das Ausmaß des Präsentismus in den hier dargestellten Ergebnissen eher unterschätzt wird. Internationale Studien zeigen, dass selbstberichtete krankheitsbedingte Fehlzeiten relativ gut mit Registerdaten über-

einstimmen, wobei erstere in der Anzahl eher etwas unterschätzt werden [37, 38]. Werden Beschäftigte direkt gefragt, ob es im letzten Jahr vorgekommen ist, dass sie krank zur Arbeit gegangen sind, berichteten sie dies deutlich häufiger, als es sich indirekt aus den Fehl- und Krankheitstagen erschließen lässt [25, 26]. Daraus kann zusammengefasst gefolgert werden, dass die vorgestellten Ergebnisse das Ausmaß des Präsentismus in Deutschland tendenziell unterschätzen, aber geeignet sind, dessen Strukturen zu beschreiben.

Die bevölkerungsrepräsentativen Ergebnisse der GEDA-Studie 2012 liefern vor allem Hinweise darauf, dass es weiterer Anstrengungen bedarf, Ausmaß, Einflüsse und Strukturen des Präsentismus in Deutschland zu untersuchen und geeignete Präventionsansätze zu entwickeln. Als Risikogruppe erscheinen Erwerbstätige, die ökonomisch stark von ihrer Arbeit abhängen, wie Freiberufler und Selbständige auf der einen Seite des sozialen Spektrums, aber auch geringfügig Beschäftigte auf der anderen. Die Daten von repräsentativen Gesundheitssurveys wie der GEDA-Studie 2012 sind darum eine wichtige Ergänzung zu den prozessproduzierten Daten der Krankenversicherungen, die keine solchen Hinweise geben können. Sie stellen aus unserer Sicht zudem auch eine sinnvolle Ergänzung der vorliegenden Studien mit direkter Operationalisierung von Präsentismus dar, da sich diese Konstruktion enger an der Fehlzeitenstatistik orientiert und die Ergebnisse auf einer vergleichsweise großen, repräsentativen Stichprobe basieren.

## Literatur

- Schlick C, Bruder R, Luczak H. Arbeitswissenschaft. Springer, Heidelberg, 2010
- Siegrist J, Dragano N. Berufliche Belastungen und Gesundheit. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft* 2006; 46: 109-124
- Backé E-M, Seidler A, Latza U, Rossnagel K, Schumann B. The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 2012; 85(1): 67-79
- Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, Bjorner JB, Borritz M, Burr H, Casini A, Clays E, De Bacquer D, Dragano N, Ferrie JE, Geuskens GA, Goldberg M, Hamer M, Hoofman WE, Houtman IL, Joensuu M, Jokela M, Kittell F, Knutsson A, Koskenvuo M, Koskinen A, Kouvonen A, Kumari M, Madsen IE, Marmot MG, Nielsen ML, Nordin M, Oksanen T, Pentti J, Rugulies R, Salo P, Siegrist J, Singh-Manoux A, Suominen SB, Väänänen A, Vahtera J, Virtanen M, Westerholm PJ, Westerlund H, Zins M, Steptoe A, Theorell T; IPD-Work Consortium. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis

- of individual participant data. *The Lancet* 2012; 380(9852): 1491–1497
5. Lohmann-Haislah A. Stressreport Deutschland 2012. BAuA, Dortmund, 2012
  6. Bödeker W. Der Einfluss arbeitsbedingter Belastungen auf das diagnosenspezifische Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. *Sozial- und Präventivmedizin* 2000; 45: 25–34
  7. Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine* 2003; 60(1): 3–9
  8. Rommel A, Varnaccia G, Lahmann N, Kottner J, Kroll LE. Occupational Injuries in Germany: Population-Wide National Survey Data Emphasize the Importance of Work-Related Factors. *PLoS One* 2016; 11(2): e0148798
  9. Dragano N. Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten: Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2007
  10. Brussig M. Arbeitsbelastungen und Flexibilisierung des Renteneintritts. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2014*. Springer, Berlin/Heidelberg, 2014, S. 201–210
  11. Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimäki H, Vahtera J, Kirjonen J. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*. 2002; 325(7369): 857
  12. Kroh M, Neiss H, Kroll L, Lampert T. Menschen mit hohen Einkommen leben länger. *DIW Wochenbericht* 2012; 38
  13. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* 2012; 380(9846): 1011–1029
  14. Parent-Thirion A, Vermeylen G, van Houten G, Lyly-Yrjänäinen M, Biletta I, Cabrita J. Fifth European Working Conditions Survey. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, 2012
  15. Kroll LE, Lampert T. Gesundheitliche Ungleichheit bei erwerbstätigen Männern und Frauen – Ergebnisse der GEDA-Studie 2010. *Gesundheitswesen* 2013; 75(4): 210–215
  16. Rahkonen O, Laaksonen M, Martikainen P, Roos E, Lahelma E. Job control, job demands, or social class? The impact of working conditions on the relation between social class and health. *Journal of epidemiology and community health* 2006; 60(1): 50–54
  17. Bambra C, Gibson M, Sowden A, K Wright K, M Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64: 284–291
  18. Kaikkonen R, Rahkonen O, Lallukka T, Lahelma E. Physical and psychosocial working conditions as explanations for occupational class inequalities in self-rated health. *Eur J Public Health*. 2009; 19(5): 458–63
  19. Christensen KB, Labriola M, Lund T, Kivimäki M. Explaining the social gradient in long-term sickness absence: a prospective study of Danish employees. *Journal of epidemiology and community health* 2008; 62(2): 181–183
  20. Laaksonen M, Pihla K, Rahkonen O, Martikainen P, Lahelma E. Explaining occupational class differences in sickness absence: results from middle-aged municipal employees. *Journal of epidemiology and community health* 2010; 64(9): 802–807
  21. BAuA. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2012. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin, 2014
  22. Busch K. Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2014*. Springer Berlin Heidelberg, 2014, S. 513–523
  23. Lange C, Jentsch F, Allen J, Hoebel J, Kratz AL, von der Lippe E, Müters S, Schmich P, Thelen J, Wetzstein M, Fuchs J, Ziese T. Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. *International Journal of Epidemiology* 2015; 44(2): 442–450
  24. RKI (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch Institut, Berlin, 2014
  25. Zok K. Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In: Badura B, Schröder H, Vetter C (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2007*. Springer, Berlin, 2008, S. 121–144
  26. Schmidt J, Schröder H. Präsentismus – Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2009*. Springer, Berlin, 2010, S. 93–100
  27. Steinke M, Badura B. Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. Dortmund, Berlin, Dresden, 2011
  28. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Hemingway H, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study. *American journal of public health* 2005; 95(1): 98–102
  29. Bergstrom G, Bodin L, Hagberg J, Lindh T, Aronsson G, Josephson M. Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *Int Arch Occup Environ Health* 2009; 82(10): 1179–1190
  30. Taloyan M, Aronsson G, Leineweber C, Magnusson Hanson L, Alexanderson K, Westerlund H. Sickness presenteeism predicts suboptimal self-rated health and sickness absence: a nationally representative study of the Swedish working population. *PLoS One* 2012; 7(9): e44721
  31. Conway PM, Hogg A, Rugulies R, Hansen ÅM. Is sickness presenteeism a risk factor for depression? A Danish 2-year follow-up study. *Journal of occupational and environmental medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine* 2014; 56(6): 595–603
  32. Bergstrom G, Bodin L, Hagberg J, Aronsson G, Josephson M. Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of occupational and environmental medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine* 2009; 51(6): 629–638
  33. Hansen CD, Andersen JH. Sick at work – a risk factor for long-term sickness absence at a later date? *Journal of epidemiology and community health* 2009; 63(5): 397–402
  34. Aronsson G, Gustafsson K. Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of occupational and environmental medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine* 2005; 47(9): 958–966
  35. Ashby K, Mahdon M. Why do employees come to work when ill? An investigation into sickness presence in the workplace. *The Work Foundation* (Hrsg.), London, 2010
  36. Kurth B-M, Lange C, Kamtsiuris P, Hölling H. Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2009; 52: 557–570



37. Ferrie JE, Kivimaki M, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. A comparison of self-reported sickness absence with absences recorded in employers' registers: evidence from the Whitehall II study. *Occup Environ Med* 2005; 62(2): 74–79
38. Jenkins KR. How Valid Are Self-Reports of Illness-Related Absence? Evidence from a University Employee Health Management Program. *Population Health Management* 2014; 17(4): 211–217



Dr. Lars Eric Kroll

Stellvertretender Leiter des Fachgebiets Soziale Determinanten am Robert Koch-Institut in Berlin. Seine aktuellen Arbeitsschwerpunkte sind: Arbeitswelt und Gesundheit, regionale Unterschiede und Prognose der Gesundheit, soziale und gesundheitliche Ungleichheiten bei Erwachsenen sowie die Sozial- und Gesundheitsberichterstattung.

© Foto: RKI/Andrea Schnartendorff



Stephan Müters

Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachgebiet Soziale Determinanten am Robert Koch-Institut in Berlin. Seine aktuellen Arbeitsschwerpunkte sind: Arbeitslosigkeit und Gesundheit sowie die Messung und Konzeption soziodemografischer Indikatoren in den Gesundheitssurveys des Gesundheitsmonitoring am RKI.

© Foto: RKI/Andrea Schnartendorff



PD Dr. Thomas Lampert

Leiter des Fachgebiets Soziale Determinanten am Robert Koch-Institut in Berlin. Seine aktuellen Arbeitsschwerpunkte sind: Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten, Kinder- und Jugendgesundheit sowie Sozial- und Gesundheitsberichterstattung. Er ist Mitglied des Wissenschaftlichen Gutachterkreises der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung und einer der Sprecher der Fachgesellschaften-übergreifenden AG Sozialepidemiologie.

© Foto: RKI/Andrea Schnartendorff

# Führung und Gesundheit

Nina Wirtz und Thomas Rigotti  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

## Die Rolle von Führung für die Mitarbeitergesundheit

Sowohl in der arbeits- und organisationspsychologischen Forschung als auch in der wirtschaftlichen Praxis wird der psychischen Gesundheit und dem Wohlbefinden von Beschäftigten zunehmend mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Steigende Fehlzeiten und Kosten aufgrund von psychischen Erkrankungen sowie die gesetzliche Verpflichtung zur Gefährdungsbeurteilung der psychischen Belastung am Arbeitsplatz sind dabei zentrale Treiber.

Neben Inhalten, Abläufen, Formen und Gestaltung der Arbeit spielen soziale Beziehungen am Arbeitsplatz eine wichtige Rolle für die Gesundheit von Beschäftigten [1]. Psychosoziale Faktoren wie beispielsweise Konflikte oder ein Mangel an sozialer Unterstützung beeinträchtigen die psychische Gesundheit [2] und begünstigen die Entwicklung von Depressionen [3] sowie von kardiovaskulären Erkrankungen [4]. Dies gilt für soziale Beziehungen zu Kolleginnen und Kollegen, jedoch in gleichem, oder möglicherweise sogar verstärktem Maß, für soziale Beziehungen zu Vorgesetzten. Der Qualität der Beziehung zu Führungskräften kommt hier eine zentrale Rolle zu, da diese häufig an den Zugang zu arbeitsrelevanten Ressourcen (z.B. Arbeitsmittel, Budgets) sowie die Zuweisung interessanter oder karriereförderlicher Aufgaben gekoppelt ist [5]. Darüber hinaus beinhaltet die Kombination einer eingeschränkt positiven Beziehung bei gleichzeitiger Bewertung von Arbeitsleistungen durch Vorgesetzte zusätzliches Stresspotenzial für Beschäftigte.

### Etablierte Konzepte

Verschiedene Übersichtsarbeiten dokumentieren konsistent substanzielle Zusammenhänge zwischen dem Verhalten von Führungskräften und der psychischen Gesundheit von Geführten [6, 7]. Ein besonders häufig untersuchtes Konstrukt in diesem Zusammenhang ist die Transformationale Führung. Eine Führungskraft, welche diesen Stil praktiziert,

geht auf die individuellen Bedürfnisse der Teammitglieder ein, ist Vorbild auf fachlichem Gebiet, motiviert, kommuniziert eine klare und positive Sicht auf die Zukunft, schafft ein vertrauensvolles Teamklima und regt zum kritischen Nachdenken an. In diversen Studien hat sich gezeigt, dass Transformationale Führung im Zusammenhang mit geringerem Burn-out [8], weniger depressiven Symptomen [9] und verbesserter Schlafqualität [10] bei Beschäftigten steht. Ähnlich positive Effekte zeigen sich, wenn die Austauschbeziehung zwischen Führungskräften und Teammitgliedern von hoher Qualität ist [11] und ein vertrauensvolles Verhältnis besteht [12].

Leider verhalten sich Führungskräfte jedoch nicht nur konstruktiv, sondern zeigen zuweilen auch destruktive Verhaltensweisen. Destruktive Führung, bei der Führungskräfte ihren Mitarbeitern aktiv feindselig gegenüberzutreten, stellt ein Gesundheitsrisiko für Mitarbeiter dar. Feindseligkeit wird in diesem Zusammenhang als jegliche Form abwertender, beleidigender Verhaltensweisen mit Ausnahme von physischer Gewalt definiert. In diversen Studien wurden diese Handlungsweisen seitens der Führungskraft in Zusammenhang mit der Arbeits- und Lebenszufriedenheit [13] sowie psychologischen Erschöpfungs- und Angstzuständen bei Mitarbeitern gebracht [14, 15].

Besonders wichtig ist an dieser Stelle anzumerken, dass nicht nur aktiv-aggressives Verhalten seitens der Führungskraft schädlich wirken kann, sondern auch passive, indirekte Verhaltensweisen gesundheitsgefährdende Konsequenzen haben können [16]. Diese werden unter dem Begriff „*laissez-faire* Führung“ zusammengefasst, welche als die Abwesenheit von Führung verstanden werden kann. Dies beinhaltet beispielsweise das Hinauszögern oder Vermeiden von Entscheidungen, das Ablehnen von Verantwortlichkeiten sowie eine weitgehende Vermeidung jeglicher Interaktion und jeglichen Austauschs mit Mitarbeitern (z.B. Feedback, Belohnungen, Motivation).

Positive und insbesondere transformationale Führungsverhaltensweisen sowie eine gute Beziehung zwischen Führungskräften und Mitarbeitern weisen positive Zusammenhänge zur Mitarbeitergesundheit auf. Destruktives Führungsverhalten stellt hingegen ein Gesundheitsrisiko dar. Auch die Abwesenheit von Führung kann gesundheitsschädlich wirken.

Wie wirkt Führungsverhalten auf die Gesundheit?

Führungskräften stehen unterschiedliche Möglichkeiten zur Förderung der Mitarbeitergesundheit zur Verfügung [17], dabei ist zwischen direktem und indirektem Einfluss zu unterscheiden. Der direkte Einfluss besteht in der Einwirkung auf die Mitarbeiter mit unmittelbaren gesundheitlichen Folgen. Auch das Vorleben eines gesunden Lebensstils, die Thematisierung gesundheitsrelevanter Aspekte sowie das Entgegenbringen von Verständnis und Akzeptanz bei gesundheitsrelevanten Problemen (z. B. Arzttermine während der Arbeitszeit) sind erwiesenermaßen der Mitarbeitergesundheit zuträglich.

Die Wirkung von Führung auf Gesundheit kann jedoch auch auf indirektem Wege stattfinden. Dabei wirkt die Führungskraft auf das Arbeitsumfeld, das Arbeitsklima oder die Arbeitsbedingungen ein [17], welche dann in einem weiteren Schritt gesundheitswirksame Veränderungen in Gang setzen. Besonders relevant sind in diesem Zusammenhang Arbeitsmerkmale der Beschäftigten, organisationale Rahmenbedingungen sowie das individuelle und kollektive Kompetenzerleben.

Die positive Wirkung gesundheitsgerecht gestalteter Arbeit ist empirisch belegt [1]. Insbesondere in Bezug auf das psychische Wohlbefinden spielen dabei Autonomie, soziale Eingebundenheit und Kompetenzerleben eine wichtige Rolle [18]. Diverse Studien zeigen, dass sich positives Führungsverhalten, insbesondere Transformationale Führung, günstig auf das Maß an erlebter Autonomie und die wahrgenommenen Entwicklungsmöglichkeiten [19] bei Beschäftigten und somit auf deren psychologisches Wohlbefinden auswirkt. Auch die Bedeutsamkeit der Arbeit [20] sowie Klarheit über Aufgaben und Rollen [21] werden in dieser Weise und mit gleicher Wirkung durch Transformationale Führung beeinflusst.

Neben den Arbeitsmerkmalen können Führungskräfte Einfluss auf die organisationalen Rahmenbedingungen ausüben, um eine gesundheitsförderliche Arbeitsumgebung zu schaffen. Dabei hat sich insbesondere gezeigt, dass die Wahrnehmung organisationaler Prozesse und Entscheidungen als fair positive Auswirkungen auf die psychische Gesund-

heit von Beschäftigten hat [22]. Auch die Werte, welche am Arbeitsplatz vertreten werden, und die damit verbundene Kultur vermitteln die Beziehung zwischen Transformationaler Führung und psychischem Wohlbefinden der Mitarbeiter. Dabei ist die Deckung zwischen persönlichen und organisationalen Werten besonders wichtig.

Ein weiterer wichtiger Faktor, der zur Mitarbeitergesundheit beiträgt, ist das Kompetenzerleben auf individuellem und kollektivem Niveau. Beschäftigte, welche sich selbst als kompetent erleben und glauben, die an sie gestellten Aufgaben erfolgreich bearbeiten zu können, weisen ein höheres Maß an psychologischem Wohlbefinden auf. Auch hier konnte gezeigt werden, dass ein Transformationaler Führungsstil sowohl das individuelle als auch das kollektive Kompetenzerleben auf Teamniveau positiv beeinflusst [12], wodurch die Gesundheit der Beschäftigten gestärkt wird.

Die Beeinflussung der Mitarbeitergesundheit durch die Führungskraft kann über unterschiedliche Wirkmechanismen erfolgen. Arbeitsmerkmale, organisationale Rahmenbedingungen und das Kompetenzerleben der Beschäftigten spielen dabei eine zentrale Rolle.

Nicht immer und nicht für jede/n gleich

Unabhängig von der Art der Beeinflussung, ob direkt oder indirekt, gibt es unterschiedliche Faktoren, welche die Beziehung zwischen Führung und Gesundheit stärken bzw. abschwächen können. Persönliche Ressourcen beziehungsweise Persönlichkeitsmerkmale sowie kontextbedingte Variablen konnten in diesem Zusammenhang als relevant identifiziert werden.

In Bezug auf Persönlichkeitseigenschaften scheinen insbesondere Merkmale relevant, welche in engem Zusammenhang mit der Bewertung eigener Emotionen und den Emotionen anderer stehen. So zeigte sich beispielsweise, dass das Maß an positiver bzw. negativer Affektivität von Mitarbeitern den Zusammenhang zwischen der Beziehungsqualität von Führungskräften und Teammitgliedern und der arbeitsbedingten Anspannung beeinflusst [23]. Positive und negative Affektivität bestimmen, ob Menschen externe Ereignisse grundsätzlich eher positiv oder negativ bewerten. Im Kontext von Führung und Gesundheit stellt negative Affektivität einen Risikofaktor dar, wohingegen positive Affektivität eine gesundheitsförderliche Funktion einnehmen kann [24]. Auch das Maß, in dem sich Mitarbeiter durch die Emotionen anderer beeinflussen lassen, spielt

eine Rolle in der Beziehung zwischen Führung und Gesundheit. Mitarbeiter, die destruktiver Führung ausgesetzt sind, tragen weniger Schaden im Sinne von emotionaler Erschöpfung davon, wenn sie sich grundsätzlich weniger stark durch die Emotionen anderer beeinflussen lassen. Außerdem zeigte sich, dass nur beruflich Ambitionierte von der durch transformationale Führungskräfte angebotenen sozialen Unterstützung im Sinne einer reduzierten psychischen Fehlbeanspruchung profitieren [25].

Neben persönlichen Faktoren gibt es auch kontextbedingte Variablen, welche die Wirkung von Führung auf Gesundheit verstärken oder abschwächen. Die Kontakthäufigkeit zwischen Führungskräften und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern [23] ist ein solcher Faktor. Je nach Ausprägung der Beziehung verstärkt oder schwächt die Häufigkeit, mit der beide Parteien interagieren, den Effekt der Beziehungsqualität auf die Mitarbeitergesundheit. Darüber hinaus kann auch die Art der Aufgabe eine solche Wirkung haben. So zeigte sich beispielsweise, dass feindselige Führung in Kombination mit einem begrenzten Tätigkeitsfeld der Mitarbeiter besonders negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiter hat [26]. Ähnlich negative Auswirkungen zeigen sich auch in Bezug auf begrenzten Entscheidungsspielraum [27]. Neben der Entwicklung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens ist daher vor allem auch auf förderliche Rahmenbedingungen zu achten [28].

» Persönlichkeitsmerkmale von Mitarbeitern und kontextbedingte Faktoren können die Wirkung von Führung auf die Mitarbeitergesundheit verstärken oder abschwächen. Im Rahmen der Führungskräfteentwicklung sind daher auch Rahmenbedingungen zu gestalten, welche ermöglichen, das Potenzial gesundheitsorientierten Führungsverhaltens zu entfalten.

Spezifisch gesundheitsförderliche Führung  
Lange lag der Fokus in der Führungsforschung auf dem Einfluss der Führungskraft auf die Motivation und Leistung der Mitarbeiter. Zunächst wurden daher die oben dargestellten etablierten Führungskonzepte (z.B. Transformationale Führung, Leader-Member-Exchange) im Zusammenhang mit der Gesundheit von Beschäftigten untersucht. Diese Ansätze wurden jedoch nicht explizit mit dem Fokus auf gesundheitsförderliches Führungsverhalten entwickelt. Erst in den letzten Jahren wurden Konzepte entwickelt, die sich explizit mit der Gesundheitsförderlichkeit des Führungsverhaltens ausein-

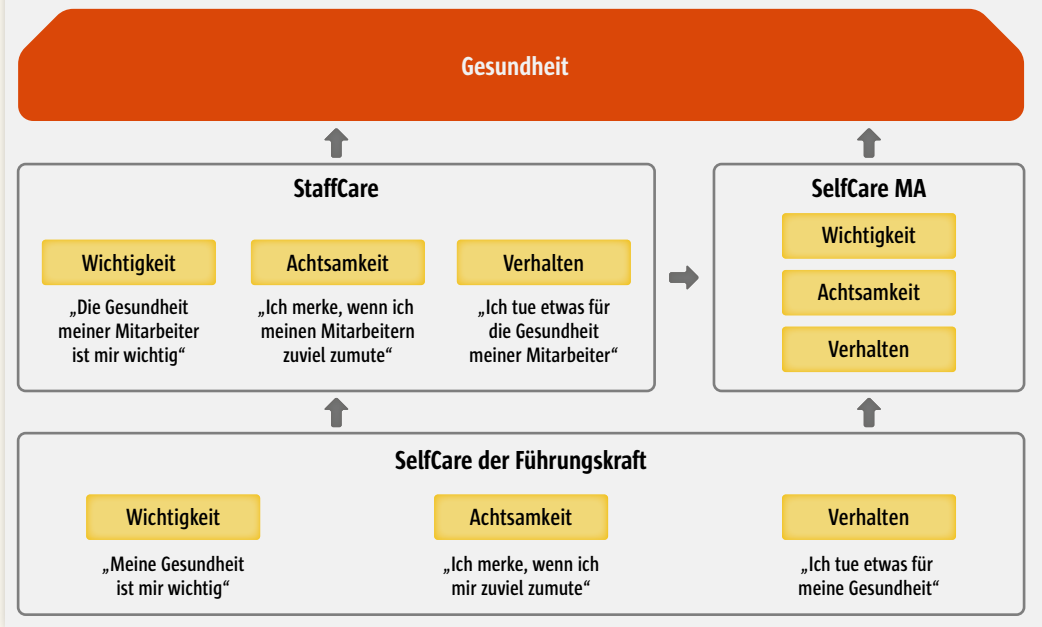
andersetzen. Diese werden im Folgenden besprochen.

Das Konzept der gesundheitsorientierten Führung (HoL)  
Im Konzept der gesundheitsorientierten Führung (Health-oriented Leadership - HoL) [29] wird der Fokus auf unmittelbar gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen der Führungskraft gelegt. Ausgangspunkt bilden dabei die oben beschriebenen Effekte über die Gestaltung von Arbeits- und Tätigkeitsbedingungen sowie die Vorbildfunktion von Führungskräften.

Die gesundheitsbezogene Selbstführung (Self-Care) der Führungskraft und ein damit verbundener Ressourcengewinn wird als förderlich für mitarbeiterbezogenes gesundheitsförderliches Führungsverhalten (StaffCare) angesehen, welches sich wiederum direkt oder vermittelt über eine verbesserte Self-Care der Beschäftigten auf deren Gesundheit positiv auswirken soll. Es konnte gezeigt werden, dass sich das Risiko destruktiver Führung erhöht, wenn Führungskräfte besonders schwierige Aufgaben zu lösen haben [30]. Im Umkehrschluss kann angenommen werden, dass Führungskräfte, die selbst Gesundheitsressourcen besitzen, sich aktiv für die Gesundheit der Beschäftigten einsetzen können. Sowohl die gesundheitsbezogene Mitarbeiterführung als auch die Selbstführung enthalten drei Komponenten: Gesundheitsverhalten, Gesundheitsvalenz und gesundheitsbezogene Achtsamkeit (»»» Abbildung 1). Gesundheitsverhalten besteht aus Aktivitäten und Engagement für gesundheitsrelevantes Verhalten [31]. Mit Gesundheitsvalenz ist das Interesse am Thema Gesundheit gemeint sowie die Wichtigkeit, die der Gesundheit beigemessen wird. Die Komponente gesundheitsbezogene Achtsamkeit beinhaltet Aufmerksamkeit, Sensitivität und Reflexion bezogen auf Gesundheit und Belastung wie auch Bedingungen, die diese Zustände beeinflussen.

Erste Studien bestätigen die Modellannahmen des HoL-Ansatzes [31]. So erwiesen sich im Rahmen der StaffCare insbesondere die Verhaltensfacette und die Wichtigkeit, welche der Gesundheit der Mitarbeiter beigemessen wurde, als besonders relevant für das Beanspruchungserleben der Geführten. Des Weiteren bestätigte sich, dass die Achtsamkeit der Führungskraft das Erleben von Konflikten zwischen Arbeit und Familie mildern kann. All diese Effekte zeigten sich unter Kontrolle von Transformationaler Führung. Die Studie zeigte ebenso, dass die positiven Effekte von StaffCare teilweise auf eine erhöhte SelfCare der Beschäftigten zurückzuführen ist.

Abbildung 1 Das Konzept der gesundheitsorientierten Führung (Health-oriented Leadership) (nach [32])



### Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten (GEFA)

Im Konzept des gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhaltens wird die Rolle von Führungskräften für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und Tätigkeitsmerkmale in den Fokus gerückt [33]. Aufbauend auf arbeitspsychologischem Wissen zu gesundheitsförderlichen und -beeinträchtigenden Merkmalen von Arbeitsaufgaben sowie dem Nachweis vermittelnder Effekte von u. a. Rollenklarheit und Entwicklungsmöglichkeiten auf den Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und Indikatoren der Gesundheit [19] wurde die Gesundheits- und Entwicklungsförderliche Führungsverhaltensanalyse (GEFA) entwickelt [34].

Erkenntnisse aus der Arbeitsstress- und Führungsforschung werden hier kombiniert. Das Modell besteht aus den drei übergeordneten Faktoren: *Überfordernde Führung*, *Entwicklungsorientierte Führung* und *Unterstützungsorientierte Führung*. In **»** Tabelle 1 sind diese Faktoren sowie Unterskalen mit Beispielitems dargestellt. Bei einer großen Stichprobe von Beschäftigten zeigten sich deutliche Unterschiede u. a. im Arbeitsengagement, im Wohlbefinden und der emotionalen Erschöpfung in Abhängigkeit der Ausprägungen der übergeordneten Faktoren. Beschäftigte, welche ihre Führungskraft als wenig überfordernd

und hoch entwicklungs- sowie unterstützungsorientiert erlebten [34], gaben durchgängig auch ein besseres Befinden an. Auch auf der Ebene der einzelnen Skalen konnte die Validität des Instrumentes bestätigt werden. Diese Effekte zeigen sich auch unter Kontrolle von Transformationaler Führung [33], umgekehrt verlieren jedoch die Effekte Transformationaler Führung unter Kontrolle der GEFA-Faktoren ihre Signifikanz. Dies bedeutet, dass die gesundheitsförderlichen Aspekte Transformationaler Führung auf die Einflussnahme der Führungskraft auf Tätigkeitsmerkmale, direkte Unterstützung und individuelle Entwicklungsangebote zurückzuführen sind.

### Auch die Führungskräfte selbst im Blick behalten

Bei der Betrachtung von Zusammenhängen zwischen Führung und Gesundheit sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass auch Führungskräfte gesundheitsbezogene Ressourcen benötigen. Zum einen ist dies für das individuelle Wohlbefinden des Einzelnen zentral, zum anderen zeigte sich in einigen Studien ein direkter Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit von Führungskräften und ihren Mitarbeitern [7].

Konkret bedeutet dies, dass psychologische Zustände wie emotionale Erschöpfung oder Engage-

Tabelle 1 Gesundheits- und Entwicklungsförderliche Führungsverhaltensanalyse (GEFA)

Skala	Beispielitem Meine direkte Führungskraft ...
<b>Überfordernde Führung</b>	
Quantitative Überforderung	... setzt mich häufig unter Zeitdruck.
Qualitative Überforderung	... gibt mir häufig zu schwierige Aufgaben, die mich überfordern.
Komplexität	... überträgt mir Aufgaben, durch die ich meine Fähigkeiten weiterentwickeln kann.
<b>Entwicklungsorientierte Führung</b>	
Vertrauen in die Fähigkeiten der Mitarbeiter	... zeigt Vertrauen in meine Fähigkeiten und Handlungen.
Handlungsspielraum	... lässt mich selbst bestimmen, auf welche Art und Weise ich meine Aufgaben erledige.
Partizipation	... ermöglicht mir Einfluss darauf, welche Aufgaben ich bearbeite.
<b>Unterstützungsorientierte Führung</b>	
Instrumentelle Unterstützung/ Information	... ist für mich stets ansprechbar, wenn ich Probleme bei der Aufgabenbearbeitung habe.
Transparenz/Klarheit	... erläutert die zu erreichenden Ziele nachvollziehbar.
Anerkennung/Feedback	... zeigt Anerkennung für Eigeninitiative.
Kooperation	... ermutigt die Mitarbeiter, sich gegenseitig zu unterstützen.
Karriereunterstützung	... fördert mein berufliches Vorankommen.
Konfliktmanagement	... sucht bei Konflikten mit den Beteiligten nach Lösungen.
Integrität/Fairness	... hält sich an Absprachen und Vereinbarungen.
Fürsorge	... zeigt echtes Interesse an meinem Wohlergehen.

ment von Führungskräften auf Mitarbeiter übertragen werden können [35]. Darüber hinaus muss beachtet werden, dass der Übertragungsprozess auch in umgekehrter Richtung, also von Teams auf Führungskräfte, stattfinden kann [36]. Dies bedeutet, dass nicht nur Führungskräfte gesundheitliche Ressourcen für ihre Mitarbeiter schaffen können, sondern im Umkehrschluss auch, dass die Mitarbeitergesundheit, je nach Ausprägung, eine Gesundheitsressource oder Anforderung für Führungskräfte darstellen kann. Dieser weitgreifende Einfluss hebt die Relevanz der emotionalen Resilienz und (psychischen) Gesundheit von Mitarbeitern *und* Führungskräften hervor.

Erste Studien, die sich spezifisch mit der Gesundheit bei Führungskräften beschäftigen, weisen darauf hin, dass auch das Praktizieren eines bestimmten Führungsstils, insbesondere über einen längeren Zeitraum hinweg, ressourcenintensiv ist und gesundheitsbeeinträchtigende Folgen haben kann. Eine

Studie, welche Führungskräfte über 2 Jahre hinweg begleitete [37], zeigte, dass transformationale Führungskräfte zum ersten Erhebungszeitpunkt verminderte Werte der emotionalen Erschöpfung aufwiesen. Nach 24 Monaten kehrte sich der Effekt allerdings um, d.h. transformationale Führungskräfte wiesen mehr emotionale Erschöpfung auf. Dies legt den Schluss nahe, dass die emotionalen Ressourcen, welche eine Führungskraft im Führungsprozess aufwenden muss, auf lange Sicht ihren Tribut auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit fordern können. Die gleiche Studie wies nach, dass *laissez-faire* Führung, unabhängig vom Messzeitpunkt, mit erhöhter emotionaler Erschöpfung einhergeht.

Zwar sind diese Befunde noch relativ spärlich, allerdings weisen sie darauf hin, dass, insbesondere in Bezug auf die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz, eine ganzheitliche, systemische Perspektive von Nutzen ist, welche Beschäftigte mit und ohne Führungsaufgaben berücksichtigt und in den Kon-



text der jeweils organisationsspezifischen Anforderungen einbettet.

Bei der Betrachtung gesundheitsförderlicher Führung darf die Gesundheit der Führungskräfte nicht außer Acht gelassen werden. Übertragungsprozesse zwischen Führungskräften und Teams können ein unternehmensweites Gesundheitsklima bedingen.

## Literatur

- Richter G, Dajana H, Rau R, Schütte M. Beschreibung psychischer Belastungsfaktoren bei der Arbeit. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung- Erfahrungen und Empfehlungen. Berlin, Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. KG, 2014, S. 179–183
- Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2014; 32: 443–462
- Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine* 2008; 65: 438–45
- Eller NH, Netterström B, Gyntelberg F, Kristensen TS, Nielsen F, Steptoe A, Theorell T. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiology in Review* 2009; 17: 83–97
- Graen GB, Uhl-Bien M. Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level multi-domain perspective. *The Leadership Quarterly* 1995; 6: 219–247
- Kuoppala J, Lamminpää A, Liira J, Vainio H. Leadership, job well-being, and health effects – A systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Health* 2008; 50: 904–915
- Skakon J, Nielsen K, Borg V, Guzman J. Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress* 2010; 24: 107–139
- Hetland H, Sandal GM, Johnsen TB. Burnout in the information technology sector: Does leadership matter? *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2007; 16: 58–75
- Munir F, Nielsen K, Gomes Carneiro I. Transformational leadership and depressive symptoms: A prospective study. *Journal of Affective Disorders* 2010; 120: 235–239
- Munir F, Nielsen K. Does self-efficacy mediate the relationship between transformational leadership behaviours and healthcare workers' sleep quality? A longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65: 1833–1843
- Thomas CH, Lankau MJ. Preventing burnout: The effects of LMX and mentoring on socialization, role stress, and burnout. *Human Resource Management* 2009; 48: 417–432
- Liu J, Siu OL, Shi K. Transformational leadership and employee well-being: The mediating role of trust in the leader and self-efficacy. *Applied Psychology* 2010; 59: 454–479
- Tepper BJ. Consequences of abusive supervision. *Academy of Management Journal* 2000; 43: 178–190
- Tepper BJ, Moss SE, Lockhart DE, Carr JC. Abusive supervision, upward maintenance communication, and subordinates' psychological distress. *Academy of Management Journal* 2007; 50: 1169–1180
- Yagil D. The relationship of abusive and supportive workplace supervision to employee burnout and upward influence tactics. *Journal of Emotional Abuse* 2006; 6: 49–65
- Skogstad A, Einarsen S, Torsheim T, Aasland MS, Hetland H. The destructiveness of laissez-faire leadership behavior. *Journal of Occupational Health Psychology* 2007; 12: 80–92
- Wegge J, Shemla M, Haslam SA. Leader behavior as a determinant of health at work: Specification and evidence of five key pathways. *Zeitschrift für Personalforschung* 2014; 28: 6–23
- Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development and health. *Canadian Psychology* 2008; 49: 182–185
- Nielsen K, Randall R, Yarker J, Brenner S-O. The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study. *Work & Stress* 2008; 22: 16–32
- Arnold KA, Turner N, Barling J, Kelloway EK, McKee MC. Transformational leadership and psychological well-being: the mediating role of meaningful work. *Journal of Occupational Health Psychology* 2007; 12: 193–203
- Peiró JM, González-Romá V, Ripoll P, Gracia FJ. Role stress and work team variables in primary health care teams: A structural equations model. In: de Jonge J, Vlerick P, Büsing A, Schaufeli WB (Hrsg.). *Organizational psychology and health care at the start of a new millennium*. München und Mering, Rainer Hampp Verlag, 2001, S. 105–120
- Walsh M, Dupre K, Arnold KA. Processes through which transformational leaders affect employee psychological health. *Zeitschrift für Personalforschung* 2014; 28: 162–172
- Brouer R, Harris K. Dispositional and situational moderators of the relationship between Leader-Member-Exchange and work tension. *Journal of Applied Social Psychology* 2007; 37: 1418–1441
- Harvey P, Stoner J, Hochwarter W, Kacmar C. Coping with abusive supervision: The neutralizing effects of ingratiation and positive affect on negative employee outcomes. *Leadership Quarterly* 2007; 18: 264–280
- Holstad T, Korek S, Rigotti T, Mohr G. The relation between transformational leadership and follower emotional strain: The moderating role of professional ambition. *Leadership* 2014; 10: 269–288
- Schaubroeck J, Walumbwa FO, Ganster DC, Kepes S. Destructive leader traits and the neutralizing influence of an "enriched" job. *Leadership Quarterly* 2007; 18: 236–251
- Studenski R, Barczyk J. Occupational stressors in mining as related to health, job, attitudes, and accident-making. *Polish Psychological Bulletin* 1987; 18: 159–168
- Rigotti T, Holstad T, Mohr G, Stempel C, Hansen E, Loeb C, Isaksson K, Otto K, Kinnunen U, Perko K. Rewarding and sustainable healthpromoting leadership. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA), 2014
- Franke F, Ducki, A, Felfe J. Gesundheitsförderliche Führung. In: Felfe J (Hrsg.). *Trends der psychologischen Führungsforschung. Neue Konzepte, Methoden und Erkenntnisse*. Göttingen, Hogrefe, 2015, S. 253–263

30. Mawritz MB, Folger R, Latham G P. Supervisors' exceedingly difficult goals and abusive supervision: The mediating effects of hindrance stress, anger, and anxiety. *Journal of Organizational Behavior* 2014; 35: 358–372
31. Franke F, Felfe J, Pundt A. The impact of health-oriented leadership on follower health: Development and test of a new instrument measuring health-promoting leadership. *Zeitschrift für Personalforschung* 2014; 28: 139–161
32. Franke F. Leadership and follower health: The effects of transformational and health-oriented leadership on follower health outcomes. Dissertation, Helmut-Schmidt-Universität Hamburg, 2012
33. Vincent S. Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: gendertypische Differenzen. *Gruppendynamik und Organisationsberatung* 2012; 43: 61–89
34. Vincent S. Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: Ein Analyseinstrument. In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg.). *Fehlzeitenreport 2011: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Schwerpunkt: Führung und Gesundheit*. Berlin, Springer, 2011, S. 49–60
35. Westman M, Etzion D. The crossover of strain from school principals to teachers and vice versa. *Journal of Occupational Health Psychology* 1999; 4: 269–278
36. Wirtz N, Rigotti T, Otto K, Loeb C. What about the leader? Crossover of emotional exhaustion and work engagement from followers to leaders. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2016 [Epub ahead of print]
37. Zwingmann I, Wolf S, Richter P. Every light has its shadow: a longitudinal study of transformational leadership and leaders' emotional exhaustion. *Journal of Applied Social Psychology* 2016; 46: 19–33



Nina Wirtz, M.Sc.

Von 2006 bis 2010 Bachelor- und Masterstudium der Psychologie an der Universität von Amsterdam mit Schwerpunkt Arbeits- und Organisationspsychologie. Nach Beendigung des Studiums Tätigkeit in der Unternehmensberatung zu Themenstellungen der Personalauswahl, Personalentwicklung, Change Management und HR-Optimierung. Seit 2014 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Psychologischen Institut der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Forschung zum Thema Führung und Gesundheit, insbesondere mit Fokus auf die wechselseitigen Beziehungen zwischen Führungskräften und Mitarbeitern.



Prof. Dr. Thomas Rigotti

Von 1996 bis 2002 Studium der Psychologie an der Universität Leipzig. Promotion im Jahr 2008 zum Thema Psychologische Verträge. Anschließend wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Leipzig. Vertretungsprofessuren an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg sowie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Seit 2013 Inhaber der Professur für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der Universität Mainz. Forschungsschwerpunkte sind die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, Führung und Gesundheit sowie Psychologische Verträge.



# Gesundheitsförderung im Setting Betrieb – Hemmnisse und förderliche Faktoren bei der Erreichung der Mitarbeiter

Ulla Walter und Iris Brandes

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung,  
Medizinische Hochschule Hannover

## Einleitung

Die Bedeutung der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in Deutschland nimmt vor dem Hintergrund tiefgreifender demografischer und arbeitsweltbezogener Veränderungen stetig zu. Die Heraufsetzung des gesetzlichen Renteneintrittsalters und fehlende Nachwuchskräfte führen dazu, dass die Belegschaften in den deutschen Unternehmen immer älter werden [1–3]. Damit gehen zunehmende altersbedingte Erkrankungen und Leistungsbeeinträchtigungen, aber auch berufsspezifische körperliche Belastungen einher [1, 4, 5]. Erhalt und Förderung von Gesundheit in der Arbeitswelt werden zusehends wichtiger, um die Arbeitsfähigkeit über den gesamten Erwerbsverlauf zu erhalten sowie die Lücke zwischen tatsächlichem und gesetzlichem Renteneintritt zu schließen [4, 5].

Gesundheitsförderung umfasst nicht (nur) einzelne abgeschlossene Maßnahmen, sondern ist als Prozess zu verstehen, der konzeptionell bei der Stärkung der (noch bestehenden) Gesundheitspotenziale der Menschen ansetzt. Neben der Verhaltensebene wird auch die Verhältnisebene durch Einflussnahme auf Umweltfaktoren, Gesellschaft und Politik einbezogen. Der Settingansatz gilt dabei als Kernstrategie der Gesundheitsförderung, um dem Gedanken der Partizipation und Vernetzung Rechnung zu tragen [6].

Eine eindeutige Abgrenzung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) und betrieblicher Gesundheitsförderung findet nicht immer statt. Überwiegend wird jedoch BGF als ein Teil von BGM gesehen, wobei das Betriebliche Gesundheitsmanagement die strategische Ausrichtung (Stichworte: Leitbild, Unternehmenskultur) sowie die Strukturen (Zuständigkeiten, Teambildung) vorgibt, während die betriebliche Gesundheitsförderung auf Ebene der

Prozesse und der konkreten Projekte neben dem Arbeits- und Gesundheitsschutz und dem Eingliederungs-Management wahrgenommen wird [7]. Auch im Folgenden wird nicht immer eine klare Trennung von BGF und BGM vorgenommen, da hinsichtlich Planung, Implementation und nachhaltiger Durchführung von BGF-Maßnahmen immer auch Überschneidungsbereiche zum BGM bestehen.

## Zum Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland

Entsprechend der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in der Europäischen Union [2] umfasst BGF „... alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.“ Dabei strebt die EU mit der gesundheitlichen Verbesserung der Arbeitnehmer eine Stärkung des wirtschaftlichen Erfolgs und des sozialen Friedens der Mitgliedsländer der EU an. In Deutschland wird BGF zwar als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen, aufgrund der großen Bedeutung der Arbeitswelt in den Betrieben liegt jedoch ein besonderer Fokus auf gezielten Maßnahmen zwischen Krankenkassen und einzelnen Unternehmen [7, 8]. Daraus ergibt sich das Problem, dass die Leistungen nicht flächendeckend, sondern punktuell in Betrieben mit einem hohen Anteil an Mitarbeitern mit Zugehörigkeit zu der jeweils fördernden Krankenkasse umgesetzt werden [8].

Seit Einführung der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20b Abs. 1 Satz 1 SGB V) mit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 fand BGF sehr unterschiedliche Verbreitung in Deutschland. Grundsätzliche Unterschiede zeigen sich u. a. in der Größe der Unter-

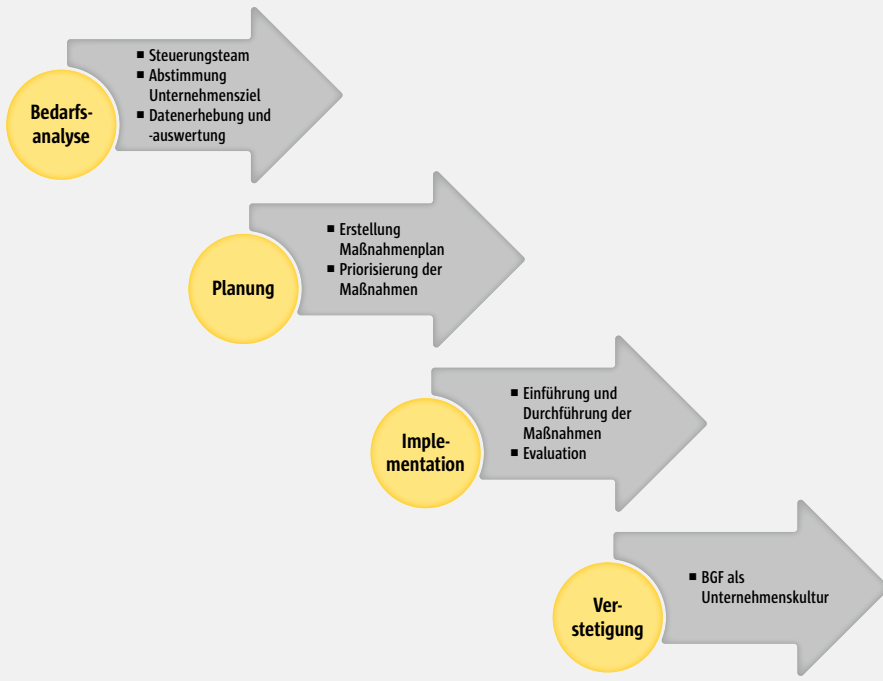
nehmen, so sind kleine und mittlere Betriebe deutlich unterrepräsentiert [9–13]. Die Ergebnisse einer repräsentativen Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in 2005/2006 und 2011/2012 zeigten eine moderat gestiegene Verbreitung von BGF über alle Wirtschaftsbereiche und Betriebsgrößenklassen hinweg. Die Teilnahmequote der Mitarbeiter an BGF-Maßnahmen steigt mit abnehmender Betriebsgröße an, was u. a. mit einer direkteren und persönlicheren Ansprache und bedarfsorientierteren und den individuellen Nutzenerwartungen und Anforderungen angepassten Maßnahmen begründet wird [13]. Insgesamt ist für Deutschland jedoch eine sehr geringe Teilnahmequote von 0,3% (2011) festzustellen, wobei ungefähr 2,1% aller Arbeitnehmer (2013) erreicht werden [14]. Tatsächlich wird sogar davon ausgegangen, dass zwischen 2010 und 2012 die Anzahl der teilnehmenden Mitarbeiter um 20% zurückgegangen ist.

» Ingesamt findet BGF in Deutschland immer noch eine geringe Verbreitung. Besonders kleine und mittlere Betriebe bieten selten BGF an.

### Hemmnisse und förderliche Faktoren bei der Erreichung der Mitarbeiter

Betriebliche Gesundheitsförderung ist als Prozess zu verstehen, beginnend mit der Analyse des Bedarfs von BGF, der von Betrieb zu Betrieb variiert und auch innerhalb eines Unternehmens im Zeitverlauf Veränderungen unterliegen kann [12]. Für die Bedarfsanalyse stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung, die sowohl allgemeine als auch spezielle Aspekte gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Belastungen erheben [7, 15]. Abgeleitet daraus werden die Angebote festgelegt (Priorisierung), die Umsetzung in die Alltagsroutinen geplant (Planung) und die Maßnahmen eingeführt (Implementation). Nach einer erfolgreichen und durch eine Evaluation (Erfolgskontrolle) begleiteten Implementation ist die Verstetigung der Angebote durch entsprechende Schritte (z. B. wiederholte Bedarfsanalysen) zu sichern [10, 15, 16]. Diese Vorgehensweise ist für sämtliche BGF-Maßnahmen unerlässlich. Die einzelnen Phasen von BGF und die wesentlichen Arbeitsschritte sind in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1 Prozessphasen von BGF



Hemmende und fördernde Faktoren bei der Bedarfsanalyse, Planung und Konzeptentwicklung von BGF-Maßnahmen – die Perspektive des Betriebes Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) – eine Kooperation des Dachverbandes der Betrieblichen Krankenkassen, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der AOK Die Gesundheitskasse und des Verbands der Ersatzkassen e.V. – hat im Rahmen von Befragungen festgestellt, dass die fehlende Reflexion des Themas betriebliche Gesundheitsförderung sowie fehlende Informationen bei den Entscheidungsträgern und Mitarbeitern [11, 12] ein wichtiges Hemmnis bei der Umsetzung von BGM- und BGF-Angeboten darstellen. Von knapp einem Viertel der befragten Betriebe wurde angegeben, dass der konkrete Bedarf von gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht bekannt und unklar ist, wo angesetzt werden kann. Defizite bei der Kenntnis von entsprechenden Angeboten und Anbietern sowie Unterstützungsangeboten sind tendenziell ein Problem von kleineren Betrieben [12].

Ein weiteres häufig in der iga-Studie genanntes Problem liegt in den mit der Umsetzung von BGM- und BGF-Angeboten einhergehenden zusätzlichen Aufgaben. Dabei bindet nicht nur die Durchführung der Maßnahmen selbst personelle Ressourcen, sondern auch die Planung und Implementation der gesundheitsfördernden Maßnahmen erfordern erhebliche zeitliche Kapazitäten. Den Betrieben scheint jedoch häufig nicht bewusst zu sein, dass damit gravierende Eingriffe in die Struktur und die Prozesse eines Unternehmens einhergehen, nicht zuletzt auch durch innerbetriebliche Veränderungen und Anpassungen (Aufwand für die notwendige Um-

strukturierung der Arbeitsabläufe und Prozesse, für die Einführung einer integrierte Dateninfrastruktur und eines Kennzahlensystems). Gerade für größere Betriebe scheinen diese Probleme eine besondere Herausforderung darzustellen. Die endgültigen Kosten sind vorab schwer zu überblicken und werden teilweise überschätzt, was letztendlich zu einer Ablehnung von BGM insgesamt oder von einzelnen BGF-Maßnahmen führen kann [11, 12, 17].

Es wird empfohlen, Strategien des Projektmanagements einzusetzen, um eine erfolgreiche Umsetzung von BGF zu gewährleisten [10, 16]. Damit wird auch das am häufigsten genannte Problem umgangen, wonach Entscheidungen zugunsten konkurrierender Aufgaben getroffen wurden, z.B. indem den Tagesgeschäften Vorrang vor den BGM-Maßnahmen gegeben wurde [12].

Eine umfassende Information aller Beteiligten, eine klare und stringente Steuerung des Projektes sowie eine umfassende Erhebung relevanter Daten sind die Grundlage einer erfolgreichen Umsetzung von BGF. Die Vorgehensweise bei der Vorbereitung der Umsetzung von BGF auf Ebene der Struktur, der Prozesse und der Ergebnisse wird in **»»»** Abbildung 2 aufgezeigt.

BGF gilt als Form der Personal- und Organisationsentwicklung und erfordert entsprechende organisatorische Zuständigkeiten im Betrieb. Daher wird grundsätzlich die Schaffung von entsprechenden Strukturen (Steuerungsteam, Workshop, Gesundheitszirkel, Lenkungsausschuss, Arbeitskreis) bei der Konzipierung, Planung, Organisation und Umsetzung der Maßnahmen empfohlen [15, 18]. Die Einbindung sämtlicher betrieblicher Ebenen ist Voraus-

Abbildung 2 Projekttablauf im Rahmen der Vorbereitung der Umsetzung von BGF

	Information	Steuerung	Analyse
Struktur	Informationsmanagement	Steuerungsteam	Berichterstattung
Prozess	Information durch Kostenträger, Informationsveranstaltungen für sämtliche Bereiche	Benennung von Zuständigkeiten/ Verantwortlichkeiten, Abgrenzung von Routineaufgaben	Arbeitsplatz-Tätigkeitsanalyse, Mitarbeiterbefragung, Experteninterviews, Gesundheitszirkel
Ergebnis	sämtliche Mitarbeiter sind über den aktuellen Stand informiert	Identifikation von BGF-Maßnahmen, Festlegung von Prioritäten	Hinweise für weiterführende Maßnahmen

setzung für eine erfolgreiche Umsetzung [10, 12, 16, 19]. Nur so kann das „Expertenwissen“ einbezogen, eine bessere Passung an die Bedürfnisse der Mitarbeiter erzielt und können Widerstände gegen Veränderungen abgebaut werden. Darüber hinaus kann die Einbeziehung der Mitarbeiter auch bereits als Form der Wertschätzung und damit als „eigenständige Intervention“ gesehen werden [19]. Die Zusammensetzung der BGF-Akteursgruppen und ihre Aufgaben sowie die Abgrenzung zu den Routineaufgaben sollten klar und verbindlich geregelt sein und über den gesamten Verlauf der Planung, der Implementation und der Evaluation der Maßnahme eingehalten werden [19]. Vereinzelt wird dafür plädiert, dass eine Person mit entsprechender Qualifikation und Kompetenz als Verantwortlicher für die Planung und Durchführung der Maßnahmen eingesetzt wird, also „den Hut auf hat“ [16, 18, 20].

Die Abstimmung der Interventionsziele mit den Unternehmenszielen gilt als unabdingbare Voraussetzung, um eine hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitern zu erreichen. Dazu gehört auch, dass ein allgemeines Grundverständnis von Gesundheit und den damit verbundenen Begriffen hergestellt wird [16, 21]. Damit wird auch möglichen Zweifeln an der Wirksamkeit der Maßnahmen oder der Annahme, dass der Betrieb rein egoistische Interessen verfolgen würde, entgegengewirkt [22].

» BGF ist als fortdauernder Prozess zu verstehen, der mit zeitlichen und finanziellen Belastungen einhergeht. Die Einführung von BGF verursacht gravierende Veränderungen der Strukturen und Prozesse. Die Einbindung in die strategische Ausrichtung des Betriebes und die Beteiligung sämtlicher Akteursgruppen wird als unerlässlich angesehen.

Hemmende und fördernde Faktoren bei der Implementation von BGF-Maßnahmen – die Perspektive der Mitarbeiter

Es ist davon auszugehen, dass die Motivation der Mitarbeiter ein wesentlicher – wenn nicht sogar der wichtigste – Faktor bei der Frage nach der erfolgreichen Operationalisierung von BGF-Maßnahmen ist. Durch zielgruppenspezifische Ansprache und Anpassung der Interventionen auf den jeweiligen individuellen Bedarf kann die Motivation zur Teilnahme verbessert werden [23]. Das beinhaltet auch die Berücksichtigung von sprachlichen und anderen ethnisch oder religiös begründeten Hürden [24].

So wird empfohlen, dass die Ansprache der Mitarbeiter auf Basis unterschiedlicher passiver und aktiver Rekrutierungsstrategien erfolgt. Eine bereichs-

spezifische Einbindung z.B. durch die persönliche Ansprache durch Vorgesetzte (vs. Medien) hat sich als förderlich erwiesen [12]. Allerdings geht ein hoher Bekanntheitsgrad nicht automatisch mit einer hohen Teilnehmerate einher [22].

Eine bedarfsgerechte Passung der BGF-Maßnahmen kann dadurch erreicht werden, dass Angebote mit mehreren Komponenten (Modulen) entwickelt werden, die sowohl auf Verhaltens- als auch auf Verhältnisebene ansetzen. In Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass die Teilnahmequote bei breiter angelegten BGF-Programmen unterschiedlicher einfach umzusetzender Maßnahmen (Informationsmaterialien, individuelle Beratung/Betreuung, Einzel- und Gruppenangebote) im Vergleich zu rein fitness- oder informations- und beratungsbezogenen Maßnahmen deutlich höher war. Es scheint sich abzuzeichnen, dass die Komplexität der Programme als eine der wichtigsten Einflussgrößen für die Teilnahmebereitschaft anzusehen ist, da die Möglichkeit, zwischen unterschiedlichen niederschweligen Maßnahmen (Uhrzeit und Standort) auswählen zu können, für die Mitarbeiter eine hohe Bedeutung hat [16, 25, 26]. In » Abbildung 3 werden die einzelnen Projektschritte im Rahmen der Implementation von BGF aus Perspektive der Mitarbeiter aufgezeigt. Voraussetzung sind adäquate Strukturen zur Optimierung der Abläufe bei der Durchführung der unterschiedlichen BGF-Angebote, die eine effiziente Umsetzung gewährleisten.

Zur Reduzierung weiterer Zugangshürden wird es als erforderlich angesehen, dass bereits vor Beginn der Maßnahme ein Konsens über realisierbare Ziele und Erwartungen z.B. in Form von sogenannten „Motivierenden Gesundheitsgesprächen“ (in Anlehnung an das Stufen-Modell zur Verhaltensänderung nach Prochaska/DiClemente) hergestellt wird [27]. Der Fokus liegt dabei auf der Formulierung von realisierbaren Zielen und der Entwicklung von konkreten Handlungsplänen mit Handlungsalternativen [4]. Zur Aufrechterhaltung einer kontinuierlichen Teilnahme an den BGF-Maßnahmen wird empfohlen, dass die einzelnen BGF-Maßnahmen unterschiedliche Zielgrößen und Zielverhalten fokussieren, sodass die spezifischen Bedürfnisse der Mitarbeiter abgedeckt werden können [23, 28].

Eine Befragung von niederländischen Belegschaften hat gezeigt, dass personenbezogene Aspekte wie Kontrollüberzeugungen, Krankheitsvorstellungen und Selbstwirksamkeitserwartungen der Mitarbeiter einen deutlichen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft haben und unterstützende Angebote zur Verbesserung des Selbstmanagements und der Selbst-

Abbildung 3 Projektschritte bei der Implementation von BGF



wirksamkeitserwartung die Effektivität von BGF verbessern können [12, 16, 25, 29].

Neben den bereits genannten Problemen der fehlenden Information zu BGF-Angeboten und dem Zeitmangel bzw. den starken Arbeitsbelastungen [16, 22, 29, 30] stellt die Integration der Angebote in den normalen Arbeitsalltag insbesondere in Betrieben mit Schicht-Diensten oder sonstigen unterschiedlichen Arbeitszeiten eine besondere Herausforderung dar, wenn sie allen Mitarbeitern gleichermaßen zugänglich sein sollen [15, 17]. Mitarbeiter mit wechselnden oder Nachtdiensten sind gleich zweifach benachteiligt: Einerseits sind sie stärker belastet als Personen in normalen Diensten, andererseits können sie aufgrund der ungünstigen Arbeitszeiten seltener an den Maßnahmen teilnehmen und haben schwieriger Zugang zu den Informationen [30]. Unterschiedlichen Arbeitszeitmodellen kann durch unterschiedliche Anfangszeiten für Kurse und flexible Arbeitszeiten Rechnung getragen werden [12, 22]. Darüber hinaus wird für Berufsgruppen mit unregelmäßigen Arbeitszeiten und/oder sehr hohen zeitlichen Belastungen empfohlen, eher verhältnisorientierte Maßnahmen (Verbesserung der Arbeitsorganisation, Bewegungspausen, gesunde Essensangebote, Verbesserung der Kompetenzen zur Bewältigung der alltäglichen Aufgaben etc.) anzubieten [31]. Das Angebot bereichsspezifischer Maßnahmen und die autonome Steuerung der Teilnahme an Maßnahmen reduziert das Argument der schlechten Vereinbarkeit der BGF-Angebote mit der individuellen Arbeitszeit und den Anforderungen des privaten Umfeldes [12, 22].

Eine bessere Erreichbarkeit wird durch sogenannte „aufsuchende Programme“ möglich, indem

die Mitarbeiter dort angesprochen und die Maßnahmen dort umgesetzt werden, wo die Mitarbeiter tätig sind (z.B. vor Ort auf Baustellen). Die Mitarbeiter wünschen sich, dass der Arbeitgeber die Programme am Arbeitsplatz organisiert. Das gilt insbesondere auch für Betriebe mit Außendiensttätigkeiten oder dezentraler Filialstruktur [25, 32, 33].

Eine Erhöhung der tatsächlichen Teilnahmequote könnte durch die Verringerung des zeitlichen Aufwandes (z.B. durch Freistellung) erreicht werden [15, 22]. So erwarten gerade Personen mit gesundheitlichen Belastungen häufiger, dass die Maßnahmen während der Arbeitszeit durchgeführt werden können [23, 34]. Für die Durchführung der BGF-Maßnahmen im Unternehmen während der Arbeitszeit spricht auch die höhere Effektivität. Ein Grund mag darin bestehen, dass die Angebote besser an die Rahmenbedingungen des Betriebes und deren Arbeitnehmerschaft angepasst werden können und daher auch eher angenommen werden [16]. Auch die Reduzierung der Frequenz der Durchführung der Maßnahmen (zweiwöchentlich statt wöchentlich) kann die Teilnehmerate erhöhen helfen [15, 22].

Eine weitere Maßnahme zur Aufrechterhaltung der Teilnahme über einen langen Zeitraum ist die Festlegung kleinschrittiger realisierbarer Einzel- und Teilziele, die zeitnah angestrebt werden, sowie deren frühzeitige Rückmeldung an die Teilnehmer. Auch das ist ein Argument für möglichst breit angelegte weiterführende Angebote, die eine Anpassung an die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeiter ermöglichen [32].

Gesundheitliche Probleme selbst scheinen eher nicht entscheidungsrelevant zu sein. In verschiede-




nen Untersuchungen wurde festgestellt, dass tendenziell die jüngeren, gesunden und fitten Mitarbeiter mit einem ausgeprägten Gesundheitsbewusstsein erreicht werden und nicht die eigentliche Zielgruppe mit einem hohen Risikopotenzial [14, 22, 26, 29, 30, 34]. Der Fokus von BGF-Angeboten sollte folglich auf Personengruppen mit sehr ungesundem Lebensstil (z.B. Nichtbeweger, Übergewichtige) gelenkt werden, um die Ressourcen angemessen einzusetzen [22, 23, 30, 35]. Der Grund für die Fehlallokation wird in fehlenden oder ungenügenden Bedarfsanalysen und fehlender Evaluation vermutet. Möglich ist auch, dass eine Ausrichtung auf eher verhaltenspräventive Angebote die Mitarbeiter mit erhöhtem Risikopotenzial nicht erreicht, während Interventionen, die auf das Umfeld, in dem sie umgesetzt werden, angepasst sind, erfolgreicher sind [16].

Zweifel an positiven individuellen Effekten für Gesundheit und Wohlbefinden und die Überzeugung, bereits gesund zu sein und keine gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu benötigen, stellen ein weiteres relevantes Hemmnis dar. Das betrifft insbesondere Männer, da Gesundheitsthemen immer noch überwiegend von Frauen wahrgenommen werden. So berichteten einige Autoren von einer relativ häufigeren Inanspruchnahme durch Frauen [13, 23, 26, 32]. Zur Verbesserung der Teilnahmequote von Männern wird empfohlen, die Begrifflichkeiten dem männlichen Sprachduktus anzupassen oder die Maßnahmen mit einem Wettbewerb zu verknüpfen. Da es für Männer als nicht besonders „männlich“ gilt, sich um seine eigene Gesundheit zu sorgen, sind aufsuchende Rekrutierungsstrategien und die Vorbildfunktion von männlichen Vorgesetzten oder anderen Leitpersonen im Unternehmen besonders wichtig. Auch getrennte Angebote „Nur für Männer!“ und „Nur für Frauen!“ [36] oder „Gesund arbeiten mit Männern“ [37] haben sich als erfolgversprechend erwiesen.

Fehlende Motivation und fehlendes Engagement wurden besonders häufig von den klein- und mittelgroßen Betrieben genannt [7, 12]. Eine Untersuchung hat ergeben, dass die Mitarbeiter zwar daran glauben, dass betriebliche Gesundheitsförderung ihnen selbst und ihrem Unternehmen Nutzen stiftet, jedoch glaubten sie nicht daran, dass es für ihren Betrieb machbar ist [38, 39].

Die Teilnahmebereitschaft der Mitarbeiter hängt wesentlich von der eigenen Motivation ab, kann jedoch durch breite Rekrutierungsstrategien und ein breites Angebot unterschiedlicher Interventionen verbessert werden.

Hemmende und fördernde Faktoren bei der nachhaltigen Durchführung von BGF-Maßnahmen – die Perspektive des inner- und überbetrieblichen Managements

In der vorliegenden (auch internationalen) Literatur besteht weitgehender Konsens darüber, dass die dauerhafte und erfolgreiche Implementation von BGM ganz wesentlich von der Überzeugung und der Motivation der verantwortlichen Personen abhängt. Damit erhält das Management sowohl auf der oberen wie auch auf der mittleren Ebene durch die Selbstverpflichtung zur Umsetzung von BGF eine Schlüsselrolle, fehlt sie hier oder ist sie nur „vorgetäuscht“, werden die Mitarbeiter die Angebote nicht annehmen [38, 40]. Es kommt auf „... ein klares Bekenntnis der Unternehmensführung an. Dieses Bekenntnis sollte nicht nur auf die Förderung individueller Gesundheitskompetenzen der Beschäftigten abzielen, sondern auch auf die gesunde Ausgestaltung von Arbeitsprozessen gerichtet sein“ [24]. Die tatsächliche Unterstützung durch die Zurverfügungstellung von finanziellen und zeitlichen Ressourcen und das positive Rollenvorbild können als Signal für die Mitarbeiter wirken. Das Führungsverhalten hat somit über das Arbeitsklima und die Kultur des Betriebes auf psychosozialer Ebene Einfluss auf die Einstellung zu und das Erleben von BGF-Maßnahmen, wie auch eine repräsentative Längsschnittstudie in Hessen und Thüringen gezeigt hat [12, 19, 41]. Grundsätzlicher Erfolgsfaktor für eine nachhaltige Umsetzung ist die Einbettung von BGF in das Unternehmenskonzept. Damit geht auch die Beteiligung unterschiedlichster Unternehmensbereiche, wie z.B. Personalmanagement (Betriebsvereinbarungen, Fortbildung, Arbeitszeitgestaltung), Controlling (Produktkalkulation, Deckungsbeitragsrechnung, Evaluation von BGF) oder Qualitätsmanagement (BGF als Teilprozess zur Erreichung der Unternehmensziele) einher, wie auch  Abbildung 4 zeigt.

Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) hat zudem im Rahmen ihrer Befragungen festgestellt, dass die Probleme bei der (nachhaltigen) Umsetzung von BGM-/BGF-Konzepten auf die fehlende Berücksichtigung der Anforderungen und Rahmenbedingungen im eigenen Unternehmen zurückzuführen sind [12]. Ziel sollte es sein, dass BGF ein gelebter und selbstverständlicher Teil der Unternehmenskultur wird. Die Erreichung dieses Zieles gelingt, wenn sowohl auf struktureller als auch auf organisatorischer Ebene entsprechende Veränderungen und Anpassungen für eine kontinuierliche und nachhaltige Umsetzung von BGF-Angeboten vorgenommen werden.

In kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) werden Programme zur Gesundheitsförderung ins-

Abbildung 4 Maßnahmen zur nachhaltigen Umsetzung von BGF

	Management	Organisation	Unternehmen
Struktur	Partizipation	Projektmanagement	Integration in Unternehmenskultur
Prozess	Einbindung sämtlicher Akteursgruppen, hohe Motivation der Führungskräfte	dauerhafte Angebote, Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen	Personalmanagement, Betriebsarzt, Arbeitsschutz, Betriebs-, Personalrat, Kostenträger
Ergebnis	vermeidbare Belastungen abbauen und gesundheitsförderliche Faktoren bei der Arbeit stärken, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen am Arbeitsplatz stärken und zu gesunder Lebensweise außerhalb des Betriebes motivieren		

gesamt seltener umgesetzt, was insbesondere auch an fehlenden internen Kapazitäten und einem fehlenden Verständnis für die Verpflichtung zur Umsetzung entsprechender Programme liegt. So haben die Mitarbeiter in KMU seltener die Gelegenheit, gesundheitsfördernde Maßnahmen in Anspruch zu nehmen [39, 42]. Zudem haben KMU nicht die Möglichkeit, ein breites Angebot an Maßnahmen vorzuhalten. Daher wird es erforderlich sein, die Implementation von betrieblicher Gesundheitsförderung in KMU finanziell zu unterstützen und gegebenenfalls überbetriebliche Kooperationen zu fördern und spezielle Programme zu entwickeln [21, 27].

Die Erfahrungen der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. münden in Empfehlungen für eine Intensivierung von Angeboten zur Verhältnisgestaltung anstatt für Verhaltensänderung und für einen systematischen Aufbau von BGF-Konzepten zulasten von Einzelmaßnahmen z.B. im Rahmen von Netzwerken, die auch den Austausch von Erfahrungen unterstützen [21].

Das Management nimmt eine Schlüsselrolle ein und kann durch ein gutes Beispiel wesentlich zum nachhaltigen Erfolg von BGF beitragen.

### Zusammenfassung und Ableitung von Empfehlungen

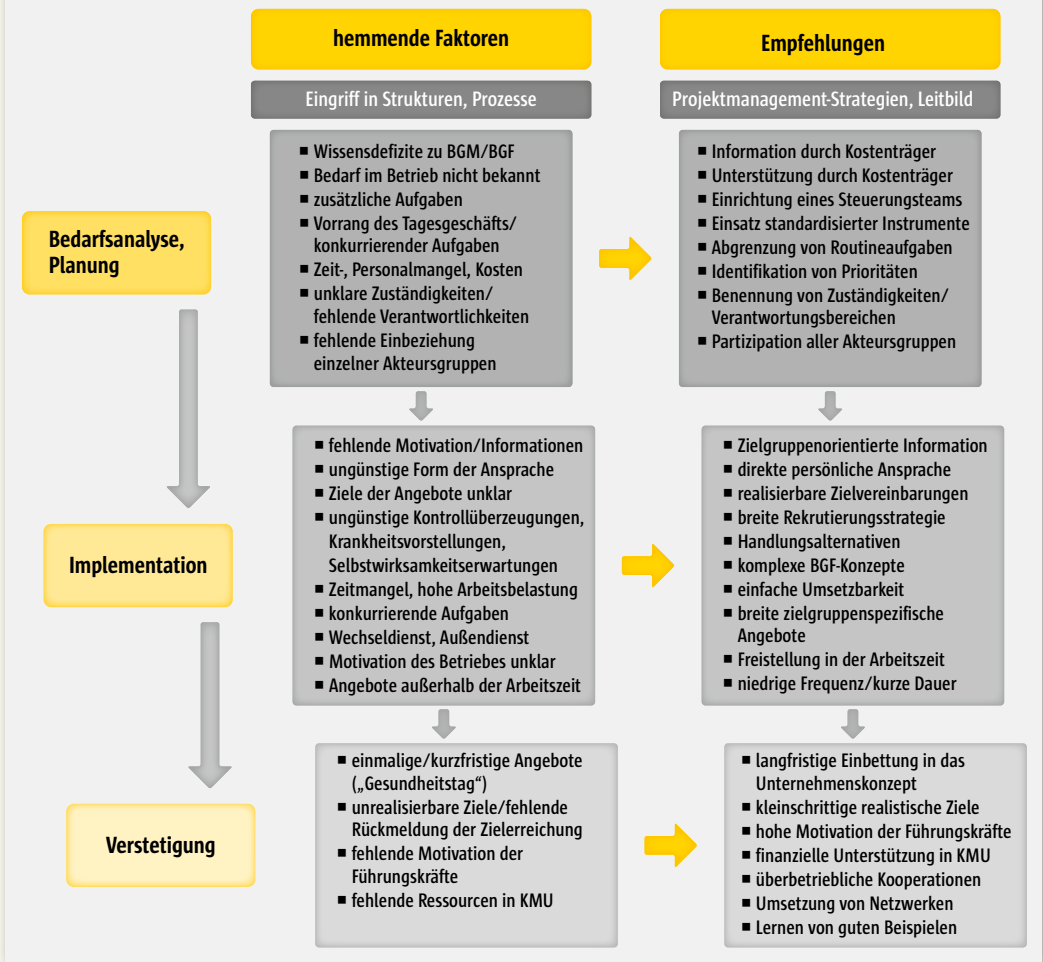
Voraussetzung für die Implementation von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Einbindung eines Gesundheitsmanagementsystems in das Unternehmensmanagement. Dies ist jedoch

bislang nur in einem geringen Anteil der Unternehmen in Deutschland gelungen. Die Akzeptanz der Angebote zu betrieblicher Gesundheitsförderung durch die Betriebe ist noch nicht ausreichend untersucht, jedoch ist davon auszugehen, dass (in Deutschland) die Evidenz von BGF nicht ausreichend belegt ist und die vorliegende Evidenz nicht ausreichend wahrgenommen wird [3, 32, 43]. Die hier zusammengestellten Hemmnisse und die daraus abgeleiteten Empfehlungen sind daher nicht als abschließend anzusehen (» Abbildung 5).

Die Einführung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements kann dazu beitragen, gesundheitliche Risiken und Beeinträchtigungen bei den Mitarbeitern zu senken. Will man die Wirksamkeit dieser Maßnahmen anhand von Zielgrößen wie Krankenstand und vorzeitiger Ruhestand messen, so ist aber auch zu berücksichtigen, dass die Zielgrößen auch durch weitere – nicht durch BGF zu steuernde – Faktoren (z.B. sozioökonomischer Status) beeinflusst werden können. Dennoch wird von der IGA darauf hingewiesen, dass sich der (kurzfristige) Mehraufwand der Einführung von BGM und den damit einhergehenden Umstrukturierungen langfristig sowohl für den Betrieb als auch für die Mitarbeiter lohnt [1]. So belegen internationale Studien und Metaanalysen einen positiven Return on Investment<sup>1</sup> für krankheitsbedingte Fehlzeiten und hohe bis mittlere Effekte für Präsentismus [44, 45].

1 Return on Investment (RoI) bezeichnet den Ertrag/Gewinn einer Investition im Verhältnis zu der Investitionssumme.

Abbildung 5 Übersicht der hemmenden Faktoren und abgeleitete Empfehlungen



Um die flächendeckende Implementation von BGF zu erhöhen, erscheint es notwendig, dass die vorliegenden Erkenntnisse den Betrieben stärker und gezielter zugänglich gemacht werden. Dies sollte von den Krankenversicherungsträgern ausgehen, die die Erkenntnisse aus den bereits erfolgreich durchgeführten Projekten den Betrieben in Form von konkreten, praxisnahen Informationsmaterialien zur Verfügung stellen [7, 12]. Grundsätzlich ist zu überlegen, inwieweit eine Ausweitung überbetrieblicher BGF-Maßnahmen unter Abstimmung mit den Unternehmenszielen und den individuellen Bedarfen der jeweiligen Belegschaften möglich und sinnvoll ist.

## Literatur

- Hasselhorn H, Ebener M. Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation bei älter werdenden Belegschaften. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2014
- Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Essen, BKK Bundesverband GbR, 2007
- Weiß K. Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine Standortbestimmung. Bewegungstherapie und Gesundheitssport 2005; 21: 36–39
- Matschey I, Gräf C. Praktische Fragen des Demografischen Wandels im betrieblichen Gesundheitsmanagement – Chancen durch individuelle Förderung und „Motivierende Gesundheitsgespräche“. Berlin; 2010. BKK Gesundheitsreport 2010



5. Richter G, Bode S, Köper B. Demographischer Wandel in der Arbeitswelt. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). 2012
6. WHO. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz. 1986
7. Huber G. Betriebliche Gesundheitsförderung: Ein Update zu Konzepten, Tendenzen und Forschungsstand. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2013; 29: 46–50
8. Köpke K-H. Betriebliche Gesundheitsförderung als mögliche Vorstufe wirksamer Rehabilitation. *Rehabilitation* 2012; 51: 2–9
9. Holleder A. Betriebliche Gesundheitsförderung bei älteren Beschäftigten in Deutschland. *Z Gerontol Geriat* 2016; 49: 132–137
10. Slesina W. Betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2008; 3: 296–304
11. Schaefer E, Drexler H, Kiesel J. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen, mittleren und großen Unternehmen des Gesundheitssektors – Häufigkeit, Handlungsgründe der Unternehmensleitungen und Hürden der Realisierung. *Gesundheitswesen* 2016; 78: 161–165
12. Bechmann S, Jäckle R, Lück P, Herdegen R. Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). *iga.Report* 20. 2011
13. Beck D, Schnabel P-E. Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betrieben in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2010; 72: 222–227
14. Huber G, Weiß K. Betriebliche Gesundheitsförderung – Trends und Forschungsupdate 2014. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2015; 31: 6–9
15. Gregersen S, Zimmer A, Kuhnert S, Nienhaus A. Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung Teil II: Praxis-transfer eines Qualifizierungsprogramms zur Prävention psychischer Belastungen. *Gesundheitswesen* 2010; 72: 216–221
16. Goetzel R, Ozminkowski R. The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs. *Ann Rev Public Health* 2008; 29: 303–23
17. Walter U, Badura B, Blume A. Betriebliches Gesundheitsmanagement als Erfolgsfaktor. *Prakt Arb med* 2006; 5: 20–21
18. Walter U. Standards des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Badura B, Walter U, Hehlmann T (Hrsg.). *Betriebliche Gesundheitspolitik*, 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 2010, S. 147–611
19. Nielsen K, Randall R, Holten A-L, González E. Conducting organizational-level occupational health interventions: What works? *Work & Stress* 2010; 24: 234–259
20. Meißner F. Betriebliches Gesundheitsmanagement im Gesundheitswesen. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2013; 29: 62–66
21. Kolbe M. Betriebliche Gesundheitsförderung in Settings – am Beispiel des Landes Sachsen-Anhalt. 2015
22. Haas K. Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit durch eine Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung. Untersuchung zum Teilnahmeverhalten und Teilnehmerverhalten. Dortmund/Berlin/Dresden; Projekt F 2276. 2016
23. Elke G, Gurt J, Möltner H, Externbrink K. Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung – vergleichende Analyse der Prädiktoren und Moderatoren guter Praxis. Dortmund/Berlin/Dresden, 2015
24. Grimm S, Brodersen S. Potenziale der Vielfalt in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. *iga.Fakten* 8. 2016
25. Robroek S, van Lenthe F, van Empelen P, Burdorf A. Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2009; 6: 26
26. Beck D, Lenhardt U. Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012. *Gesundheitswesen* 2016; 78: 56–62
27. Götz V, Deimel H. Entwurf eines verhaltens- und bewegungsorientierten Präventionsprogramms zur Vorbeugung von Burn-out im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2013; 29: 176–82
28. Rongen A, Robroek S, van Lenthe F, Burdorf A. Workplace Health Promotion. A Meta-Analysis of Effectiveness. *Am J Prev Med* 2013; 44: 406–415
29. Rongen A, Robroek S, van Ginkel W, Lindeboom D, Altink B, Burdorf A. Barriers and facilitators for participation in health promotion programs among employees: a six-month follow-up study. *BMC Public Health* 2014; 14: 573
30. Broding H, Kiesel J, Lederer P, Kötter R, Drexler H. Betriebliche Gesundheitsförderung in Netzwerkstrukturen am Beispiel des Erlanger Modells – „Bewegte Unternehmen“. *Gesundheitswesen* 2010; 72: 425–432
31. Nabe-Nielson K, Jørgensen M, Garde A, Clausen T. Do working environment interventions reach shift workers? *Int Arch Occup Environ Health* 2016; 89: 163–76
32. Weiß K. Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine nationale Standortbestimmung. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2006; 22: 130–133
33. Rongen A, Robroek S, van Ginkel W, Lindeboom D, Pet M, Burdorf A. How needs and preferences of employees influence participation in health promotion programs: a six-month follow-up study. *BMC Public Health* 2014; 14: 1277
34. Robroek S, Lindeboom D, Burdorf A. Initial and Sustained Participation in an Internet-delivered Long-term Worksite Health Promotion Program on Physical Activity and Nutrition. *J Med Internet Res* 2012; 14(2): e43
35. Ziesche S. Nutzenpotenziale von betrieblicher Gesundheitsförderung. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2015; 31: 15–20
36. Daniel T, Girreßer U. „Nur für Männer!“ – „Nur für Frauen!“ Die BKK 2012; 18: 284–285
37. Bissuti R, Brugger P, Akmes S, Pljevaljic P, Vetter H-G. Gesund arbeiten mit Männern – Fachreader. Institut für Frauen- und Männergesundheits. Wien 2013. [http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/fgoeProject\\_3155/76422.pdf](http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/fgoeProject_3155/76422.pdf)
38. Eberle G, Kraemer R, Lück P. Wirtschaftlicher Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen. Bonn, 2005
39. Hannon P, Garson G, Harris J, Hammerback K, Sopher C, Clegg-Thorp C. Workplace Health Promotion Implementation, Readiness, and Capacity Among Mid-Sized Employers in Low-Wage Industries: A National Survey. *J Occup Environ Med* 2012; 11: 1337–1343
40. Sochert R. Mittlere Führungsebene hat die Schlüsselrolle für Erfolg von BGF. Essen, 2006

41. Gröben F, Ulmer J. Gesundheitsförderung im Betrieb. Düsseldorf; Arbeitspapier 88. 2004
42. Harris J, Hannon P, Beresford SAA, Linnan L, McLellan D. Health Promotion in Smaller Workplaces in the United States. *Ann Rev Public Health* 2014; 35: 327–342
43. Huber G, Weiß K. Betriebliche Gesundheitsförderung – Trends und Forschungsupdate 2014. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2015; 31(1): 6–9
44. Goetzel RZ, Tabrizi M, Henke RM, Benevent R, Brockbank CvS, Stinson K, Trotter M, Newman LS. Estimating the Return on Investment From a Health Risk Management Program Offered to Small Colorado-Based Employers. *J Occup Environ Med* 2015; 56(5): 554–560
45. Bräunig D, Haupt J, Kohstall T, Kramer I, Pieper C, Schröder S. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. Iga.Report 28. Hrsg. BKK DV, DGVV, AOK-BV, vdek. 2015



Prof. Dr. phil. Ulla Walter

Professor Ulla Walter ist seit 2009 Direktorin des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Von 2004 bis 2009 leitete sie den Stiftungslehrstuhl „Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung“ an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Studium der Biologie, Geographie, Pädagogischen Psychologie und Familiensoziologie an der Universität Oldenburg von 1979 bis 1986. Promotion 1991 zum Dr. phil. an der Universität Oldenburg. Habilitation 2001 an der Medizinischen Hochschule Hannover, *venia legendi* in Public Health.

Sie leitete und leitet zahlreiche Projekte u.a. zur Konzeption und Evaluation (Effektivität, Effizienz) von Präventionsprogrammen und Versorgung, zur Evidenzbasierung, zu Qualitätsmanagement, Zugangswegen, Gesundheits- und Alterskonzepten von Professionellen, Steigerung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. Die Projekte befassen sich mit verschiedenen Themenfeldern (u.a. Herz-Kreislauf, Rückenbeschwerden, Neurodermitis, Belastungen durch Stress) und Zielgruppen (u.a. Erwerbstätige, Ältere, Migranten, Professionelle). Ulla Walter war Mitglied der Kommission für den 6. Altenbericht der Bundesregierung und Mitglied im Nationalen Krebsplan der Bundesregierung und ist in diversen Kommissionen tätig, so z.B. als stv. Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), als Mitglied des Kuratoriums der Stiftung Warentest sowie als geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP).



Dr. PH Iris Brandes, Dipl.-Kffr., MPH

Dr. PH Iris Brandes ist seit 2001 Mitarbeiterin des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen auf Evaluationen zu verschiedenen Indikationen und Aspekten des Gesundheitssystems aus gesundheitsökonomischer Perspektive. Ein besonderes Interesse besteht im Bereich der Erforschung möglicher Hintergründe des individuellen Inanspruchnahmeverhaltens sowie der Motivation zu Lebensstiländerungen im Hinblick auf eine stärker patientenorientierte Versorgung und unter Berücksichtigung volkswirtschaftlicher Konsequenzen.

Nach dem Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Georgia Augusta in Göttingen von 1981 bis 1986 arbeitete Frau Brandes bis Ende 1999 als Sachgebietsleiterin im Controlling der BWH Bank AG in Hameln. Seit Abschluss des Masterstudiums Public Health an der Medizinischen Hochschule Hannover (2000/2001) ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der MHH tätig. Seitdem leitete und leitet sie zahlreiche Projekte. 2007 promovierte sie zum Dr. PH an der Medizinischen Hochschule Hannover.

# Arbeitsfähigkeit 2.0: Der „Radar-Prozess“ zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit und des Arbeits-Wohlbefindens

Juhani Ilmarinen<sup>1</sup>, Alexander Frevel<sup>2</sup> und Jürgen Tempel<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Juhani Ilmarinen Consulting GmbH, Vantaa, Finnland

<sup>2</sup> Beratung zur Arbeitsfähigkeit im demografischen Wandel, Hamburg

<sup>3</sup> Betriebsarzt in Ruhestand, Hamburg

## Einleitung

Im Arbeitsleben ist die Arbeitsfähigkeit das wichtigste Kapital der Menschen. Sie ist keine Eigenschaft der Beschäftigten, sondern bedeutet den Grad der Passung zwischen den personenbezogenen Aspekten Gesundheit, Kompetenz und persönliche Werte einerseits und den Arbeitsanforderungen andererseits. Arbeitsfähigkeit ist nicht per se stabil, sondern verändert sich im Lebensverlauf. Die individuellen und organisatorischen Einflussgrößen sind vielfältig. Einige Stichworte verdeutlichen die Bandbreite:

### Individuelle Einflussgrößen

- Zuwachs an Erfahrung, Wissen, Können, Sozialkompetenz, Methodenkompetenz
- biologisches Altern – nachlassende Kraft, Beweglichkeit, Sinneswahrnehmungen
- Lebensstil
- Gesundheitszustand
- Lernanregungen
- ...

### Organisatorische Einflussgrößen

- globaler Wettbewerb, globaler Arbeitsmarkt, neue Produkte und Dienstleistungen
- technische Veränderungen – Digitalisierung der Produkte und Prozesse
- Veränderungen in der Aufbau-/Ablauforganisation
- Gestaltung der Arbeitszeit
- wertschätzende Führung
- ...

Person und Organisation können die Arbeitsfähigkeit aktiv beeinflussen – und sollten dies möglichst sys-

tematisch tun, um die menschlichen Ressourcen zu stärken und die Arbeit förderlich zu gestalten. Die Vielseitigkeit möglicher Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsfähigkeit ist umfangreich erforscht (als Überblick siehe [1]). Pro-aktive Ansätze sind erfolgreicher als reaktive, ganzheitliche haben größere Wirkungen als Einzellösungen, alters- und geschlechtersensible Maßnahmen, die verschiedene Lebensphasen beachten, sind sinnvoller als eine verkürzende Sichtweise von Gleichartigkeit [2]. Erforderlich ist eine gute Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren im Betrieb.

## Neue Herausforderungen der Märkte

Die Globalisierung, neue Technologien, Digitalisierung und der demografische Wandel bedeuten große Herausforderungen für Betriebe und für Beschäftigte. Insgesamt wird sich das Arbeitsleben in den nächsten Jahrzehnten drastisch ändern. Viele Tätigkeiten von heute werden verschwinden, neue Aufgaben werden entstehen. Globalisierung bedeutet auf dem Arbeitsmarkt in allen Branchen einen wachsenden Rationalisierungsdruck. Die Folgen sind nicht unbekannt: Downsizing (Belegschaftsabbau), Merging (Zusammenschluss von Unternehmen, Fusionierung) und Outsourcing (Auslagerung/Abgabe von Unternehmensaufgaben und -strukturen an externe oder interne Dienstleister) heißen die häufig gewählten Strategien. Für die Beschäftigten hat Downsizing eine Steigerung der Arbeitsintensität zur Folge, Merging bedeutet Arbeitsplatzunsicherheit und Outsourcing Lohn- und Gehaltseinbußen. Deshalb steigt oft die Unsicherheit und Unzufriedenheit der Beschäftigten. Ihre Werte und Einstellungen wie auch Engagement

und Motivation werden durch solche Strategien in Frage gestellt und in der Folge instabil und negativ.

Ein langdauerndes Ungleichgewicht zwischen menschlichen Ressourcen und Arbeitsanforderungen kann einen negativen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten haben. Nicht nur die Fehlzeiten und Arbeitsunfähigkeitsraten können steigen, sondern auch die Produktivität des Betriebes und die Qualität der Arbeit werden darunter leiden.

Andererseits bieten neue Tätigkeiten auch Entwicklungsmöglichkeiten durch Weiterbildung und neues Lernen bei der Arbeit [3]. Die älteren Beschäftigten sollten ebenso gute Chancen für das lebenslange Lernen bekommen wie die jüngeren.

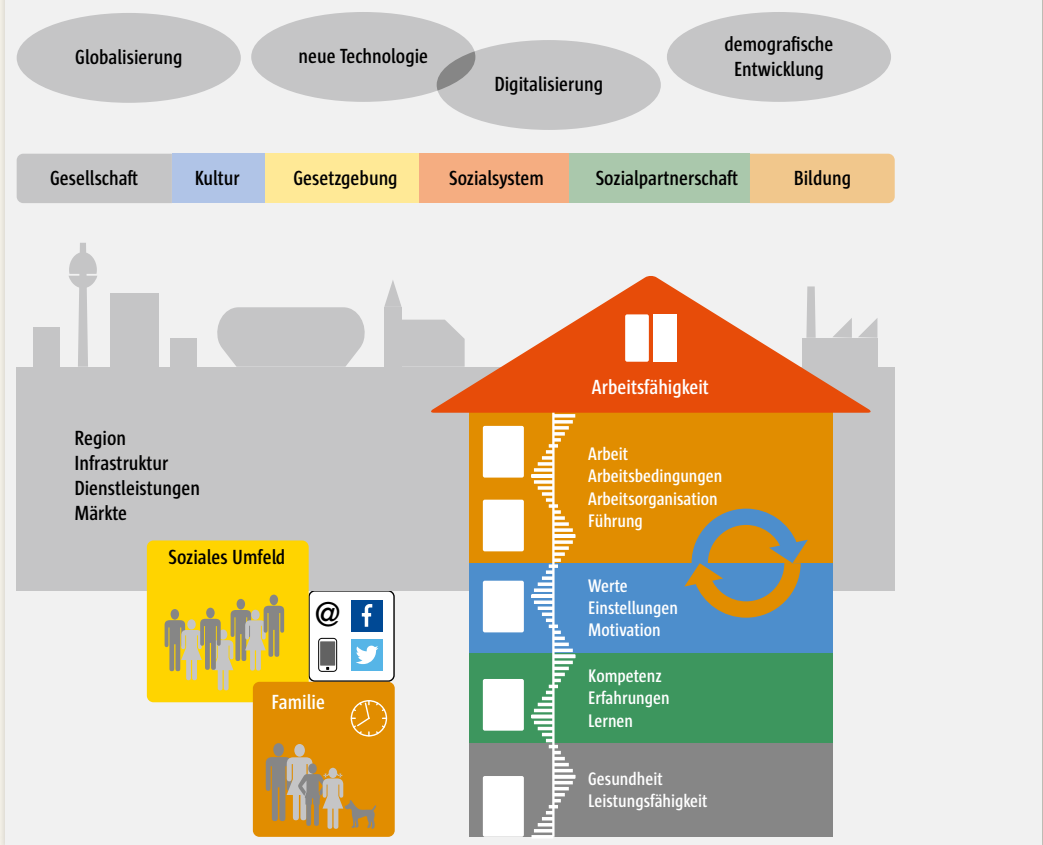
internationale Verbreitung des Konzepts der Arbeitsfähigkeit waren zunächst geprägt vom Instrument „Work Ability Index“ (WAI) [4]. Zunehmend wurde das Konzept weiterentwickelt – von einem Messinstrument für individuelle Beanspruchung und persönliche Ressourcen hin zu einer Ausgangslage für Beratungen zur individuellen und organisatorischen Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Als Beispiel aus Deutschland sei das Arbeitsbewältigungs-Coaching® [5] genannt.

Vor einigen Jahren wurde in Finnland eine grundsätzliche Weiterentwicklung aufgrund der internationalen Erfahrungen begonnen. In gut 100 Projekten in der finnischen Technologieindustrie wurde ein überarbeitetes Konzept der Arbeitsfähigkeit erprobt, umgesetzt und geprüft. Das Konzept wurde modernisiert: „Arbeitsfähigkeit 2.0“. Das renovierte Modell „Haus der Arbeitsfähigkeit“ (III Abbildung 1) zeigt, dass eine nachhaltige Balance zwischen den menschlichen Ressourcen und den Arbeitsanforderungen er-

### Entwicklung von „Arbeitsfähigkeit 2.0“

Die Entwicklungen am FIOH (Finnish Institute of Occupational Health) seit den 1980er-Jahren und die

Abbildung 1 Das renovierte Haus der Arbeitsfähigkeit. © Juhani Ilmarinen 2016. Graphic design Milja Ahola



forderlich ist. Dies bedingt zielgerichtete Maßnahmen und deren Umsetzungen in allen Dimensionen der Arbeitsfähigkeit.

### Konzept „Arbeitsfähigkeit 2.0“

Arbeitsfähigkeit ist abhängig von den Einflussgrößen Gesundheit, Kompetenz, Werte, Arbeitsgestaltung und Führung sowie – quasi als 5. Stockwerk – Familie und persönliche Netzwerke sowie Lebensgewohnheiten inklusive Hobbys.

Es ist schwierig, alle Dimensionen der Arbeitsfähigkeit gleichzeitig zu beeinflussen. Die Betriebe und Beschäftigten haben selten genug zeitliche und menschliche Ressourcen für eine ganzheitliche und gleichzeitige Umsetzung.

Deshalb ist in der Organisation festzulegen, was das Wichtigste und das Nötigste ist, was getan werden soll. An dieser Verständigung sollten die unterschiedlichen Auffassungen und Interessenlagen von Beschäftigten, Führungskräften, betrieblichen Interessenvertretungen und weiteren Expertinnen und Experten wie z.B. Präventiv- und Sicherheitsfachkräfte beteiligt sein. Ein gemeinsamer Entscheidungsprozess von allen wichtigen Akteuren ist wünschenswert. Deshalb braucht man einen guten Dialog zwischen den Akteuren.

Arbeitsfähigkeit 2.0 hat dafür zwei neue Methoden entwickelt: das Personen-Radar und das Betriebs-Radar. Personen-Radar ist die Erhebung mit einem Befragungsinstrument, das alle Stockwerke des Hauses der Arbeitsfähigkeit be(rück)sichtigt und evaluiert. Das Betriebs-Radar ist ein Dialoginstrument für die Priorisierung der wichtigsten Handlungsfelder und Maßnahmen. Die Methoden sollten kombiniert benutzt werden, um eine bestmögliche Wirkung zu garantieren.

### Personen-Radar

Die Fragen im Personen-Radar beziehen sich auf die verschiedenen Stockwerke des Hauses der Arbeitsfähigkeit und ihre Rahmenbedingungen wie Familie und Umfeld. Wie im WAI ist die Anzahl der Fragen gering gehalten (2 bis 5 Fragen pro Stockwerk). Insgesamt hat das Instrument 23 geschlossene Fragen. Die Ergebnisse lassen sich in drei Indexwerten ausdrücken:

- Einschätzung zu den Arbeitsbedingungen (Workplace Well-being Index; Fragen 1-17)
- Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit (Work Ability Estimate; 18-23)
- Einschätzung zum Arbeits-Wohlbefinden (Work Well-being Index; 1-23).

Die Fragen sind von 0 (extrem schlecht) bis 10 (extrem gut) Punkten skaliert. Die Kategorisierung in den Mittelwerten lautet: 0-4,99 Punkte „kritisch“, 5,00-6,99 „mäßig“, 7,00-8,99 „gut“ und 9,00-10 Punkte „ausgezeichnet“.

- Eine Punktzahl von 7,0 Punkten ist als Grenzwert zwischen Stärken und Schwächen in der Stabilität des Hauses der Arbeitsfähigkeit gewählt worden.

Drei offene Fragen, die aus dem Konzept des Anerkennenden Erfahrungsaustausches stammen [6], schließen den Erhebungsbogen ab:

- Was gefällt Ihnen am besten bei Ihrer Arbeit?
- Was stört Sie am meisten?
- Bitte stellen Sie sich jetzt vor, dass plötzlich eine Fee vor Ihnen steht und sagt: „Du hast einen Wunsch an das Unternehmen frei! Entscheide spontan, was du dir wünschst, um deine Arbeit gut ausführen zu können ...“

Das Instrument „Personen-Radar“ ist validiert [7].

### Betriebs-Radar

Das Betriebs-Radar ist ein Dialog- und gemeinsamer Entscheidungsprozess durch Akteure des Betriebes. Sie bilden eine Projekt- oder Steuerungsgruppe, die aus den Ergebnissen des Personen-Radars, aus betrieblichen Kenndaten (z.B. Gefährdungsbeurteilung, Anwesenheitsquote, Altersstruktur etc.) sowie auf der Grundlage eigener Erfahrungen und Kenntnisse die wichtigsten Handlungsfelder und Maßnahmen entwickeln. Der intensive Dialogprozess wird durch eine externe und ausgebildete Person (FacilitatorIn) unterstützt und moderiert.

Der Steuerungskreis arbeitet mit Mitteln des Dialogs [8]. Dialog bedeutet eine gleichberechtigte Beteiligung in einem Prozess des Nachdenkens und des miteinander Vertrautwerdens in Bezug auf anstehende Fragen und Funktionen. Die Projektgruppe entscheidet, welche Handlungsfelder eröffnet werden sollen und für welche Maßnahmen wichtige und dringliche Handlungsbedarfe bestehen; sie schätzt ein, ob es ausreichende betriebliche Handlungsmöglichkeiten gibt. Mithilfe des Dialoges wird eine gemeinsame Entscheidung der Projektgruppe getroffen. Der Beratungsprozess ist klar strukturiert:

1. Zuerst werden die Stockwerke nach dem Handlungsbedarf priorisiert.
2. Beginnend mit dem wichtigsten Stockwerk werden entlang der Ergebnisse aus dem Personen-Radar Handlungsfelder identifiziert und priorisiert.

3. Die dritte Phase dient der Identifizierung und Priorisierung von Maßnahmen im wichtigsten Handlungsfeld.
4. Der Prozess schließt mit einem vorläufigen Plan mit konkreten und messbaren Zielen der gewählten Maßnahmen und Beschreibungen der notwendigen Aufgaben zu deren Umsetzung.
- x. Auf diese Art werden alle relevanten Themen zur Förderung der Arbeitsfähigkeit und des Arbeits-Wohlbefindens systematisch bearbeitet.

Die Steuerungsgruppe braucht normalerweise zwei Tage für den Einstieg in den Dialogprozess bis zur Verständigung über die priorisierten Maßnahmen. Die weiteren Dialoge können eigenständig durchgeführt werden – allerdings ist manchmal eine externe Unterstützung hilfreich.

Die Umsetzung und Durchführung der Maßnahmen erfordert den üblichen Entscheidungs- und Mitbestimmungsweg, kann aber aufgrund des bestehenden Konsenses in der Regel ziemlich schnell realisiert werden.

### Ergebnisse eines Radar-Prozesses

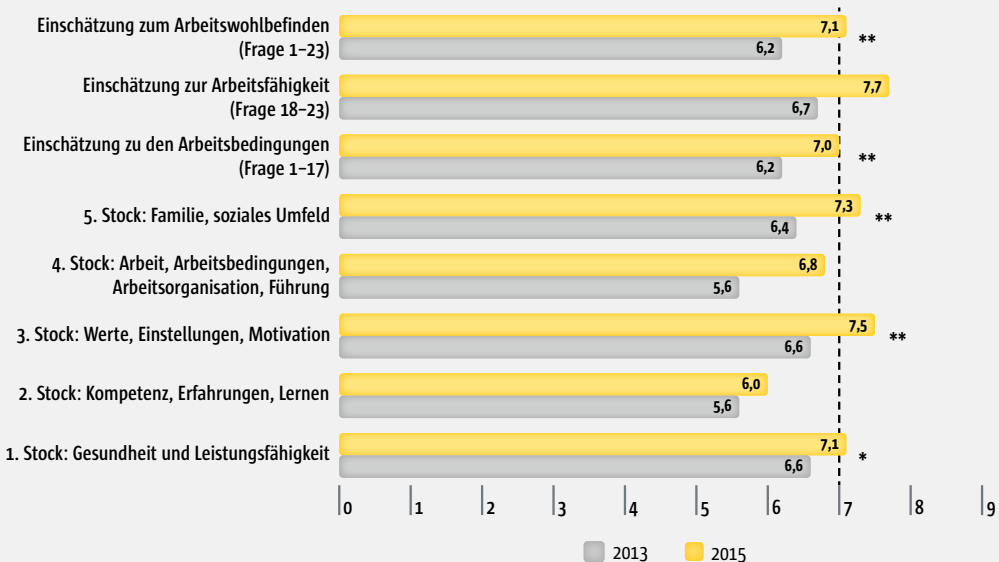
In einem Montagebereich einer Stückgutproduktion in Deutschland wurde 2013 ein Radar-Prozess durch-

geführt, der mit einer erneuten Erhebung (Personen-Radar) im Jahr 2015 evaluiert wurde.

Die Ergebnisse des Personen-Radars 2013 zeigten in den Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit sowohl Stärken als auch Schwächen. Die Merkmale, die besonders große Handlungsbedarfe zeigten (Mittelwerte unter 7,0 Punkten), wurden in den Stockwerken 4 (Arbeit) und 3 (Werte, Einstellungen, Motivation) gefunden. Andererseits gab es auch ausgeprägte Stärken wie z.B. Fachkompetenz, Engagement und Arbeitsmotivation. Insgesamt hatte der Ist-Zustand des Hauses der Arbeitsfähigkeit mehr Schwächen als Stärken. Ein Förderungsprojekt zur Stabilisierung des Hauses der Arbeitsfähigkeit war sehr nötig. Das Unternehmen hat durch organisatorische und Arbeit gestaltende Maßnahmen (u.a. Anpassungen in der Schichtarbeit) sowie durch höhere Achtsamkeit in der Personalführung offensichtlich viel bewegt und bewirkt.

In der Wiederholungsuntersuchung 2015 konnten in nahezu allen Aspekten Verbesserungen verzeichnet werden. **»»»** Abbildung 2 zeigt die Veränderungen nach Stockwerken und Indexwerten im Vergleich von 2013 und 2015. Statistisch signifikante Fortschritte zeigten sich besonders im 3. und 4. Stockwerk sowie bei Familie und Umfeld. Die Steigerungen in den drei Indexwerten bedeuten, dass das Haus der Arbeitsfähigkeit signifikant stabiler geworden ist.

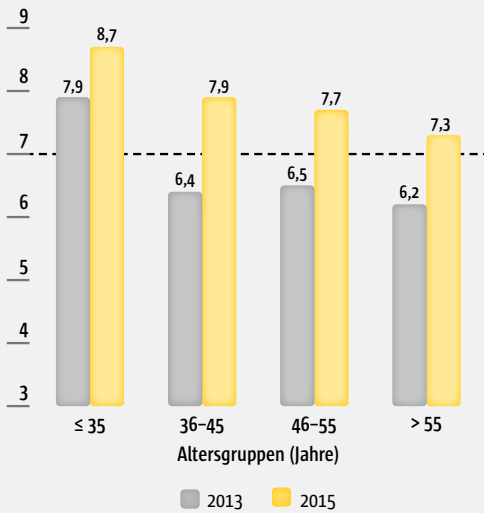
**Abbildung 2** Veränderungen nach Stockwerken und Indexwerten (2013–2015). Die Mittelwertunterschiede sind statistisch bedeutsam\* (signifikant) oder hoch bedeutsam\*\* (hoch signifikant).





Auch die Ergebnisse nach Altersgruppen waren sehr positiv (»»» Abbildung 3). Der Work Well-being Index (Fragen 1–23) war in allen Altersgruppen besser und hat in allen Stockwerken mindestens den Grenzwert von 7,0 Punkten erreicht. Auch die Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit (Fragen 18–23) zeigte eine signifikante Verbesserung in allen Altersgruppen.

**Abbildung 3** Arbeitswohlbefinden-Index (Fragen 1–23) nach Altersgruppen (2013–2015). Die Veränderungen 2013 bis 2015 waren für alle Altersgruppen gleich.



Ein interessantes Ergebnis zeigte die Frage „Sind Sie in der Lage, Ihre derzeitige Arbeit bis zur Rente auszuführen?“ Die Einschätzungen der Mitarbeiter hatten sich deutlich verbessert. War noch in 2013 fast die Hälfte der Beschäftigten sehr kritisch, zeigte sich in 2015 bei mehr als der Hälfte der Befragten eher eine positive Einschätzung (»»» Abbildung 4).

Zusammengefasst sind die Änderungen in »»» Abbildung 5 dargestellt. Die Fragen sind nach Stockwerken angeordnet, sodass die Veränderung in jedem einzelnen Stockwerk betrachtet werden kann.

- In 2013 zeigten die Ergebnisse der Beschäftigten in der Stückgutproduktion sechs Stärken und 17 Schwächen.
- Zwei Jahre später war die Verteilung völlig anders: 13 Stärken und zehn Schwächen.
- Und: Viele von den noch vorhandenen Schwächen zeigten schon eine signifikante Verbesserung gegenüber 2013, auch wenn das Niveau noch unter 7,0 Punkten lag.

Bei der Beurteilung von Mittelwertunterschieden erfassen wir die Bedeutsamkeit (Signifikanz) der Unterschiede und können diese bei der Priorisierung der Maßnahmen benutzen:

- \* die Unterschiede sind bedeutsam (signifikant),
- \*\* die Unterschiede sind hoch bedeutsam (hoch signifikant).

Grundsätzlich sollen aber alle Ergebnisse beachtet werden. Im Verlauf zeichnet sich deutlich ab, in welchen Bereichen die wichtigsten Verbesserungen er-

**Abbildung 4** Frage „Arbeiten bis zur Rente“, Veränderungen (2013–2015)

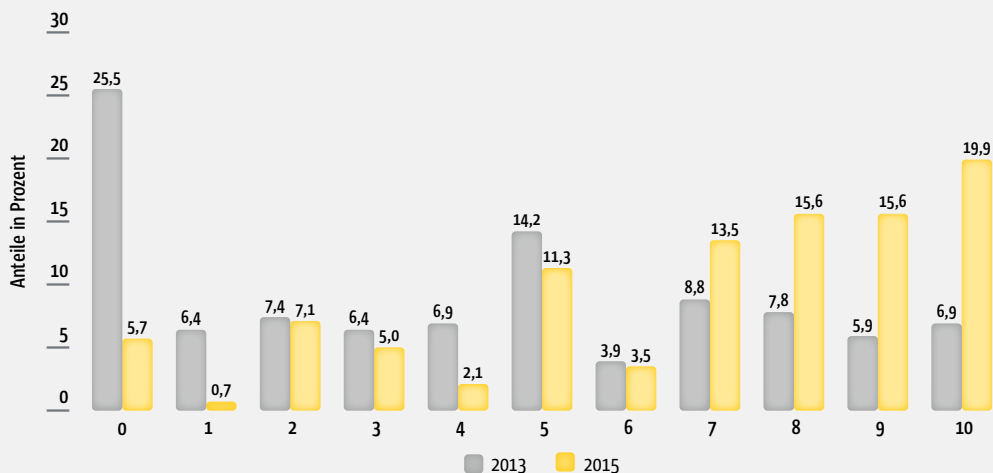
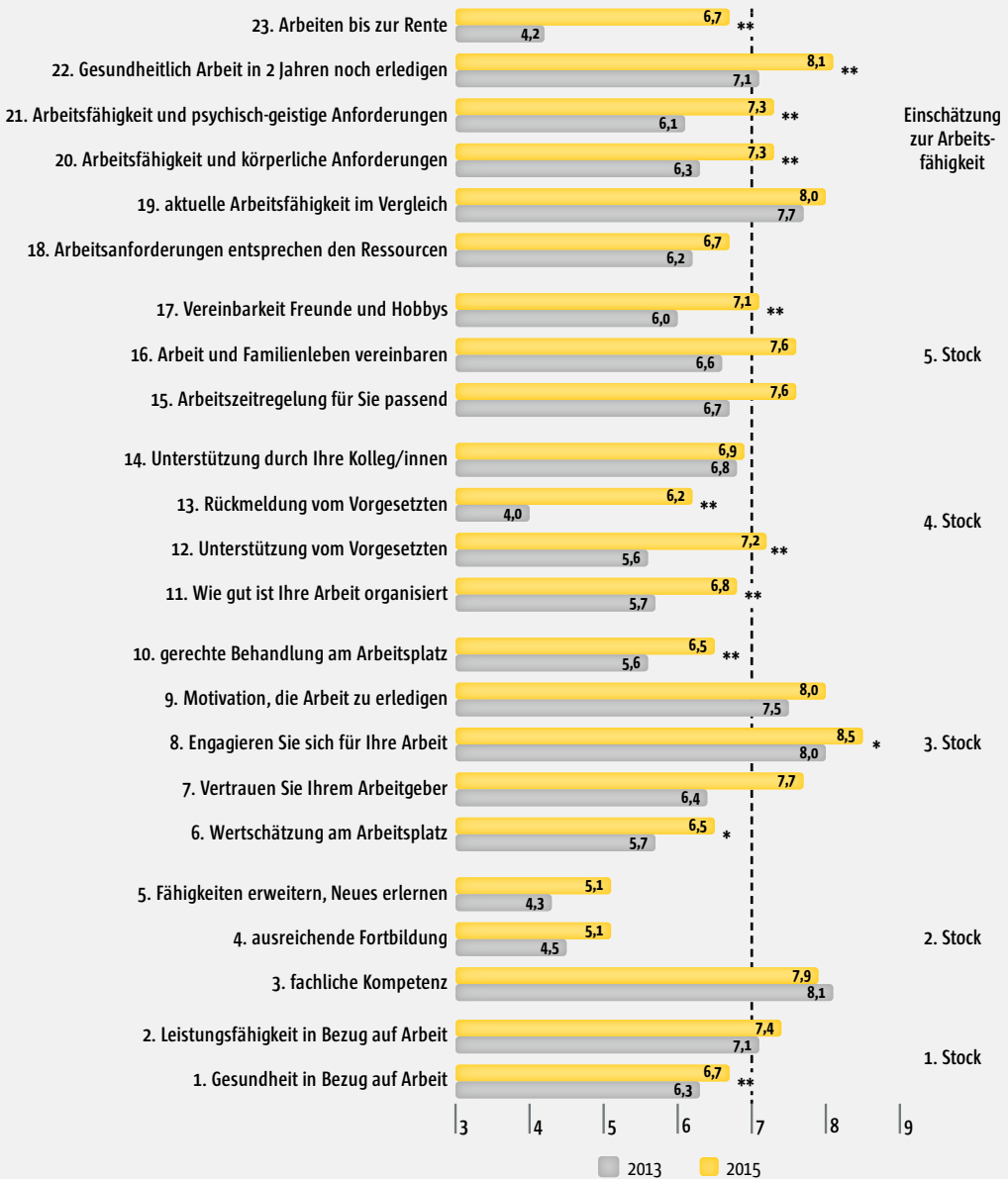


Abbildung 5 Ergebnisse zu den Fragen (2013 und 2015), zugeordnet zu den Stockwerken im Haus der Arbeitsfähigkeit. Die Mittelwertunterschiede sind statistisch bedeutsam\* (signifikant) oder hoch bedeutsam\*\* (hoch signifikant).



reicht wurden: Die Balance zwischen Arbeitsanforderung (Frage 1 bis 17), Arbeitsfähigkeit und Arbeits-Wohlbefinden wurde stabilisiert, alle Beteiligten – Unternehmen wie MitarbeiterInnen – werden davon profitieren.

Das Beispiel aus der Stückgutproduktion zeigt, dass das Haus der Arbeitsfähigkeit signifikant stabiler geworden ist, dass alle Altersgruppen durch die getroffenen Maßnahmen profitiert haben und dass insgesamt die von dem Steuerkreis initiierten und



im Betrieb umgesetzten Maßnahmen erfolgreich und wirksam waren.

### Zusammenfassung

„Arbeitsfähigkeit 2.0“ mit den Methoden Personen-Radar, Betriebs-Radar und Evaluation bietet neue und wirksame Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit und des Arbeitswohlbefindens (Work well-being). In dem Radar-Prozess spielt die repräsentative Projektgruppe eine wichtige Rolle: Sie priorisiert die wichtigsten Handlungsfelder und Maßnahmen mithilfe des Dialogs. Sowohl die Ansichten der Beschäftigten aufgrund der Ergebnisse des Personen-Radars als auch das Erfahrungswissen der Beteiligten werden im Prozess berücksichtigt. Die externe Prozessbegleitung hilft beim Einstieg in den betrieblichen Dialog. Die Wirksamkeit der Maßnahmen kann überprüft werden.

In Deutschland laufen aktuell vier betriebliche Projekte. Die Anwendung der Radar-Methode wird in einer zweitägigen Qualifizierungsmaßnahme vermittelt.

### Literatur

1. Tempel J, Ilmarinen J. Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. Hamburg, 2013
2. Wallin M, Hussi T. Best practices in Age management – evaluation of organisation cases. Final Report of the Finnish Institute of Occupational Health (FIOH). Helsinki, 2011
3. INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hrsg.). Kompetenz gewinnt. Wie wir Arbeits-, Wettbewerbs- und Veränderungsfähigkeit fördern können. Drittes Memorandum. Berlin, 2016
4. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Work Ability Index. 2<sup>nd</sup> revised edn. Ed. by Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki, 1998
5. Gruber B, Frevel A. Arbeitsbewältigungs-Coaching®. Der Leitfaden zur Anwendung im Betrieb. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (Hrsg.). Bericht Nr. 38. 2., überarbeitete Auflage. Dortmund, 2012
6. Geißler H, Bökenheide T, Geißler-Gruber B, Schlünkes H. Faktor Anerkennung. Betriebliche Erfahrungen mit wertschätzenden Dialogen. Frankfurt/New York, 2007
7. Ilmarinen V, Ilmarinen J, Huuhtanen P, Louhevaara V, Näsman O. Examining the factorial structure, measurement invariance and convergent and discriminant validity of a novel self-report measure of work ability: work ability – personal radar. *Ergonomics* 2015; 58(8): 1445–60
8. Isaacs W. Dialog als Kunst gemeinsam zu denken. Köln, 2002



Prof. (emer.) Dr. Juhani Ilmarinen

Bis 2009 Wissenschaftler und jahrelang Direktor im Finnish Institute of Occupational Health (FIOH); Forschung und Entwicklung mit mehr als 500 Publikationen über Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsphysiologie, Arbeitsfähigkeit und Altern. Seit 2009 Juhani Ilmarinen Consulting GmbH, Vantaa/Finnland.



Alexander Frevel

Beratung zur Arbeitsfähigkeit im demografischen Wandel, Dipl.-Sozialökonom. Seit 1994 selbstständig in der Beratung von Unternehmen und Organisationen. Schwerpunkte: Strategische Organisations- und Personalentwicklung, Betriebliches Gesundheitsmanagement und wertschätzende Führung.

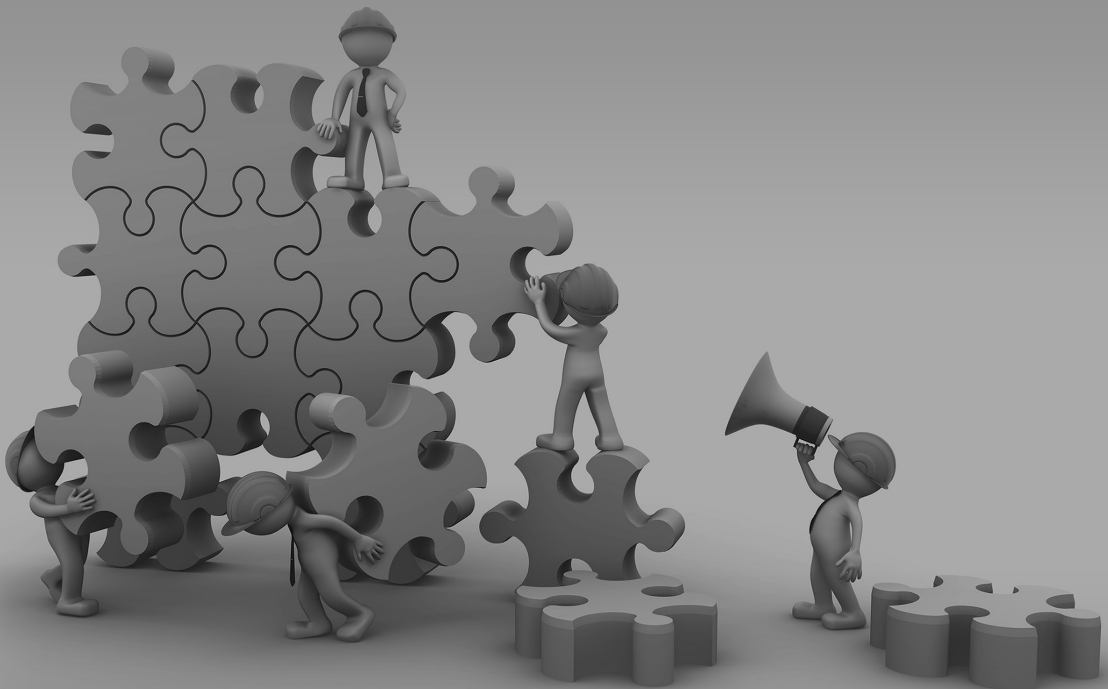


Dr. med. Jürgen Tempel

Seit 20 Jahren Berater und Betriebsarzt bei verschiedenen Unternehmen, Mithilfe beim Bau des Hauses der Arbeitsfähigkeit und der Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen auf Grundlage des Arbeitsfähigkeitskonzeptes. Von 2002 bis 2014 Betriebsarzt bei den Verkehrsbetrieben Hamburg-Holstein, Mitarbeit bei der Entwicklung des Demografie-Tarifvertrages der VHH, vielfältige Publikationen zum Thema.

# 3

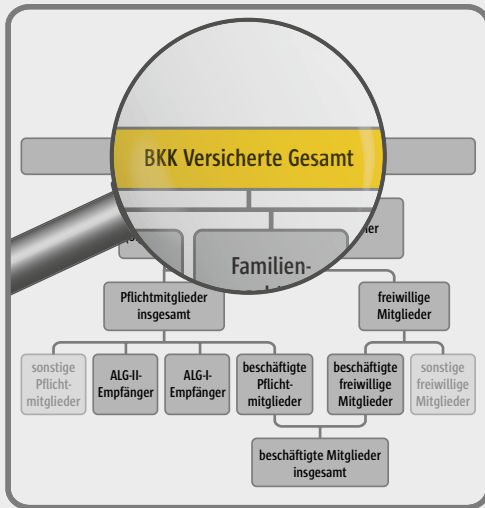
## Stationäre Versorgung



aus: Knieps F | Pfaff H (Hrsg.) „Gesundheit und Arbeit“. BKK Gesundheitsreport 2016.

ISBN 978-3-95466-282-1, urheberrechtlich geschützt

© 2016 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.



Äquivalent zur ambulanten Versorgung werden auch bei der Betrachtung des stationären Sektors hauptsächlich Daten aller BKK Versicherten den Analysen zugrunde gelegt. Für das Berichtsjahr 2015 sind dabei dementsprechend 9,3 Mio. BKK Versicherte einbezogen worden. Bei den Analysen zu arbeitsweltlichen Indikatoren wird wiederum auf die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt (4,4 Mio.) fokussiert.

## 3.1 Stationäre Versorgung im Überblick

### 3.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2015

- In 2015 sind im Durchschnitt je 1.000 Versicherte 195 Krankenhausfälle mit daraus resultierenden 1.738 Behandlungstagen in der stationären Versorgung erfolgt.
- Die Fallzahlen und die daraus resultierenden Mengen an Behandlungstagen sind gegenüber dem Vorjahr um jeweils 3,6% gesunken.
- Von allen Versicherten hat mit 12,7% tatsächlich nur ein relativ kleiner Teil eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen. Die meisten Fälle dauern dabei relativ kurz, so sind zwei Drittel aller Fälle nach höchstens einer Woche abgeschlossen.

Die im Weiteren dargestellten Ergebnisse basieren auf insgesamt 1,8 Mio. voll- oder teilstationären Krankenhausfällen (ohne Entbindungsfälle und ohne ambulante Operationen). Dies entspricht bezogen auf alle BKK Versicherten einem Durchschnitt von rund 195 Fällen je 1.000 Versicherte (» Tabelle 3.1.1). In dieser Statistik werden – anders als z. B. bei den Verweildauerdaten des Statistischen Bundesamtes – auch der Aufnahme- und Entlasstag bei der Ermittlung der Behandlungsdauer einbezogen (vgl. auch » Methodische Hinweise). Diesen Vorgaben entsprechend wurden im Berichtsjahr 2015 für die BKK Versicherten insgesamt 16,2 Mio. Krankentage dokumentiert, was einem Durchschnitt von 1.738 Krankentagen je 1.000 BKK Versicherte ent-

spricht. Die Durchschnittswerte für Krankenhausfälle und -tage sind damit im Vergleich zum Vorjahr jeweils um –3,6% gesunken, die daraus zu berechnende mittlere Behandlungsdauer bleibt aber zu 2014 konstant bei durchschnittlich 8,9 Tagen.

Allgemein ist für die stationäre Versorgung zu konstatieren, dass diese aufgrund ihrer zentralen Ausrichtung auf schwerwiegende akute Symptomatik von Erkrankungen entsprechend nur von einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung in Anspruch genommen wird bzw. werden muss. Betrachtet man die Krankenhausfälle des Jahres 2015 bezogen auf alle BKK Versicherten, so zeigt sich, dass von diesen mit 87,3% die weitaus meisten ohne Kontakt zur stationären Versorgung geblieben sind (» Tabelle 3.1.2).

**Tabelle 3.1.2 Stationäre Versorgung – Versichertenverteilung nach Anzahl der Krankenhausaufenthalte (Berichtsjahr 2015)**

	Anteil der BKK Versicherten in Prozent
kein Aufenthalt	87,3
1 Aufenthalt	9,1
2 Aufenthalte	2,2
3 und mehr Aufenthalte	1,4
	<b>100,0</b>

**Tabelle 3.1.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2015)**

	KH-Fälle je 1.000 Versicherte	KH-Tage je 1.000 Versicherte	Tage je Fall
2014	201,7	1.803,7	8,9
2015	194,5	1.738,3	8,9
Differenz zum Vorjahr	–3,6%	–3,6%	0,0%

Für weitere 9,1% der Versicherten wurden ein Aufenthalt, für 2,2% zwei Aufenthalte und für 1,4% drei und mehr Aufenthalte dokumentiert.

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts ist die durchschnittliche Falldauer wiederum in der Regel mehrheitlich kurz, im Berichtsjahr 2015 wurden mit 66,0% die meisten der Krankenhausaufenthalte innerhalb einer Woche abgeschlossen, 34,5% sogar innerhalb von 3 Tagen (»» Diagramm 3.1.1). Auf der anderen Seite machen Fälle mit mehr als sechs Wochen Liegezeit nur 2,8% der Fälle aus, allerdings ist etwa jeder fünfte Krankenhaustag (21,2%) auf einen solchen Langzeitfall zurückzuführen.

Hinsichtlich der Aufnahme- und Entlassungstage bei Krankenhausaufenthalten sind im Vergleich zum Vorjahr nur sehr geringe Veränderungen festzustellen. Im aktuellen Berichtsjahr erfolgten Krankenhausaufnahmen am häufigsten an einem Montag, 21,0% aller Aufenthalte haben an diesem Tag begonnen (»» Diagramm 3.1.2). Am Wochenende werden in der Regel nur Notfälle aufgenommen, entsprechend sind hier die wenigsten Aufnahmen zu verzeichnen. So erfolgten von allen Fällen nur 6,2% der Aufnahmen samstags und 7,7% der Aufnahmen sonntags.

Ein Aufenthalt wird wiederum am häufigsten am Ende der herkömmlichen Arbeitswoche beendet: Von allen Krankenhauserlassungen erfolgten mit 20,9% die meisten freitags. Wiederum nur wenige der stationären Behandlungen endeten an Wochenendtagen, den geringsten Anteil machen hier die Sonntage mit 5,1% aus.

### 3.1.2 Langzeittrends

- Über einen längeren Zeitraum betrachtet sind die Krankenhausaufenthalte und Krankenhaustage deutlich gestiegen, so sind im aktuellen Berichtsjahr gegenüber 2005 mehr als ein Viertel zusätzliche Krankenhausaufenthalte und rund ein Fünftel mehr Behandlungstage erfolgt.
- Die erstmals seit Jahren sinkenden Kennwerte verbleiben im Vergleich zu zehn vorhergehenden Jahren auf hohem Niveau. Zukünftig wird sich zeigen, ob es sich bei dieser neuen Tendenz sinkender Werte, wie auch im AU-Geschehen, um eine nachhaltige Trendumkehr handelt.

Der im vorherigen Abschnitt aufgeführte Vergleich der Kennwerte des aktuellen Berichtsjahrs 2015 mit dem Vorjahr weist einen Rückgang der Krankenhausaufenthalte und -tage je Versicherten aus. Im Rückblick auf vorhergehende Jahre ist dies nun erstmals eine Abkehr von ansonsten in der Regel steigenden Kennzahlen. Dies entspricht auch den im »» Kapitel 1 dargestellten Entwicklungen der letzten Jahre im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, wobei auch für die stationäre Versorgung gilt, dass sich in weiteren Jahren erst zeigen wird, ob es sich hierbei um eine nachhaltige Trendumkehr handelt.

Im Langzeittrend über die zehn vorhergehenden Datenjahre wird hingegen die deutliche Steigerung der KH-Fälle und -Tage ersichtlich, woran auch grundsätzliche Veränderungen im Sektor der stationären Versorgung zu sehen sind.

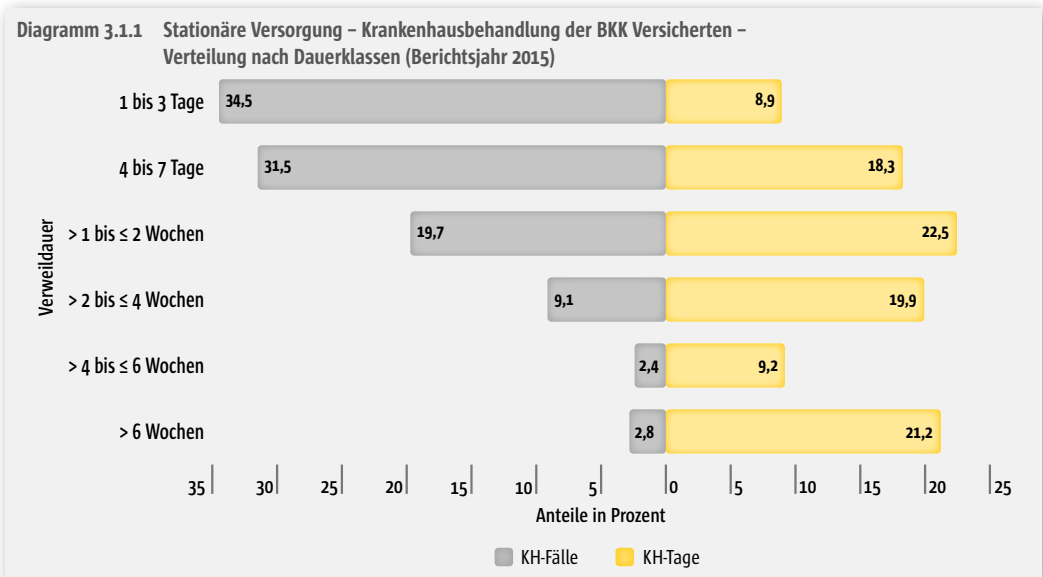
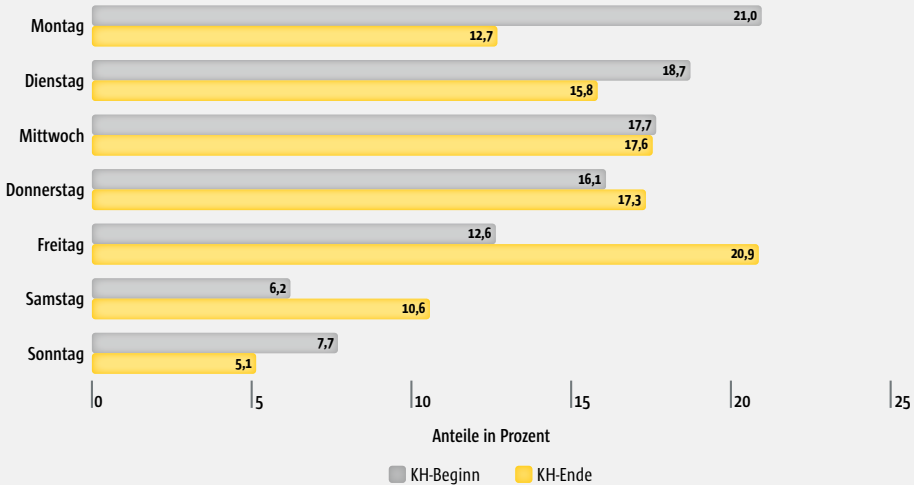


Diagramm 3.1.2 Stationäre Versorgung – Beginn und Ende des Aufenthalts der BKK Versicherten – Verteilung nach Wochentagen (Berichtsjahr 2015)



nären Versorgung ablesbar sind (s. a. nachfolgend „Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems“). So betrug im Jahr 2005 die durchschnittliche Fallhäufigkeit nur 15,4 stationäre Behandlungsfälle je 100 Versicherte, entsprechend war das Gesamtaufkommen der stationären Behandlungstage mit 144,8 Krankenhaustagen je 100 Versicherte ebenfalls niedriger (» Diagramm 3.1.3). Seitdem sind bis zum aktuellen Berichtsjahr die Fallmengen um 26% und die daraus resultierende Summe der Behandlungstage um 20% gestiegen.

#### Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems

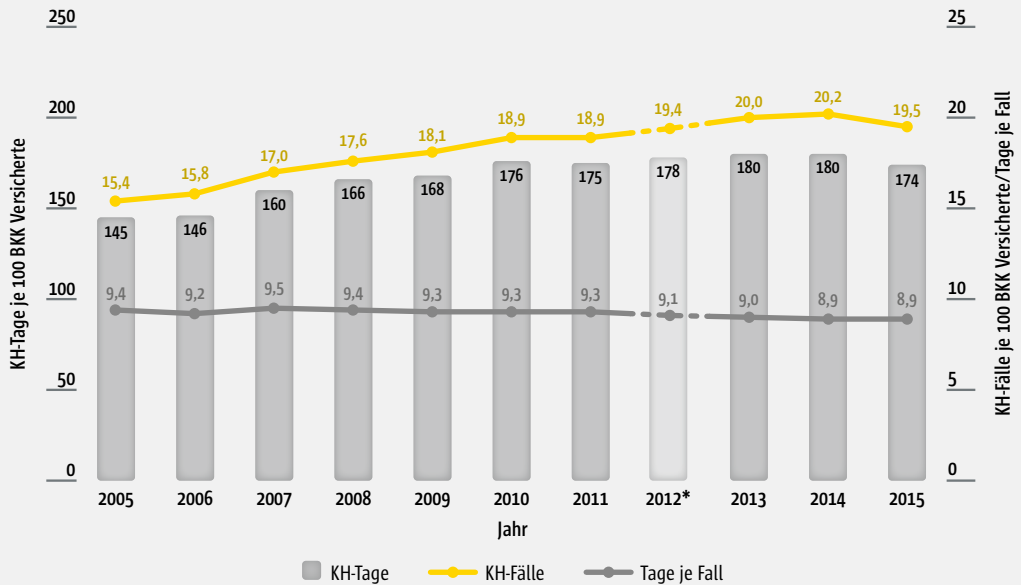
Bemühungen um kürzere Liegezeiten haben lange vor Einführung des Klassifikationssystems der diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) in den Jahren 2003/2004 eingesetzt, dieses neue Entgeltssystem erzeugte hierbei aber eine deutlich stärkere Dynamik, da die Vergütung – vereinfacht ausgedrückt – pauschalisiert und unabhängig von der eigentlichen Liegezeit erfolgt. Lag die durchschnittliche Krankenhausverweildauer 1987 noch bei 16,8 Tagen (insgesamt kamen damals auf 100 Versicherte 258 Krankenhaustage im Jahr), so wurde diese in den nachfolgenden Jahren kontinuierlich abgesenkt: 1994 betrug die durchschnittliche Liegedauer nur noch 13,9 Tage, im „Optionsjahr“ der DRG-Einführung 2003 (Beteiligung auf freiwilliger Grundlage und budgetneutral, d.h., die DRG-Anwendung führte noch nicht zu Gewinnen oder Verlusten) waren es dann 9,6 Tage.

Das DRG-System findet hingegen im stationären psychiatrischen Bereich keine Anwendung, anders als im somatischen Bereich sind hier in den letzten Jahren die durchschnittlichen Falldauern eher noch gestiegen. Nach derzeitiger Planung soll ab dem Jahr 2017 aber auch hier eine ähnliche Systematik wirksam werden. Deren Ausgestaltung und Auswirkung auf die Falldauer bleibt aber abzuwarten.

#### 3.1.3 Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen und Einzeldiagnosen

- Die meisten Fälle in der stationären Versorgung werden durch Herz- und Kreislauferkrankungen verursacht, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems. Letztgenannte Erkrankungsart weist dabei in dieser TOP 3-Liste den größten Rückgang mit –6,4% gegenüber dem Vorjahr auf.
- Die bei weitem meisten Behandlungstage sind aufgrund psychischer Störungen erfolgt: Mehr als jeder fünfte Behandlungstag geht darauf zurück. Für diese Erkrankung ist die stationäre Behandlung auch besonders langwierig: Jeder Fall dauert im Durchschnitt mehr als 25 Tage, gegenüber dem Vorjahr ist dieser Wert sogar leicht gestiegen.
- Zwar sind in 2015 besonders viele Behandlungstage auf Neubildungen und Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems zurückzuführen, es zeigt sich jedoch für beide Erkrankungsarten, dass die Krankenhaustage um etwa 5% unter den Werten des Vorjahres liegen.

Diagramm 3.1.3 Stationäre Versorgung – KH-Fälle, KH-Tage und Verweildauer der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2005–2015)



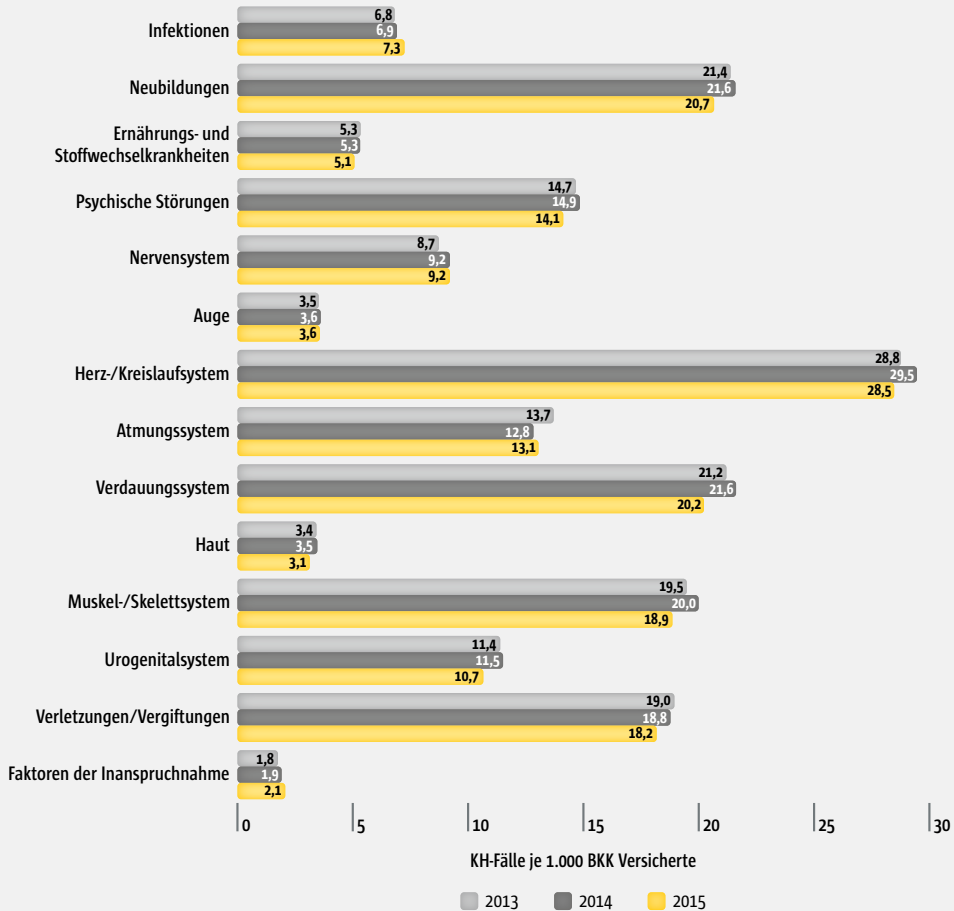
\* geschätzt, da keine valide Datengrundlage in diesem Berichtsjahr.

Am häufigsten haben im Jahr 2015 Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems zu einem Krankenhausaufenthalt geführt, je 1.000 Versicherte sind für diese Diagnosegruppe 28,5 Fälle zu verzeichnen (»»» Diagramm 3.1.4). In der Reihenfolge nach Häufigkeit der Fälle folgen dahinter die Neubildungen (20,7 KH-Fälle je 1.000 Versicherte) sowie die Krankheiten des Verdauungssystems (20,2 KH-Fälle je 1.000 Versicherte), Diagnosen bezüglich des Muskel- und Skelettsystems (18,9 KH-Fälle je 1.000 Versicherte) und Verletzungen (18,2 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Die größten Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr sind bei den relativ selten für Krankenhausaufenthalte ursächlichen Diagnosehauptgruppen zu beobachten: Die größte Steigerung ist bei Fällen zu verzeichnen, bei denen Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, als Ursache dokumentiert wurden. Diese stiegen im Vergleich zu 2014 um 8,4% auf aktuell 2,1 Fälle je 1.000 Versicherte (+17,6% gegenüber 2013). Daneben sind nur bei Infektionen (+4,8%) und Atemwegserkrankungen (+1,7%) mehr Fälle als im Vorjahr zu verzeichnen. Die Krankenhaushfälle aufgrund von Erkrankungen der Haut sanken hingegen am stärksten um -9,2% auf aktuell 3,1 Fälle je 1.000 Versicherte. Auch bei Erkrankungen

des Urogenitalsystems (-7,4%), des Verdauungssystems (-6,4%) und des Muskel- und Skelettsystems (-5,7%) sind die Fallzahlen stärker als der Durchschnitt reduziert (-3,6%).

Die Diagnosehauptgruppe der psychischen und Verhaltensstörungen sticht wiederum bei der Betrachtung der Anzahl der Krankenhaustage hervor (»»» Diagramm 3.1.5). Hierbei hat diese Krankheitsart seit geraumer Zeit den Spitzenplatz inne, 2015 sind hierfür 362,4 KH-Tage je 1.000 Versicherte angefallen. Gegenüber dem Vorjahr sind dies allerdings 2,3% weniger Behandlungstage. Blickt man weiter zurück, so ist gerade hier eine enorme Steigerung der stationären Behandlungstage zu beobachten, in den letzten 10 Jahren immerhin ein Plus von mehr als 70% (2005: 212,0 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Wie aber schon am Anfang des Kapitels (s. „Liegezeiten vor Einführung des DRG-Systems“ in »»» Kapitel 3.1.2) angemerkt, ist hierbei auch zu berücksichtigen, dass anders als im akut somatischen Bereich in der Psychiatrie/Psychosomatik nicht nach dem pauschalieren Entgeltsystem DRG abgerechnet wird. Ein solches Abrechnungssystem ist derzeit auch im psychiatrischen/psychosomatischen Bereich in Einführung, eine Verweildauerreduzierung wie in den Jahren vor der DRG-Einführung in der Somatik ist aber

Diagramm 3.1.4 Stationäre Versorgung – Krankenhausfälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (2013–2015)



bislang nicht zu beobachten, sondern vielmehr eine Steigerung (seit 2005 12,6% auf aktuell 25,7 Tage je Fall).

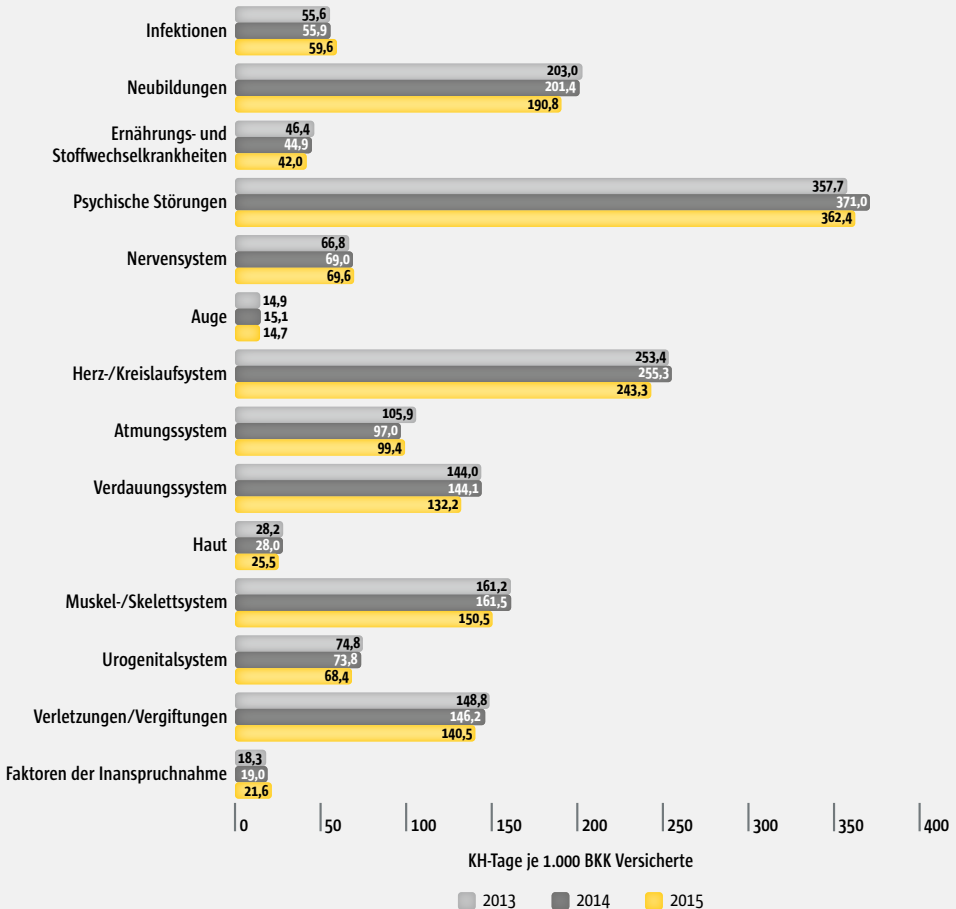
Im aktuellen Berichtsjahr 2015 ist nach den psychischen Störungen als zweithäufigste begründende Diagnose für Behandlungstage eine Erkrankung des Herz- und Kreislaufsystems (243,3 KH-Tage je 1.000 Versicherte) angegeben, gefolgt von Neubildungen (190,8 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Entsprechend der Entwicklung bei den Fällen sind die größten Steigerungen im Vergleich zum Vorjahr hinsichtlich der Krankenhaustage bei den Faktoren der Inanspruchnahme (13,6%) sowie Infektionen (+6,5%) und Atemwegserkrankungen (+2,5%) zu verzeichnen. Am stärksten ging die Zahl der Behandlungstage hingegen bei Erkrankungen der Haut (-8,9%), des Ver-

daungssystems (-8,3%) und des Urogenitalsystems (-7,2%) zurück.

Wie schon aus **III** Diagramm 3.1.4 ableitbar, erfolgen die meisten Krankenhausbehandlungen aufgrund von Herz- und Kreislauferkrankungen: Bezogen auf die Grundgesamtheit aller stationären Fälle entfallen auf diese Diagnosegruppe 14,6% (**III** Diagramm 3.1.6). Zweithäufigster Behandlungsgrund sind Neubildungen (10,6%) gefolgt von Erkrankungen des Verdauungssystems (10,4%). Psychische Störungen machen nur 7,3% aller Fälle aus. Die besondere Stellung der psychischen Störungen im Sektor der stationären Versorgung wird hingegen deutlich, wenn man der Gesamtheit der Krankenhausfälle die Anteile an den Langzeitbehandlungsfällen gegenüberstellt: Langzeitbehandlungen erfolgen bei wei-



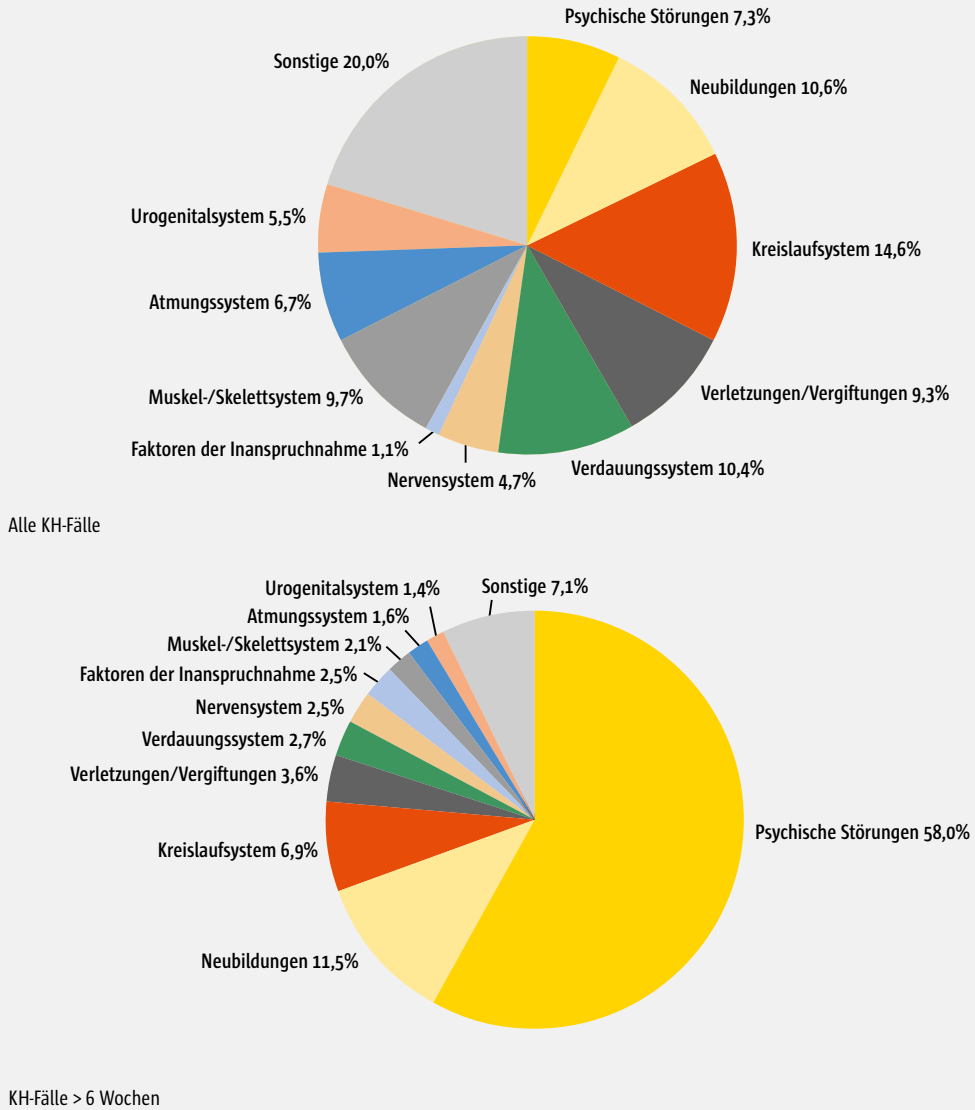
Diagramm 3.1.5 Stationäre Versorgung – Krankenhaustage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (2013–2015)



tem am häufigsten aufgrund von psychischen Störungen, so sind 58,0% aller Fälle mit mehr als sechs Wochen Dauer darauf zurückzuführen. Die weiteren Diagnosehauptgruppen haben deutlich geringere Anteile, den zweitgrößten Teil machen Neubildungen mit 11,5% der Langzeitfälle aus, gefolgt von Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems mit 6,9%. Zum Vergleich auch mit anderen Leistungsbereichen: Andere Erkrankungen, z. B. bezüglich des Atmungssystems, sind beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sowie der ambulanten Versorgung sehr häufig, aber in der stationären Versorgung spielen diese, wie hier zu erkennen ist, nur eine untergeordnete Rolle.

- Besonders viele Behandlungstage in der stationären Versorgung gehen auf Depressionen (F32, F33) zurück. Hier liegt die durchschnittliche Falldauer zudem mit etwa 40 Tagen noch einmal deutlich über der Durchschnittsfalldauer aller psychischen Störungen insgesamt.
- Unter den häufigsten Einzeldiagnosen ist es die sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung (J44), für die mit einem Plus von fast 10% mehr Fällen und fast 7% mehr Behandlungstagen gegenüber dem Vorjahr eine deutliche Steigerung zu sehen ist. Für Schizophrenie (F20) sind hingegen immerhin 7% weniger Fälle und 8% weniger Behandlungstage gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen.

Diagramm 3.1.6 KH-Fälle der BKK Versicherten – Verteilung der wichtigsten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) für alle Krankenhausfälle vs. Langzeitfälle (Berichtsjahr 2015)



Wie schon in **III** Diagramm 3.1.5 erkennbar wird, dominieren insbesondere vier Krankheitsarten die Statistiken zu den durchschnittlich anfallenden Krankenhaustagen je Versicherten: Mehr als jeder zweite Krankenhaustag erfolgte im aktuellen Berichtsjahr aufgrund einer Diagnose aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen, der Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems, der Neubildun-

gen oder der Muskel- und Skeletterkrankungen. In der Betrachtung der Einzeldiagnosen sind es vor allem die psychischen Störungen, aufgrund derer viele Behandlungstage anfallen. Dies zeigt **III** Tabelle 3.1.3, in der dazu diejenigen zehn Einzeldiagnosen aufgeführt sind, die ursächlich für die meisten Krankenhaustage je Versicherten sind: Es sind allen voran für die Depressionsdiagnosen F33 und F32 die meisten

**Tabelle 3.1.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)**

Rang	ICD-Code	Bezeichnung	KH-Tage je 1.000 Versicherte	KH-Fälle je 1.000 Versicherte	Tage je Fall
<b>Gesamt</b>					
1.	F33	Rezidivierende depressive Störung	83,9	2,1	40,0
2.	F32	Depressive Episode	66,3	1,8	36,6
3.	I50	Herzinsuffizienz	46,7	4,1	11,5
4.	I63	Hirnfarkt	29,3	2,2	13,1
5.	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	28,1	3,1	9,2
6.	F20	Schizophrenie	27,8	0,8	35,9
7.	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	22,9	2,3	9,9
8.	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	21,3	2,2	9,8
9.	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	20,6	1,9	10,6
10.	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	20,2	1,7	11,9

Behandlungstage dokumentiert, des Weiteren sind die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) sowie Schizophrenie (F20) in dieser Liste zu finden. Zu letztgenannter Diagnose ist gegenüber dem Vorjahr ein Rückgang der Krankenhaustage je Versicherten um knapp über -7% zu verzeichnen – die größte Reduktion innerhalb der hier aufgelisteten Einzeldiagnosen. Die Herz- und Kreislauferkrankungen sind mit den Einzeldiagnosen Herzinsuffizienz (I50) und Hirnfarkt (I63) vertreten, auf den hinteren Plätzen finden sich wiederum die Muskel- und Skeletterkrankungen Kniegelenks- (M17) und Hüftgelenksarthrose (M16) wieder. Fallzahlen und Behandlungstage sind bei Atemwegserkrankungen hingegen gegenüber 2014 gestiegen und so findet sich neben der Pneumonie (J18) im aktuellen Berichtsjahr auch die sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (J44) in dieser Liste, letztere Einzeldiagnose mit einem Plus von fast 10% mehr Fällen und fast 7% mehr Behandlungstagen gegenüber dem Vorjahr. Hierbei handelt es sich wahrscheinlich auch um eine Auswirkung der Grippewelle im aktuellen Berichtsjahr, ähnlich hohe bzw. höhere Kennwerte für diese beiden Einzeldiagnosen waren auch im Grippejahr 2013 zu verzeichnen.

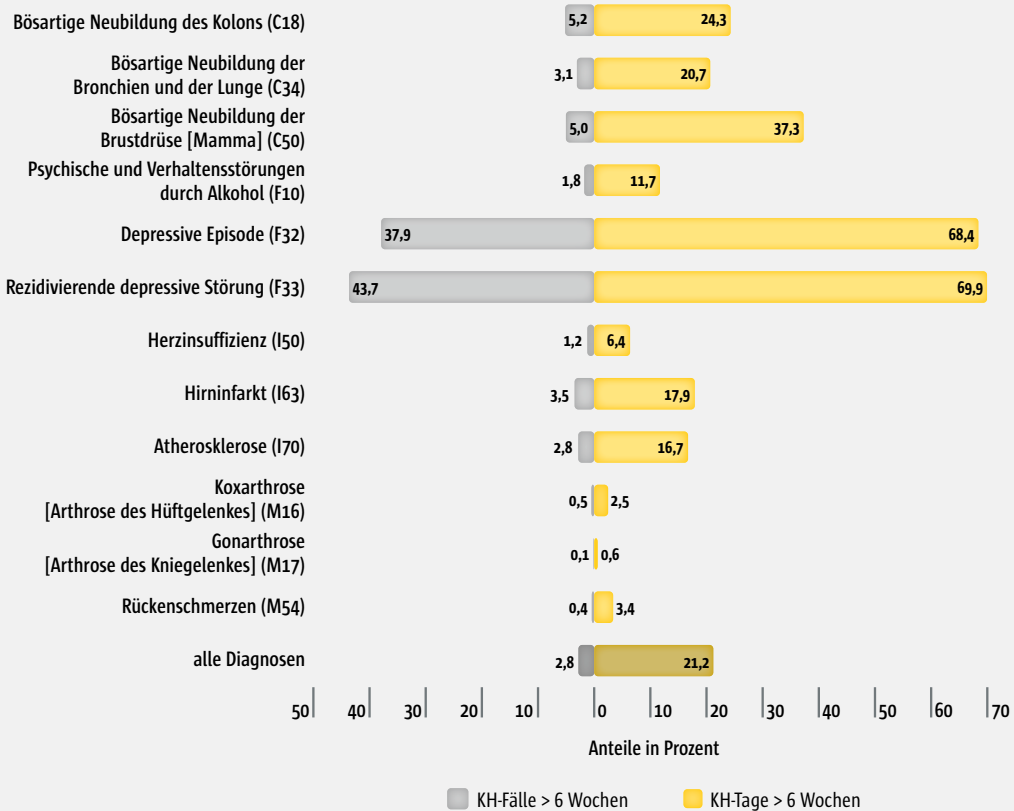
An dieser Stelle soll kurz auch ein Blick auf die Langzeit-Krankenhausfälle und -tage nach Einzeldiagnosen geworfen werden. Im Folgenden werden

deshalb exemplarisch jeweils die drei nach den Krankenhaustagen je 1.000 BKK Versicherten wichtigsten Einzeldiagnosen aus der Gruppe der Neubildungen, der psychischen Störungen, der Herz- und Kreislauf- sowie der Muskel- und Skeletterkrankungen betrachtet.

Dazu sind in **III** Diagramm 3.1.7 die Anteile der Langzeit-KH-Fälle und -tage innerhalb einer jeden Einzeldiagnose dargestellt. Die zwei Depressionsdiagnosen stechen dabei besonders hervor, bei diesen liegen die Anteile der Langzeit-KH-Fälle an allen KH-Fällen je Diagnose mit 37,9% bzw. 43,7% weit vor den anderen hier dargestellten Erkrankungen. Somit findet hier die hohe durchschnittliche Behandlungszeit von 40 Tagen je Fall ihre Entsprechung. Zusammen mit einer relativ hohen Fallhäufigkeit ergeben sich daraus hohe Anteile an der Gesamtmenge an Langzeitfällen: Allein die beiden Depressions-Einzeldiagnosen sind für 29,4% aller Langzeit-KH-Fälle und 28,2% der Langzeit-KH-Tage verantwortlich und stechen damit auch gegenüber anderen psychischen Erkrankungen (bei denen in der Regel die Falldauern deutlich über denen im somatischen Bereich liegen) besonders heraus.

Deutlich wird an dieser Stelle außerdem, dass die Rückenschmerzen (M54) in der stationären Versorgung eine wesentlich geringere Rolle als bei den Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und in der ambulanten

Diagramm 3.1.7 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) innerhalb ausgewählter Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2015)

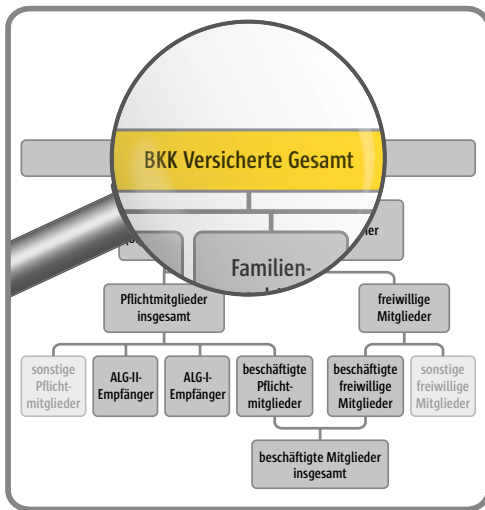


ten Versorgung spielen: Nur 0,4% der Fälle und 3,4% der Behandlungstage aufgrund dieser Diagnose gehen auf Langzeitfälle zurück.

Die bisherigen Auswertungen zeigen die besondere Bedeutung der Krankheiten des Herz- und Kreis-

laufsystems, der Neubildungen und der psychischen Störungen in der stationären Versorgung. Weitere Detailauswertungen zu Einzeldiagnosen aus diesen genannten Diagnosehauptgruppen werden daher auch in [Kapitel 3.2.1](#) noch einmal aufgegriffen.

## 3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen



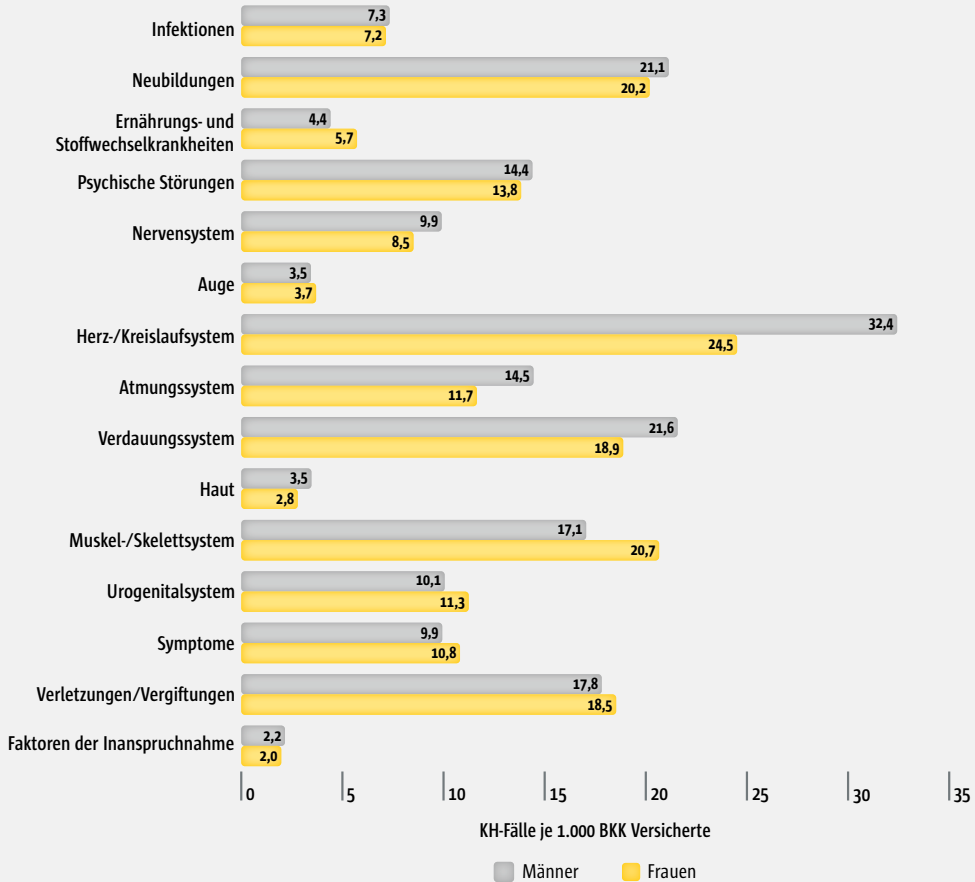
Krankenhausbehandlungen umfassen im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die sich ausschließlich auf erwerbsfähige Personen bezieht, alle Altersgruppen – von Kindern bis hin zu Rentnern. Auch ist das Krankheitsspektrum in der stationären Versorgung ein anderes: Viele Erkrankungen – selbst schwerwiegende und chronische – führen nicht unbedingt zu einem Krankenhausaufenthalt. Wie schon erwähnt muss außerdem bei der Interpretation der Kennwerte berücksichtigt werden, dass in der stationären psychiatrischen/psychosomatischen Versorgung aktuell noch kein pauschalisiertes Entgeltssystem etabliert ist.

### 3.2.1 Stationäre Versorgung nach Alter und Geschlecht

- Frauen ab dem 65. Lebensjahr sind deutlich häufiger aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen in stationärer Behandlung als Männer. Männer werden hingegen insgesamt häufiger wegen Herz- und Kreislauferkrankungen behandelt, insbesondere zwischen dem 45. und 75. Lebensjahr ist der Geschlechtsunterschied besonders deutlich.
- Herz- und Kreislauferkrankungen sind vor allem „Seniorenkrankheiten“: Für Personen ab dem 65. Lebensjahr ist dies der häufigste Grund einer stationären Behandlung und die meisten Behandlungstage gehen darauf zurück.
- Anders bei den psychischen Störungen: Die meisten stationären Fälle und daraus resultierende Behandlungstage bei den unter 60-Jährigen gehen auf psychische Störungen zurück.

Männer und Frauen nehmen in etwa gleich häufig eine stationäre Behandlung in Anspruch. Auf 1.000 männliche BKK Versicherte kommen 196,2 Krankenhausfälle, bei den Frauen sind es 192,8 Fälle. Auch hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl von Krankenhaustagen je Versicherten unterscheiden sich die Geschlechter nur leicht (Männer: 1.727 KH-Tage je 1.000 Versicherte; Frauen: 1.750 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Hinsichtlich der Krankheitsschwerpunkte unterscheiden sich Männer und Frauen hingegen merklich, wie sich aus **»»** Diagramm 3.2.1 und **»»** Diagramm 3.2.2 erkennen lässt. Männer sind mit 32,4 Fällen je 1.000 Versicherte etwa um fast ein Drittel häufiger von Herz- und Kreislauferkrankungen betroffen als Frauen (24,5 KH-Fälle je 1.000 Versicherte), pro 1.000 männliche Versicherte fallen dabei 278 Behandlungstage an (bei den Frauen nur 209 Behandlungstage). Auch wegen Erkrankungen des Atmungssystems sind Männer etwas öfter in stationärer Behandlung (14,5 vs. 11,7 KH-Fälle je

Diagramm 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



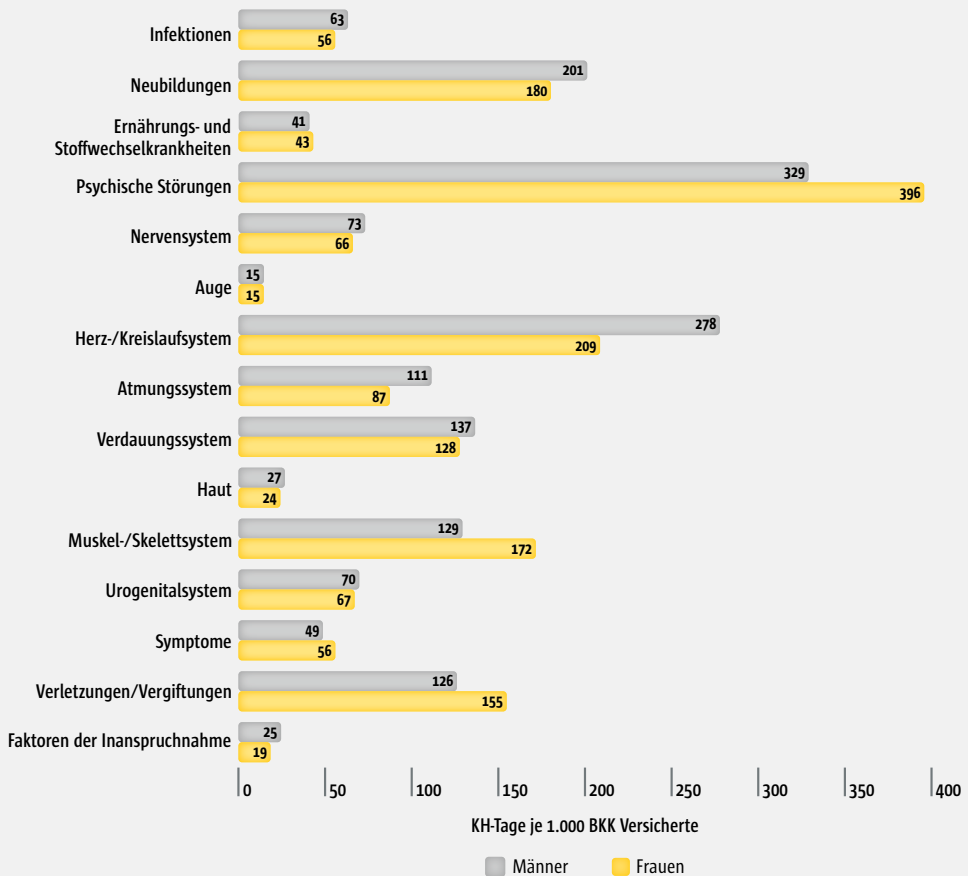
1.000 Versicherte), dementsprechend fallen auch mehr Krankenhaustage pro Versicherten bei den Männern an (111 vs. 87 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Frauen werden dagegen häufiger wegen Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems und des Stoffwechselsystems stationär behandelt. Während bei den muskuloskelettalen Erkrankungen entsprechend auch die Menge der Krankenhaustage bei den Frauen höher ist (129 vs. 172 KH-Tage je 1.000 Versicherte), ist hingegen bei den Stoffwechselkrankheiten nur ein geringfügiger Unterschied bei den KH-Tagen pro Versicherten zu finden (41 vs. 43 KH-Tage je 1.000 Versicherte), woraus folgt, dass hier die Männer eine höhere durchschnittliche Falldauer aufweisen. Bei den psychischen Erkrankungen sind es hingegen die Frauen, die im Schnitt eine längere

Falldauer haben (29 vs. 23 Tage je Fall bei Männern): Während die durchschnittliche Fallzahl zwischen den Geschlechtern nur geringfügig unterschiedlich ist, ist die Menge der Behandlungstage für Frauen deutlich größer. Gleiches gilt auch für Verletzungen/Vergiftungen.

Vergleicht man die Zahlen mit den Ergebnissen aus dem AU-Geschehen (III Kapitel 1.2), so zeigt sich bei muskuloskelettalen Erkrankungen sowie den Verletzungen/Vergiftungen eine Umkehrung zwischen den Geschlechtern: Männer sind aufgrund von Diagnosen aus diesen beiden ICD-Hauptgruppen länger krankgeschrieben, Frauen sind hingegen bei solchen Diagnosen länger in stationärer Behandlung.

Erwartungsgemäß nimmt hingegen mit steigendem Alter sowohl die Anzahl der Krankenhaufälle

Diagramm 3.2.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



als auch die der Krankenhaustage zu (»» Diagramm 3.2.3). Bei den unter 15-Jährigen ist die Fallzahl mit etwa 99 Fällen je 1.000 Versicherte am geringsten. Im Renteneintrittsalter (Altersgruppe 65–69 Jahre) sind es 312 Fälle und bei den über 80-Jährigen mit 673 Fällen je 1.000 Versicherte demgegenüber noch einmal doppelt so viel. Äquivalent nehmen auch die Krankenhaustage mit dem Alter zu: 65- bis 69-Jährige liegen im aktuellen Berichtsjahr 2015 durchschnittlich etwa einen ganzen Tag länger im Krankenhaus als der Gesamtdurchschnitt aller Versicherten (2,8 vs. 1,7 KH-Tage). Über 80-Jährige verzeichnen mit etwa 7 Krankenhaustagen pro Versicherten einen vierfach höheren Wert gegenüber dem Gesamtdurchschnitt. Aus der Darstellung der stationären Behandlungsfälle und -tage werden getrennt

nach Geschlecht zudem Auffälligkeiten in bestimmten Lebensabschnitten ersichtlich.

So sind diesbezüglich die Jungen bis zur Pubertät das „anfälliger“ Geschlecht, sie sind in der Altersgruppe bis 15 Jahre mit 109 KH-Fällen je 1.000 Versicherte deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Mädchen (90 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Danach sind bei den Altersgruppen zwischen dem 15. und 39. Lebensjahr die Fallzahlen und die damit einhergehende Menge an Krankenhaustagen bei den Frauen höher als bei den Männern, ab etwa 55 Jahren wiederum weisen die Männer höhere Kennzahlen auf.

»» Diagramm 3.2.4 und »» Diagramm 3.2.5 zeigen die Häufigkeit der Krankenhausfälle und Krankenhaustage je 1.000 Versicherte für ausgewählte Krankheitsarten.

3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.2.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

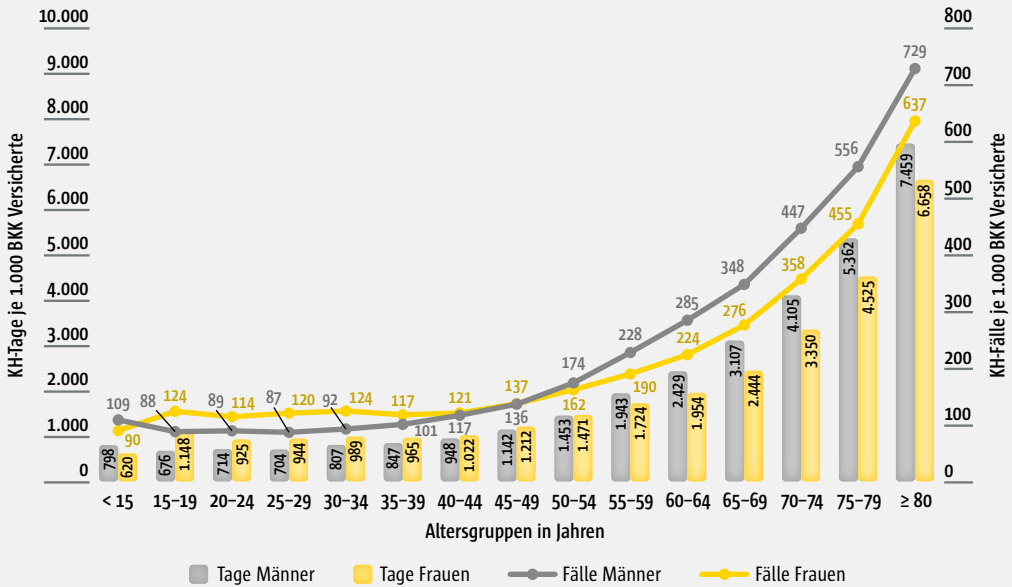


Diagramm 3.2.4 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)

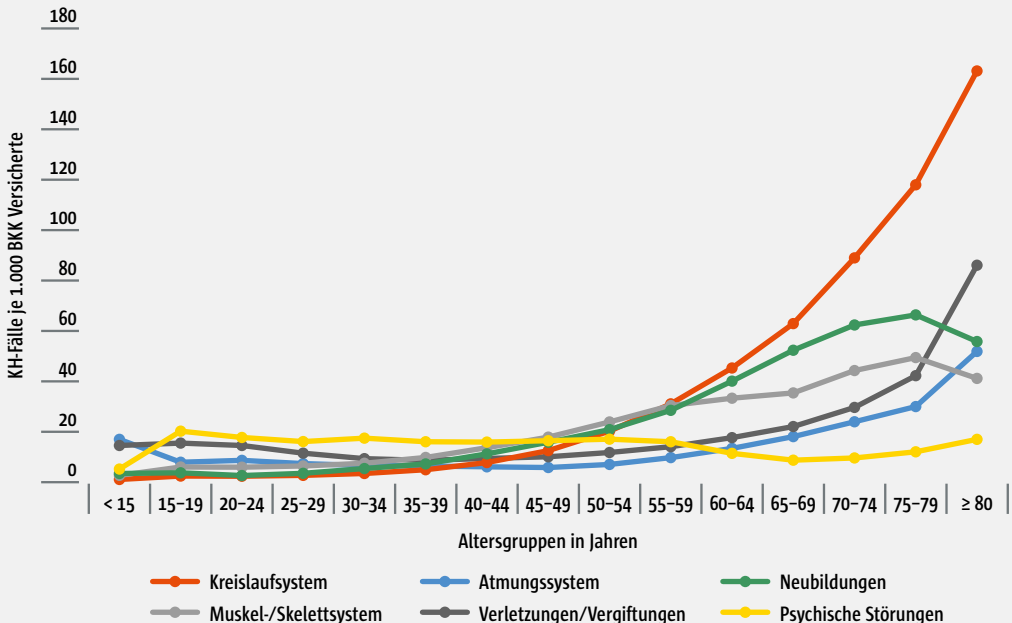
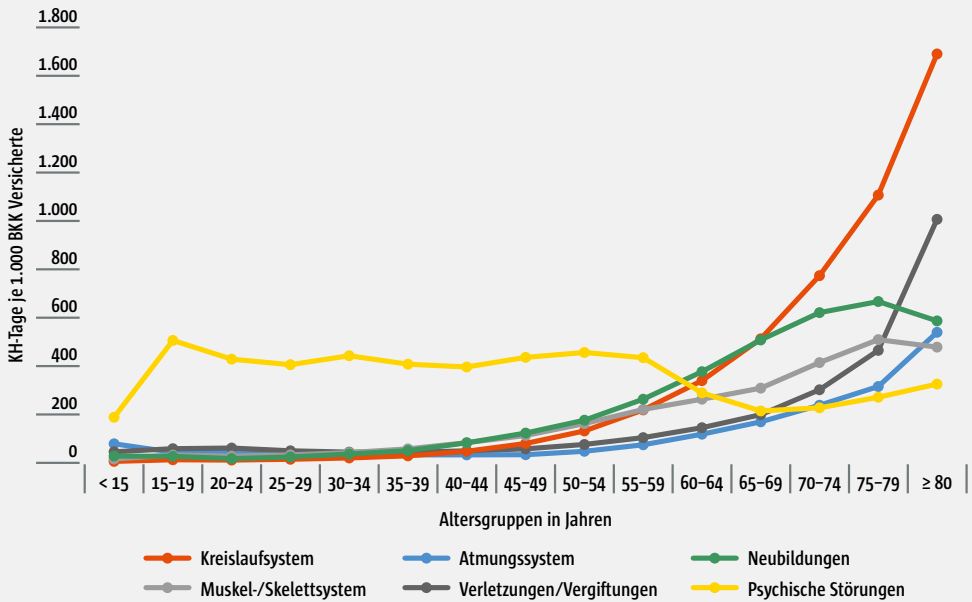




Diagramm 3.2.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



Stationäre Behandlungen von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren sind glücklicherweise recht selten und beschränken sich auf einige bestimmte Diagnosen: Durchschnittlich 99 KH-Fälle je 1.000 Versicherte und 712 Behandlungstage pro 1.000 Versicherte waren im Jahr 2015 für diese Altersgruppe zu verzeichnen.

Mit hohen Fallzahlen aufgrund von Atemwegserkrankungen, Infektionen und Verletzungen/Vergiftungen entsprechen die ursächlichen Diagnosen in der stationären Versorgung in diesem Alter in großen Teilen denen in der ambulanten Versorgung (Kapitel 2). Die Erkrankungen des Atmungssystems machen etwa ein Sechstel der stationären Behandlungsfälle in dieser Altersgruppe aus (19,3 Fälle je 1.000 Jungen und 14,5 je 1.000 Mädchen). Jungen sind zudem häufiger aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen stationär in Behandlung (5,9 KH-Fälle je 1.000 Jungen und 4,4 KH-Fälle je 1.000 Mädchen). Hierbei ist auch die größte Differenz hinsichtlich der Falldauer zu verzeichnen: Jungen sind im Schnitt 6 Tage länger aufgrund einer psychischen Erkrankung stationär in Behandlung als Mädchen (38,8 vs. 32,8 KH-Tage je Fall).

Bereits in der Altersklasse von 15 bis 19 Jahren kehrt sich das Verhältnis der Kennwerte von männlichen und weiblichen Versicherten um: Weibliche

Jugendliche dieses Alters sind deutlich häufiger in stationärer Behandlung als männliche (124 vs. 88 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Wie in den beiden Diagrammen zu erkennen ist, steigen vor allem die Fallzahlen (und damit auch die Krankenhaustage pro Versicherten) aufgrund von psychischen Erkrankungen stark an. Mit im Schnitt 20 Fällen je 1.000 Versicherte hat diese ICD-Hauptgruppe den größten Anteil am Geschehen in der stationären Versorgung. Fast jeder fünfte Krankenhausfall und mehr als jeder zweite Krankenhaustag in dieser Altersgruppe erfolgen aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung. In dieser Altersgruppe sind es wiederum die weiblichen Jugendlichen, die länger pro Fall in stationärer Behandlung sind – insgesamt 8 Tage mehr im Schnitt. Bei Verletzungen und Vergiftungen sind hingegen männliche Jugendliche mit 18,2 Fällen je 1.000 Versicherte weit häufiger betroffen als weibliche (12,5 KH-Fälle je 1.000 Versicherte).

In den jüngeren Erwachsenengruppen bis etwa 39 Jahre werden Frauen häufiger als Männer stationär behandelt. Die Unterschiede erklären sich vorwiegend aus Schwangerschaft und Geburt sowie frauenspezifischen Urogenitalerkrankungen und Neubildungen: In der Lebensspanne zwischen 25 und 39 Jahren führen Schwangerschaft und Entbindung am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt,

bei den 25- bis 34-jährigen Frauen entfällt etwa ein Viertel der Fälle allein hierauf. Das Morbiditätsspektrum der Männer zwischen 20 und 39 Jahren ist hingegen anders geprägt: Bis Mitte zwanzig sind bei ihnen Verletzungen/Vergiftungen Hauptgrund für Krankenhausaufenthalte, etwa jeder fünfte Fall geht darauf zurück. Danach sind Männer am häufigsten aufgrund psychischer Krankheiten in stationärer Behandlung. Deren Aufenthaltstage pro Fall sind dabei aber deutlich kürzer, Frauen sind im Durchschnitt etwa 7–8 Tage länger in Behandlung als Männer.

Psychische Störungen dominieren bei der Menge der Aufenthaltstage pro Versicherten in den Altersgruppen bis unter 60 Jahre durchgehend das Geschehen, erst danach sind es zuerst die Neubildungen sowie die Herz- und Kreislauferkrankungen, aufgrund derer sich mehr Krankenhaustage summieren – wobei sowohl Tage als auf Fälle aufgrund psychischer Erkrankungen bei den Altersgruppen über 60 Jahre gleichzeitig rückläufig sind. Neubildungen sind in diesen Altersgruppen häufiger bei Frauen Behandlungsursache (zwischen 40 und 49 Jahren häufigste Krankheitsart der weiblichen Versicherten). Der größere Teil der Herz-/Kreislauferkrankungsfälle sowie der daraus entstandenen Krankenhaustage ist hingegen den Männern zuzuschreiben, ab 50 Jahren ist dies bei ihnen der häufigste Grund für eine stationäre Behandlung.

Im Rentenalter ab 65 Jahren schließlich sind Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems bei beiden Geschlechtern die häufigste Diagnose. Dennoch verzeichnen auch im höheren Alter Frauen hierbei noch deutlich geringere Fallhäufigkeiten und entsprechend weniger Behandlungstage. Selbst bei den über 80-Jährigen weisen sie noch mehr als 17% weniger Krankenhaufälle und -tage als die gleichaltrigen Männer auf. In dieser Altersgruppe machen die Herz-/Kreislauferkrankungen insgesamt fast ein Viertel aller Krankenhaufälle und -tage aus. Zweithäufigster Behandlungsgrund sind in der höchsten Altersgruppe die Verletzungen/Vergiftungen. Dabei sind Frauen häufiger aus diesem Grund in stationärer Behandlung als Männer (99 vs. 66 KH-Fälle je 1.000 Versicherte). Hierbei dürften häufigere Sturzunfälle im Alter eine wichtige Rolle spielen, gerade auch im Zusammenhang mit Schädigungen im Muskel- und Skelettsystem (u. a. Osteoporose): Ab den Altersklassen über 65 Jahre wird der Geschlechtsunterschied besonders deutlich und nimmt sogar weiter zu: Bei den Versicherten zwischen 65 und 69 Jahren übersteigen die Mengen der Fälle und Behandlungstage bei den Frauen die der Männer um 30%, bei den

über 80-Jährigen sind es dann sogar etwa doppelt so viele Fälle und Behandlungstage.

Die bisherigen Auswertungen zeigen die besondere Bedeutung der Krankheiten des Kreislaufsystems, der Neubildungen und der psychischen Störungen. Im Folgenden werden daher diese drei Diagnosehauptgruppen noch einmal hinsichtlich ausgewählter Einzeldiagnosen detaillierter betrachtet.

### Psychische und Verhaltensstörungen

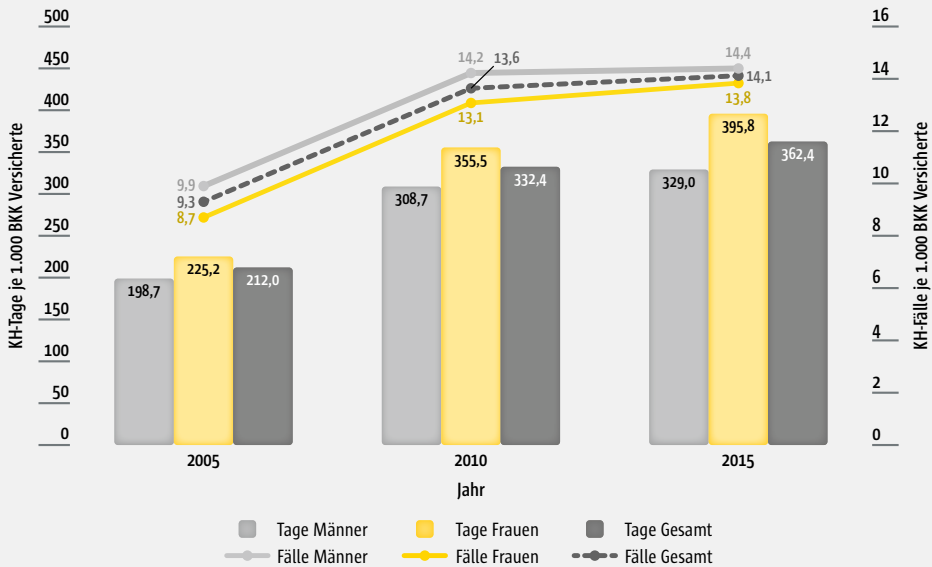
- Blickt man 10 Jahre zurück, so wird – auch bei aktuell leicht rückläufigen Fallzahlen – das hohe aktuelle Niveau deutlich: So sind seit 2005 insgesamt mehr als 50% Krankenhaufälle hinzugekommen, die Menge der Behandlungstage stieg sogar um mehr als 70% an.
- Depressionen (F32 bzw. F33) sind dabei die bei weitem häufigste Diagnose: Bei Frauen sind diese bei der Hälfte, bei Männern immerhin bei einem Drittel der psychisch bedingten Behandlungstage ursächlich.

Wie schon im vorherigen Abschnitt mit **III** Diagramm 3.1.4 und **III** Diagramm 3.1.5 gezeigt wurde, sind im aktuellen Berichtsjahr 2015 sowohl die Anzahl der Krankenhaufälle als auch die Menge der Behandlungstage für die meisten Diagnosehauptgruppen rückläufig. In der Detailbetrachtung der Einzeldiagnosen aus den Hauptgruppen Krankheiten des Kreislaufsystems, der Neubildungen und der psychischen Störungen sind zudem größere Zeitintervalle für den Rückblick gewählt, insbesondere bei den psychischen Störungen zeigen sich hierbei enorme Steigerungsraten.

Wie **III** Diagramm 3.2.6 verdeutlicht, sind vor allem zwischen den Jahren 2005 und 2010 die Zahl der Fälle (+46,7%) und die daraus resultierende Menge der Behandlungstage (+56,8%) in dieser Diagnosehauptgruppe stark angewachsen. Zum aktuellen Berichtsjahr fiel die Steigerungsrate von 2010 wiederum geringer aus. Aktuell liegt die durchschnittliche Falldauer bei 25,7 Tagen je Fall, wobei Frauen im Schnitt eine höhere durchschnittliche Falldauer aufweisen (28,6 Tage je Fall) als Männer (22,9 Tage je Fall).

Die Differenzen bei Krankenhaustagen und Falldauer zwischen den Geschlechtern können zum Teil durch unterschiedliche Prävalenzen bei Männern und Frauen, die sich auch in entsprechendem stationärem Behandlungsbedarf niederschlagen, erklärt werden. Frauen sind häufiger von Depressionen betroffen, in der Betrachtung der häufigsten Einzeldiagnosen zeigt

Diagramm 3.2.6 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2005, 2010 und 2015) nach Geschlecht



sich eine deutlich höhere Fallzahl und eine damit einhergehende höhere Anzahl von Krankenhaustagen (»» Diagramm 3.2.7 und »» Diagramm 3.2.8). Allein die rezidivierende depressive Störung (F33) und die depressive Episode (F32) zusammengenommen verursachen fast die Hälfte aller psychisch bedingten Krankenhaustage bei den Frauen. Auch bei den Männern sind dies die häufigsten Einzeldiagnosen, zusammen verursachen diese aber nur etwas mehr als ein Drittel aller psychisch bedingten Krankenhaustage.

Andererseits ist bei den Männern aber eine höhere Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bekannt. In der stationären Versorgung ist dies in den deutlich höheren Fallzahlen zur ICD-Diagnose F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) wiederzufinden. Ein gleichartiger Geschlechtsunterschied spiegelt sich auch in der Betrachtung der AU-Kennzahlen für diese Diagnose wider. Bezüglich dieser Einzeldiagnose ist die durchschnittliche Falldauer bei beiden Geschlechtern hingegen mit etwa neun Tagen relativ gering.

Weiterhin zeigt sich in den dargestellten Zahlen aber auch ein Geschlechtsunterschied in der stationären Behandlungsdauer bei gleicher Diagnose, hier stechen die Anpassungsstörungen (F43) heraus, bei denen Frauen mit im Schnitt zusätzliche sechs Tage (23,4 vs. 17,3 Tage je Fall) deutlich länger stationär behandelt werden als Männer.

Das »» Diagramm 3.2.9 zeigt wiederum für die rezidivierende depressive Störung (F33) die Häufung einer stationären Behandlung bei bestimmten Altersgruppen. Die größte Anzahl an Fällen und Behandlungstagen pro Versicherten ist für die Altersgruppen zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr zu verzeichnen. Bei den nachfolgenden Altersgruppen fallen aber hingegen die Werte wieder deutlich ab. Für die Gruppe der Frauen ist zudem noch eine Steigerung der Kennzahlen zwischen dem 65. und 79. Lebensjahr zu erkennen, während bei den Männern dieser Altersgruppen Fallzahlen und Behandlungstage relativ konstant bleiben.

### Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems

- Häufigste Einzeldiagnosen beim Herz- und Kreislaufsystem sind Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63), mehr als jeder fünfte Behandlungsfall (und fast jeder dritte Behandlungstag) geht auf eine dieser beiden Diagnosen zurück.
- Geschlechtsunterschiede werden bei den Einzeldiagnosen besonders deutlich, so ist etwa die Fallzahl aufgrund der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) bei Männern dreimal so hoch wie bei Frauen. Wiederum sind für Frauen doppelt so viele stationäre Behandlungsfälle wegen Bluthochdruck (I10) erfolgt.

## 3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.2.7 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Männer (Berichtsjahr 2015)

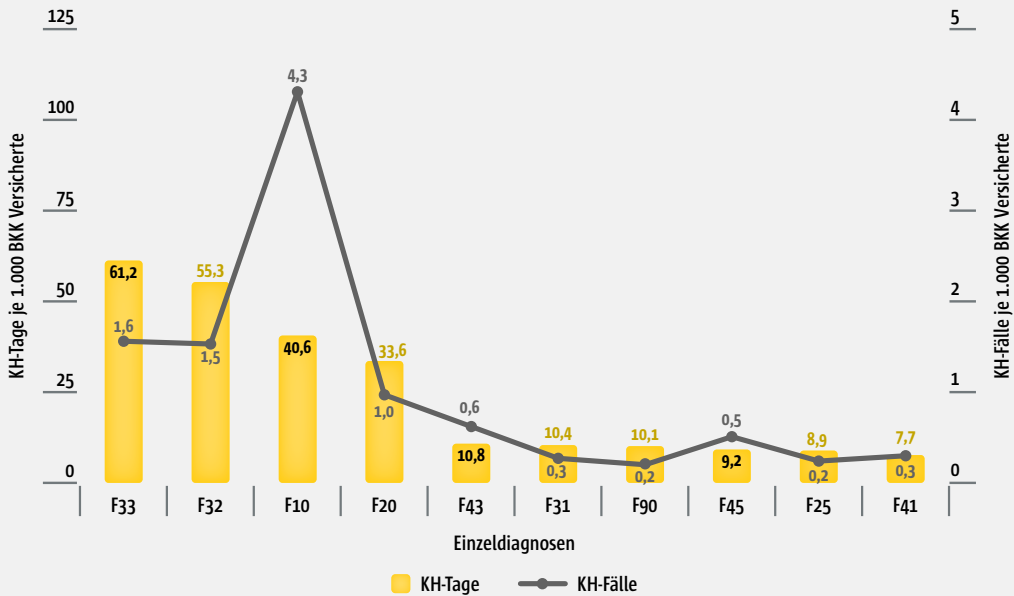


Diagramm 3.2.8 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den psychischen und Verhaltensstörungen der Frauen (Berichtsjahr 2015)

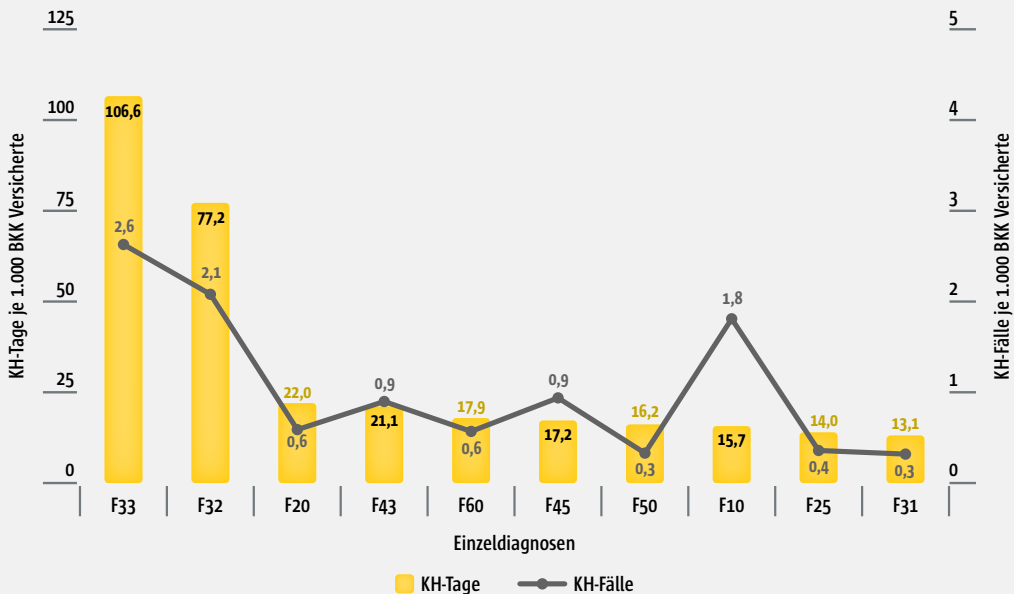
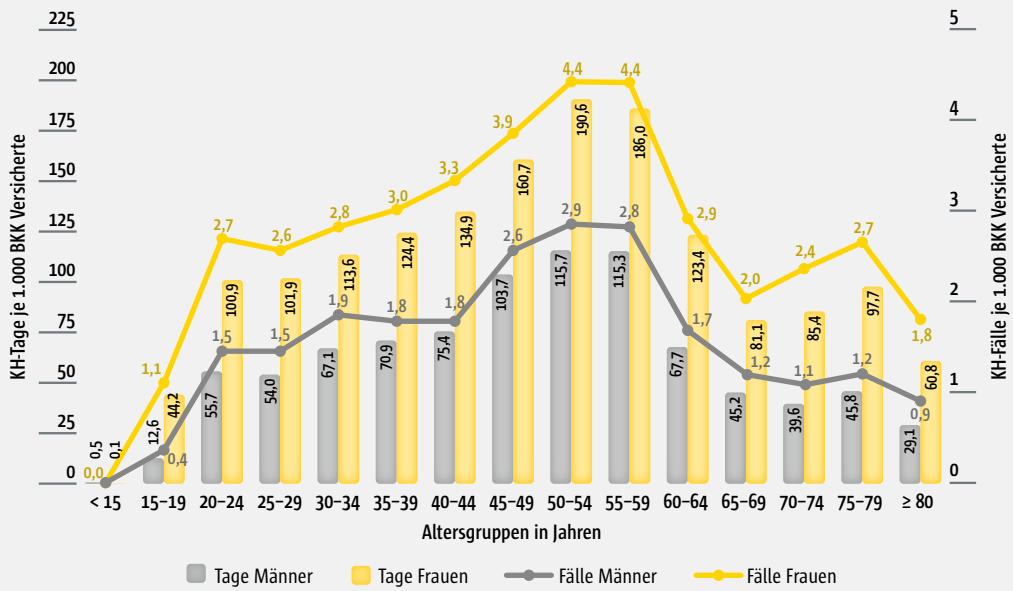


Diagramm 3.2.9 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – rezidivierende depressive Störung (F33) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems zählen auch im aktuellen Berichtsjahr 2015 mit im Schnitt 28,5 Fällen je 1.000 Versicherte zu den häufigsten Behandlungsanlässen im Krankenhaus (14,6% aller Fälle). Gegenüber 2005 sind das etwa 27% mehr Fälle, die Anzahl der Krankenhaustage pro Versicherten ist hingegen nur um etwa 10% gestiegen (» Diagramm 3.2.10), wobei auch hier der größere Anteil der Kennwertsteigerungen zwischen 2005 und 2010 zu verzeichnen ist. Männer sind insgesamt genommen häufiger von Herz- und Kreislauferkrankungen betroffen, entsprechend ist auch die Menge an stationären Behandlungstagen größer als bei den Frauen.

Wie anhand von » Diagramm 3.2.11 und » Diagramm 3.2.12 zu erkennen ist, fallen bei beiden Geschlechtern die meisten stationären Behandlungstage aufgrund der Einzeldiagnosen Herzinsuffizienz (I50) und Hirninfarkt (I63) an. Große Differenzen zeigen sich unter den wichtigsten Einzeldiagnosen hingegen bei anderen Erkrankungen, so ist der Unterschied bei der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25) mit mehr als dreimal so vielen KH-Fällen und KH-Tagen bei Männern im Vergleich zu den Frauen am größten ausgeprägt. Aber auch beim akuten Myokardinfarkt (I21) und bei Angina pectoris (I20) sind die Fall- und Behandlungstage bei den Männern

doppelt so hoch wie bei Frauen. Wegen Hypertonie (I10) sind wiederum Frauen im Vergleich zu Männern fast doppelt so häufig in stationärer Behandlung und die Anzahl der durchschnittlichen Krankenhaustage pro Versicherten ist hierbei ebenfalls doppelt so hoch. Ähnliche Geschlechtsunterschiede zeigen sich auch im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (vgl. » Kapitel 1.2). Diese deutliche Differenz steht im Gegensatz zur ambulanten Versorgung (vgl. » Kapitel 2.2), wo nur geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den administrativen Prävalenzen zu finden sind. Allerdings zeigt sich bei den Arzneimittelverordnungen im folgenden Abschnitt (» Kapitel 4.2), dass die Frauen wesentlich häufiger Medikamente für Herz- und Kreislauferkrankungen als die Männer erhalten. Ein möglicher Grund hierfür könnte ein unterschiedliches Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten sein: Frauen begeben sich öfter ambulant in Behandlung (mögliche Gründe können eine höhere Inanspruchnahmebereitschaft, aber auch eine generell größere Nähe zur medizinischen Versorgung im Zusammenhang mit Verhütung und Schwangerschaft sein) und erhalten insgesamt mehr Medikamente verordnet als die Männer. Dagegen suchen Männer medizinische Versorgung tendenziell erst dann auf, wenn die Symptome schwerwiegender und der Leidensdruck entsprechend hoch ist, was

Diagramm 3.2.10 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems (I00-I99) im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2005, 2010 und 2015) nach Geschlecht

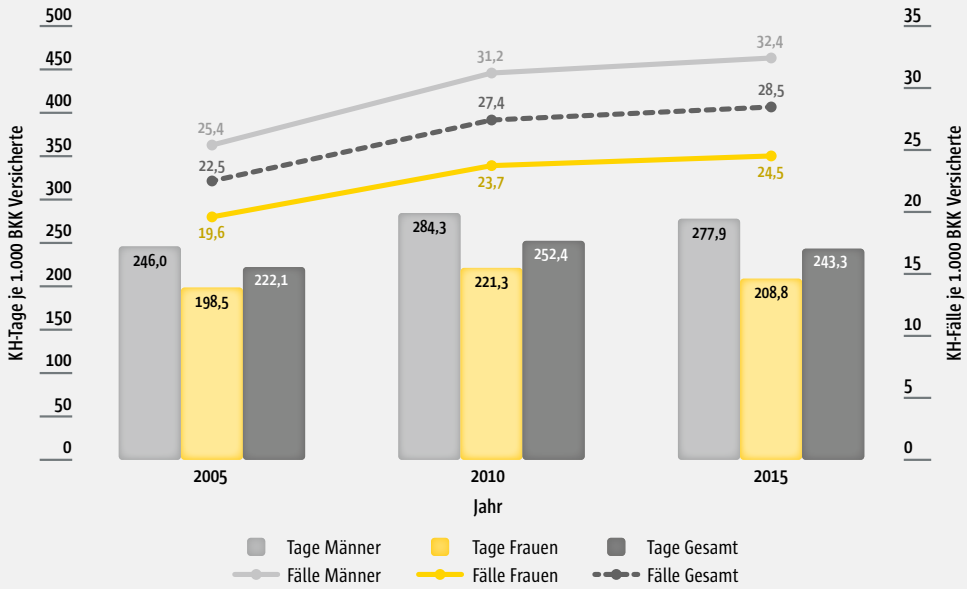


Diagramm 3.2.11 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Herz-/Kreislaufkrankungen der Männer (Berichtsjahr 2015)

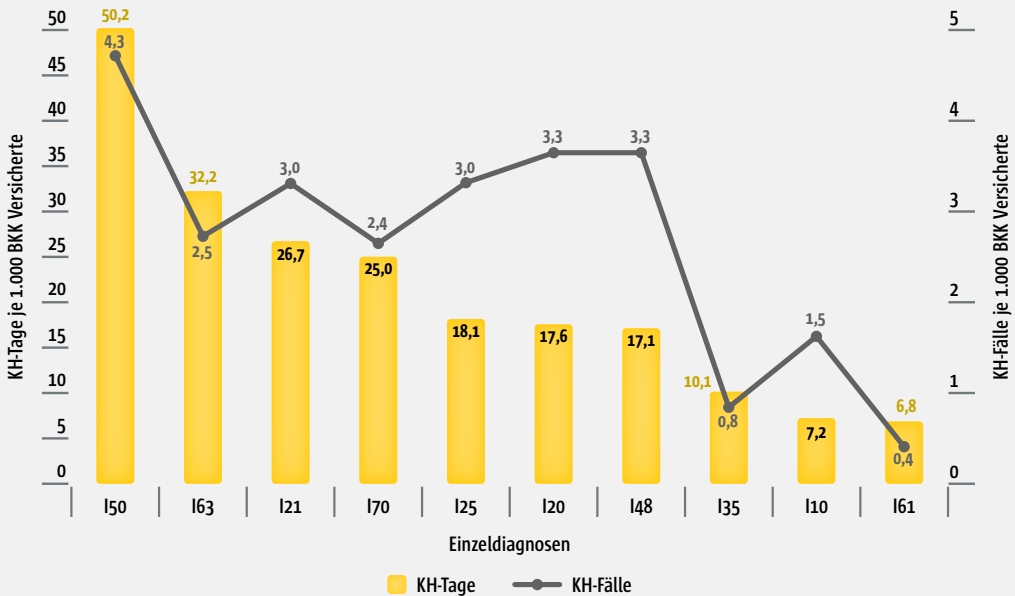
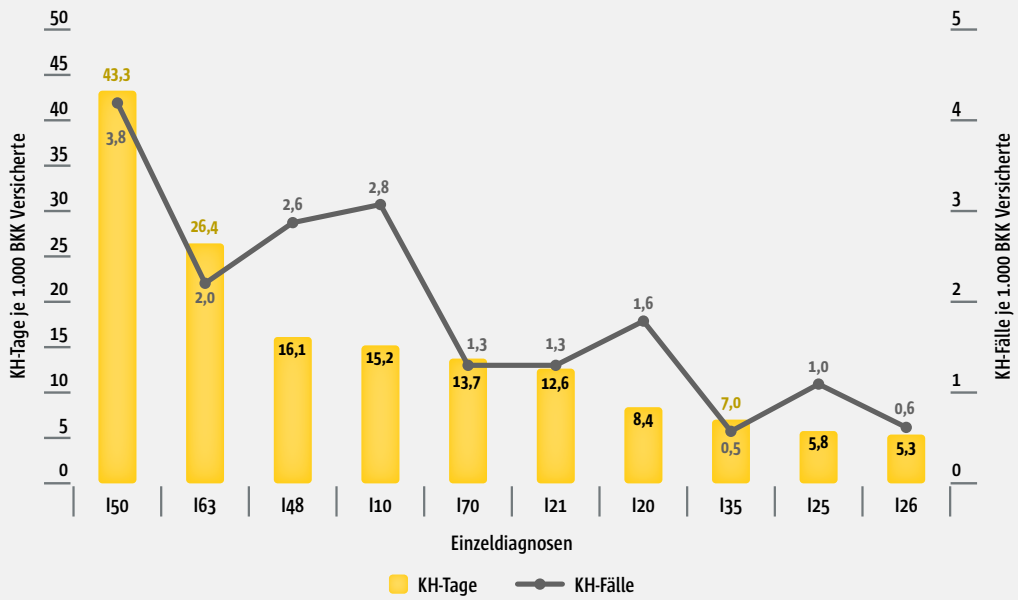


Diagramm 3.2.12 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Herz-/Kreislaufkrankungen der Frauen (Berichtsjahr 2015)



wiederum in wesentlich mehr AU- und KH-Tage im Vergleich zu den Frauen mündet.

Eine stationäre Behandlung von Herzinsuffizienz (I50) findet sehr deutlich am häufigsten bei der Gruppe der über 80-Jährigen statt (» Diagramm 3.2.13). Sind die Kennzahlen in den jüngeren Altersgruppen bis etwa zum 50. Lebensjahr bei beiden Geschlechtern ähnlich gering, so steigen Fallzahlen und die Behandlungstage danach stärker bei den Männern an.

### Neubildungen

- Bösartige Neubildungen der Bronchien und Lunge (C34) sind die häufigste Krebsart, wegen der BKK Versicherte insgesamt in stationärer Behandlung sind. Dies ist die häufigste Krebsdiagnose bei Männern und die zweithäufigste bei Frauen, bei denen hingegen Brustkrebs (C50) noch häufiger der Behandlungsgrund ist.
- In den letzten 10 Jahren haben krebsbedingte Behandlungstage bei Männern stärker zugenommen als bei Frauen.

Die Diagnosehauptgruppe der Neubildungen hat den drittgrößten Anteil an den Krankenhaustagen im aktuellen Berichtsjahr inne, knapp mehr als jeder

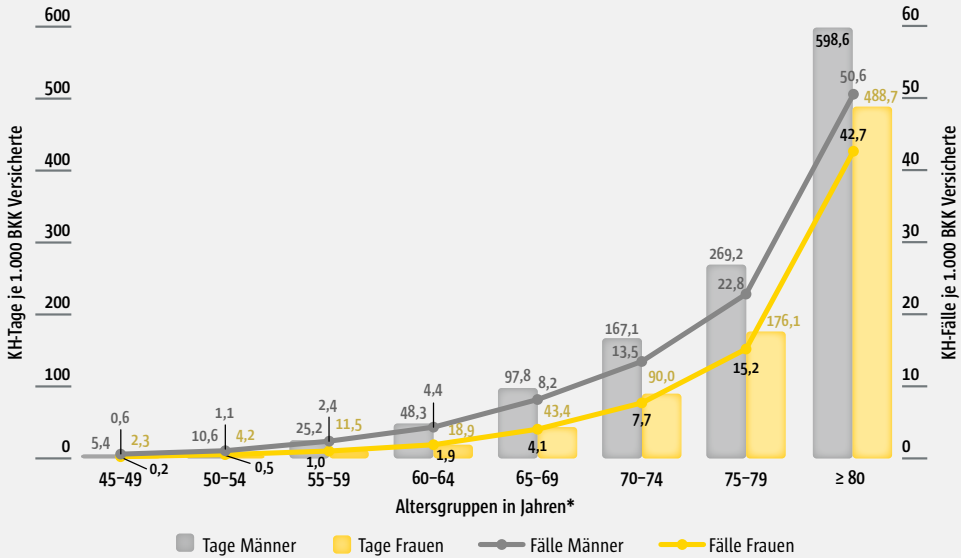
zehnte Krankenhaustag erfolgte aufgrund einer solchen Erkrankung. Rückblickend auf die Berichtsjahre 2005 und 2010 ist festzustellen, dass im Zeitverlauf ein moderater Geschlechtsunterschied bei der Anzahl der KH-Fälle und KH-Tage zu erkennen ist (» Diagramm 3.2.14). So sind im aktuellen Berichtsjahr etwa 12% mehr Behandlungstage bei den Männern dokumentiert. Insgesamt ist die Anzahl der Fälle und der Behandlungstage von 2005 zu 2010 deutlich angestiegen, im aktuellen Berichtsjahr sind die Kennzahlen hingegen rückläufig.

Unter der Diagnosehauptgruppe der Neubildungen werden verschiedene sowohl gut- als auch bösartige Gewebewucherungen zusammengefasst. Entsprechend der Notwendigkeit einer schnellen und umfassenden Behandlung bei bösartigen Neubildungen sind diese vorrangig in der stationären Versorgung vorzufinden.

Die meisten Fälle und die meisten Behandlungstage sind bei den Frauen auf eine Brustkrebserkrankung (C50) zurückzuführen (» Diagramm 3.2.16). Bei den Frauen erfolgt etwa jeder sechste krebs-erkrankungsbezogene Behandlungstag aufgrund dieser Diagnose. Betrachtet man nur die KH-Tage, folgen bei den Frauen an zweiter Stelle die Neubildungen in Bronchien und Lunge (C34), bei den Männern sind hingegen mit dieser Diagnose die meisten Kran-

3.2 Stationäre Versorgung nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 3.2.13 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Herzinsuffizienz (I50) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



\* Altersgruppen bis < 45 Jahre: weniger als 0,5 KH-Fälle bzw. weniger als 5 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte

Diagramm 3.2.14 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – Neubildungen (C00-D48) im Fünf- und Zehnjahresvergleich (2005, 2010 und 2015) nach Geschlecht

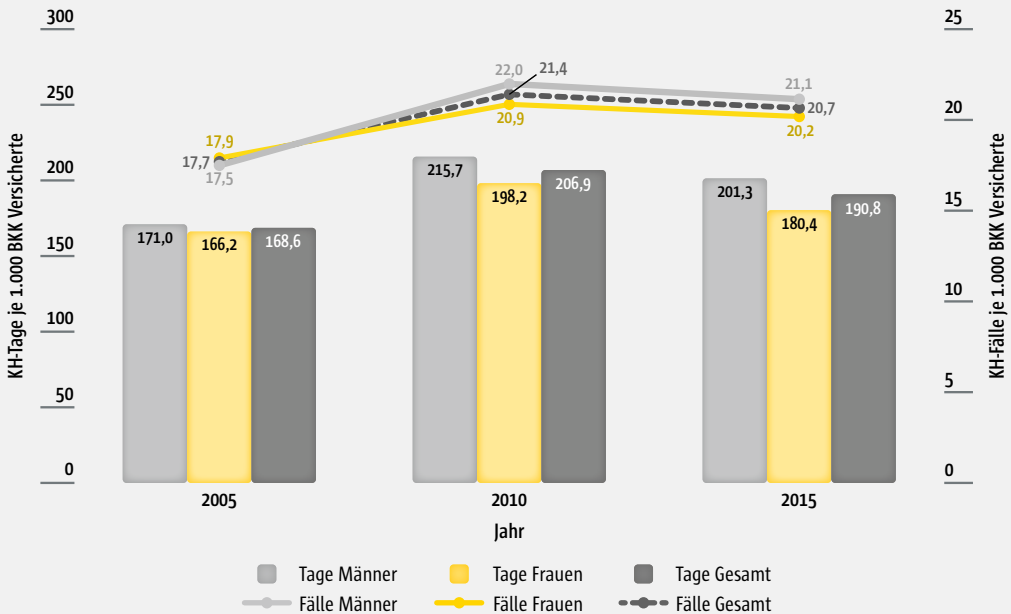




Diagramm 3.2.15 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Neubildungen der Männer (Berichtsjahr 2015)

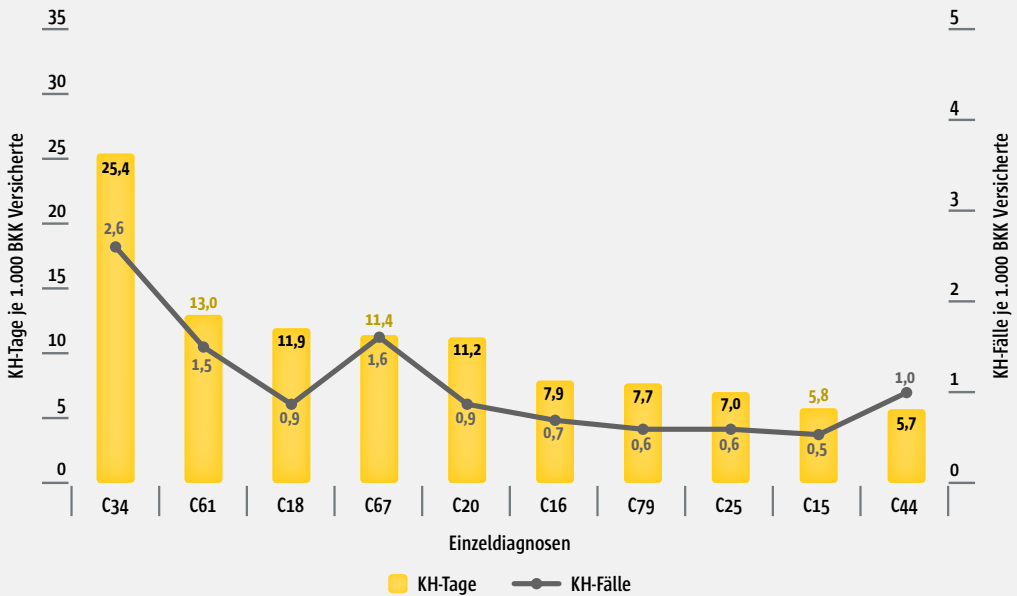
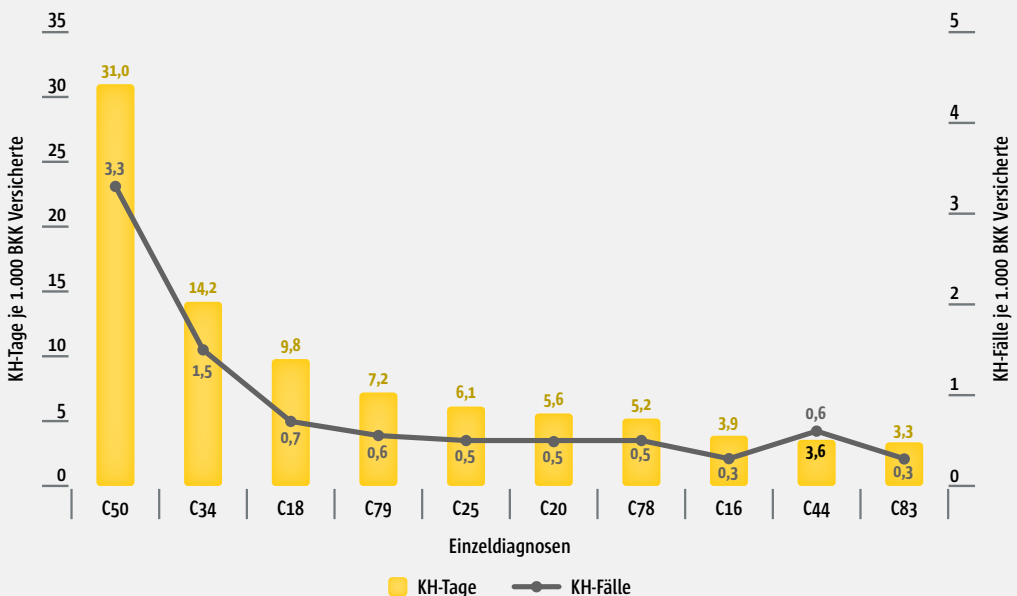


Diagramm 3.2.16 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – die zehn wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Neubildungen der Frauen (Berichtsjahr 2015)



kenhaustage verbunden (»» Diagramm 3.2.15). Dies spiegelt auch die Verhältnisse beim Rauchverhalten – Männer rauchen deutlich häufiger als Frauen – in der Bevölkerung wider. Größer noch ist der Geschlechtsunterschied bei Neubildungen des Magens (C16) sowie des Rektums (C20): Bei beiden Einzeldiagnosen weisen Männer im Vergleich zu Frauen etwa doppelt so viele Krankenhausfälle und -tage auf.

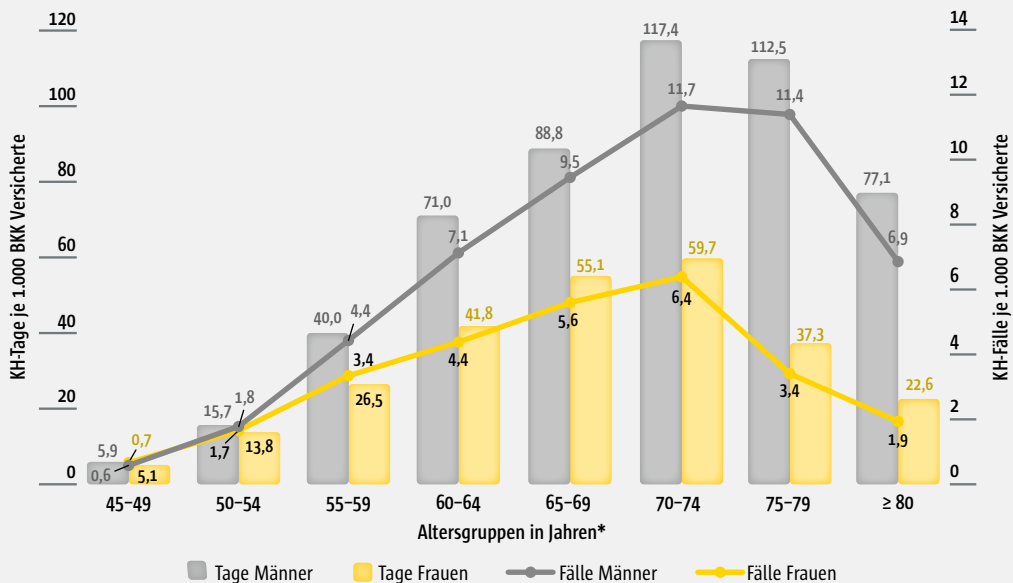
Die häufigere stationäre Behandlung von bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge (C34) bei Männern bildet sich dabei erst in den Altersgruppen über 54 Jahren heraus (»» Diagramm 3.2.17). In den Altersgruppen bis 39 Jahre sind beide Geschlechter nur selten deshalb im Krankenhaus, danach steigern sich die Kennzahlen bei beiden Geschlechtern in sehr ähnlicher Weise. Ab dem 55. Lebensjahr werden hingegen die Differenzen immer größer, bis jeweils die Spitze der Fallzahlen und Behandlungstage bei der Altersgruppe 70–74-Jahre erreicht ist. Auch danach fallen die Kennwerte bei den Männern weniger stark als bei den Frauen, sodass sich der Geschlechterunterschied weiter vergrößert.

### 3.2.2 Stationäre Versorgung nach Versichertenstatus

- Neben den Rentnern sind auch Arbeitslose überdurchschnittlich oft in stationärer Behandlung. Häufigster Grund dafür sind psychische Störungen: Bei den Arbeitslosen gehen mehr als die Hälfte aller Behandlungstage auf diese Krankheitsart zurück.

Anhand der zuvor dargestellten Zahlen der Inanspruchnahme stationärer Versorgung nach Altersgruppe lassen sich auch die Mengen an Krankenhausfällen und -tagen insbesondere bei Familienangehörigen und Rentnern prognostizieren. Da zu den Familienangehörigen vor allem Kinder und Jugendliche zählen, sind hier die entsprechenden Kennzahlen am niedrigsten (»» Tabelle 3.2.1): Im aktuellen Berichtsjahr 2015 sind 114,8 Krankenhausfälle je 1.000 mitversicherte Familienangehörige erfolgt, bei 921,1 Tagen je 1.000 versicherte Angehörige. Dies sind 7% weniger Fälle und 6% weniger Tage gegenüber dem Vorjahr. Die weiblichen Familienangehörigen weisen dabei mehr Fälle und entsprechend mehr Tage auf als die männlichen. Gegenüber 2014 am stärksten zurückgegangen sind die Kennwerte bei den beschäftigten Mitgliedern (–8% bei den Fäl-

Diagramm 3.2.17 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten – bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge (C34) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

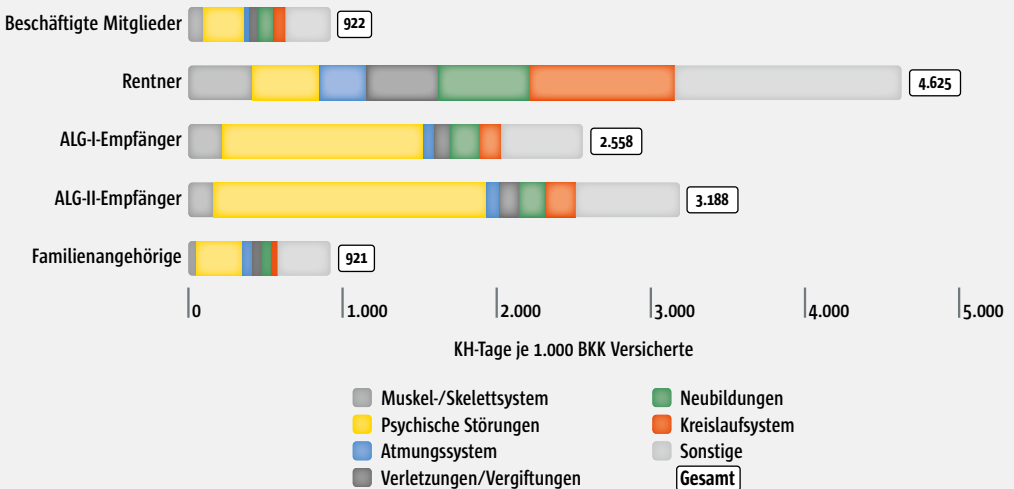


\* Altersgruppen bis < 45 Jahre: weniger als 0,5 KH-Fälle bzw. weniger als 5 KH-Tage je 1.000 BKK Versicherte

**Tabelle 3.2.1 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)**

		KH-Fälle je 1.000 BKK Versicherte		KH-Tage	Tage je Fall
Versicherte Gesamt	Männer	196,2	1.727,1	8,8	
	Frauen	192,8	1.749,5	9,1	
	<b>Gesamt</b>	<b>194,5</b>	<b>1.738,3</b>	<b>8,9</b>	
davon					
Beschäftigte Mitglieder	Männer	122,2	893,8	7,3	
	Frauen	124,4	957,0	7,7	
	<b>Gesamt</b>	<b>123,1</b>	<b>921,7</b>	<b>7,5</b>	
ALG-I-Empfänger	Männer	246,2	2.588,5	10,5	
	Frauen	230,8	2.523,4	10,9	
	<b>Gesamt</b>	<b>238,9</b>	<b>2.557,7</b>	<b>10,7</b>	
ALG-II-Empfänger	Männer	310,2	3.420,1	11,0	
	Frauen	267,0	2.927,3	11,0	
	<b>Gesamt</b>	<b>289,8</b>	<b>3.187,6</b>	<b>11,0</b>	
Familienangehörige	Männer	106,9	844,6	7,9	
	Frauen	120,0	971,9	8,1	
	<b>Gesamt</b>	<b>114,8</b>	<b>921,1</b>	<b>8,0</b>	
Rentner	Männer	499,9	4.882,4	9,8	
	Frauen	437,3	4.397,1	10,1	
	<b>Gesamt</b>	<b>466,7</b>	<b>4.624,8</b>	<b>9,9</b>	

**Diagramm 3.2.18 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)**



len, -10% bei den Tagen), sodass bei den Behandlungstagen diese Versichertengruppe fast gleichauf mit den Familienangehörigen ist. Die Gruppe der Rentner vereinigt hingegen die meisten Krankenhaufälle und -tage auf sich, hier sind im aktuellen Berichtsjahr pro 1.000 Versicherte 466,7 Krankenhaufälle und 4.624,8 Krankenhaustage angefallen, was nur einem geringen Rückgang gegenüber dem Vorjahr entspricht. Ebenfalls mehr Fälle als der Durchschnitt aller BKK Versicherten sind für Arbeitslose (ALG-I: 238,9 KH-Fälle je 1.000 Versicherte; ALG-II: 289,8 KH-Fälle je 1.000 Versicherte) erfasst. Zusammen mit den überdurchschnittlichen Gesamtsummen an Behandlungstagen ergeben sich für die Arbeitslosen-Versichertengruppen mit jeweils etwa 11 Tagen je Fall die höchsten Werte im Vergleich der durchschnittlichen Falldauer.

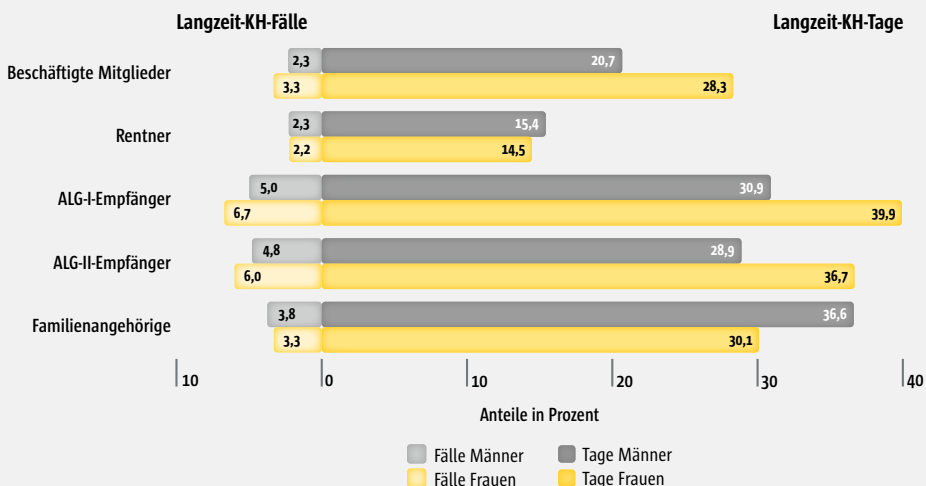
Differenziert man für die Versichertengruppen wiederum nach Diagnosehauptgruppen, so wird ersichtlich, welche Erkrankungsarten sich hinter den Gesamtsummen an Behandlungstagen verbergen (III Diagramm 3.2.18). Bei den Rentnern fallen bei fast jeder hier aufgeführten Diagnosehauptgruppe - Ausnahme sind die psychischen Störungen - in absoluten Zahlen mehr Behandlungstage an als bei den anderen Versichertengruppen. Wie die Analysen der Kennwerte in Abhängigkeit vom Alter schon nahelegten, sind es die Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems, die hier wiederum auch relativ betrachtet dominieren und mit insgesamt 20% aller Behandlungstage bei den Rentnern den größten Anteil ausmachen. Des

Weiteren stechen die psychischen Störungen als besonders häufiger Grund für eine stationäre Behandlung hervor. Entsprechend geht sowohl bei den ALG-I- als auch den ALG-II-Empfängern mindestens jeder zweite Behandlungstag auf Erkrankungen aus diesem Diagnosespektrum zurück. Bei den ALG-I-Empfängern liegen außerdem noch die Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems relativ deutlich über dem Durchschnitt aller Versicherten (223 vs. 151 KH-Tage je 1.000 Versicherte), alle anderen Erkrankungsarten sind bei den Arbeitslosen eher unterdurchschnittlich häufig Ursache einer stationären Behandlung.

Wie zu Anfang dieses Abschnittes beschrieben, nehmen Männer und Frauen insgesamt etwa gleich häufig eine stationäre Behandlung in Anspruch. Betrachtet man hingegen nur die Langzeitfälle, so fallen bei den Frauen ca. 10% mehr Krankenhaufälle und -tage pro Versicherten an als bei den Männern: Von der Gesamtmenge der stationären Fälle und Tage sind bei Männern 2,7% Langzeitbehandlungsfälle mit mehr als 6 Wochen Dauer. Mit einem Anteil von 20,4% an allen Krankenhaustagen geht dabei etwa jeder fünfte Krankenhaustag auf einen Langzeitfall zurück. Bei den Frauen sind die Anteile mit 3,0% der Fälle und 22,0% der Tage entsprechend höher.

Für die einzelnen Versichertengruppen zeigen sich in der Gegenüberstellung der Krankenhaufälle und -tage (III Tabelle 3.2.1) mit den darauf bezogenen Anteilen von Langzeiterkrankungen (III Diagramm 3.2.19) Besonderheiten: Bei der Gruppe der Rentner, die die meisten Fälle und Behandlungstage pro Versicherten

Diagramm 3.2.19 Stationäre Versorgung – Anteile der Langzeiterkrankungen (KH-Dauer > 6 Wochen) der BKK Versicherten nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



aufweist, sind mit 2,3% nur relativ wenige der Fälle Langzeitbehandlungen. Ebenso sind bei dieser Versichertengruppe nur 14,9% aller Krankenhaustage auf eine Langzeitbehandlung zurückzuführen. Unterschiede nach Geschlecht sind dabei gering, bei leicht höheren Anteilen aufseiten der Männer.

Bei den aufgeführten Arbeitslosengruppen, die beide recht viele Fälle und ebenso Behandlungstage pro Versicherten aufweisen, sind hingegen deutlich mehr Fälle Langzeitbehandlungen; hier sind mit 5,8% (ALG-I) bzw. 5,3% (ALG-II) die höchsten Anteile von allen Versichertengruppen zu verzeichnen. Für etwa jeden dritten stationären Behandlungstag von Arbeitslosen ist eine Langzeitbehandlung ursächlich. Einen ähnlich großen Anteil an allen Behandlungstagen findet man auch bei der Gruppe der Familienangehörigen – worunter viele Kinder und Jugendliche fallen, die absolut gesehen relativ selten stationär versorgt werden müssen. Auch die höhere Quote an männlichen Familienangehörigen, für die ein Langzeitbehandlungsfall dokumentiert wurde, lässt sich damit erklären. Insgesamt ist der Anteil der Langzeitfälle an allen Krankenhausfällen mit 3,5% aber nur mäßig hoch, woraus ersichtlich wird, dass die dort aufgetretenen Langzeitfälle gegenüber anderen Versichertengruppen bei den Familienangehörigen noch langwieriger sind: Während Langzeitfälle bei den anderen Versicherten etwa zwischen 65 (ALG-I-Empfänger) und 67 Tagen (ALG-II-Empfänger) dauern, werden für diese bei den Familienangehörigen im Schnitt 75 Tage

benötigt. Auch hier kann dies zu einem großen Teil auf den hohen Anteil an psychischen Erkrankungen in den jungen Altersgruppen zurückgeführt werden, bei denen die durchschnittliche Falldauer lang ist. Die größte Differenz zwischen den Geschlechtern tritt hingegen bei den beschäftigten Mitgliedern auf. 3,3% der Fälle und 28,3% der Tage sind bei den Frauen auf Langzeitfälle zurückzuführen, bei den Männern sind es hingegen nur 2,3% der Tage und 20,7% der Fälle.

### 3.2.3 Stationäre Versorgung nach weiteren soziodemografischen Merkmalen

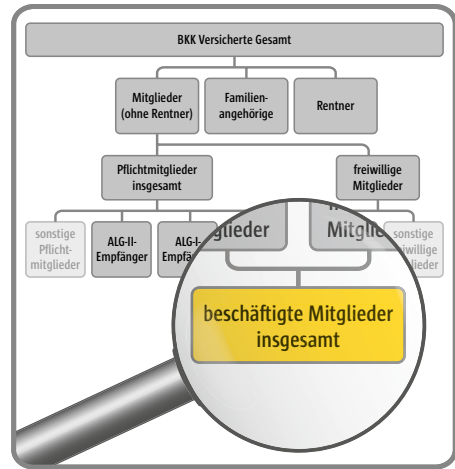
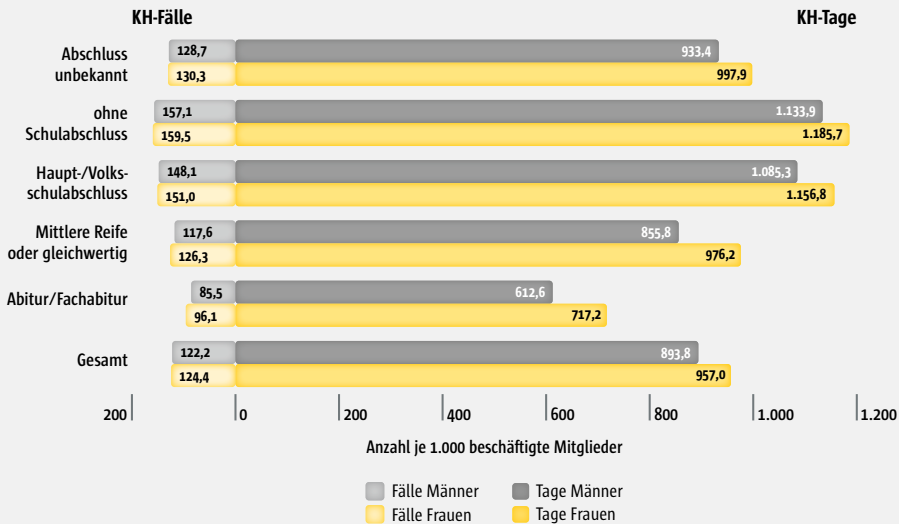


Diagramm 3.2.20 Stationäre Versorgung – KH-Tage und -Fälle der beschäftigten Mitglieder insgesamt nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



Für die weitere Analyse stationärer Versorgungsdaten hinsichtlich der Unterschiede nach Schul- und Ausbildungsabschluss wird die Gruppe der Beschäftigten insgesamt betrachtet, da nur bei dieser Versicherungsentgeltgruppe die Zuordnung entsprechend der Klassifikation der Berufe 2010 (KlDB 2010) vorliegt. Detailliertere Informationen zum Schul- und Ausbildungsabschluss sind in **III** Kapitel 1.2.3 zu finden.

### Höchster Schulabschluss

- Je höher der Schulabschluss der Beschäftigten, desto weniger wahrscheinlich ist eine stationäre medizinische Behandlung.
- Besonders deutlich wird dies bei Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Muskel- und Skeletterkrankungen: Bei Beschäftigten mit Volks-/Hauptschulabschluss erfolgten jeweils 2,5-mal mehr Behandlungsfälle und -tage aufgrund dieser Krankheitsarten als bei Beschäftigten mit (Fach-)Abitur.

Im Vergleich der höchsten Schulabschlüsse (**III** Diagramm 3.2.20) ist es die Gruppe ohne einen Schulabschluss, welche im aktuellen Berichtsjahr die größte Anzahl an Behandlungsfällen und -tagen insgesamt aufweist (158 KH-Fälle und 1.147 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Nur unwesentlich geringer sind die Kennzahlen bei den Beschäftigten mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss (149 KH-Fälle und 1.108 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Mit etwa 40% weniger Fällen und Behandlungstagen gegenüber diesen beiden Schulabschlussgruppen sind für die Beschäftigten mit (Fach-)Abitur die niedrigsten Werte festzustellen. Für diese Gruppe besteht wiederum die größte relative Differenz zwischen den Geschlechtern: Für Frauen mit (Fach-)Abitur sind 12% mehr Krankenhausfälle und 17% mehr Behandlungstage dokumentiert.

In **III** Diagramm 3.2.21 und **III** Diagramm 3.2.22 sind die drei größten Schulabschlussgruppen (entsprechend der Zahl der darunter gefassten Versicherten, s. **III** Tabelle 1.2.5 in **III** Kapitel 1.2.3) hinsicht-

**Diagramm 3.2.21 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und ausgewählten Schulabschlussgruppen (Berichtsjahr 2015)**

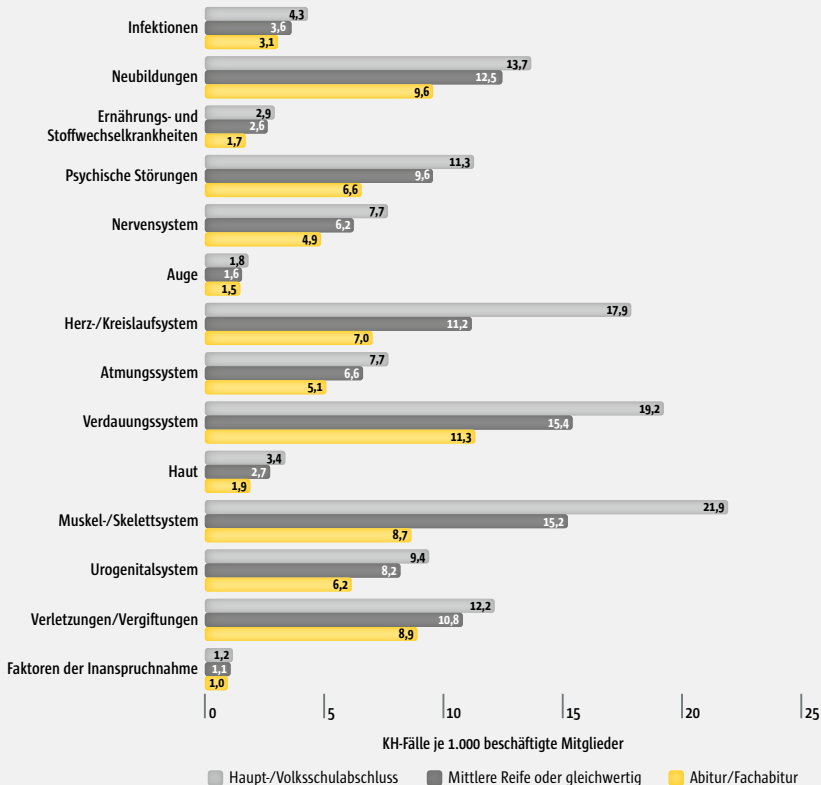
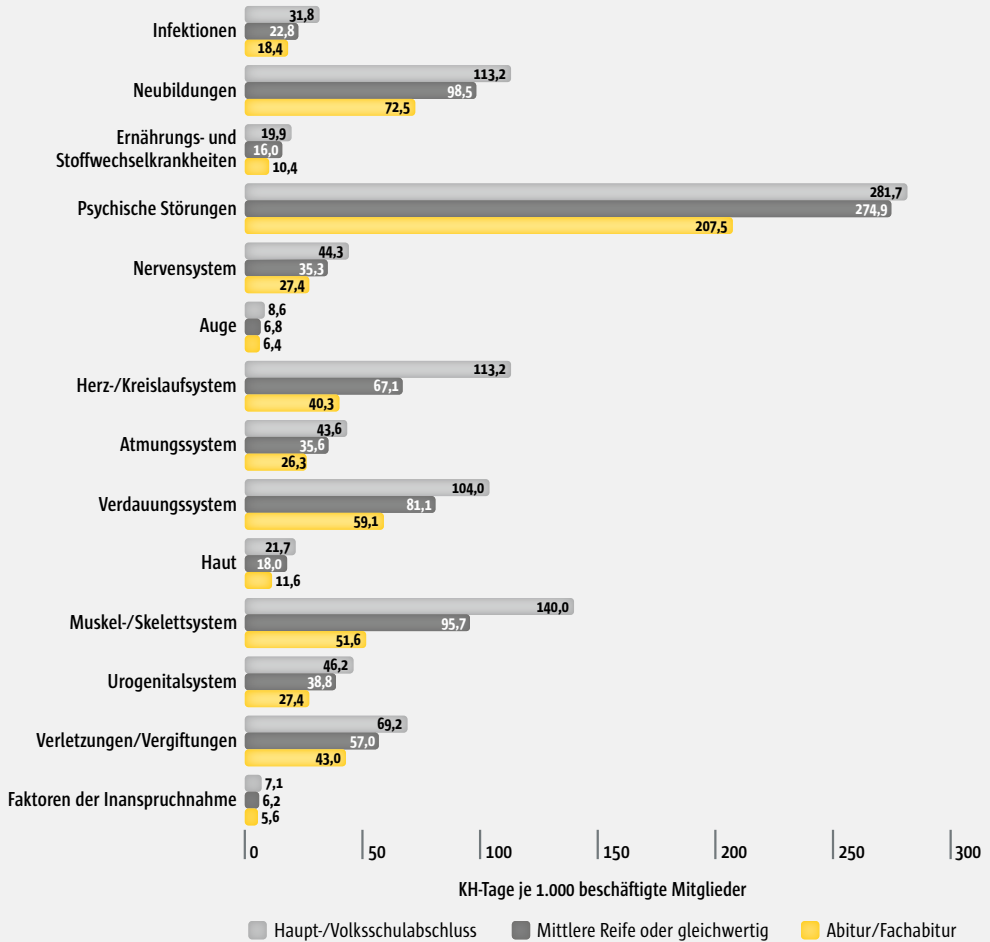


Diagramm 3.2.22 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und ausgewählten Schulabschlussgruppen (Berichtsjahr 2015)



lich ihrer Fallzahlen und Krankenhaustage in ausgewählten ICD-Hauptgruppen gegenübergestellt. Sehr augenfällig ist dabei, dass die Kennwerte in höheren Schulabschlussgruppen durchweg geringer ausfallen. Deutlich stechen dabei die Herz- und Kreislauf- sowie die Muskel- und Skeletterkrankungen heraus: Für Beschäftigte mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss sind mehr als zweieinhalbmal so viele Fälle sowie Behandlungstage für diese beiden Erkrankungsarten im aktuellen Berichtsjahr 2015 dokumentiert. Die größte Differenz zwischen Haupt-/Volksschulabschluss und Mittlerer Reife besteht wiederum hinsichtlich der stationären Versorgung der Muskel- und Skeletterkrankungen; hier liegen 75%

mehr Fälle und 85% mehr Krankenhaustage für die Beschäftigten mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss vor. Andererseits ist eine augenfällig geringe Differenz zwischen Haupt-/Volksschulabschluss und Mittlerer Reife bei der Menge an Behandlungstagen aufgrund von psychischen Störungen zu erkennen. In der Betrachtung der durchschnittlichen Falldauer ist für diese Diagnosehauptgruppe gegen das Muster bei den anderen Erkrankungsarten hier mit steigendem Schulabschluss eine Zunahme der durchschnittlichen Behandlungstage je Fall zu verzeichnen: Die stationäre Behandlung psychischer Leiden dauert bei ehemaligen Haupt-/Volksschulabsolventen im Schnitt 25 Tage, bei Beschäftigten mit (Fach-)

Abitur hingegen fast 32 Tage. Hier wirkt sich sicher auch aus, dass der Anteil von Krankenhausfällen und -tagen, die auf Depressionen (F32, F34) zurückzuführen sind, bei den Beschäftigten mit (Fach-)Abitur am größten ist. Dies lässt auch vermuten, dass das Inanspruchnahmeverhalten und auch der Behandlungsbedarf bei Personen je nach deren Bildungsniveau unterschiedlich sind.

### Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss

- Ähnlich wie bei den Schulabschlüssen sind auch mit höherem Grad des beruflichen Abschlusses weniger Behandlungsfälle und -tage zu verzeichnen.
- Beschäftigte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss sind mit Abstand häufiger aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen in stationärer Behandlung, als es bei anderen Abschlüssen zu beobachten ist: so unter anderem mehr als doppelt so häufig gegenüber Meistern/Technikern oder Hochschulabsolventen.

Im Vergleich der Beschäftigtengruppen (»»» Diagramm 3.2.23) nach höchstem Ausbildungsabschluss sind im Berichtsjahr 2015 die Personen ohne Ausbildungsabschluss am häufigsten im Krankenhaus gewesen (130 Fälle je 1.000 Versicherte), die meisten Behandlungstage pro Versicherten vereinigen hingegen die Beschäftigten ohne bekannten Abschluss auf sich (964 KH-Tage je 1.000 Versicherte). Deutlich geringer fallen die Kennzahlen bei den Gruppen mit Bachelorabschluss bzw. Promotion aus. In diesen Gruppen sind wiederum die Geschlechtsunterschiede deutlich größer als bei den anderen Abschlussgruppen: Für beschäftigte Bachelorabsolventinnen sind fast ein Viertel mehr Fälle (82 vs. 66 KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder), für beschäftigte Frauen mit Dokortitel über 50% mehr Behandlungstage (762 vs. 495 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) dokumentiert.

Wie »»» Diagramm 3.2.24 und »»» Diagramm 3.2.25 aufzeigen, ist das Bild der Kennzahlen der stationären Versorgung bei den Ausbildungsabschlussgruppen nicht so homogen wie bei den Schulabschlussgruppen: Zwar nehmen Fallzahlen und die Menge der Behandlungstage zwischen den hier aufgeführ-

Diagramm 3.2.23 Stationäre Versorgung – KH-Tage und -Fälle der beschäftigten Mitglieder insgesamt nach höchstem beruflichen Ausbildungsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

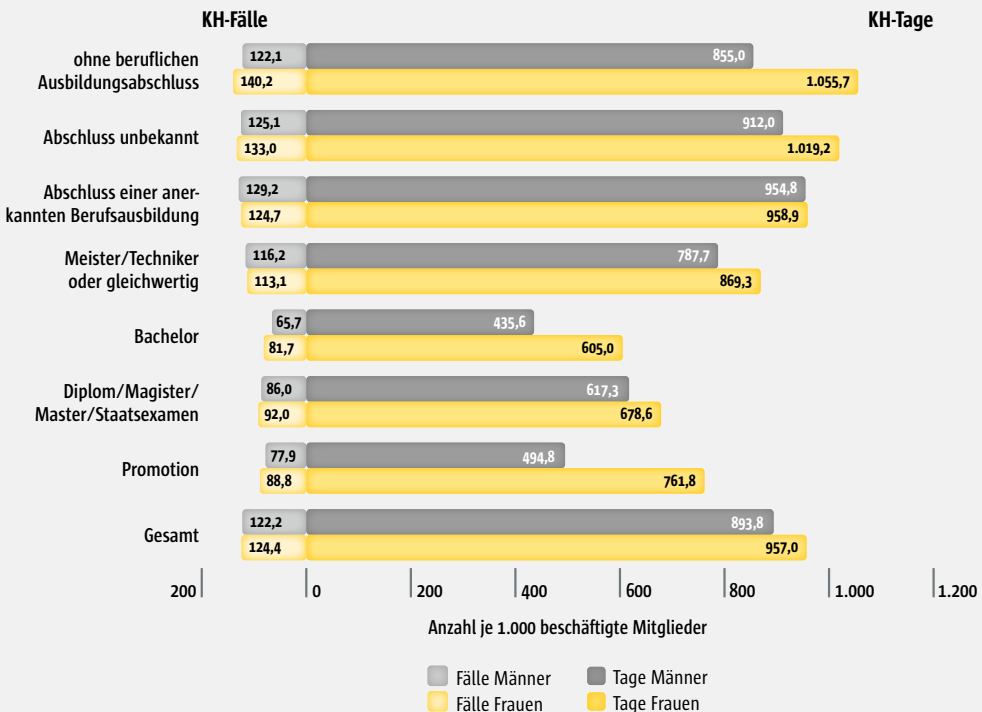
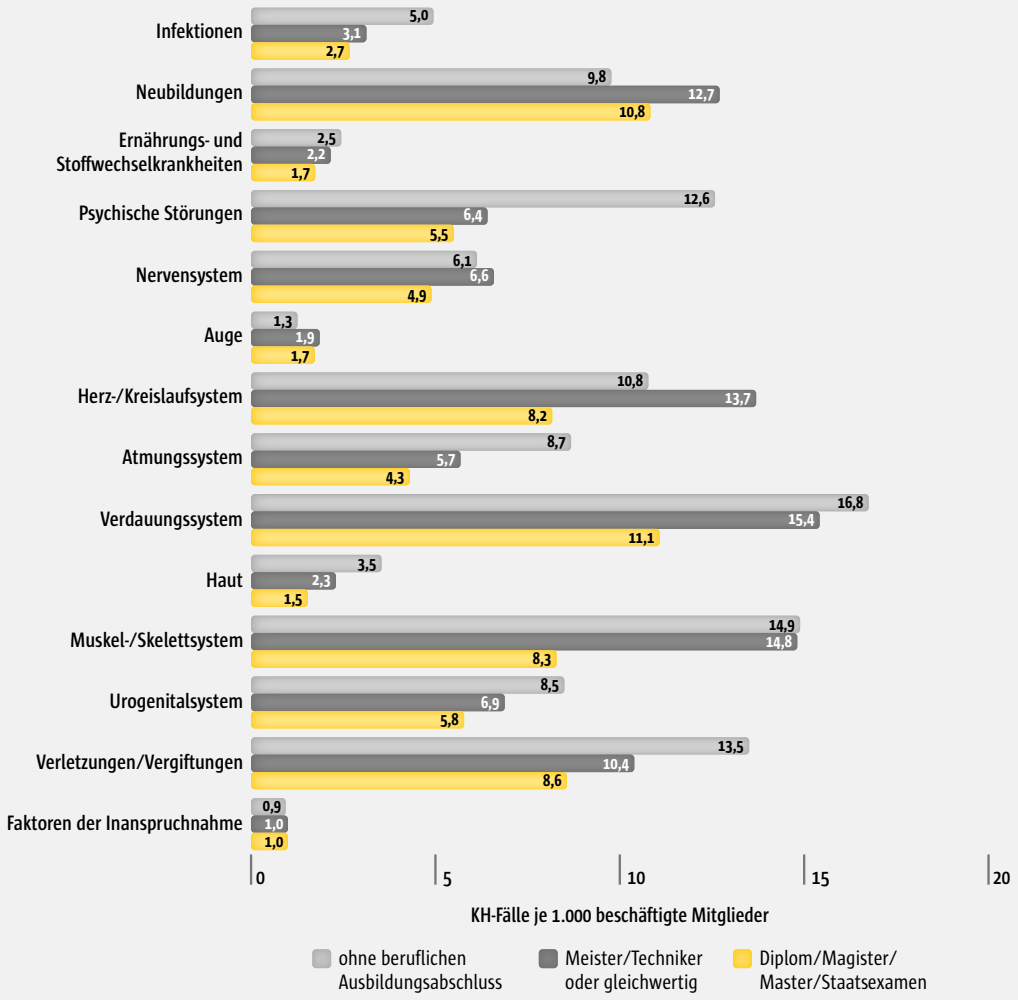




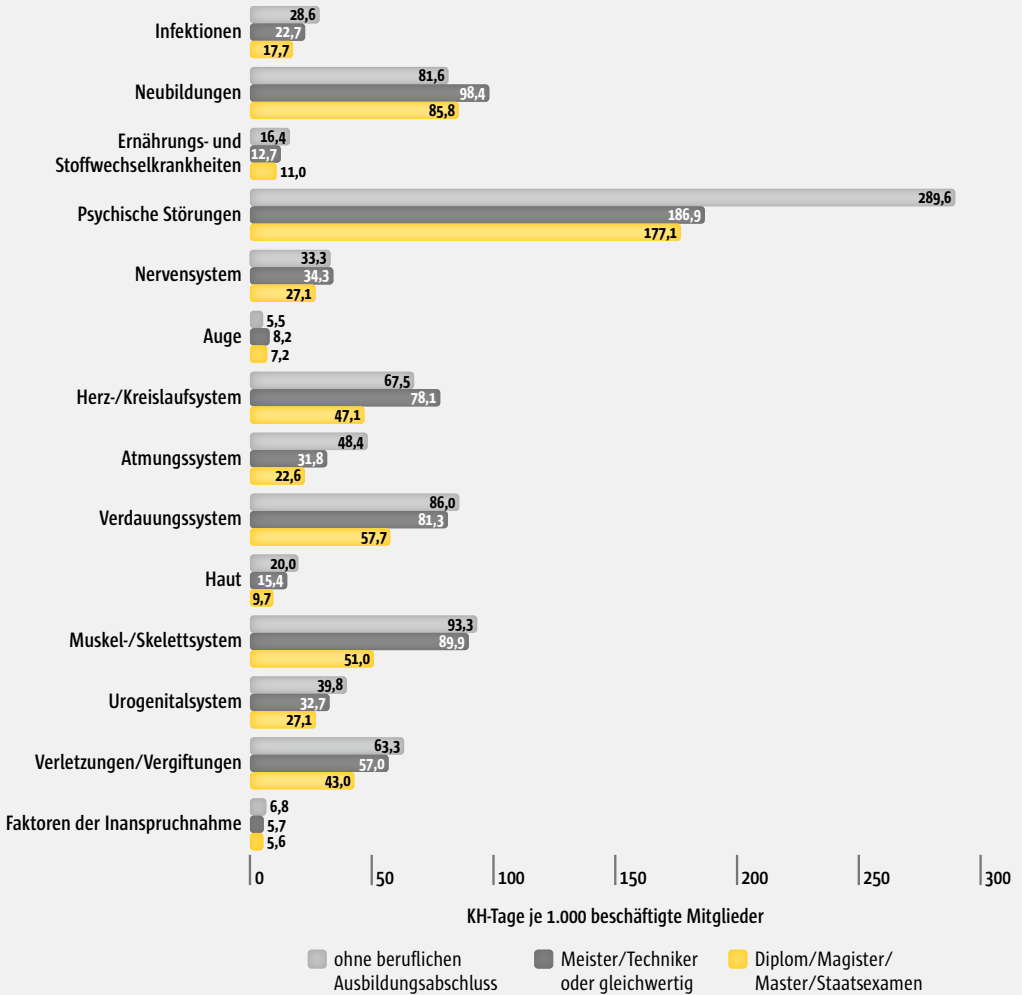
Diagramm 3.2.24 Stationäre Versorgung – KH-Fälle der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und ausgewählten Berufsabschlussgruppen (Berichtsjahr 2015)



ten drei personenstärksten Ausbildungsabschlussgruppen (entsprechend der Zahl der darunter gefassten Versicherten, s. »»» Tabelle 1.2.6 in »»» Kapitel 1.2.3) im Gesamtwert ab, für einzelne Diagnosehauptgruppen gilt dies aber nicht durchgehend. So weisen in diesem Vergleich diejenigen Beschäftigten ohne Ausbildungsabschluss die niedrigsten Kennwerte hinsichtlich der Neubildungen auf. Hierbei muss aber auch bedacht werden, dass dies diejenige Gruppe mit dem jüngsten Durchschnittsalter ist, was auch insbesondere auf die darunter zu zählenden Auszubildenden zurückzuführen ist. Auch sind

die Meister und Techniker hinsichtlich der stationären Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankungen am häufigsten betroffen und die daraus resultierende Menge an Behandlungstagen ist am größten. Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen sind Beschäftigte mit Meister-/Technikerausbildung sowie diejenigen ohne Abschluss etwa gleich häufig betroffen, während Beschäftigte mit höherem Universitätsabschluss hierbei mehr als 40% weniger Fälle und Behandlungstage aufweisen. Die stationäre Behandlung psychischer Störungen kommt deutlich am häufigsten bei Personen ohne Ausbildungsab-

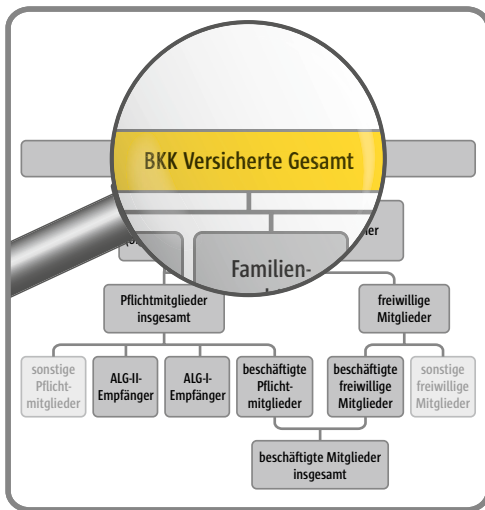
Diagramm 3.2.25 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und ausgewählten Berufsabschlussgruppen (Berichtsjahr 2015)



schluss vor. Auch hier zeigt sich eine sehr deutliche Zunahme der durchschnittlichen Behandlungsdauer je Fall mit steigender Ausbildungsabschlussgrup-

pe von 23 Tagen je Fall bei der Gruppe ohne Abschluss bis hin zu 32 Tagen je Fall bei den Beschäftigten mit Diplom oder ähnlichem.

## 3.3 Stationäre Versorgung in Regionen



Die Gesundheit der Versicherten wird auch durch die Lebensbedingungen an ihren Wohnorten, die dortigen konkreten Arbeitsbedingungen genauso wie die allgemeine Wirtschaftskraft vor Ort, die Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote sowie die soziokulturellen Bedingungen beeinflusst. Darüber hinaus spielen auch die regionalen Strukturen der medizinischen Versorgung vor Ort, wie z.B. die Arzt-, Krankenhaus- und Apothekendichte, eine Rolle. Nachfolgend werden die Kennwerte der stationären Versorgung auf Ebene der Bundesländer sowie der Kreise ausgewertet und analysiert (für die Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesländern sei auf die **»** Tabelle 1.3.1 in **»** Kapitel 1 zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen verwiesen).

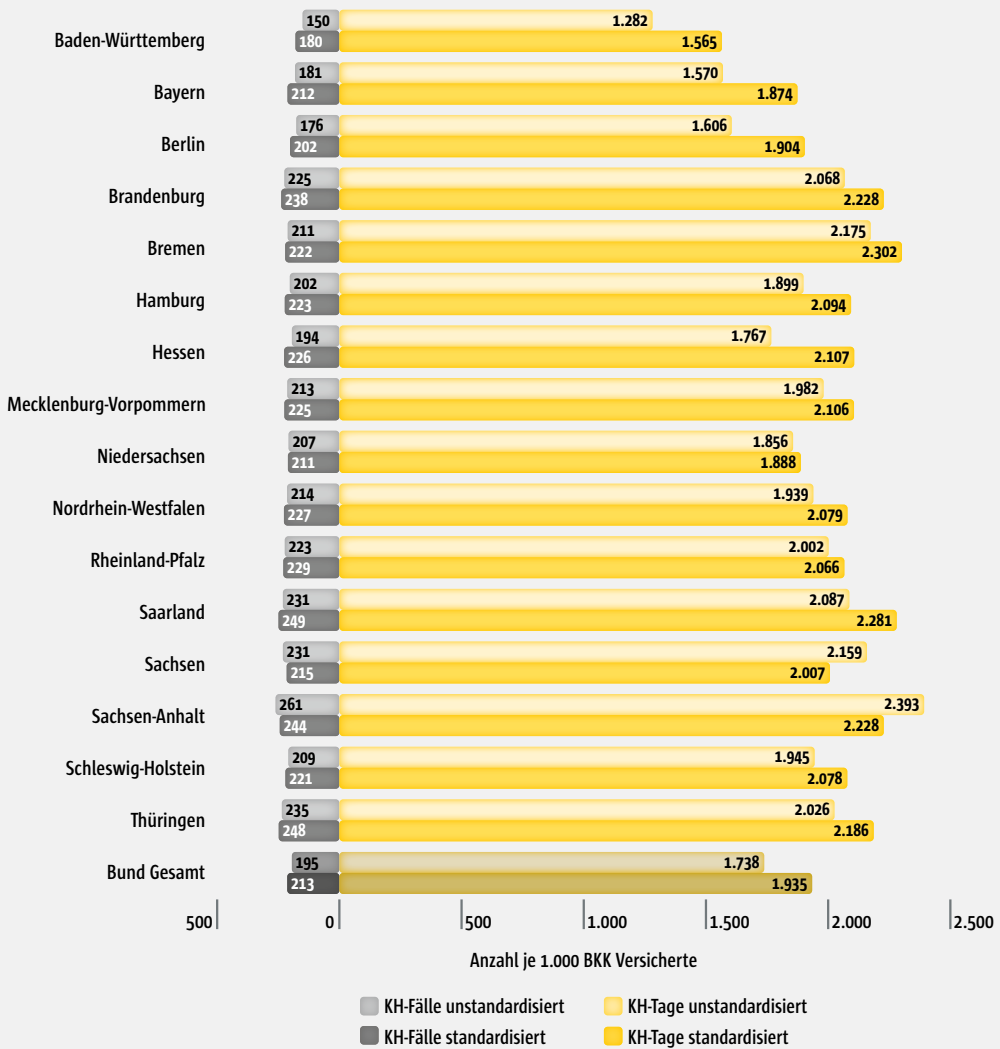
### 3.3.1 Regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und Kreise

- Baden-Württemberg weist die pro Kopf wenigsten, Sachsen-Anhalt die meisten Krankenhausfälle und -tage aller Bundesländer auf.
- Rechnet man Alters- und Geschlechtsunterschiede, die zwischen den Bundesländern bestehen, aus den Kennwerten heraus, sind hingegen Thüringen bei den Krankenhausfällen und Bremen bei den Krankenhaustagen je Versicherten auf dem Spitzenplatz.
- Im Vergleich zum Vorjahr ist in Bremen – anders als in den anderen Bundesländern – die Menge der Behandlungsfälle (+8%) und -tage (+6%) gestiegen. Besonders bei Rentnern und Familienangehörigen sind mehr Behandlungstage als im Vorjahr zu verzeichnen.

Die Häufigkeit, die Dauer von Krankenhausaufenthalten sowie die dafür als ursächlich diagnostizierten Erkrankungen unterscheiden sich zwischen den Bundesländern zum Teil erheblich. Um soziodemographie-unabhängige Vergleiche zwischen den Bundesländern zu ermöglichen, werden die Kennzahlen per Standardisierung um Effekte bereinigt, die einzig auf der spezifischen Bevölkerungsstruktur eines Bundeslandes hinsichtlich Alter und Geschlecht beruhen (s. dazu auch **»** Methodische Hinweise).

In **»** Diagramm 3.3.1 sind Krankenhausfälle und -tage der Bundesländer sowohl in unstandardisierter als auch in nach Alter und Geschlecht standardisierter Form gegenübergestellt. Wie dieser Vergleich zeigt, sind vor allem in Sachsen und Sachsen-Anhalt die standardisierten Fall- und Tageswerte bedeutend niedriger als die unstandardisierten Werte. Im aktuellen Berichtsjahr sind in Sachsen die im Bundesländervergleich viertmeisten Krankenhausfälle und die drittmeisten Krankenhaustage erfolgt – unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht liegen die Werte hingegen nur noch unwesentlich über

Diagramm 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage und -Fälle der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2015)



dem Bundesdurchschnitt. In Sachsen und Sachsen-Anhalt sind die BKK Versicherten im Vergleich zu den anderen Bundesländern mit etwa 5 Jahren über dem Bundesdurchschnitt am ältesten. Sachsen-Anhalt wiederum bleibt aber auch nach der Standardisierung sowohl bei Krankenhausfällen als auch -tagen je Versicherten deutlich über dem Bundesdurchschnitt.

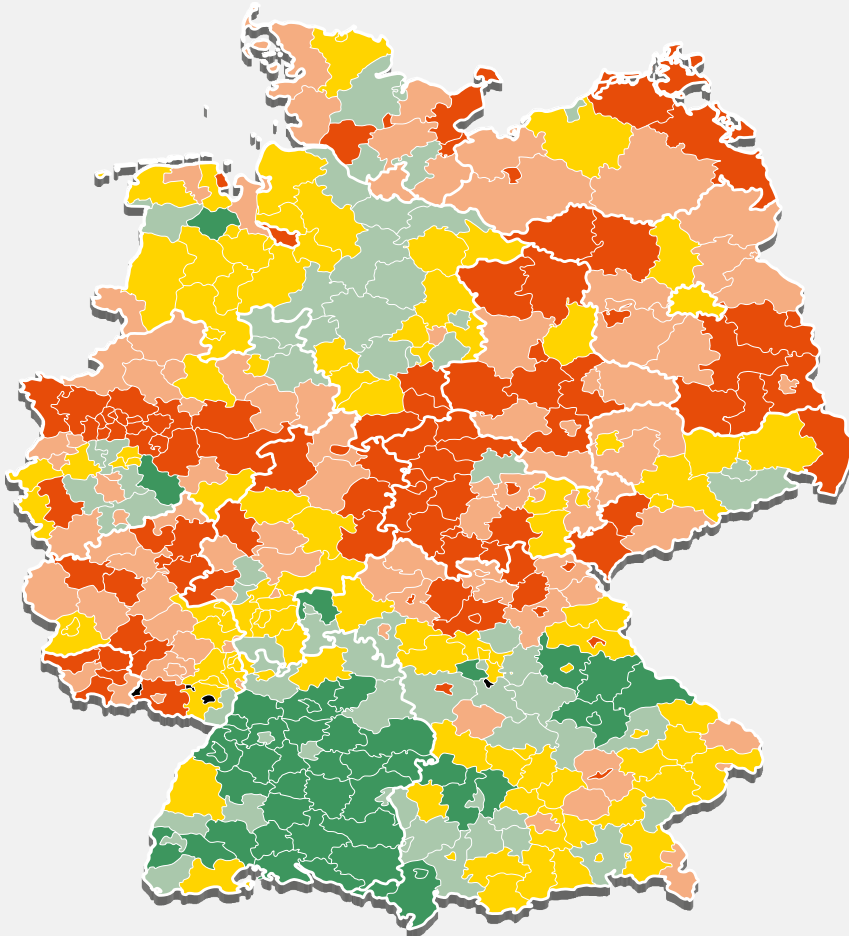
Bei den standardisierten Kennzahlen sind hingegen Thüringen bei den Krankenhausfällen und Bremen bei den Krankenhaustagen je Versicherten auf

dem Spitzenplatz. Bemerkenswert für Bremen ist auch, dass, anders als in den anderen Bundesländern, die Kennwerte gegenüber dem Vorjahr merklich angestiegen sind – reell (d. h. unstandardisiert) um immerhin 6,3% (bei den KH-Fällen sind es sogar 7,8%). Für das Bundesland Baden-Württemberg hingegen werden durch die Standardisierung die Fall- und Tageswerte zwar nach oben korrigiert, dennoch sind die Versicherten in diesem Bundesland auch dann noch am seltensten sowie am kürzesten im Krankenhaus gewesen: Im Schnitt waren es im aktuellen Berichts-

jahr 1,3 Tage je Versicherten (bzw. entsprechend 1.282 KH-Tage je 1.000 Versicherte), standardisiert sind es auch nur 1,6 Tage je Versicherten. Bei der durchschnittlichen (unstandardisierten) Falldauer sticht wiederum Bremen besonders heraus; dort dauert ein Aufenthalt im Schnitt 10,3 Tage, während der Bundesdurchschnitt hierfür nur 8,9 Tage beträgt.

Das **III** Diagramm 3.3.2 stellt die Abweichungen der KH-Tage der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt auf Kreisebene dar. Auch innerhalb der Bundesländer sind teils deutliche Unterschiede vorhanden – selbst wenn man den Einfluss von Alter und Geschlecht aus den kreisbezogenen Werten herausrechnet. Im Jahr 2015 sind die Versicherten im bayerischen

**Diagramm 3.3.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) – mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt – Alter und Geschlecht standardisiert (Berichtsjahr 2015)**



**Abweichungen der KH-Tage der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt**

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- 5–15% unter dem Bundesdurchschnitt
- ± 5% um den Bundesdurchschnitt (1.935 KH-Tage je 1.000 Versicherte)
- 5–15% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben\*

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

Bamberg am längsten im Krankenhaus gewesen (standardisiert rund 2,8 KH-Tage je Versicherten bzw. entsprechend 2.801 KH-Tage je 1.000 Versicherte), in demselben Bundesland ist im Kreis Aichach-Friedberg der Tageswert mit rund 1,3 Tagen weniger als halb so hoch. Auch in Nordrhein-Westfalen ist die Differenz zwischen den Kreisen teils erheblich, am größten zwischen der kreisfreien Stadt Herne (standardisiert rund 2,7 KH-Tage je Versicherten) und dem Oberbergischen Kreis (standardisiert rund 1,6 KH-Tage je Versicherten). Baden-Württemberg ist selbst nach Ausgleich der Alters- und Geschlechtsunterschiede in den meisten Kreisen unter dem Bundesdurchschnittswert von 1,8 KH-Tagen je Versicherten zu finden. Allein in Mannheim sind tendenziell mehr Tage in 2015 dokumentiert. Sowohl für Baden-Württemberg als auch auf Bundesebene sind die wenigsten Krankenhaustage pro Versicherten wiederum im Kreis Heidenheim angefallen (1,3 KH-Tage je Versicherten).

In der Betrachtung der verschiedenen Versicherungsträger je Bundesland werden weitere Unter-

schiede deutlich (III Tabelle 3.3.1). Wie auf Bundesebene sind auch in fast allen Bundesländern die Rentner diejenigen, die pro Kopf durchschnittlich die meisten Krankenhaustage aufweisen. Die schon zu Beginn dieses Abschnitts erwähnte Steigerung der Behandlungstage pro Versicherten in Bremen sind vor allem auf die Rentner sowie die Familienangehörigen zurückzuführen. Hier stiegen die Werte um 6 bzw. 14% gegenüber dem Vorjahr. Durch diesen Anstieg ist nun Bremen Spitzenreiter mit 5.483 Krankenhaustagen je 1.000 Versicherte, d.h. auf jeden berenteten Versicherten entfallen etwa 5,5 Behandlungstage – zum Vergleich: In Baden-Württemberg sind es nur 3,8 Tage. Bei den Familienangehörigen ist Bremen nur knapp hinter dem Spitzenreiter Sachsen-Anhalt platziert, auch hier ist Baden-Württemberg dasjenige Bundesland, das mit 0,7 Tagen pro Kopf den niedrigsten Wert zu verzeichnen hat. Der größte Unterschied zwischen maximalem und minimalem Wert der Krankenhaustage je Versicherten ist hingegen bei den ALG-II-Empfängern festzustellen: In Bayern beträgt die durch-

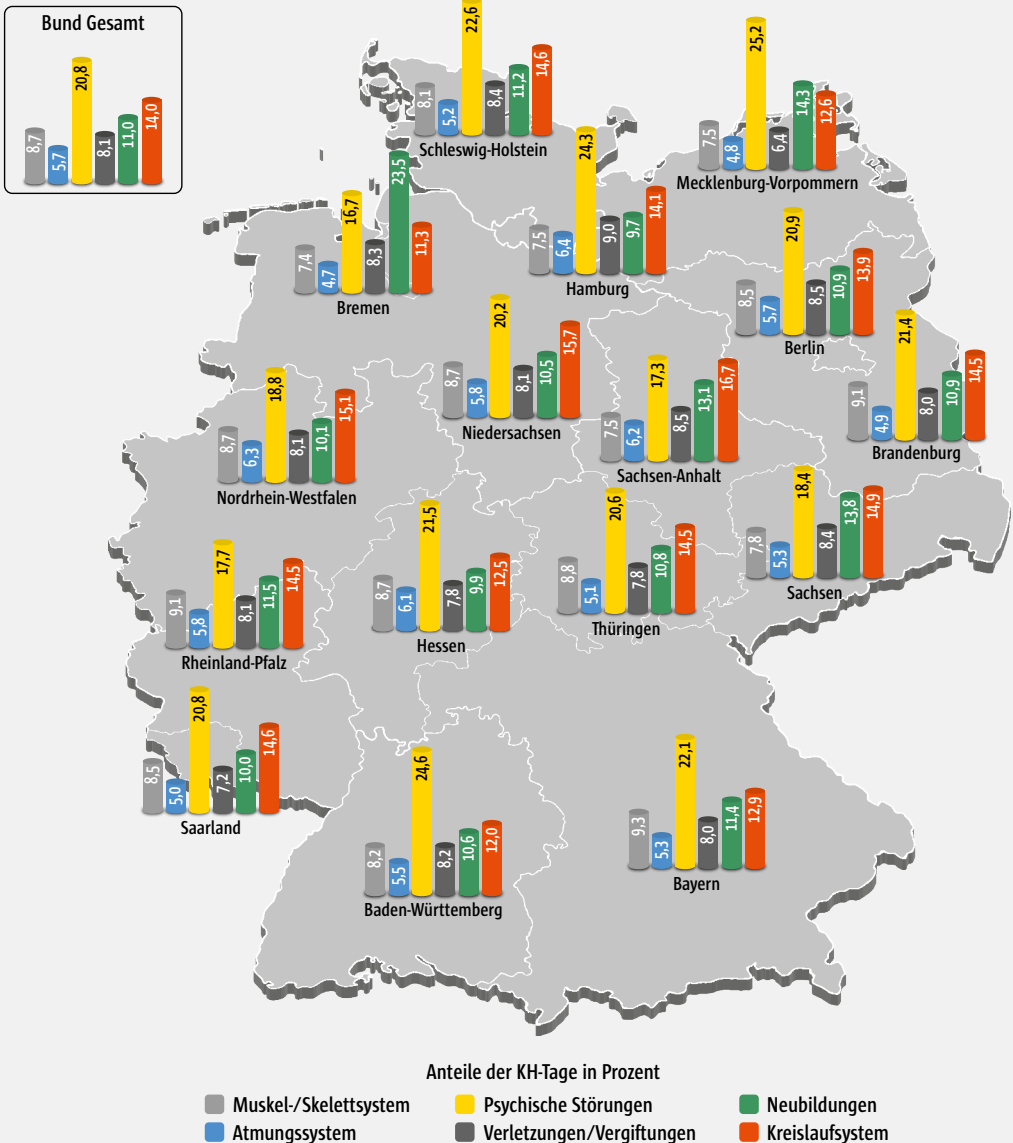
Tabelle 3.3.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2015)

Bundesland	beschäftigte Mitglieder	KH-Tage je 1.000 Versicherte			
		ALG-I	ALG-II	Familienangehörige	Rentner
Baden-Württemberg	760,7	2.549,0	4.177,7	718,2	3.764,5
Bayern	915,7	2.610,0	4.515,2	822,9	4.519,6
Berlin	770,4	1.672,3	2.137,7	792,3	4.549,4
Brandenburg	1.035,9	2.751,8	3.064,8	1.153,9	5.112,4
Bremen	1.020,1	2.647,1	2.915,5	1.252,8	5.482,8
Hamburg	880,9	2.518,7	3.489,0	981,7	5.121,7
Hessen	985,3	2.601,6	3.406,8	1.091,9	4.833,5
Mecklenburg-Vorpommern	1.083,2	2.415,6	2.618,3	1.237,9	4.481,4
Niedersachsen	960,5	2.661,2	3.206,0	967,2	4.375,0
Nordrhein-Westfalen	957,3	2.599,3	3.090,7	981,0	5.158,2
Rheinland-Pfalz	1.020,8	3.079,6	3.534,7	1.095,5	4.955,2
Saarland	1.159,4	2.780,1	3.344,1	1.141,8	5.063,5
Sachsen	989,2	2.197,2	3.151,9	1.035,6	4.568,7
Sachsen-Anhalt	1.092,4	3.009,1	3.140,0	1.285,7	4.951,0
Schleswig-Holstein	950,2	2.391,5	3.071,1	1.075,0	4.862,6
Thüringen	1.129,6	2.698,1	3.020,2	1.124,7	4.698,1
<b>Bund Gesamt</b>	<b>921,7</b>	<b>2.557,7</b>	<b>3.187,6</b>	<b>921,1</b>	<b>4.624,8</b>

schnittliche Falldauer etwa 4,5 Tage pro Versicherten - und ist damit mehr als doppelt so lang wie in Berlin, wo auf jeden ALG-II-Empfänger 2,1 Krankenhaustage entfallen. Bei den ALG-I-Empfängern ist ebenfalls in Berlin die niedrigste Aufenthaltsdauer pro Kopf dokumentiert (1,7 Tage je ALG-I-Empfänger), die längste wiederum in Rheinland-Pfalz

(3,1 Tage pro ALG-I-Empfänger). Wiederum in Baden-Württemberg ist für die beschäftigten Mitglieder der niedrigste Pro-Kopf-Tageswert (0,8 KH-Tage je Beschäftigten) vorzufinden, hier sind es die saarländischen Erwerbstätigen, die durchschnittlich am längsten im Krankenhaus behandelt werden (1,2 KH-Tage pro Beschäftigten).

Diagramm 3.3.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der BKK Versicherten – nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



### 3.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Diagnosehauptgruppen

- Im Vergleich zu anderen Bundesländern sind in Bremen Behandlungsfälle und -tage in überdurchschnittlichem Maße auf Neubildungen zurückzuführen. Dort geht fast jeder 4. Behandlungstag darauf zurück.
- Deutlich überdurchschnittlich viele Behandlungstage aufgrund von Herz- und Kreislauferkrankungen sind in Sachsen-Anhalt zu verzeichnen, in Mecklenburg-Vorpommern sind wiederum die psychischen Störungen für überdurchschnittlich viele Behandlungstage ursächlich.

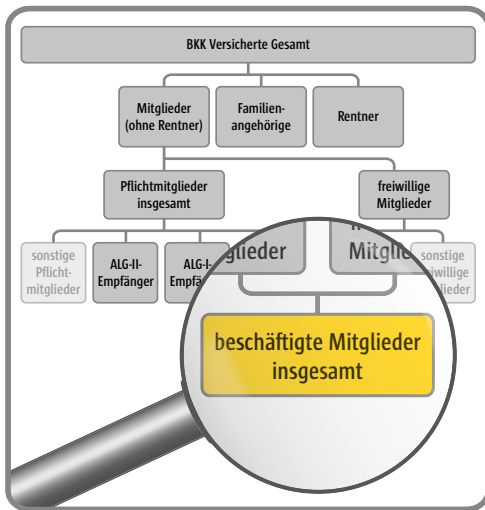
Auch die Verteilung der Krankenhausdiagnosen stellt sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich dar. Das **»»»** Diagramm 3.3.3 zeigt auf, welche Anteile ausgewählte Diagnosehauptgruppen jeweils an den in **»»»** Diagramm 3.3.1 (unstandardisierte Werte) dargestellten Krankenhaustagen je Versicherten haben.

Für die Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen ist bei den Anteilen an der Gesamtmenge der Behandlungstage eine nur relativ geringe Variationsbreite im Bundesländervergleich zu finden. In Bayern – einem Bundesland mit relativ wenig Krankenhaustagen pro Versicherten insgesamt – ist der Anteil an der Gesamtmenge der Behandlungstage mit 9,3% am höchsten. In Bremen ist der Anteil mit 7,4% dagegen am geringsten; hier dominieren hingegen die Neubildungen das Krankheitsgeschehen in der stationären Versorgung. Der Anteil an allen Krankenhaustagen aufgrund derartiger Erkrankungen ist mit 23,5% mehr als doppelt so hoch wie der Anteil auf

Bundesebene (11,0%). In diesem Bundesland ist auch der Anteil an Langzeitbehandlungen (und darauf zurückzuführende Behandlungstage), die aufgrund von Neubildungserkrankungen anfallen, relativ hoch: Auf diese Diagnosehauptgruppe gehen in Bremen jeweils etwa 40% der Langzeitbehandlungsfälle und -tage zurück, im Bundesdurchschnitt machen Neubildungen hingegen nur etwa 11% der Langzeitfälle und deren Behandlungstage aus. Entsprechend ist in Bremen die Liegezeit pro Neubildungsfall deutlich länger, dort dauert ein Fall 15,3 Tage – in allen anderen Bundesländern sind es weniger als 10 Tage. In der ambulanten Versorgung (vgl. **»»»** Kapitel 2.3) sind für Bremen allerdings keine besonders hohen Diagnoseraten weder allgemein noch speziell bei Neubildungen zu verzeichnen. Daher kann vermutet werden, dass die hohen Kennwerte der stationären Versorgung auf formale Gründe (z. B. andere Versorgungsstrukturen und Behandlungswege) zurückzuführen sind. Bei stationärer Versorgung von psychischen Erkrankungen ist wiederum in Mecklenburg-Vorpommern sowohl absolut (500 KH-Tage je 1.000 Versicherte) als auch relativ (etwa jeder vierte Krankenhaustag geht auf eine solche Erkrankung zurück) der Höchstwert im aktuellen Berichtsjahr zu finden. Ebenfalls eine relativ große Spannweite zwischen größtem und kleinstem Anteil an der Gesamtanzahl der Krankenhaustage eines Bundeslandes ist bezüglich der Herz-/Kreislauferkrankungen vorzufinden. Hierbei ist Sachsen-Anhalt Spitzenreiter, mit 16,7% geht dort jeder sechste Krankenhaustag auf eine solche Erkrankung zurück (auch absolut höchster Wert mit 400 KH-Tagen je 100 Versicherte), in Bremen ist es nur etwas mehr als jeder neunte Krankenhaustag (11,3%).



## 3.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit



Dieser Abschnitt des Kapitels widmet sich dem diesjährigen Schwerpunktthema des BKK Gesundheitsreports, dem Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit. Im Fokus der Betrachtungen stehen dabei dem Arbeitsweltbezug entsprechend die beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt. Für die Analysen wurden zahlreiche arbeitsweltliche Indikatoren einbezogen, so etwa die Betriebsgröße, die Zugehörigkeit zu einer Wirtschaftsgruppe, die Berufsgruppe, die Vertragsform sowie die vertraglich vereinbarte Arbeit in Voll- oder Teilzeit. Eine Beschreibung insbesondere derjenigen zu analysierenden Gruppen aus der Gesamtheit der beschäftigten BKK Mitglieder, die aus dem Tätigkeitsschlüssel entsprechend der Klassifikation der Berufe der Bundesagentur für Arbeit (KldB 2010) ableitbar sind, ist in [Kapitel 1.4.2](#) zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zu finden.

### 3.4.1 Auswertung nach Wirtschaftsgruppen

- Wie auch im Vorjahr weisen die im Postdienst Beschäftigten die mit Abstand meisten stationären Behandlungstage von allen Wirtschaftsgruppen auf. Hier sind es insbesondere die Frauen, welche die bei weitem meisten Tage pro Beschäftigten in stationärer Behandlung verbringen.
- Die meisten Krankenhaustage für männliche Beschäftigte sind bei der Wirtschaftsgruppe Abfallbeseitigung und Recycling vorzufinden – rund 30% mehr als bei den dort beschäftigten Frauen.
- Die wenigsten Tage verbrachten Beschäftigte der Wirtschaftsgruppen Informationsdienstleistungen/Datenverarbeitung, freiberufliche/wissenschaftliche bzw. technische Dienstleistungen sowie Verlage und Medien in stationärer Versorgung.

Differenziert man die Behandlungstage in der stationären Versorgung nach Wirtschaftsgruppen, so zeigen sich teils deutliche Unterschiede. Im Bereich Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung Tätige haben nur 704 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder, bei den Postdiensten treten hingegen 1.269 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder auf. Gerade bei letztgenannter Wirtschaftsgruppe ist, anders als bei den anderen Gruppen, ein deutlicher Zuwachs mit einem Plus von mehr als 5% bei den Behandlungstagen je Beschäftigten im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Auch ist die Anzahl an Krankenhaustagen im Sozialwesen, in der Öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung sowie in der Abfallbeseitigung und Recycling mit mehr als 1.100 KH-Tagen pro 1.000 beschäftigte Mitglieder überdurchschnittlich hoch. In diesen Gruppen sind aber die Kennwerte gegenüber 2014 zurückgegangen, insbesondere im Sozialwesen sind es fast 10% weniger Behandlungstage im Vergleich zum Vorjahr. Dies wird nur noch übertroffen von einem Rückgang der Behandlungstage um fast 13% bei Beschäftigten der Energie- und Wasserwirtschaft.

Vergleicht man darüber hinaus innerhalb der Wirtschaftsgruppen die Unterschiede nach Geschlecht der Beschäftigten, so zeigt sich auch hier die größte Differenz zwischen Männern und Frauen bei den Postbediensteten (1.084 vs. 1.429 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) (III Diagramm 3.4.1). Ebenfalls eine relativ große Differenz weisen die Beschäftigten in Verlagen und Medien auf (28% mehr Behandlungstage bei den Frauen im Vergleich zu den Männern). Die Männer dieser Wirtschaftsgruppe weisen dabei die insgesamt wenigsten Krankenhaustage von allen Wirtschafts- und Geschlechts-Subgruppen auf. Andersherum verhält es sich bei den Beschäftigten im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling: Je 1.000 männliche Beschäftigte sind hier 1.161 Krankenhaustage zu verzeichnen – das ist der höchste Wert für männliche Beschäftigte insgesamt und 30% mehr als bei den weiblichen Beschäftigten dieser Wirtschaftsgruppe. Dabei lässt sich aber vermuten, dass hierfür die Ursache in einer ausgeprägten Trennung zwischen Männern und Frauen bei den Berufen liegt (z.B. Schwerpunkt der Männer bei körperlich beanspruchenden Tätigkeiten, während Frauen vornehmlich Büroarbeiten verrichten), sodass die beiden Geschlechter jeweils wesentlich anderen gesundheitlichen Belastungen und entsprechend unterschiedlichen Erkrankungs-/Verletzungsgefahren ausgesetzt sind (s. dazu auch III Kapitel 1.4.2).

Gerade bei den Postbediensteten ist das Durchschnittsalter – hier wiederum besonders bei den dort tätigen Frauen – relativ hoch. Aber auch nach Bereinigung der Werte um den Einfluss von Alter und Geschlecht sind die Beschäftigten der Postdienste diejenigen mit den meisten Behandlungstagen (1.126 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) im Vergleich zu anderen Wirtschaftsgruppen (III Diagramm 3.4.2). In der Rangliste folgen dahinter die Beschäftigten im Sozialwesen sowie in Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften. Gerade bei letzteren wird eine deutliche Steigerung der Behandlungstagemenge durch die Standardisierung um mehr als 10% sichtbar (s. dazu auch III Kapitel 3.4.3). Noch größere Differenzen zeigen sich zwischen den standardisierten und unstandardisierten Werten bei den Beschäftigten in Unternehmen der Abfallbeseitigung und Recycling sowie der Metallerzeugung und -bearbeitung mit einer Korrektur um 13% bzw. 12% nach unten. Die drei Wirtschaftsgruppen mit den wenigsten KH-Tagen je Beschäftigten sind die gleichen wie bei den unstandardisierten Werten: Beschäftigte in den Wirtschaftsgruppen Informationsdienstleistungen/Datenverarbeitung, freiberufliche/wissenschaftliche bzw. technische Dienstleistungen sowie Verlage und Me-

dien waren jeweils weniger als 800 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder in stationärer Versorgung.

Welche Diagnosen in den unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen große Anteile an der Gesamtmenge an stationären Aufenthaltstagen pro Beschäftigten ausmachen, ist in III Diagramm 3.4.3 ablesbar. Darin sind für sechs ausgewählte ICD-Diagnosehauptgruppen (diese sind bei den beschäftigten BKK Mitgliedern für insgesamt mehr als zwei Drittel der Krankenhaustage ursächlich, das weitere Drittel ist als „Sonstige“ dargestellt) die Anteile an allen KH-Tagen in jeder Wirtschaftsgruppe dargestellt.

Bei den Beschäftigten der Postdienste, also der Wirtschaftsgruppe mit den meisten stationären Behandlungstagen im Jahr 2015, waren allein über 30% dieses Tagesvolumens auf die Behandlung von psychischen Störungen zurückzuführen. Mit 396 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder liegt die Kennzahl deutlich über dem Bundesdurchschnitt (261 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder bzw. 28% Anteil an allen KH-Tagen). Auch die meisten Behandlungstage je Beschäftigten im Wirtschaftsgruppenvergleich sind bei der Gruppe der Postbediensteten für Muskel- und Skeletterkrankungen sowie für Neubildungen zu verzeichnen. Bei den Beschäftigten im Sozialwesen – für diese sind im aktuellen Berichtsjahr die zweitmeisten Krankenhaustage festzustellen – ist hingegen das Ursachenspektrum nicht ganz so breit, es sind insbesondere die psychischen und Verhaltensstörungen, die allein 35,5% aller KH-Tage innerhalb der Wirtschaftsgruppe ausmachen und damit deutlich herausstechen. Deutlich weniger als der Durchschnitt sind die im Sozialwesen Beschäftigten hingegen aufgrund von Verletzungen/Vergiftungen sowie Herz- und Kreislauferkrankungen in stationärer Behandlung. Fast das umgekehrte Bild zeigt sich bei der Metallerzeugung und -bearbeitung: Für die dort Beschäftigten sind die meisten Krankenhaustage dokumentiert, die aufgrund von Verletzungen/Vergiftungen und Herz- und Kreislauferkrankungen sowie von Atmungssystemerkrankungen erfolgt sind.

### 3.4.2 Auswertung nach Berufen

- Mit über 1,2 Behandlungstagen je Beschäftigten weisen die Reinigungsberufe die meisten Krankenhaustage auf, gefolgt von Sicherheitsberufen und Verkehrs- und Logistikberufen.
- Die wenigsten Behandlungstage erfolgten für Personen in IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen. Im Vergleich zu Reinigungsberufen sind dort mehr als ein Drittel weniger Behandlungstage zu verzeichnen.

Diagramm 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

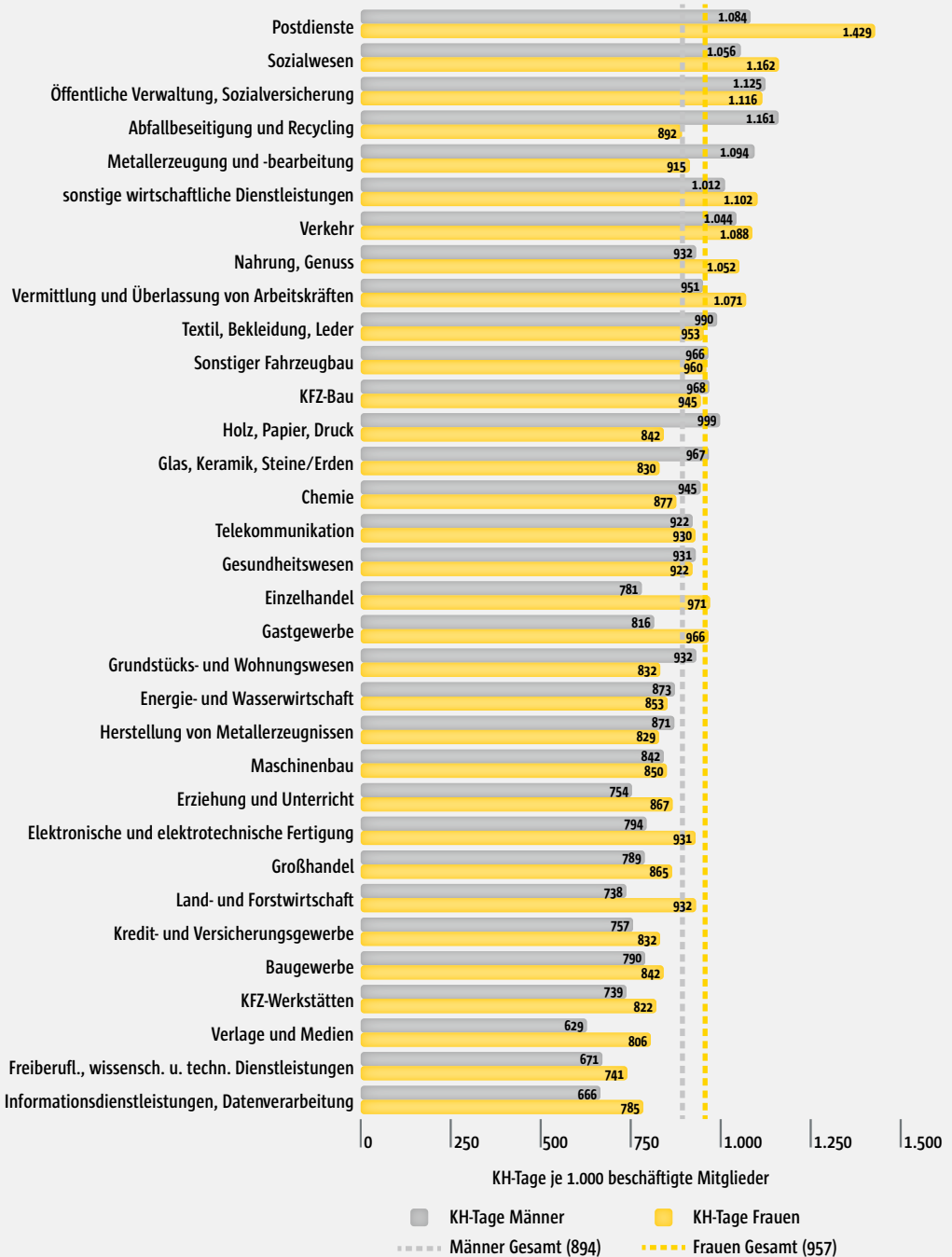


Diagramm 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2015)

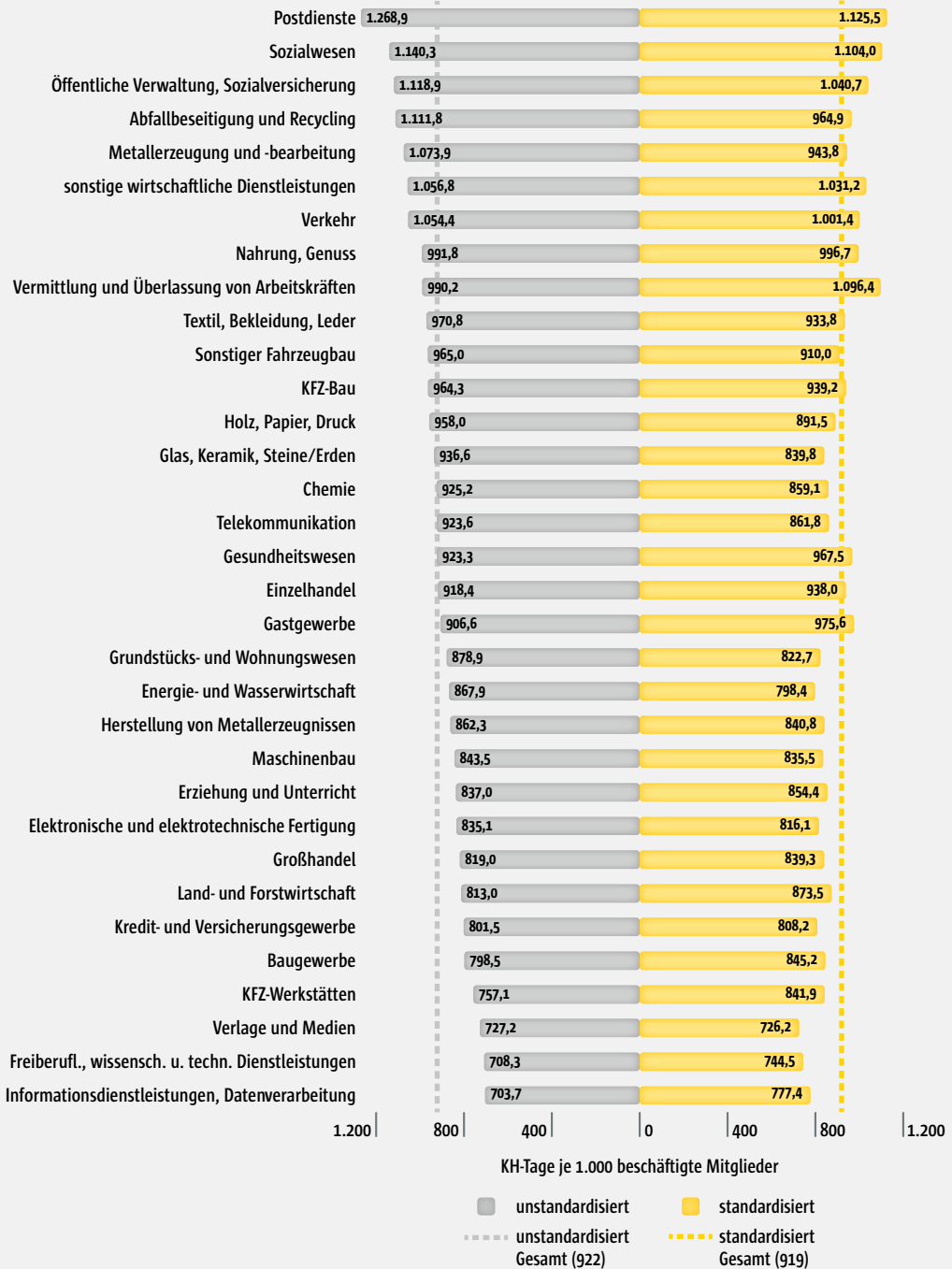
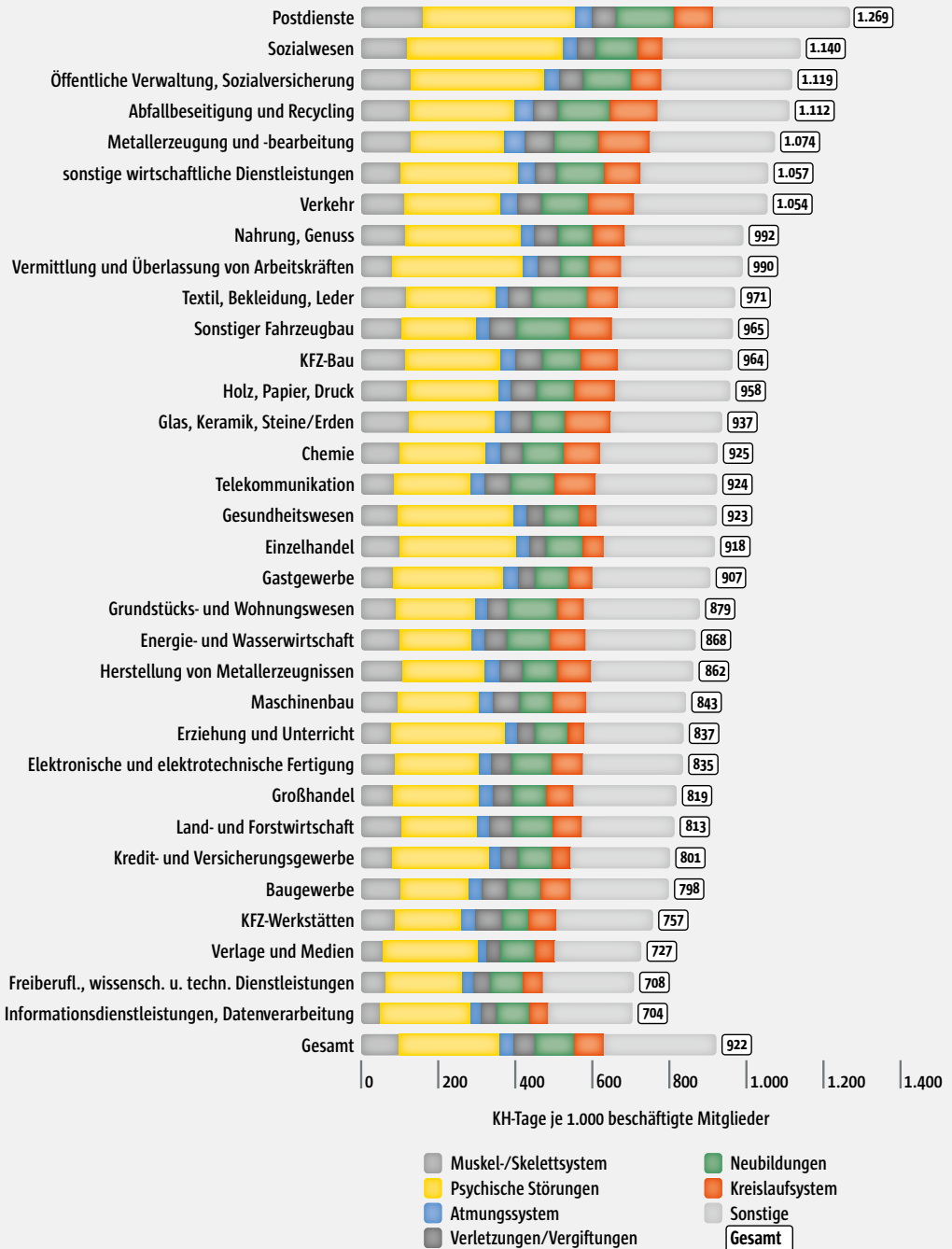


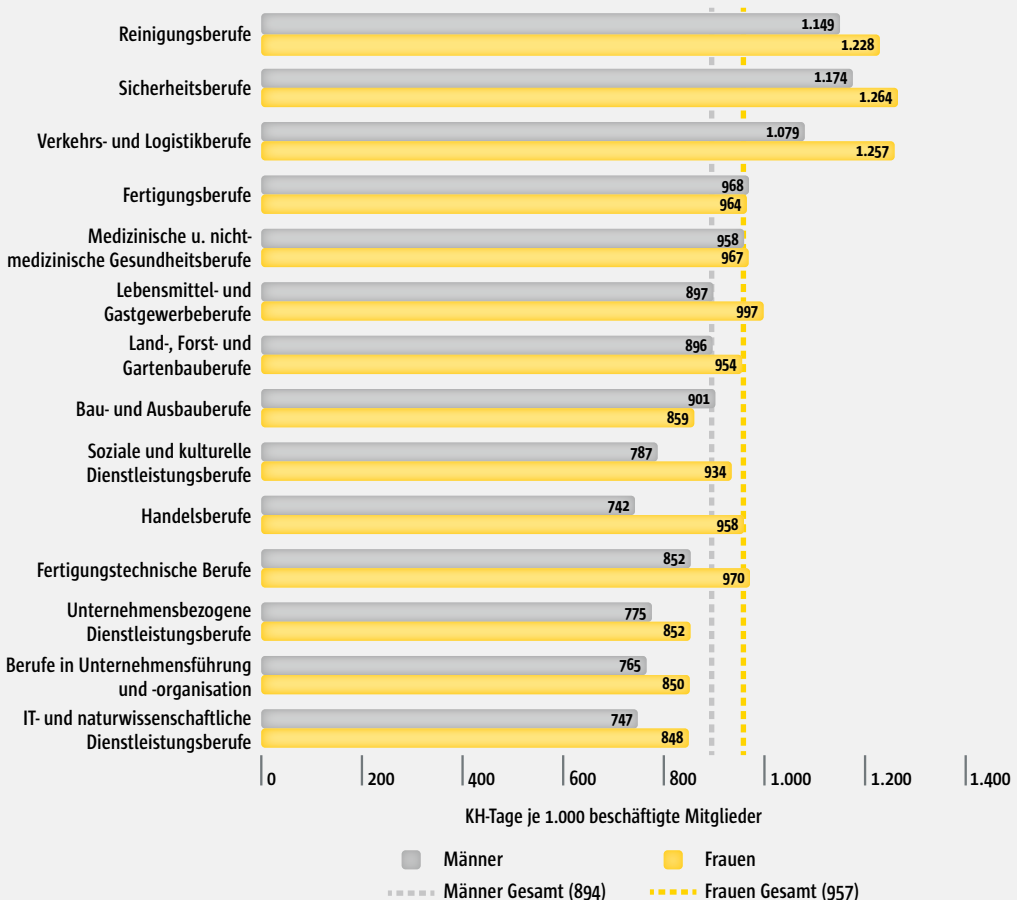
Diagramm 3.4.3 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



Wie anhand **»»** Diagramm 3.4.4 abzulesen ist, weisen auch in den einzelnen Berufssegmenten in der Regel die Frauen mehr Behandlungstage auf als die Männer. Besonders ausgeprägt ist die geschlechtsbezogene Differenz bei den Handelsberufen, hier weisen die Frauen fast 30% mehr stationäre Behandlungstage auf als die Männer. Wie schon in **»»** Kapitel 1.4.4 beschrieben, kann hierbei vermutet werden, dass diese Differenz auch in hohem Maße auf das Alter der Beschäftigten sowie das Anforderungsniveau der Tätigkeit zurückzuführen ist (Frauen in Handelsberufen sind am häufigsten in fachlich ausgerichteten Tätigkeiten beschäftigt, das Durchschnittsalter ist circa drei Jahre höher als das der Männer. Männer verrichten häufiger komplexe bzw. hochkomplexe Tätigkeiten, vermutlich geht dies

auch mit höherem schulischen bzw. beruflichen Bildungsgrad und einer gehobenen Position [Führung/Aufsicht] einher). Eine fast gleichhohe Anzahl an Krankenhaustagen sowohl bei Männern als auch Frauen weisen die Beschäftigten im Berufssegment der Fertigungsberufe sowie der (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufe auf. Einzig bei den Bau- und Ausbauberufen sind für die Männer mit fast 5% Unterschied erkennbar mehr Krankenhaustage als bei den Frauen in diesem Berufssegment zu verbuchen. Auch auf beide Geschlechter bezogen setzen sich im Vergleich der Berufssegmente die Sicherheitsberufe, die Verkehrs- und Logistikberufe (zu denen auch im Postdienst Tätige zählen) sowie die Reinigungsberufe mit jeweils einer sehr hohen Anzahl von durchschnittlich mindestens einem Kran-

Diagramm 3.4.4 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



kenhaustag im Jahr je Beschäftigten ab. Die größte Anzahl an Krankenhaustagen ist dabei im aktuellen Berichtsjahr für die Sicherheitsberufe dokumentiert (1.174 KH-Tage je 1.000 männliche Beschäftigte, 1.264 je 1.000 weibliche Beschäftigte). Im Kontrast dazu stehen die IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe; bei den dort beschäftigten Männern und Frauen sind jeweils rund ein Drittel weniger Krankenhaustage gegenüber den Sicherheitsberufen und gegenüber dem Bundesdurchschnitt mehr als 10% weniger Krankenhaustage zu verzeichnen.

Im Vergleich der realen (unstandardisierten) Zahlen mit den um Geschlechts- und Alterseinflüsse bereinigten Werten der Behandlungstage (»»» Diagramm 3.4.5) sind sowohl die drei Berufssegmente mit den höchsten als auch mit den niedrigsten Werten unverändert, wie es in der vorhergehenden Betrachtung bereits der Fall war. Die Behandlungstage für die Reinigungsberufe werden durch die Standardisierung zwar am stärksten reduziert (-11%), es sind aber auch nach Standardisierung immer noch die zweitmeisten Behandlungstage für dieses Berufssegment. Nur die standardisierten Krankenhaustage sind für die Sicherheitsberufe noch ein wenig höher

(1.091 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder), auf dem dritten Rang folgen dahinter die Verkehrs- und Logistikberufe. Die wenigsten Behandlungstage nach Bereinigung der Geschlechts- und Alterseffekte erfolgten bei Berufen in Unternehmensführung und -organisation (791 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder), den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen sowie unternehmensbezogenen Dienstleistungsberufen.

Die Sicherheitsberufe weisen eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an KH-Tagen je Beschäftigten insbesondere aufgrund von Herz- und Kreislauf-erkrankungen auf (»»» Diagramm 3.4.6): Diese machen allein fast 12% der Gesamtmenge aller Krankenhaustage der Beschäftigten in diesem Berufssegment (Durchschnitt Gesamt: 8,3%) aus. Ebenfalls deutlich überdurchschnittlich sind die Behandlungstage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen für diese Beschäftigten, wobei hinsichtlich dieser Erkrankungsart die Sicherheitsberufe nicht den höchsten Wert aufweisen, sondern die in Reinigungsberufen Tätigen. Diese Berufe weisen auch im Vergleich zu den anderen Berufssegmenten die höchsten Werte bei Erkrankungen des Atmungssystems und bei Neu-

Diagramm 3.4.5 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2015)

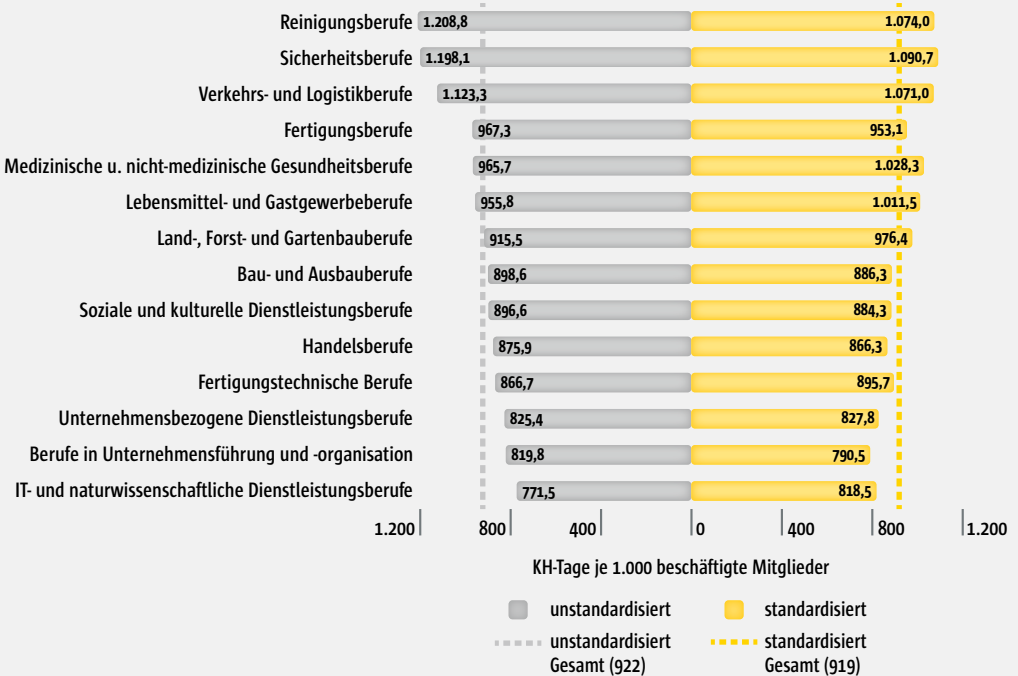
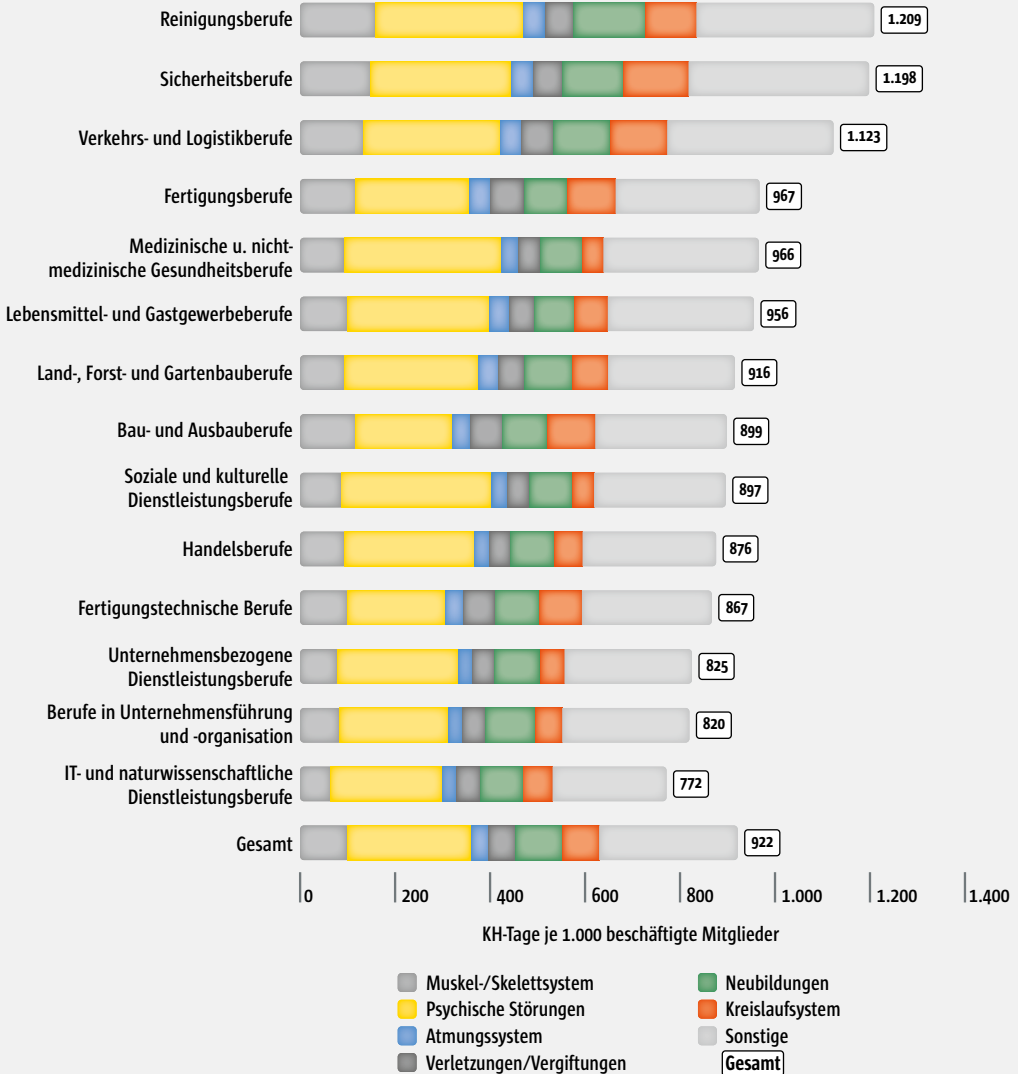


Diagramm 3.4.6 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) und ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) (Berichtsjahr 2015)



bildungen auf. Auch ist die Anzahl der Krankenhaustage aufgrund von psychischen Erkrankungen bei den Reinigungsberufen recht hoch. Für diese Diagnosehauptgruppe sind hingegen noch mehr stationäre Behandlungstage bei Beschäftigten in (nicht-)medizinischen Gesundheitsberufen sowie in sozialen/kulturellen Dienstleistungsberufen zu verzeichnen. Für diese beiden Berufssegmente sind relativ zum jeweiligen Gesamtvolumen an Krankenhaustagen betrachtet die psychischen Störungen allein für

knapp mehr als jeden dritten stationären Behandlungstag ursächlich.

In Anbetracht der geringeren Fallhäufigkeit und der damit einhergehender Zahl an Behandlungstagen wird im Folgenden, anders als in den vorhergehenden Kapiteln, die detailliertere Betrachtung der Berufsuntergruppen nur auf Ebene der Gesamt-Kennwerte durchgeführt. Wie ►► Tabelle 3.4.1 zeigt, sind es die Beschäftigten mit Berufen in der Sozialverwaltung/-versicherung, die im aktuellen Berichtsjahr am



**Tabelle 3.4.1 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder – die zehn Berufsuntergruppen mit den meisten/wenigsten KH-Tagen (Berichtsjahr 2015)**

Berufsuntergruppe	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
	je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
Berufe Sozialverwaltung, -versicherung	217,5	1.726,6	7,9
Gesundheitsaufsicht, Hygieneüberwachung	186,0	1.694,6	9,1
Berufe in der Chemie (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	144,9	1.661,9	11,5
Berufe kunsthandwerkli. Keramikgestaltung	151,1	1.616,0	10,7
Berufe in der Altenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	161,1	1.602,6	10,0
Berufe i.d. Maschinen-, Anlagenreinigung	185,2	1.544,4	8,3
Schiffsführer Binnen-, Hafenverkehr	200,6	1.536,2	7,7
Kunststoff, Kautschukherst., -verarb. (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	153,6	1.515,5	9,9
Kurier-Express-Postdienstleistungskaufl.	150,0	1.461,7	9,8
Obj. Pers. Brandschutz, Arbeitssicherh. (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	164,7	1.414,9	8,6
Aufsicht, Führung – Techn. Zeichnen, Konstruktion und Modellbau	83,1	428,2	5,2
Berufe in Wirtschaftsprüfung	72,5	425,0	5,9
Berufe Theater-, Film-, Fernsehprodukt. (ohne Spezialisierung)	69,4	420,8	6,1
Fachärzte Hautkr., Sinnes-Geschlechtsorg.	89,1	416,4	4,7
Führung – Techn. Forschung, Entwicklung	77,0	414,7	5,4
Fachärzte Neurol., Psychiatr., Psychother.	81,5	363,5	4,5
Apotheker, Pharmazeuten	63,0	356,5	5,7
Berufe in der Bild- und Tontechnik	74,4	352,5	4,7
Athleten, Berufssportler	56,6	299,1	5,3
Aufsicht, Führung – Technische Mediengestaltung	47,1	185,2	3,9

häufigsten in stationärer Versorgung (218 KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder) sind und die meisten Behandlungstage aufweisen (1.727 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Ebenfalls mehr als 75% über dem Durchschnitt der KH-Tage (922 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) liegen die Beschäftigten in der Gesundheitsaufsicht/Hygieneüberwachung, den Berufen in der Chemie sowie der kunsthandwerklichen Keramikgestaltung. Die mit einigem Abstand wenigsten Krankenhausfälle und -tage sind hingegen für Aufsichts- und Führungskräfte in

der technischen Mediengestaltung dokumentiert: Die 185 KH-Tage je 1.000 Beschäftigte entsprechen etwa einem Zehntel des schon erwähnten Höchstwerts bei den Berufen in der Sozialverwaltung/-versicherung. Nachfolgend in der Rangreihe hinsichtlich der wenigsten Behandlungstage sind die Athleten und Berufssportler, die Bild- und Tontechniker-Berufe, die Apotheker und Pharmazeuten sowie Fachärzte der Neurologie, Psychiatrie oder Psychotherapie: Diese liegen bei den KH-Tagen mehr als 60% unter dem Gesamtdurchschnitt.

### 3.4.3 Auswertung nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

#### Betriebsgröße

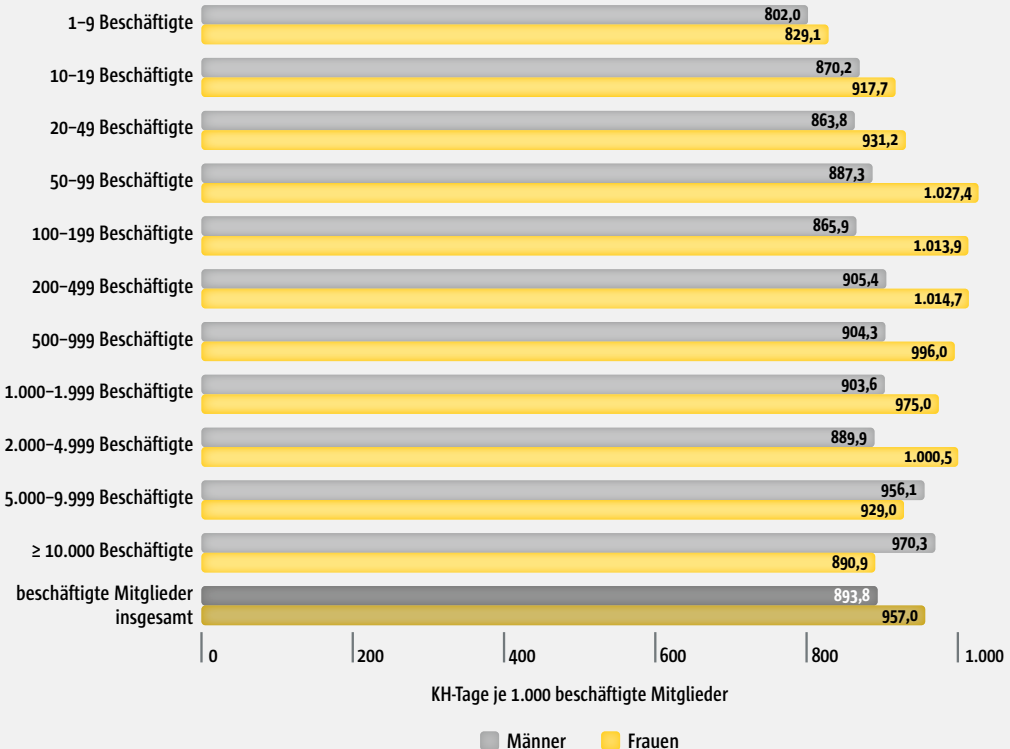
- Beschäftigte in Kleinstbetrieben sind am seltensten im Krankenhaus, für diese fallen entsprechend auch die wenigsten Behandlungstage an.
- Bei den Beschäftigten in Großunternehmen (> 5.000 Mitarbeiter) sind die Männer – anders als in Unternehmen mit weniger Beschäftigten – häufiger im Krankenhaus als die Frauen.

Unterteilt man die Gruppe der Beschäftigten wiederum hinsichtlich der Größe des Unternehmens, in dem sie arbeiten, so zeigt sich für die Kleinstbetriebe bis neun Mitarbeiter – ähnlich wie beim Arbeitsunfähigkeitsgeschehen (»» Kapitel 1.4.5) – eine deutlich unterdurchschnittliche Zahl an Behandlungsfällen und -tagen sowohl für Frauen als auch für Männer (»» Diagramm 3.4.7). Die Krankenhaustage

je beschäftigtes Mitglied sind dort sogar im Vergleich zu allen Betriebsgrößenklassen am niedrigsten. Mit steigender Betriebsgröße nehmen die Behandlungstage ebenfalls zu, dabei steigen die Werte insbesondere bei den Frauen stärker an. Für Frauen ist der höchste Wert für die Betriebsgröße von 50 bis 99 Beschäftigte zu finden. Hingegen sind bei den Männern die KH-Tage abgesehen von der kleinsten Betriebsgröße auf relativ gleichbleibendem Niveau mit wenigen Prozent Schwankungsbreite bis zur Betriebsgrößenklasse unter 5.000 Beschäftigte. Die beiden größten Klassen – hier sind deutlich mehr Männer als Frauen als Versicherte vertreten – weisen hingegen für die männlichen Beschäftigten deutlich überdurchschnittliche Zeiten in stationärer Behandlung auf; der höchste Wert liegt bei den Betrieben mit mehr als 10.000 Mitarbeitern bei 970 KH-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder.

Differenziert man nun zusätzlich hinsichtlich der in der stationären Versorgung drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (psychische Störungen, Herz- und

Diagramm 3.4.7 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Betriebsgrößen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



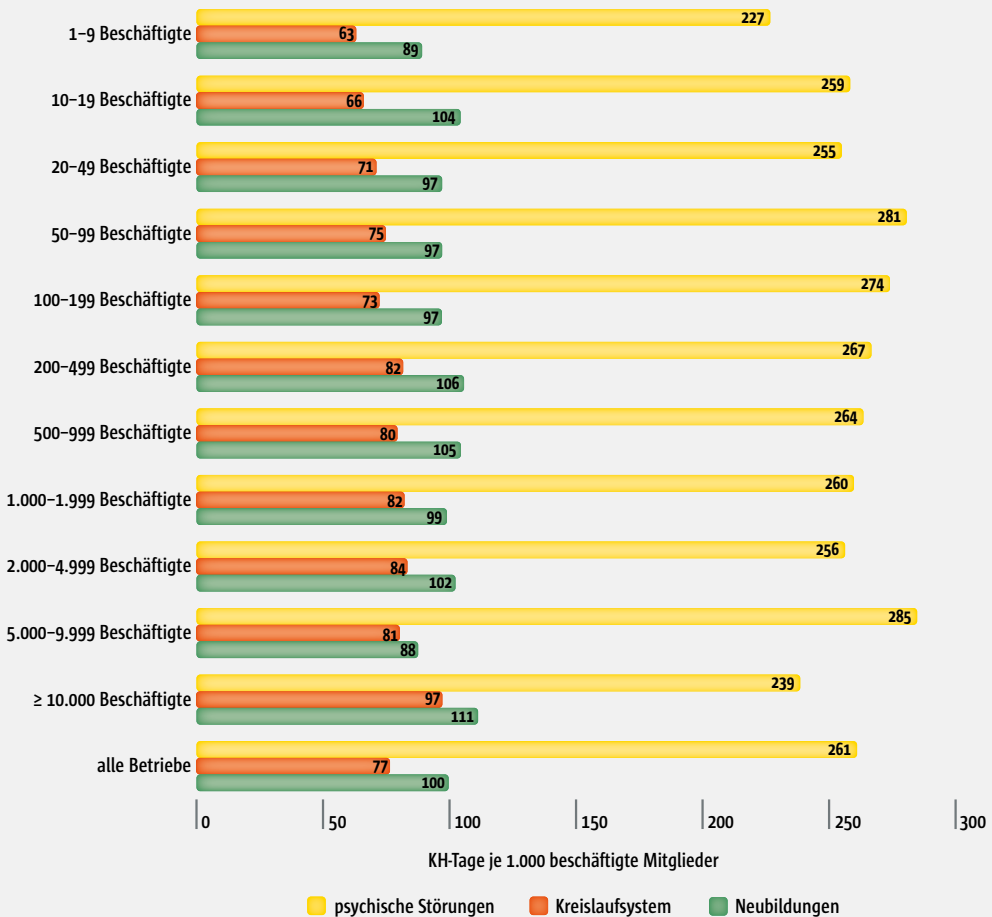
Kreislaufkrankungen sowie Neubildungen) (vgl. **III** Kapitel 3.2), so zeigt sich hier gerade hinsichtlich der psychischen und Verhaltensstörungen bei den Betrieben mit 5.000 bis 9.999 Beschäftigten eine Spitze in den Krankenhaustagen (**III** Diagramm 3.4.8). Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil an allen Behandlungstagen, der durch psychische Störungen verursacht wird, überdurchschnittlich – bei den Männern beträgt dieser Anteil 27% an allen Behandlungstagen der Beschäftigten dieser Betriebsgrößenklasse, bei den Frauen sind es sogar 38%. Bei den Großkonzernen mit mehr als 10.000 Beschäftigten sind es wiederum die Neubildungen (sowie die hier nicht dargestellten Muskel- und Skeletterkrankungen), auf die überdurchschnittlich viele Behandlungstage zurückzuführen sind – hierbei sind insbesondere bei den Män-

nern sehr viele Behandlungstage aufgrund dieser Erkrankungsarten zu verzeichnen.

### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

- Mit steigendem Anforderungsniveau der Tätigkeit nimmt die durchschnittliche Zahl der Behandlungstage in stationärer Versorgung bei den Beschäftigten ab.
- Beschäftigte mit Tätigkeiten bei niedrigstem Anforderungsniveau weisen im Schnitt 55% mehr Behandlungsfälle und 65% mehr Behandlungstage als Beschäftigte mit hoch komplexen Tätigkeiten auf.

**Diagramm 3.4.8 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Betriebsgrößen (Berichtsjahr 2015)**



Als weiteres relevantes, aus dem Tätigkeitsschlüssel ableitbares Merkmal wird im Folgenden das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ausgewertet. Es sei auch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit in der Regel mit bestimmten schulischen bzw. beruflichen Bildungsabschlüssen zusammenhängt (Beispiel: Hochschulabschluss auf Diplom-/Masterebene als Voraussetzung für Berufe mit hoch komplexen Tätigkeiten). Entsprechend gibt es Überschneidungen zu den Kennwerten der stationären Versorgung nach dem höchsten beruflichen Bildungsabschluss (vgl. **III** Kapitel 3.2.1).

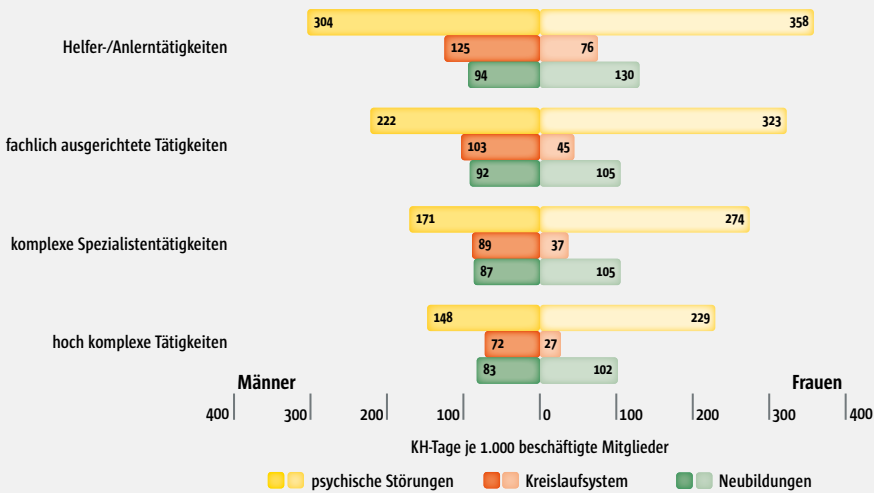
Wie **III** Tabelle 3.4.2 zeigt, nehmen sowohl die Fallzahlen als auch die daraus resultierenden Behandlungstage mit steigendem Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit ab. So sind die höchsten Kennwerte bei den Frauen in Helfer- und Anlern-tätigkeiten dokumentiert (153 KH-Fälle sowie 1.182 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Die niedrigsten Werte weisen hingegen die Männer in hoch komplexen Tätigkeiten auf. In der Differenz weisen die Berufstätigen mit dem niedrigsten Anforderungsniveau 55% mehr Fälle und 65% mehr Behandlungstage im Durchschnitt je Beschäftigten als diejenigen mit höchstem Anforderungsniveau bei der beruflichen Tätigkeit auf.

**III** Diagramm 3.4.9 differenziert wiederum für Männer und Frauen auf den unterschiedlichen Anforderungsniveaustufen sowie hinsichtlich der drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen (psychische Störungen, Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Neubildungen). Auch hier zeigt sich ein recht ähnliches Bild: Mit steigendem Anforderungsniveau nehmen die Behandlungstage pro beschäftigtes Mitglied ab, wobei die größte Differenz innerhalb einer Diagnosehauptgruppe bei den Frauen mit Herz- und Kreislauferkrankungen vorzufinden ist: Bei Frauen in hochkomplexen Tätigkeiten sind nur etwa ein Drittel so viele Behandlungstage dokumentiert wie bei Frauen in Helfer- und Anlern-tätigkeiten (27 vs. 76 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Weniger stark verändern sich die Kennwerte hingegen bei den Neubildungen. Insbesondere bei den Frauen sind die durchschnittlichen Behandlungstage, mit Ausnahme der höheren Werte bei den Helferinnen, auf relativ gleichem Niveau. Entsprechend zeigt sich dann auch eine leichte Zunahme der relativen Anteile an den durchschnittlichen Behandlungstagen insgesamt bei den Neubildungen: So sind bei der Beschäftigtengruppe, die hochkomplexe Tätigkeiten durchführt, die Neubildungen für etwa 13% aller Behandlungstage verantwortlich – bei Helfer-/Anlern-tätigkeiten sind es nur 10%.

**Tabelle 3.4.2 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)**

		KH-Fälle	KH-Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
Helfer-/Anlern-tätigkeiten	Männer	142,3	1.085,2
	Frauen	153,2	1.181,7
	<b>Gesamt</b>	<b>147,8</b>	<b>1.133,8</b>
fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Männer	127,5	926,5
	Frauen	124,5	953,3
	<b>Gesamt</b>	<b>126,1</b>	<b>938,9</b>
komplexe Spezialistentätigkeiten	Männer	108,8	779,4
	Frauen	107,2	819,8
	<b>Gesamt</b>	<b>108,2</b>	<b>794,5</b>
hoch komplexe Tätigkeiten	Männer	94,2	662,6
	Frauen	98,0	726,0
	<b>Gesamt</b>	<b>95,6</b>	<b>685,6</b>

**Diagramm 3.4.9 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeiten, ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)**



**Aufsichts- und Führungskräfte**

- Beschäftigte mit Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung sind seltener im Krankenhaus in Behandlung als Beschäftigte ohne eine solche Funktion.
- Dieser Trend gilt nicht für Krankenhausaufenthalte aufgrund von Neubildungen: Bei weiblichen Aufsichts- bzw. Führungskräften sind hier sogar rund 22% mehr Behandlungstage in 2015 als bei Beschäftigten ohne diese Funktion erfolgt.

In der Gegenüberstellung von berufstätigen Personen ohne bzw. mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion (»»» Tabelle 3.4.3) sind es die letztgenannten, deren Kennwerte um 9% (KH-Fälle) bzw. 15% (KH-Tage) unter denen der Gruppe ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion liegen. Diese Differenz zeigt sich auch bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung, wobei wie zu erwarten bei den Frauen durchschnittlich jeweils mehr Behandlungstage pro Beschäftigter zu verzeichnen sind. Die Fallzahlen sind hingegen für die beiden hier betrachteten Tätigkeitsgruppen relativ ausgeglichen.

Betrachtet man wiederum für die drei wichtigsten Diagnosehauptgruppen die durch sie verursachten Behandlungstage differenziert nach Tätigkeit mit und ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion (»»» Diagramm 3.4.10), so fällt zum einen auf, dass entgegen des allgemeinen Trends bei den Neubildungen sowohl für männliche als auch weibliche Aufsichts- bzw. Führungskräfte mehr Behandlungstage auftr-

ten. Insbesondere bei den Frauen ist die Differenz recht groß, hier sind 22% mehr Behandlungstage je beschäftigtes Mitglied gegenüber denjenigen ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion angefallen (134 vs. 109 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Noch deutlicher unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Behandlungstage aufgrund von psychischen Störungen. Hier weisen die männlichen Beschäftigten ohne Aufsichts- bzw. Führungsfunktion gegenüber denen mit einer solchen Funktion ein Plus von fast 62% bei den Behandlungstagen auf (222 vs. 137 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Bei beschäftigten Männern mit Aufsichts- bzw. Führungsfunktion sind dabei die psychischen Störungen für lediglich 18% der stationären Behandlungstage verantwortlich (Durchschnitt aller Beschäftigten: 24%).

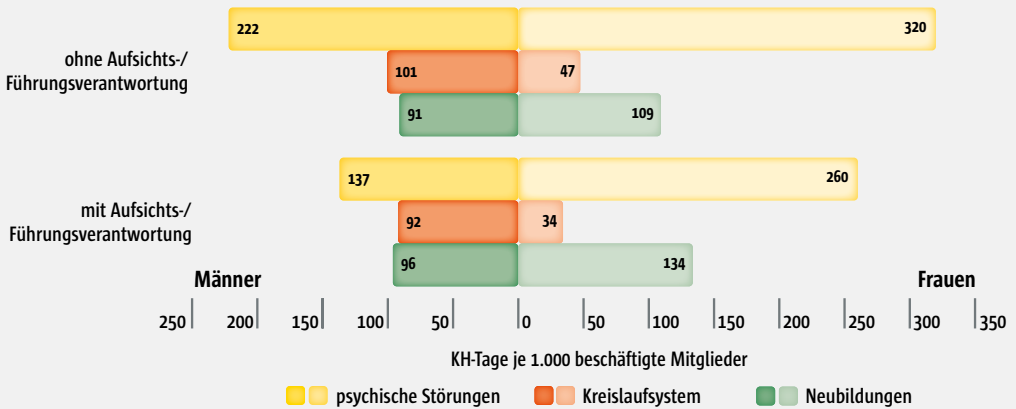
**Vertragsform**

- In Vollzeit befristet beschäftigte Männer sind seltener in stationärer Behandlung als alle anderen Vertragsformen.
- Beschäftigte mit einer solchen Vertragsform sind im Durchschnitt deutlich jünger, was sich auch darin zeigt, dass hier z.B. Herz- und Kreislauferkrankungen und Neubildungen im stationären Versorgungsgeschehen seltener sind. Entsprechend sind hier psychische Störungen umso häufiger Grund für eine stationäre Behandlung.

Tabelle 3.4.3 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder ohne bzw. mit Aufsichts-/Führungsverantwortung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

		KH-Fälle		KH-Tage	
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder			
ohne Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	122,9		903,4	
	Frauen	124,8		960,4	
	Gesamt	123,7		929,2	
mit Aufsichts-/Führungsverantwortung	Männer	113,0		770,5	
	Frauen	111,6		846,3	
	Gesamt	112,7		788,8	

Diagramm 3.4.10 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder ohne bzw. mit Aufsichts-/Führungsverantwortung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



»» Tabelle 3.4.4 stellt die Kennzahlen stationärer Versorgung für unterschiedliche Vertragsformen in Voll- und Teilzeit sowie jeweils mit und ohne Befristung dar. Von demnach vier darzustellenden Beschäftigtengruppen sind es diejenigen mit einem befristeten Teilzeitvertrag, die im Durchschnitt am häufigsten in stationärer Behandlung waren und die meisten Behandlungstage aufweisen (129 KH-Fälle bzw. 968 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Für die Beschäftigten mit einem befristeten Vollzeitvertrag sind hingegen die wenigsten Behandlungsfälle und -tage dokumentiert (112 KH-Fälle bzw. 787 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Beschäftigte mit einer solchen Vertragsform gegenüber den anderen hier dargestellten Gruppen deutlich jünger sind (10 Jahre oder

mehr Differenz). Auffällig bei befristet Beschäftigten ist ein deutlicher Geschlechtsunterschied: Während die Kennwerte sich bei den Frauen nicht sehr stark gegenüber den weiblichen Beschäftigten mit anderen Vertragsformen unterscheiden, sind es die Männer mit befristetem Vollzeitvertrag, die demgegenüber deutlich geringere Werte aufweisen. So sind für die männlichen Beschäftigten mit anderen Vertragsformen jeweils mindestens ein Viertel mehr Krankenhaustage zu verzeichnen. Die größte Differenz ergibt sich dabei zu den unbefristet in Teilzeit beschäftigten Männern, für die in diesem Vergleich die meisten Fälle und Tage vorzufinden sind, mit einem Plus von mehr als 50%.

In der Detailbetrachtung der verschiedenen Vertragsformen durch die Unterteilung nach den drei

**Tabelle 3.4.4 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)**

		KH-Fälle	KH-Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
unbefristet/Vollzeit	Männer	123,6	897,6
	Frauen	122,7	946,1
	<b>Gesamt</b>	<b>123,3</b>	<b>912,2</b>
unbefristet/Teilzeit	Männer	132,6	1.062,5
	Frauen	122,2	942,7
	<b>Gesamt</b>	<b>123,7</b>	<b>959,5</b>
befristet/Vollzeit	Männer	102,8	697,9
	Frauen	124,5	909,3
	<b>Gesamt</b>	<b>112,0</b>	<b>787,3</b>
befristet/Teilzeit	Männer	111,8	878,2
	Frauen	133,9	993,2
	<b>Gesamt</b>	<b>129,0</b>	<b>967,7</b>

wichtigsten ICD-Hauptgruppen wird deutlich, dass bei den befristet in Vollzeit Tätigen hingegen ein relativ hoher Anteil der Behandlungstage auf psychische und Verhaltensstörungen zurückzuführen ist (III Diagramm 3.4.11). Während bei dieser Gruppe sowohl die absoluten Zahlen als auch deren relativer Anteil an allen Krankenhaustagen für die Neubildungen geringer als bei den anderen Beschäftigten-Gruppen ausfallen, ist die Menge der Behandlungstage aufgrund der psychischen Störungen relativ groß (289 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder). Insgesamt gehen damit fast 37% der Behandlungstage der befristet in Vollzeit Tätigen auf psychische Erkrankungen zurück. Gerade bei dieser Erkrankungsart zeigt sich zudem noch ein deutlicher Geschlechtseffekt: Die Frauen in solchen Beschäftigungsverträgen haben mit 377 Behandlungstagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder die meisten stationären Behandlungstage, das ist gegenüber dem Durchschnitt, unabhängig von der Vertragsform, ein Plus von fast 18%. Zum Vergleich: Bei den Männern mit einem befristeten Vollzeitvertrag liegt die Summe der KH-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen nur etwa 4% über dem Wert aller Männer mit Krankenhausbehandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen (225 vs. 216 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder).

### Arbeitnehmerüberlassung

- In Arbeitnehmerüberlassung tätige Frauen sind häufiger in stationärer Behandlung als andere Beschäftigte.
- Für als Leiharbeiter beschäftigte Männer sind wiederum deutlich weniger Behandlungstage im Vergleich zu ihren Geschlechtsgenossen ohne Leih- bzw. Zeitarbeiterstatus erfolgt.

Betrachtet man bei den Berufstätigen zudem separat diejenigen, die in Arbeitnehmerüberlassung (Leih- bzw. Zeitarbeit) tätig sind (III Tabelle 3.4.5), so fallen hier insbesondere die höheren Werte bei Krankenhausfällen und -tagen der Frauen in Arbeitnehmerüberlassung auf: Während sich bei den Männern die Kennwerte nur geringfügig zwischen denjenigen mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung Beschäftigten unterscheiden, ist die Differenz bei den Frauen mit einem Plus von jeweils rund 12% bei KH-Fällen (139 vs. 123 KH-Fälle je 1.000 beschäftigte Mitglieder) bzw. 13% bei KH-Tagen (1.067 vs. 942 KH-Tage je 1.000 beschäftigte Mitglieder) recht deutlich. Bei der Betrachtung muss berücksichtigt werden, dass die Gruppe der in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen ein niedrigeres Durchschnittsalter und einen deutlich höheren Anteil an Männern gegenüber den

Diagramm 3.4.11 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform, ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

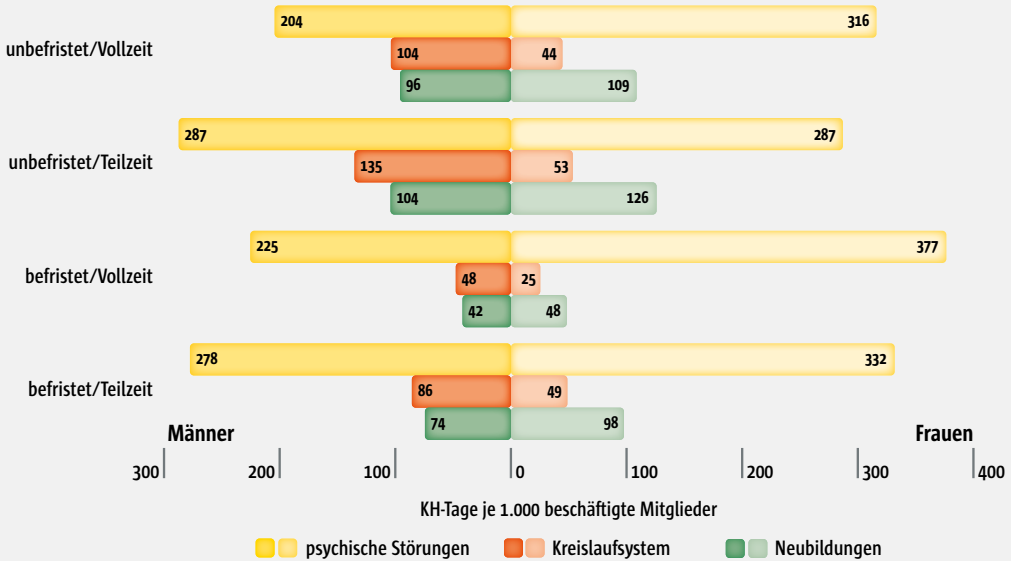


Tabelle 3.4.5 Stationäre Versorgung – KH-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

		KH-Kennzahlen	
		KH-Fälle	KH-Tage
		je 1.000 beschäftigte Mitglieder	
Arbeitnehmerüberlassung	Männer	121,1	899,8
	Frauen	138,7	1.066,7
	Gesamt	126,6	952,1
keine Arbeitnehmerüberlassung	Männer	121,5	882,5
	Frauen	123,3	942,4
	Gesamt	122,3	909,3

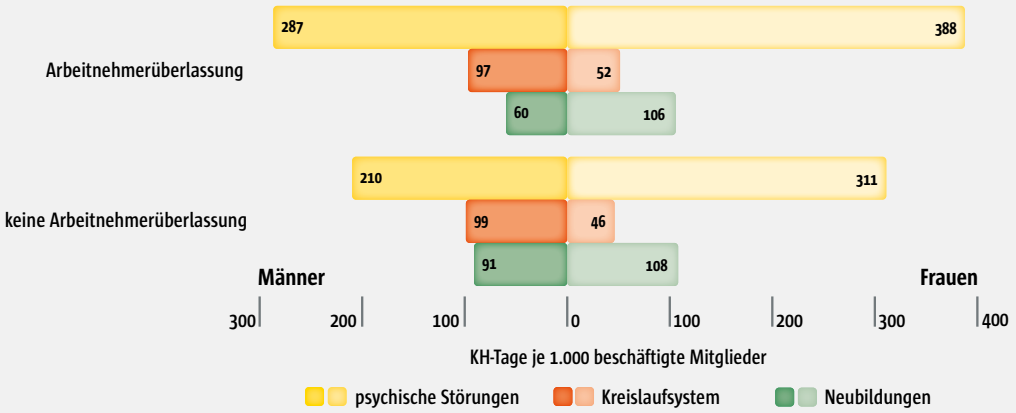
nicht in Arbeitnehmerüberlassung Beschäftigten aufweist.

In **III** Diagramm 3.4.12 werden wiederum die Unterschiede in den Krankenhaustagemengen zwischen den in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung Tätigen für einige Diagnosehauptgruppen aufgeführt. Demnach waren Leiharbeiter im Durchschnitt ein Viertel weniger Tage je Beschäftigten aufgrund von Neubildungen in stationärer Behandlung, wiederum ein Viertel mehr Behandlungstage sind

bei dieser Beschäftigtengruppe hingegen aufgrund psychischer Störungen dokumentiert. Bei letzterer Erkrankungsart ist bei den Frauen in Leiharbeit die größte Summe der Behandlungstage vorzufinden. Gerade für die nicht in Leiharbeit tätigen Männer sind sogar deutlich weniger stationäre Behandlungstage erfolgt. Andersherum verhält es sich bei den Neubildungen: Hier sind es die als Leiharbeiter beschäftigten Männer, für die deutlich weniger Krankenhaustage dokumentiert sind.



Diagramm 3.4.12 Stationäre Versorgung – KH-Tage der beschäftigten Mitglieder in bzw. nicht in Arbeitnehmerüberlassung nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen (ICD-10 GM) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



**Ausblick**

Insgesamt zeigen sich bei den Analysen zum Schwerpunktthema „Arbeit und Gesundheit“ viele Übereinstimmungen mit dem Arbeitsunfähigkeitsgeschehen: Bestimmte Wirtschaftsprüfungsgruppen und Berufe fallen in beiden Versorgungssektoren durch hohe Kennwerte auf – andere sind hingegen sowohl von Arbeitsunfähigkeit als auch von stationärem Behandlungsbedarf deutlich seltener betroffen. Auch zeigt sich ein dem AU-Geschehen ähnliches Muster bei den Krankenhausfällen und -tagen je nach Anforderungsniveau und Führungs- bzw. Aufsichtsfunktion: Je höher das Niveau, desto niedriger sind die Fallzahlen und die darauf zurückzuführenden Krankenhaustage. Dies korrespondiert wiederum mit den Ergebnissen bezüglich Schulabschluss- bzw. Ausbildungsniveau: Auch hier sind mit höherem Niveau die Kennwerte niedriger. Die möglichen Gründe für diese Tendenz sind vielfältig. So ist denkbar, dass mit höherem berufsrelevantem Wissen auch das Gesundheitswissen sowie das Bewusstsein und die Motivation für psychische und physische Gesundheit höher sind. Ein höheres (Aus-)Bildungsniveau geht in der Regel mit vielfältigeren Möglichkeiten bei der beruflichen Entwicklung und größeren Aufstiegschancen einher. Auch sind die Tätigkeiten bei höherer beruflicher Stellung andere, die damit einhergehenden Belastungen verschieben sich hin zu mehr „Kopfarbeit“ und nicht zuletzt sind

die finanziellen Mittel für gesundes Verhalten genauso wie für die Kompensation von Einschränkungen durch Erkrankungen größer. Weitere Lebensumstände wie etwa die soziale Unterstützung, Wohnumfeld etc. hängen letztendlich ebenso in nicht geringen Teilen von Bildung und Einkommen ab. Darüber hinaus zeigt sich äquivalent zu den AU-Zahlen bei Anstellung in Arbeitnehmerüberlassung – insbesondere bei den Frauen – eine höhere Wahrscheinlichkeit, stationäre Versorgung in Anspruch nehmen zu müssen. Zudem sind die in Vollzeit befristeten Beschäftigten – hier insbesondere die Männer – diejenigen, die am seltensten stationär behandelt wurden. Befristete Vollzeitverträge sind besonders für den Berufseinstieg typisch, entsprechend ist auch diese Gruppe jünger und dementsprechend erwartbar weniger in stationärer Behandlung. Hier ist aber wiederum darauf zu verweisen, dass atypische Arbeitsverhältnisse bzw. allgemein Arbeitsplatzunsicherheit auf Dauer größere Gesundheitsbeeinträchtigungen nach sich ziehen können<sup>1</sup> – was besonders im Hinblick auf die sich wandelnde Arbeitswelt stark an Relevanz gewinnen wird (»»» Beitrag von Morschhäuser und Lohmann-Haislah).

1 vgl. z.B.: Hünefeld L. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Atypische Beschäftigung. BAuA, 2016 sowie Köper B, Gerstenberg S. Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Arbeitsplatzunsicherheit (Job Insecurity). BAuA, 2016.

# Schwerpunkt Politik



aus: Knieps F | Pfaff H (Hrsg.) „Gesundheit und Arbeit“. BKK Gesundheitsreport 2016.

ISBN 978-3-95466-282-1, urheberrechtlich geschützt

© 2016 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.



# Das neue Präventionsgesetz

Regina Kraushaar

Bundesministerium für Gesundheit, Bonn und Berlin

Die Herausgeber des BKK Gesundheitsreports haben mich gebeten, zum Schwerpunktthema „Gesundheit und Arbeit“ einen Beitrag mit dem Titel „Das neue Präventionsgesetz“ zu verfassen. Vor uns liegt die 40. Ausgabe. Das ist eine beeindruckende Zahl, die zeigt, dass die BKK den Diskurs in der Gesundheitspolitik in hoher Qualität und mit großer Kontinuität zu führen vermag. Dazu möchte ich gleich zu Beginn meines Aufsatzes herzlich gratulieren! Ich wünsche den Herausgebern, dass ihnen mit Blick auf die 50. Ausgabe in zehn Jahren weiterhin Elan und Umsetzungsfreude erhalten bleiben!

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVg) vom 17. Juli 2015 ist zum Erscheinungsdatum des Gesundheitsreports gar nicht mehr so neu, wie es der Titel meines Beitrages vermuten ließe – im Gegenteil, die ersten Umsetzungsschritte sind bereits getan. Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) wurde im Oktober 2015 gegründet, die erste trägerübergreifende Bundesrahmenempfehlung (BRE) wurden im Februar verabschiedet und in den Ländern wird intensiv an der Beschlussfassung und Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen (LRV) gearbeitet. Bei der Umsetzung des Gesetzes – und hier insbesondere bei der Neuordnung von zielgerichteter Kooperation und Koordination – befinden wir uns trotzdem überwiegend am Beginn und im Neuland. Noch müssen sich die vielen verschiedenen Akteure bei Prävention und Gesundheitsförderung „finden“. Ungewohnte und auch ungeahnte Möglichkeiten der Zusammenarbeit müssen ausgelotet werden. Daraus ergeben sich auch neue Herausforderungen, über die im Weiteren noch zu sprechen sein wird.

Nach kurzem Rückblick auf die Historie und einem Abriss über die wesentlichen Ziele des Präventionsgesetzes konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf die Auswirkungen des Präventionsgesetzes auf die Arbeitswelt.

## Rückblick: Entwürfe für ein Präventionsgesetz im Wandel

Das Präventionsgesetz, das am 10. Juli 2015 den Bundesrat passierte und am 25. Juli 2015 in seinen wesentlichen Teilen in Kraft getreten ist, hat eine lange

währende Geschichte. Seit 2002 gab es insgesamt vier Anläufe, um ein Präventionsgesetz zu verabschieden. Im Grunde war das übergeordnete Ziel der Gesetzgebung in all den Jahren identisch: Prävention und Gesundheitsförderung sollten gestärkt werden. Unterschiedlich war vor allem der Fokus, von dem aus die Ziele erreicht werden sollten: Stand zu Beginn der Diskussionen noch die Verhaltensprävention, also die Stärkung des Individuums, im Zentrum der Aufmerksamkeit, so sind im Zeit- und Erkenntnisverlauf zunehmend die Lebenswelten in den gesetzgeberischen Blick genommen worden.

Und es wandelte sich auch die Erwartung (vor allem der Fachwelt, aber auch der Länder) an den Bund als Gesetzgeber: Überwiegend wurde in all den Jahren eine gewisse Allzuständigkeit des Bundes in Bezug auf die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung gesehen. Da die Möglichkeiten – und damit auch die Grenzen – durch klar beschriebene Gesetzgebungszuständigkeiten für Bund und Länder definiert sind, hat der Deutsche Bundestag mit dem Präventionsgesetz im Wesentlichen die bestehende Aufgaben der Sozialversicherungsträger für Prävention und Gesundheitsförderung fortentwickelt und teilweise neue Aufgaben festgelegt. Dies bedeutet gleichzeitig, dass ein „Bundes-Präventionsgesetz“ nicht das gesamte Recht der Prävention und Gesundheitsförderung erfassen kann und insbesondere landes- und kommunalrechtliche Vorschriften außen vor bleiben müssen. In den Anhörungen und Stellungnahmen zum Regierungsentwurf wurde deutlich, dass die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch die Länder die Grenzen des Gesetzgebers nunmehr zwar sehen, aber immer noch deutlich mehr und weitergehende Regelungen erwartet haben. So wollten bspw. die Länder eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch den Bundesgesetzgeber erreichen. Gleichzeitig gehen die Regelungen im Gesetz anderen – namentlich den Krankenkassen – viel zu weit. Die im Gesetz festgelegte Unterstützung der Krankenkassen bei ihrer

Aufgabenwahrnehmung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Eingriff in die Selbstverwaltung gesehen. Deshalb hat sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen entschlossen, diese Regelung im Gesetz rechtlich prüfen zu lassen.

### Das neue Präventionsgesetz

Deutschland verändert sich: Wie in vielen anderen Industrienationen ist auch hier der demografische Wandel bereits deutlich spürbar. Einer der zentralen Indikatoren hierfür ist die zunehmende Lebenserwartung, die sich seit Ende des 19. Jahrhunderts mehr als verdoppelt hat und weiter ansteigt. Das ist eine erfreuliche Entwicklung, die jedoch noch zu selten mit einer entsprechend guten und stabilen Gesundheit bis ins hohe Lebensalter korreliert. Denn parallel dazu haben sich Lebens- und Arbeitsstile erheblich verändert. Neben klassischen Risiken wie unausgewogener Ernährung, zu wenig Bewegung, Stress, Rauchen und Alkohol haben die Veränderungen in der Arbeitswelt mit steigenden Flexibilitäts- und Leistungsanforderungen maßgeblichen Einfluss auf das Leben der Menschen. Diese Entwicklungen wiederum bedingen chronische Erkrankungen, deren Ausdehnung vollkommen neu ist. Waren es in der Vergangenheit noch die übertragbaren Krankheiten wie Keuchhusten, Tuberkulose oder Diphtherie, sind es heute die sogenannten nicht übertragbaren Krankheiten, die in breiten Teilen der Bevölkerung anzutreffen sind. Dazu gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diabetes mellitus und psychische Erkrankungen. Auch wenn deren Verlauf zunächst schleicher ist und die Schädigungen oft erst nach längerer Erkrankungszeit eintreten, so sind doch die Folgen für das Individuum wie für die Gesellschaft alarmierend. Eine der häufigsten nicht übertragbaren Erkrankungen sind bspw. die Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Einschränkungen in der Lebensqualität der Betroffenen nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall sind oft gravierend. Darüber hinaus sind die volkswirtschaftlichen Auswirkungen enorm: So betragen 2008 die direkten Krankheitskosten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen knapp 37 Milliarden Euro [1].

Deshalb richten sich die Zielsetzungen des Präventionsgesetzes insbesondere auf folgende Schwerpunkte:

Die Risikofaktoren für die Entstehung lebensstilbedingter Krankheiten sollen im Wege einer effektiven Verhaltensprävention nachhaltig reduziert wer-

den. Die gesundheitlichen Ressourcen sollen nachhaltig gestärkt werden. In diesem Zusammenhang sollen auch die Lebenswelten so gestaltet werden, dass sie die Gesundheit des Einzelnen wirksam unterstützen. Um dies zu erreichen, hat der Gesetzgeber die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen zur Unterstützung gesundheitsförderlicher Lebenswelten auf nunmehr mindestens 2 Euro jährlich pro Versichertem festgelegt. Dieser Wert ist als Mindestwert zu betrachten und kann von den Kassen unproblematisch überschritten werden. Daraus ergeben sich Mindestausgaben im Bereich der Prävention in Lebenswelten von rd. 140 Millionen Euro; hinzukommen noch die Ausgaben in den betrieblichen Settings in gleicher Höhe. Im Ergebnis sind die Krankenkassen seit 01. Januar 2016 verpflichtet, jährlich knapp 300 Millionen Euro für die Prävention in Lebenswelten zu verausgaben. Im Jahr 2015 beliefen sich diese Ausgaben auf etwa 113 Mio. Euro.

Darüber hinaus erhalten die Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene – insbesondere die Krankenkassen, die Pflegekassen, die Renten- und die Unfallversicherungsträger sowie die Länder und Kommunen – eine gesetzliche Grundlage für den Auf- und Ausbau verlässlicher Struktur für ihr Zusammenwirken. Mit der Nationalen Präventionskonferenz, den trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen und den Landesrahmenvereinbarungen, mit Präventionsforum und Präventionsbericht sollen sie ihre Ressourcen stärker bündeln und sich auf gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen verständigen.

Eine wesentliche Zielrichtung des Gesetzes ist es auch, sogenannte vulnerable Gruppen, d.h. Personen mit besonderem Unterstützungsbedarf, zu erreichen. Aus der Gesundheits- und Sozialforschung wissen wir, dass gerade diese Menschen häufig einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen bzw. ein erhöhtes Krankheitsrisiko haben, aber oft von sich aus kaum für Prävention und Gesundheitsförderung offen sind. Deshalb ist die Unterstützung der Verantwortlichen in den Lebenswelten beim Auf- und Ausbau von gesundheitsförderlichen Strukturen sowie deren qualitative Weiterentwicklung ein zentraler Auftrag, den das Gesetz insbesondere an die Krankenkassen formuliert. Als Lebenswelten werden im Gesetz beispielhaft Kitas, Schulen, Betriebe, Quartiere und Pflegeeinrichtungen aufgeführt.

Die Bedeutung und Tragweite, die dem § 20a Absatz 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) innewohnt, soll an einer weiteren Lebenswelt skizziert werden: Im Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII), dem Kinder- und Jugendhilfegesetz, wurde in § 45

Absatz 2 neu (im Zitat kursiv gedruckt) geregelt, dass die Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung, in der Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages betreut werden oder Unterkunft erhalten, nur dann zu erteilen ist, wenn „... die gesellschaftliche und sprachliche Integration und ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld in der Einrichtung unterstützt werden sowie die gesundheitliche Vorsorge und die medizinische Betreuung der Kinder und Jugendlichen nicht erschwert werden“.

Der Gesetzgeber will erreichen, dass die Träger dieser Einrichtungen nochmals verstärkt prüfen, ob die Einrichtung ausreichend gesundheitsförderlich gestaltet ist und welche weiteren konzeptionellen Maßnahmen erforderlich sind, um die Kinder und Jugendlichen, die dort wohnen und leben, zu stärken. Denn gerade in diesen Einrichtungen sind Prävention und Gesundheitsförderung außerordentlich wichtig. Die Kinder und Jugendlichen haben häufig Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung erlebt und sind aufgrund ihrer Biografien gesundheitlich und psychisch hoch belastet. Eine sehr interessante und lesenswerte Studie des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe [2] hat bspw. ergeben, dass Kinder und Jugendliche, die in den zum Verband gehörenden stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe leben, eine signifikant erhöhte Prävalenz bei gesundheitsschädlichem Verhalten wie Tabak-, Alkohol-, aber auch Cannabiskonsum aufweisen und in erheblichem Ausmaß psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Die Autoren der Studie konstatiert, dass Auffälligkeiten auf der emotionalen Ebene sich u. a. in Alkohol- und Drogenmissbrauch niederschlagen [2]. Das BMG hat aufgrund der in der Studie abgegebenen Empfehlungen ein Projekt initiiert, das die Qualifikation der Fachkräfte in diesen Einrichtungen verbessern soll. So sollen sie einerseits (suchtpädagogische) Handlungssicherheit erwerben, um die pädagogische Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen zu verbessern, sie sollen andererseits auch ihre konzeptionellen Fachkenntnisse erweitern, um die Einrichtung selbst (sucht-)präventiv und gesundheitsförderlich gestalten zu können.

Lebenswelten sind also ein wesentlicher Schlüssel für die Gesundheit der Menschen. Und gerade bei hohen (Vor-)Belastungen der Menschen müssen die Aktivitäten der Verantwortlichen auf eine kontinuierliche Weiterentwicklung und ggf. Veränderung des Settings gerichtet sein. Das gilt unter den dort vorherrschenden Bedingungen auch für die Gesundheitsförderung im Betrieb, kurz als BGF bezeichnet.

Mit den Antworten, die hier auf die nachfolgend formulierten grundsätzlichen Fragestellungen der

Herausgeber dieses Bandes formuliert wurden, sollen diese Aussagen unterlegt werden:

- Welche Auswirkungen hat das Präventionsgesetz insbesondere auf die Arbeitswelt? Welche Implikationen ergeben sich dabei insbesondere in Bezug auf Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz?
- Welche Erwartungen hat die Politik in diesem Kontext an die Krankenkassen sowie die weiteren Akteure im Gesundheitswesen? Welche weiteren Bereiche sollten zukünftig gesetzgeberisch geregelt werden, um Gesundheit in der Arbeitswelt (weiterhin) zu gewährleisten?

Auswirkungen des Präventionsgesetzes auf die Arbeitswelt und die Implikationen in Bezug auf Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz

Als eine der im Gesetz ausdrücklich benannten Lebenswelten bietet die Arbeitswelt eine hervorragende Möglichkeit, Menschen zu erreichen – vollkommen unabhängig von Bildung, sozialem Status oder Wohnort. Außerdem ist die BGF sowohl aus der Perspektive der Beschäftigten als auch aus der Perspektive der Unternehmen ein Schlüsselfaktor, um sich den betrieblichen Herausforderungen zu stellen. Das sind nicht zuletzt auch jene Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel, dem Fachkräftemangel sowie aus den veränderten Arbeitsbedingungen, wie zunehmende Arbeitsdichte und ständige Erreichbarkeit, ergeben.

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist heute schon fester Bestandteil der Unternehmenskultur vieler großer Betriebe. Rund 60% aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten [3] allerdings arbeiten in kleinen und mittleren Betrieben – KMU – mit 50 bis 500 Beschäftigten.

Dem Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2014 [3] ist zu entnehmen, dass mit BGF 11.373 Betriebe bzw. Standorte erreicht wurden und dass dies eine Steigerung zum Vorjahr um 15% bedeutet. Der weitaus größte Teil wurde erfreulicherweise bereits im Bereich der KMU erreicht. Bei den Betrieben zwischen 1 und 9 Beschäftigten wurden 2% erreicht.

Deutlich wird allerdings anhand des Berichtes auch, dass hinsichtlich des quantitativen Ausbaus von BGF mit Unterstützung der Krankenkassen bei den KMU noch genug „Luft nach oben“ ist.

Aber wir benötigen auch eine qualitative Verstärkung! Ohne den fachlichen Streit über den Wert von Verhaltens- und Verhältnisprävention erneut zu entfachen – man hat sich zwischenzeitlich auch in der Fachwelt zu einem „sowohl als auch“ durchringen

können – wissen wir aber, dass es neben den in der Arbeitswelt angebotenen Maßnahmen zur Verhaltensprävention (bspw. Ausgleichsgymnastik in der Pause) idealerweise *der Betrieb selbst* sein sollte, der sich als gesundheitsförderlich organisiert und strukturiert.

Das Präventionsgesetz nimmt diese Herausforderung in den Blick: Es regelt in § 20b Absatz 3 SGB V, dass die Betriebe von den Krankenkassen über Maßnahmen und Möglichkeiten zur betrieblichen Gesundheitsförderung informiert werden müssen. Außerdem regelt es, dass die Betriebe einen niedrigschwelligen Zugang zu den Leistungen der Krankenkassen und zuverlässige Hilfestellung erhalten müssen. Die Krankenkassen sollen nunmehr die Beratung und Unterstützung von Unternehmen vor Ort gemeinsam sicherstellen und dabei Unternehmensorganisationen wie Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern und Innungen beteiligen. Wichtig ist, dass dabei auch geklärt wird, welche Krankenkasse im Einzelfall ein Unternehmen in der BGF unterstützt.

Gerade kleine und kleinste Betriebe können dadurch bei BGF noch viel intensiver begleitet und wirksamer unterstützt werden als bisher. Der Bäckermeister, die Betreiberin eines kleinen ambulanten Pflegedienstes, die Gartenbaufirma – sie alle brauchen Unterstützung, damit in ihrer „one-man-/woman-show“, die sie hinsichtlich der Organisation ihres Betriebes leisten, BGF dennoch einen Platz im betrieblichen Alltag erhalten kann. Sehr beeindruckend war ein Beispiel, das unlängst im Rundfunk zu hören war: Hier hat ein kleines Fuhrunternehmen den Kraftfahrern Fahrräder zu den Fernreisen mit auf den Laster gestellt: Die Inhaber wissen, dass Bewegungsanreize für die Kraftfahrer am Wochenende oder zurückgekehrt *nach* einer langen Tour, nichts bewirken würden. Allerdings setzen sich alle Fahrer *während* einer solchen Tour, die oft über mehrere Tage andauert, am Abend gerne aufs Rad und erkunden die Umgebung. Die Idee war mit der Krankenkasse entwickelt worden.

In der Fragestellung der Herausgeber wurde es bereits deutlich: Besonders geeignet für die qualitative Weiterentwicklung der BGF ist die engere und zielgerichtete Verzahnung von Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz, die nach dem Präventionsgesetz ausdrücklich verfolgt werden soll. Die Krankenkassen erhalten nach § 20c Abs. 1 Satz 2 SGB V den Auftrag, in Abstimmung mit den Unfallversicherungsträgern Maßnahmen zur BGF zu entwickeln, die den Fokus auf arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren richten. Dazu werden alle Akteure einbezo-

gen, die für eine zielgerichtete Ausgestaltung der BGF erforderlich sind. Besonders hervorzuheben sind hierbei die Beschäftigten, deren Mitwirkung im Sinne einer partizipativen Gestaltung der Lebenswelt Betrieb unersetzbar und außerordentlich wertvoll ist. In etlichen Betrieben wurde bereits ein Arbeits- oder Steuerkreis Gesundheit gebildet. Durch die Zusammenarbeit, an der auch Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit beteiligt sind, wird das ganze „Portfolio“ der Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Betrieb abgebildet und weiterentwickelt.

Aber auch die verstärkte Einbeziehung der Betriebsärzte ist in diesem Zusammenhang durch das Präventionsgesetz geregelt. Über die Tätigkeit der Betriebsärzte ist eine Verknüpfung von arbeitsmedizinischer Vorsorge und den primärpräventiven Angeboten der Krankenkassen möglich und vom Gesetzgeber gewollt.

Im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge ist nunmehr eine Präventionsempfehlung möglich, die von den Krankenkassen bei der Entscheidung über die Erbringung einer Präventionsleistung berücksichtigt werden muss. Betriebsärzte können darüber hinaus künftig allgemeine (nicht beruflich erforderliche) Schutzimpfungen durchführen. Das ist gerade in Bezug auf so wichtige Impfmaßnahmen wie die Auffrischung des Schutzes vor Tetanus oder Diphtherie, die Gripeschutzimpfung oder aber auch für alle nach 1970 Geborenen die Masernschutzimpfung bedeutsam. Die Krankenkassen können zudem mit den Betriebsärzten Verträge über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen („Check-ups“) schließen.

Damit kann den Beschäftigten ein einfacher Zugang zu Gesundheitsuntersuchungen ermöglicht werden. Denn neben der sinnvollen Verzahnung zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz ist es wichtig, Synergien zu nutzen: Einerseits sind diese Fachärzte aufgrund ihrer arbeitschutzrechtlichen Aufgabenstellung mit der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten im Betrieb vertraut. Sie kennen die persönlichen und gesundheitlichen Hintergründe der Beschäftigten oftmals sehr genau. Darüber hinaus ist der Weg zu einem Arzt oder einer Ärztin im Betrieb der denkbar einfachste und kürzeste. So können auch „Verzögerer“ und „Verdränger“ einer gesundheitlichen Beeinträchtigung möglicherweise früher erreicht und optimal behandelt werden. Das nützt allen – den Patienten ebenso wie dem Arbeitgeber und der Versicherungsgemeinschaft.



Die Erwartungen der Politik in diesem Kontext an die Krankenkassen sowie die weiteren Akteure im Gesundheitswesen

Mit dem Präventionsgesetz wurde ein qualitativer und quantitativer Impuls an die Krankenkassen und die weiteren Akteure im Gesundheitswesen – aber auch in die Gesamtgesellschaft – gegeben. Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten, erfordert die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung all derer, die Verantwortung in den Lebenswelten tragen. Und um es klar zu benennen: Auch in den Lebenswelten fängt Verantwortung grundsätzlich zunächst beim Individuum an: Nicht umsonst hat der Gesetzgeber in § 1 Satz 3 des SGB V den Anspruch formuliert, dass „... die Versicherten ... für ihre Gesundheit mitverantwortlich [sind]; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“ Der Versicherte kann diese individuelle Verantwortung nicht „am Werkstor“ abgeben. Umso mehr können und müssen gesundheitsförderlich gestaltete Lebenswelten im Idealfall positiv auf den Einzelnen wirken und der Einzelne wiederum – durch Mitwirkung und Mitgestaltung – positiv auf die Lebenswelt.

In der betrieblichen Lebenswelt finden die Krankenkassen idealerweise Unternehmensführungen und Mitarbeitervertretungen, die gut informiert sind und klare Vorstellungen davon haben, welche konkreten Maßnahmen der BGF die Abläufe und Strukturen des Betriebes so gestalten, dass sie per se Gesundheit fördern können. Die Krankenkassen wiederum beziehen Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit aktiv in alle Prozesse mit ein, die zur Erhebung, Potenzialanalyse und Konzepterstellung sowie zur Stärkung der Gesundheit der Beschäftigten vorhanden sind. Darüber hinaus nehmen sie *gemeinsam* und in enger Kooperation mit den örtlichen Unternehmensorganisationen die Aufgabe wahr, Unternehmen zu beraten. Hier liegt auch ein Schlüssel zum Erreichen der Handwerksbetriebe.

Die Politik wollte mit diesem Gesetz nicht in erster Linie *regulieren*. Sie wollte die vorhandenen Strukturen zu Kooperation und Koordination *animieren*. Deshalb erwartet sie von den Verantwortlichen in den

Lebenswelten *gemeinsames Handeln*, Denken „über den Tellerrand hinaus“ und die Einbringung von eigenen Ressourcen. Von den Sozialversicherungsträgern wiederum erwartet sie die erforderliche professionelle Distanz zu den „inneren Logiken“ bzw. Eigeninteressen und die Bereitschaft, sich auf die Kooperationspartner in den Lebenswelten einzulassen und auf deren Sichtweisen einzustellen. In solchen Konstellationen gehen alle Seiten aufeinander zu. Die Landesrahmenvereinbarungen werden dann als Impuls für die Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung gesehen. Sie werden vor Ort, ob in der Kita, in der Schule, im Betrieb oder im Quartier, um nur einige zu nennen, lebendig. Lebendig heißt in diesem Falle kontinuierliche Weiterentwicklung, Einbezug *aller* Akteure und Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern, Beschäftigten, Bewohnern, Nutzerinnen und Nutzern. Das Präventionsgesetz wird im Idealfall in einigen Jahren in die Lebenswelten „eingewebt“ sein und auf diese Weise effizient wirksam werden. Gelingt dies, haben die Erwartungen der Politik Früchte getragen.

Das Präventionsgesetz hat viele Impulse gesetzt, die jetzt in der Praxis ankommen sollten. Um im Bild zu bleiben, können diese Impulse Neues anstoßen, Bewährtes auffrischen und Überkommenes mit neuem Schwung versehen. Der Präventionsbericht, der für 2019 ansteht, wird uns ein erstes Resümee bringen und uns zeigen, welche Impulse die Prävention und Gesundheitsförderung wie in Bewegung gebracht haben. Dann wird auch zu prüfen sein, ob – ggf. auch gesetzgeberisch – nachgesteuert werden muss.

## Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen die höchsten Krankheitskosten. Wiesbaden, 2016. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankheitskosten/Aktuell.html> (Zugriff am 04.08.2016)
2. Landschaftsverband Westfalen Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (2014). Suchtmittelkonsum und suchbezogene Problemlagen von Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Münster: Forum Sucht Sonderband 8
3. Präventionsbericht 2015, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2014





Regina Kraushaar

Studium an der Medizinischen Fachschule der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden, 1983 Abschluss als Physiotherapeutin. Studium der Sozialarbeit/Sozialpädagogik an der Evangelischen Hochschule Dresden, 1996 Abschluss als Diplom-Sozialpädagogin (FH). Bis 1998 verschiedene Praxistätigkeiten als Physiotherapeutin und Sozialpädagogin. 1998 bis 1999 Landesgeschäftsführerin Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Landesverband Sachsen. 1999–2006 Landesgeschäftsführerin Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Sachsen. 2006–2012 Abteilungsleiterin Jugend und Familie, Integration und Teilhabe, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. 2012–2014 Abteilungsleiterin Kinder und Jugend, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Seit 2014 Abteilungsleiterin Pflegesicherung und Prävention, Bundesministerium für Gesundheit.

# Gesundheit und Arbeitswelt – Perspektiven betrieblicher Präventionspolitik

Hans-Jürgen Urban und Christoph Ehlscheid  
IG Metall, Frankfurt am Main

Zweifellos erfreut sich das Themenfeld der gesundheitlichen Prävention einer wachsenden betrieblichen, gesellschaftlichen und politischen Aufmerksamkeit. Unternehmen erweitern ihre Angebote der Gesundheitsförderung; Krankenkassen, Rentenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung stärken ihre präventive Ausrichtung und mit der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie von Bund, Ländern und gesetzlicher Unfallversicherung (GDA) oder der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) existieren institutionelle Netzwerke, die die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten in den Fokus nehmen. Zudem hat die Politik erst jüngst mit dem Präventionsgesetz, der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) und den bundeseinheitlichen trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen neue Leitlinien für die Erbringer von Leistungen zur Gesundheitsförderung geschaffen.

Die Ursachen für diese erhöhte Aufmerksamkeit sind vielschichtig: Alternde Belegschaften und eine diffuse Furcht vor einem drohenden Fachkräftemangel tragen zur Motivation der Akteure ebenso bei wie die ökonomische Bewältigung krankheitsbedingter Folgekosten für Unternehmen, öffentliche Haushalte und Sozialkassen. Problem erkannt – Gefahr gebannt? Leider nicht. Trotz gesteigerter gesellschaftlicher Sensibilität, verstärkter Präventionsanstrengungen aller Akteure und einiger Erfolge bleibt die Lage angespannt. Krankheitsbedingte Ausfalltage und Frühverrentungen sind unverändert hoch und chronisch-degenerative Erkrankungen sind weiter auf dem Vormarsch (zur Entwicklung der AU-Fälle und AU-Tage in der letzten Dekade vgl. etwa [1, 2]).

Aus der Perspektive des New Public Health-Ansatzes kommt der Arbeitswelt eine besondere Bedeutung zu. Daher sollen Anforderungen an eine präventive Gesundheitspolitik im Betrieb im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrags stehen. Überlegungen zur Bedeutung von Betrieb und Unternehmen im Rahmen einer kontext- und settingorientierten Präventionsstrategie folgen Ausführungen zu einer Topografie der Belastungen in der Arbeitswelt. Anschließend werden in thesenartiger Zuspitzung Defizite der betrieblichen Präventionspolitik benannt und ein Plädoyer für betriebliche Präventions-Allianzen formuliert.

## Kontextbezug und Setting-Orientierung – zur Bedeutung der Arbeitswelt

Im Rahmen einer präventiven Gesundheitspolitik – darüber besteht ein weitgehender Konsens in der modernen Gesundheitsforschung – gehören die Arenen der Erwerbsarbeit zu den Settings mit herausgehobener Bedeutung [3, 4, 5]. Die hohe Relevanz von Unternehmen und Betrieb für Interventionen der Primärprävention ergibt sich zum einen aus der Größe der Zielgruppe. Mit einer Erwerbstätigenquote von rund 55% eröffnet das Setting Betrieb einen breiten Zugangsweg, um den Gesundheitszustand großer Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen. Zugleich sind die Erwerbstätigen mit gesundheitsrelevanten Belastungen konfrontiert, die sich unmittelbar aus der Erwerbsarbeit und ihrem betrieblichen Kontext ergeben. In welchem Maße die Erwerbstätigkeit der Gesundheit der Betroffenen zu- oder abträglich ist, wird letztlich durch das Zusammenspiel von drei Faktoren bestimmt:

1. durch das Ausmaß der Belastungen, die sich aus dem Arbeitsprozess ergeben;
2. durch die verfügbaren personalen, sozialen und organisatorischen Ressourcen, die zur Verarbeitung der arbeitsbedingten Beeinträchtigungen zur Verfügung stehen;
3. durch individuelle Bewältigungsstile und -strategien.

Dabei ist der Betrieb nicht nur als vorgegebenes Setting und gesundheitsrelevanter Kontext von Bedeutung. Vielmehr zielen gerade verhältnis- und primärpräventive Interventionsstrategien darauf, das Setting selbst zu verändern, um so gesundheitsförderliche Kontexte zu schaffen.

## Die Belastungs-Topografie der modernen Arbeitswelt

Für eine primärpräventiv orientierte Gesundheitspolitik bildet eine Bestandsaufnahme der Arbeitsbelastungen und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit den unverzichtbaren Ausgangspunkt strategischer und operativer Interventionen. Die *Belastungs-Topografie* der modernen Arbeitswelt lässt sich wie folgt skizzieren:

- Physische Belastungen verharren auf hohem Niveau. Ungünstige Umgebungsbedingungen wie Hitze, Kälte, Zugluft oder Lärm gehören immer noch für viele Beschäftigte zu ihrem Arbeitsalltag. Mit entsprechenden Folgen für ihre Gesundheit. So ist die Lärmschwerhörigkeit die am häufigsten anerkannte Berufskrankheit. Dem ständigen Heben schwerer Lasten sind immer noch mehr als 20% der Beschäftigten ausgesetzt [6]. Bei einfachen und qualifizierten manuellen Produktionsberufen liegt die Zahl der Betroffenen noch deutlich höher. Zudem müssen viele Beschäftigte in ungünstiger Körperhaltung arbeiten.<sup>1</sup>
- Neben den traditionellen physischen Belastungen nehmen psychische Belastungen stark zu. Dieser Befund wird etwa durch den Stressreport der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gestützt [8]. Danach gaben rund 58% der Befragten an, dass ihre Tätigkeit häufig die gleichzeitige Betreuung verschiedener Aufgaben verlangt. Multitasking liegt folglich auf Platz eins der psychischen Belastungen, gefolgt von starkem Termin- und Leistungsdruck, ständig wiederkehrenden Arbeitsvorgängen sowie Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit.
- Ein besonderer Problemdruck geht von der Entwicklung neuer Arbeitszeitregime mit gesundheitsgefährdenden Arbeitszeitmustern aus. Überlange Arbeitszeiten, zu wenige Pausen und zu kurze Ruhezeiten bestimmen zunehmend den Arbeitsalltag vieler Beschäftigter. Mehr als 60% der in der BIBB/BAuA-Befragung 2013 Befragten gaben an, über 40 Stunden pro Woche zu arbeiten; davon knapp 20% sogar mehr als 48 Stunden [6]. Durch die viel diskutierte Digitalisierung droht eine Verschärfung der Problemlage. So geht die Möglichkeit der technischen Erreichbarkeit oft mit Verfügbarkeitserwartungen außerhalb der üblichen Arbeitszeit einher. Selbst wenn sie arbeitgeberseitig nicht eindeutig als Erwartungs-

haltung formuliert sind, wird in aller Regel eine kurze Reaktions- und Bearbeitungszeit etwa auf E-Mail-Anfragen vorausgesetzt. Erste Befunde zu den „Auswirkungen arbeitsbezogener erweiterter Erreichbarkeit“ weisen auf eine Beeinträchtigung der Work-Life-Balance und der Gesundheit hin [9]. Hinzu kommt, dass mit der weiten Verbreitung von Schicht- und Nachtarbeit sozial wertvolle Zeiten zu Arbeitszeiten werden und unergonomische Zeitrhythmen die Arbeits- und Lebenssituation bestimmen.

Überlange Arbeitszeiten, die Ausbreitung von Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit, Flexibilität und ständige Erreichbarkeit werden zunehmend zum Risiko für die Gesundheit der Beschäftigten. Unter diesen Bedingungen breitet sich unter den Betroffenen Skepsis hinsichtlich der Gesundheitsverträglichkeit ihrer Arbeitsbedingungen aus. So zeigt eine Beschäftigtenbefragung der IG Metall, dass gerade einmal 31% der Befragten davon ausgehen, gesund bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter arbeiten zu können (►► Abbildung 1).<sup>2</sup>

### Defizite der betrieblichen Gesundheitsprävention – Vier Thesen zur Debatte

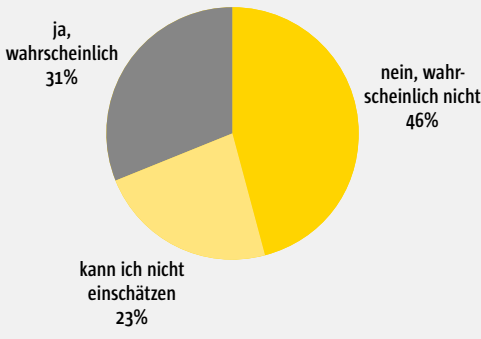
Offensichtlich, so ein Zwischenfazit, klafft eine große Lücke zwischen dem öffentlich artikulierten Anspruch, die moderne Arbeitswelt gesundheitsförderlich zu gestalten, und der gesundheitsbelastenden Realität in den Unternehmen. Mit Blick auf eine gesundheitsverträgliche Arbeitswelt fehlt es nicht an Rhetorik, wohl aber an Praxis. Dieses Praxisdefizit gilt es zu erklären und zu beheben. Dazu vier Thesen.

Die Umsetzungsdefizite bei den Gefährdungsbeurteilungen kommen einer Rechtsverweigerung gleich. Zwanzig Jahre nach Verabschiedung des Arbeitsschutzgesetzes hinkt die betriebliche Praxis einem ganzheitlichen, kontinuierlichen und dem Stand der Technik und der wissenschaftlichen Kenntnisse entsprechenden Präventionsauftrag des Gesetzes hinterher. Dies bezeugt der Umsetzungsstand der Gefährdungsbeurteilung als dem Schlüsselinstrument zur Operationalisierung des gesetzlichen Präventionsauftrages. Angaben der GDA-Dachevaluation

1 So arbeiten nach einer Studie der Europäischen Agentur für Arbeits- und Gesundheitsschutz (ESENER-2 2014) mehr als die Hälfte der Beschäftigten in Deutschland in anstrengenden oder schmerzhaften Körperhaltungen [7].

2 Zwischen Mai und August 2013 führte die IG Metall eine Beschäftigtenbefragung durch. Mehr als eine halbe Million der Befragten antworteten (n = 514.134). Die wichtigsten Ergebnisse der Befragung finden sich in [10].

**Abbildung 1** Beschäftigtenbefragung der IG Metall. Antworthäufigkeiten auf die Frage: Können Sie Ihre Arbeit bei gleichbleibenden Anforderungen bis zum gesetzlichen Rentenalter von über 65 Jahren ausüben? [10]



zufolge haben lediglich rund die Hälfte der befragten Betriebe eine entsprechende Gefährdungsbeurteilung durchgeführt und weniger als ein Viertel haben konkrete Veränderungsmaßnahmen durchgeführt. Dabei scheinen arbeitspolitische Interventionen insbesondere dann auszubleiben, wenn sie „nicht vorwiegend technischer Natur sind, sondern Veränderungen in der Arbeitsorganisation oder im sozialen Kontext erfordern“ [11]. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die gesetzlich geforderte und präventionspolitisch unverzichtbare Integration der psychischen Belastungen und Beurteilung und Interventionen. Eine Konstellation, die faktisch einer Rechtsverweigerung gleichkommt.

Die Regelungslücke im Feld der psychischen Belastungen wächst sich zu einer Schutzlücke zu Lasten der Gesundheit der Beschäftigten aus. Als eine zentrale Restriktion eines umfassenden und ganzheitlichen Gesundheitsschutzes erweist sich die durch den Bedeutungszuwachs der Finanzmärkte beförderte Neuausrichtung der Regeln „guter Unternehmensführung“ („New Corporate Governance“). Die verstärkte Orientierung an finanzmarktorientierten Renditevorgaben und der Rhythmus der Quartalsberichte konstituieren eine „Ökonomie der kurzen Fristen“, in der langfristig orientierte arbeitsgestalterisch-präventive Maßnahmen zu Störgrößen werden. Der so entstehenden Dynamik wirkt kein Druck aus gesetzlichen Präventions-Vorgaben entgegen. Anders als bei Gefahrstoffen, Lärm oder Licht fehlt eine konkretisierende Arbeitsschutzverordnung zum Schutz vor Gefährdungen durch psychische Belastungen bei der Arbeit (zur Begründung und in-

haltlichen Ausgestaltung vgl. [12]). Da nachweislich gesetzliche Vorschriften entscheidende Beweggründe des Managements darstellen, in Sachen Sicherheit und Gesundheitsschutz aktiv zu werden, wächst sich die Regelungslücke im Bereich der psychischen Belastungen zunehmend zu einer manifesten Schutzlücke für die Beschäftigten aus.<sup>3</sup>

Die Dominanz der Verhaltensprävention muss durch eine Stärkung der Verhältnisprävention überwunden werden

Im Sinne eines erweiterten Präventionsverständnisses sollten sich gesundheitsförderliche Interventionen in der Arbeitswelt im Sinne einer Doppelstrategie auf Belastungsabbau und Ressourcenaufbau zugleich orientieren. Gleichwohl ist die betriebliche Präventionspraxis in vielen Unternehmen durch eine Überbetonung von Maßnahmen der Verhaltensprävention geprägt. Indiz dafür sind nicht nur die offensichtlichen Defizite bei der Umsetzung von Gefährdungsbeurteilungen und fehlenden Maßnahmen der Verhältnisprävention. Auch die Fokussierung der Präventionsaktivitäten etwa der Krankenkassen auf verhaltenspräventive Maßnahmen weist in diese Richtung.

Dieses Defizit spiegelt sich im Präventionsbericht 2015 der Krankenkassen wider: Lediglich 6% der betrieblichen Gesundheitsförderung im Berichtszeitraum entfielen auf reine verhältnisbezogene Aktivitäten, während zugleich 44% der Maßnahmen rein verhaltensbezogen waren [13: S. 74]. Zwar konnten bei der Bekämpfung psychischer Fehlbelastungen kassenübergreifend Verbesserungen in der Verhältnisprävention erreicht werden [13: S. 89]. Doch insgesamt bleibt das Angebot der Kassen unzureichend. Ursächlich dafür ist sicherlich, dass die Entscheidungshoheit für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bei den Unternehmen liegt. Zwar sind Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 bekanntlich eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (gemäß §§ 20a SGB V). Aber über Projektstart, Maßnahmenportfolio und Finanzvolumen entscheiden letztlich die Unternehmen. In dieser Konstellation und unter dem Rendite- und Zeitdruck externer Restriktionen entscheiden sich viele Unternehmensleitungen für den bequemeren und preiswerteren Weg über Rückenschule, Ernährungsberatung oder Anti-Stress-Kurse, an-

<sup>3</sup> So gaben weit über 80% der befragten Unternehmensvertreter die „Erfüllung der gesetzlichen Auflagen“ als Motiv für die Umsetzung von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes an; vgl. [7].

statt Arbeitsplätze umzugestalten, Schichtsysteme neu und ergonomisch zu organisieren oder den Termindruck der Beschäftigten zu reduzieren.

Fragmentierte Akteurslandschaft und Kassenkonkurrenz führen zu Kooperationsblockaden

Als eine weitere Restriktion erweist sich die Vielzahl von Akteuren, die mit gesetzlichem Präventionsauftrag im betrieblichen Feld unterwegs sind. Kranken- und Pflegekassen sowie Unfall- und Rentenversicherungsträger unterliegen allesamt einer gesetzlichen Verpflichtung und bieten entsprechende Maßnahmen an. Eine systematische Abstimmung der Maßnahmen unterbleibt vielfach. Hinzu kommt, dass in einer wettbewerblich strukturierten gesetzlichen Krankenversicherung auch Präventionsleistungen als Maßnahmen zur Kassenprofilierung konzipiert werden. In diesem Kontext wundert es wenig, wenn schon die Bereitschaft einzelner Kassen zur Zusammenarbeit mit ihren Mitbewerbern im Kampf um gute Risiken unterliegt; daher die geringe Zahl dokumentierter Beispiele einer gelungenen Kassenkooperation im präventionspolitischen Feld. So wirken die Fragmentierung der Akteurslandschaft und die ausgeprägte Kassenkonkurrenz als Kooperationsblockaden – letztlich zulasten der Gesundheit der Beschäftigten.

#### Ausblick: Plädoyer für betriebliche Präventions-Allianzen

Festzuhalten bleibt: Eine aktive Präventionspolitik, die die eingangs geschilderte Lücke zwischen gesellschaftlichem Anspruch und betrieblicher Realität überwinden will, hat viele Hürden zu nehmen. Das Ringen um Gesundheit in der Arbeit wird dabei wohl nur erfolgreich sein, wenn alle beauftragten und beteiligten Akteure sich zu betrieblichen Präventions-Allianzen zusammenfinden und durch koordinierte Interventionen gesundheitsförderliche Kontexte in den Betrieben schaffen. Nur so können Vollzugsdefizite im Arbeitsschutz beseitigt und die Gefährdungsbeurteilungen endlich den gesetzlichen Vorgaben des Arbeitsschutzgesetzes angepasst werden. Hier sind vor allem, aber nicht nur Unternehmen, Aufsichtsbehörden und betriebliche Interessenvertretungen gefordert.

Auch die gesetzlichen Krankenkassen können mit Gesundheitsberichten betrieblichen Präventionsprojekten gute Dienste erweisen. Sie verfügen über Daten zu Fehlzeiten und anderen Dimensionen des betrieblichen Gesundheitsgeschehens, die unver-

zichtbar sind. Dass hier auf diejenigen Betriebskrankenkassen, die trotz weitreichender Veränderungen in der Mitgliederstruktur über eine besondere Nähe zum Trägerunternehmen verfügen, besondere Chancen warten, sollte in der mitunter allzu grüblerischen Debatte um die Identität der Kassenart nicht unter die Räder geraten. Wichtig ist, dass die Kassen sich insgesamt nicht in das scheinbar bequemere Feld reiner Verhaltenspräventionen abdrängen lassen. Denn ohne hinreichende Maßnahmen einer umfassenden Verhältnisprävention dürften sich weder die gesundheitsförderlichen noch die kostensenkenden Potenziale gesundheitspolitischer Arbeitsbedingungen erschließen lassen.

Auch der Gesetzgeber bleibt gefordert, die rechtlichen Rahmenbedingungen für die betriebliche Präventionspolitik zu verbessern. Mit dem im Juni 2015 verabschiedeten „Präventionsgesetz“ hat er für die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen neue Grundlagen für präventionspolitisches Handeln geschaffen. Trotz berechtigter Kritik etwa an der Verteilung der Finanzlasten, der Zweckentfremdung von Beitragsmitteln der Kassen zur Subventionierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder an der wenig sinnvollen Übertragung zusätzlicher Aufgaben an die Betriebsärzte hat sich der gesetzliche Handlungsrahmen verbessert. Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit aller Träger im Rahmen einer nationalen Präventionsstrategie und die Formulierung von entsprechenden Rahmenvereinbarungen auf Landes-ebene sollten als Chance zum Auf- und Ausbau regionaler und lokaler Präventionsnetzwerke genutzt werden, die auch für betriebliche Aktivitäten ein günstigeres Umfeld schaffen könnten.

Dringlich bleiben aber weiterhin eindeutige und verbindliche Vorgaben im Arbeitsschutzrecht. Das gilt zuvorderst im Feld der psychischen Belastungen. Eine konkretisierende Arbeitsschutzverordnung im Bereich der psychischen Belastungen ist mehr als überfällig. Entwürfe des Bundesrates und der IG Metall liegen vor [14]. Die IG Metall wird die gesellschaftliche Mobilisierung für eine solche „Anti-Stress-Verordnung“ mit einer betrieblichen „Präventionsbewegung von unten“ verbinden. Diese soll in den Betrieben unter allen Beteiligten Bewusstsein und Handlungsbereitschaft gegen Gefährdungen bei der Arbeit fördern, Beschäftigte als Experten ihrer Arbeitsbedingungen einbeziehen und betriebliche Projekte zur Gesundheitsförderung ausbauen. Die voranschreitende Globalisierung der Ökonomie und die beginnende Digitalisierung von Arbeit und Gesellschaft werden die Rahmenbedingungen für eine

ganzheitliche, partizipative und umfassende Präventionspolitik in den Betrieben sicherlich nicht im Selbstlauf verbessern. Eine Bewegung für eine Humanisierung der Arbeit dürfte in Zukunft notwendig sein.

## Literatur

1. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.). Langzeiterkrankungen. Zahlen, Daten, Fakten. BKK Gesundheitsreport 2015, Berlin 2015, S. 28ff.
2. Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BMAS/BAuA) (Hrsg.). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (SUGA) 2013. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Dortmund/Berlin/Dresden, 2014, S. 50
3. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens. Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Bundestags-Drucksache 15/5670, Berlin, 2005
4. Rosenbrock R. Primärprävention. Was ist das und was soll das? Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Discussion paper SP I, 2008, Berlin
5. Urban H-J. Kampf um Gesundheit. Settingbasierte Prävention und Gute Arbeit im Finanzmarkt-Kapitalismus. In: Gerlinger T, Kümpers S, Lehnardt U, Wright MT (Hrsg.). Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschrift zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock. Bern, 2010, S. 246ff.
6. Grundausswertung BiBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012, hrsg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden, 2012
7. Europäische Agentur für Arbeits- und Gesundheitsschutz. Die europäische Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken (ESENER-2 2014). [https://osha.europa.eu/de/surveys-and-statistics-osh/esener?set\\_language=de](https://osha.europa.eu/de/surveys-and-statistics-osh/esener?set_language=de) (Zugriff am 01.08.2016)
8. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund/Dresden/Berlin, 2013
9. Pangert B, Schüppach H. Die Auswirkungen arbeitsbezogener erweiterter Erreichbarkeit auf Life-Domain-Balance und Gesundheit. Hrsg. von Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden, 2013
10. IG Metall Vorstand (Hrsg.). Arbeit: sicher und fair! Die Befragung. Ergebnisse, Zahlen, Fakten, Frankfurt/Main, 2013
11. Rothe I, Beermann B. Arbeitsschutz: Zukünftige Herausforderungen. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Arbeit heute gestalten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin/Heidelberg, 2014, S. 183
12. Fergen A. Zeit für eine Modernisierung des Arbeitsschutzes: Zur Anti-Stress-Initiative der IG Metall. In: Dörre K, Jürgens K, Matuschek I (Hrsg.). Arbeit in Europa. Marktfundamentalismus als Zerreißprobe. Frankfurt/New York, 2014, S. 277ff.
13. Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2014. Hrsg. vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. und dem GKV-Spitzenverband. Essen/Berlin, 2015
14. Urban H-J, Fergen A. Die Initiative der IG Metall für eine Anti-Stress-Verordnung: Zwischenbilanz und Standortbestimmung. In: Schröder L, Urban H-J (Hrsg.). Gute Arbeit. Profile prekärer Arbeit – Arbeitspolitik von unten. Frankfurt a. Main, 2014, S. 311–324



PD Dr. Hans-Jürgen Urban

Studium der Politikwissenschaft, Wirtschaftswissenschaften und Philosophie in Bonn, Gießen und Marburg. Promotion an der Philipps-Universität Marburg und Habilitation an der Friedrich-Schiller-Universität Jena; heute tätig als geschäftsführendes Vorstandsmitglied der IG Metall in Frankfurt und Privatdozent an der Friedrich-Schiller-Universität Jena.



Christoph Ehscheid, Pol. MA

Studium der Geschichte und Politikwissenschaft in Gießen und Marburg; heute tätig als Bereichsleiter Sozialpolitik beim Vorstand der IG Metall in Frankfurt.



# Psychische Gesundheit und Arbeit

Alexander Gunkel

Mitglied der Hauptgeschäftsführung der Bundesvereinigung  
der Deutschen Arbeitgeberverbände BDA, Berlin

## Bedeutung und Wechselwirkung zwischen psychischer Gesundheit und Arbeit

Viele gesundheitliche Faktoren haben einen Einfluss auf die geleistete Arbeit. Die Bedeutung der psychischen Gesundheit ist dabei besonders groß, wie viele Untersuchungen zeigen. Nach Schätzung des Weltwirtschaftsforums werden 35% der krankheitsbedingten Reduktionen von Bruttosozialprodukten in Industrieländern psychischen Erkrankungen zugeschrieben. Dies erklärt, warum den Betrieben die psychische Gesundheit ihrer Beschäftigten ein besonders großes Anliegen ist. Sie engagieren sich, um die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu erhalten bzw. um sie so rasch und weit wie möglich wieder herzustellen.

Dabei reicht das Engagement vieler Unternehmen weit über die Arbeitssphäre hinaus. Gesundheitsprogramme umfassen präventive Maßnahmen wie Umgang mit Stress, Zeit- und Selbstmanagement, Sensibilisierung von Führungskräften, Stärkung der individuellen Widerstandskraft (Resilienz) sowie Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Hinzu kommen kurative Angebote wie Beratungsangebote von Psychologen für Beschäftigte, aber auch Sozialberatung inklusive Schuldnerberatung, Suchtberatung oder Hilfen zur Konfliktbewältigung. Immer mehr Unternehmen unterhalten hierzu eigene regionale Kompetenznetzwerke vor allem mit Fachkliniken oder Psychotherapeuten. Andere haben Mitarbeiterberatungsprogramme aufgelegt.

Die Betriebe handeln dabei ganz unabhängig davon, ob die Gründe für mögliche psychische Fehlbelastungen in der privaten oder in der dienstlichen Sphäre liegen. Das ist schon deshalb sinnvoll, weil Betriebe völlig unabhängig von den jeweiligen Ursachen stets ein Interesse am Erhalt bzw. der Wiederherstellung der psychischen Gesundheit ihrer Beschäftigten haben. Zudem beruhen psychische Erkrankungen regelmäßig auf einer Vielzahl unterschiedlicher Einflussfaktoren, sodass eine monokau-

sale Zuordnung ohnehin meist nicht möglich ist. Belastungsfaktoren aus der Arbeitswelt sind dabei erwiesenermaßen niemals die alleinige Ursache für eine psychische Störung. Im Gegenteil: Arbeit hat regelmäßig eine insgesamt positive Wirkung auf die psychische Gesundheit!

Herr Prof. Dr. Hegerl von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe e.V. hat in diesem Zusammenhang festgestellt:

*„Arbeit selbst ist nach meiner klinischen Erfahrung fast nie der wesentliche Grund dafür, dass jemand depressiv wird. Schleicht sich die Depression ein, wird allerdings jede Arbeit zunehmend als Überlast erlebt, auch wenn sie objektiv vielleicht sogar wenig belastend ist.“ [1]*

Diese positive Wirkung von Arbeit wird auch vom Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer, Herr Dr. Munz, gesehen:

*„Unabhängig von den volkswirtschaftlichen Kosten kann eine lange Krankschreibung für den Betroffenen selbst und seine Gesundheit ungünstig sein. Menschen mit Depressionen neigen zum Beispiel dazu, sich zurückzuziehen und inaktiv zu werden. Der Wegfall von Arbeit kann psychische Erkrankungen auslösen oder verschlimmern.“ [2]*

Richtig ist, dass Arbeit grundsätzlich immer auf die psychische Verfassung des Menschen einwirkt. Der Begriff der Einwirkung ist dabei arbeitswissenschaftlich weder negativ noch positiv belegt. Eine solche neutrale Einwirkung durch die ausgeübte Arbeit kann sich als Folge des erlebten Kompetenzzuwachses, die mit der Erledigung erreichte Zufriedenheit und die positive Leistungswahrnehmung (Stolz und Selbstbewusstsein) positiv auf die psychische Gesundheit auswirken. Es gilt aber umgekehrt auch, dass unzureichend gestaltete Arbeitsplätze oder Arbeitsprozesse die psychische Gesundheit der Beschäftigten negativ beeinflussen und zu krankheitsbedingten Fehlzeiten beitragen können.

Dass negative Beanspruchungsfolgen durch Über- oder Unterforderung auch stark von der persönlichen Konstitution abhängen (Ressourcen wie Gesundheit, Erfahrung, Qualifikation und Motivation), darf nicht außer Acht gelassen werden. Im Stressreport Deutschland 2012 heißt es dazu:

*„Je mehr Beschwerden und Erschöpfung auftreten und je schlechter der subjektive Gesundheitszustand eingeschätzt wird, desto mehr wird von Überforderung und Stresszunahme berichtet. Am deutlichsten zeigen sich die negativen Effekte bei der mengenmäßigen Überforderung (quantitativer Anforderungsfit).“ [3]*

### Handlungsfelder der Unternehmen

In der gemeinsamen Erklärung „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ der Sozialpartner (BDA und DGB) mit dem Bundesarbeitsministerium werden mit der freiwilligen betrieblichen Gesundheitsförderung und der Arbeitsgestaltung maßgebliche Bereiche genannt, die sich für die Betriebe beim Einsatz für die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter als mögliches Handlungsfeld eignen [4].

Dem in dieser Erklärung formulierten Ziel, für eine flächendeckende Verbreitung einer Gefährdungsbeurteilung unter Einbeziehung der psychischen Belastungsfaktoren zu werben, folgen inzwischen auch immer mehr Taten in den Unternehmen. Das Interesse an der Umsetzung wächst und die Berührungspunkte mit diesem Thema schwinden. Mittlerweile ist die Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf psychische Belastung in vielen Unternehmen umgesetzt bzw. auf einem guten Weg dahin. Dies ist vor allem auf die Aufklärung der Unterzeichner der Erklärung und die Umsetzungsaktivitäten im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie zurückzuführen. Mehr und mehr setzt sich zudem die Erkenntnis durch, dass Unternehmen durch die vollständige Gefährdungsbeurteilung gleichzeitig auch eine Art Organisations-, Aufgaben- und Prozessüberprüfung im Sinne einer Optimierung durchlaufen, was positive betriebswirtschaftliche Folgen bedeuten kann.

Zusätzlich zu beiden genannten Handlungsfeldern ist für die psychische Gesundheit im Betrieb das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) relevant, welches aufgrund der langen durchschnittlichen Behandlungsdauer von psychischen Störungen von etwa 40 Tagen ein wichtiger Teil des betrieblichen Handelns ist. Hierbei – wie auch bei den vielfältigen anderen betrieblichen Aktivitäten zur Stärkung der psychischen Gesundheit – werden die Unterneh-

men fallbezogen von den zuständigen Sozialversicherungsträgern unterstützt.

### Rolle der Unfallversicherung, der Krankenversicherung und der Rentenversicherung

Als Folge der nach den jeweils versicherten Risiken gegliederten Sozialversicherung in Deutschland haben die Betriebe bei Fragen zur psychischen Gesundheit unterschiedliche Ansprechpartner: Die Unterstützung der Unternehmen in Fragen des verpflichtenden Arbeitsschutzes (z. B. bei der Gefährdungsbeurteilung) ist innerhalb der Sozialversicherung alleinige Aufgabe der Unfallversicherung. Partner in der freiwilligen betrieblichen Gesundheitsförderung sind die Krankenkassen. Bei der Rehabilitation und in Programmen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von gesundheitlich gefährdeten Mitarbeitern kommen auch Angebote der Rentenversicherungsträger auf betrieblicher Ebene zur Wirkung. Die enge Verzahnung im Rahmen des betrieblichen Handelns, häufig im Rahmen eines strukturierten Gesundheitsmanagements zur Unterstützung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt, erfordert dementsprechend Abstimmungen und Kooperationen zwischen den jeweils zuständigen Sozialversicherungszweigen.

Viele Betriebe behandeln Aspekte des verpflichtenden Arbeitsschutzes und der freiwilligen betrieblichen Gesundheitsförderung gemeinsam in Gesundheitszirkeln, wobei abgestimmte Unterstützungsangebote der jeweils zuständigen Sozialversicherungsträger genutzt werden. Eine Basis für erfolgreiche Kooperationen von Betrieben sowie Kranken- und Unfallversicherung ist mit dem Grundsatzpapier „Gemeinsam für gesunde Betriebe“ gelegt [5].

Ein wichtiges Anliegen aller drei Sozialversicherungszweige sollte es sein, in der bisweilen verzerrten Diskussion über psychische Gesundheit für Sachlichkeit zu werben und selbst dazu beizutragen, dass Fakten und Zusammenhänge zutreffend vermittelt werden. Meist gelingt dies auch. Es schadet der Sache, wenn die Debatte über psychische Gesundheit mit falschen Zahlen, irreführenden Darstellungen und unberechtigten Vorwürfen geführt wird.

### Psychische Störungen nehmen nicht zu, werden aber häufiger diagnostiziert

In der jüngsten, breit angelegten Studie des Robert Koch-Instituts [6] werden die Ergebnisse älterer Er-



hebungen der OECD bestätigt, dass zumindest in dem Zeitraum zwischen 1998 und 2012 kein Anwachsen der Häufigkeit psychischer Störungen zu verzeichnen ist. Dies ist nur scheinbar ein Widerspruch zu dem häufig thematisierten stark ansteigenden Behandlungsbedarf bei diesen Erkrankungen. Tatsächlich ist das Wissen der Ärzte über die Zusammenhänge zwischen somatischen Erkrankungen und psychischen Hintergründen gewachsen, was zu mehr Diagnosen mit dem Befund psychische Störung führt.

Prof. Dr. Jacobi, Psychologische Hochschule Berlin, stellt dazu fest:

*„Anhand der vorgestellten Ergebnisse des BGS98 und des DEGS1-MH gibt es keinen Grund zur Annahme, Deutschland werde immer kränker – die Zunahme psychischer Störungen in den Daten von Kostenträgern scheint demnach etwas anderes abzubilden: Psychische Störungen werden heute bei gleichbleibender Prävalenz möglicherweise nicht nur mit mehr Aufmerksamkeit bedacht und im Versorgungsgeschehen seltener übersehen, sondern zum Teil sogar überdiagnostiziert.“ [7]*

Diese Aussage wird von Herrn Prof. Dr. Hegerl, Stifftung Deutsche Depressionshilfe, unterstützt:

*„Mehr Menschen mit Depressionen sind bereit, sich Hilfe zu holen. Insgesamt haben die AU-Tage und Frühberentungen nämlich nicht zugenommen – nur die Diagnose hat sich verschoben. Dieselben Menschen wären früher eher wegen chronischer Rückenschmerzen oder Tinnitus in Behandlung gewesen – die dahinterstehende Depression wurde nicht erkannt oder nicht benannt.“ [1]*

### Forschungsdefizite beim Einfluss der Arbeit auf die psychische Gesundheit

In einer modernen Welt mit wachsender Komplexität und Veränderungsgeschwindigkeit werden damit verbundene geänderte Belastungen in der Arbeitswelt sowie im Privatleben von den Menschen sehr unterschiedlich wahrgenommen. In vielen Fällen gilt, dass Belastungen („Stress“) uns zur Weiterentwicklung zwingen und damit zur Erhöhung unserer physischen bzw. psychischen Leistungsfähigkeit führen. Allerdings scheint die Reaktion auf Belastungen stark von ihrer individuellen subjektiven Bewertung abzuhängen. Insofern ist es auch kaum möglich, Belastungen stets so zu gestalten, dass sie sich bei allen möglichst positiv bzw. zumindest nicht negativ auf die psychische Gesundheit auswirken. Dies zeigt auch, warum der mit der Anti-Stress-Verordnung verbundene Ansatz nicht geeignet ist.

Wird der Teil der arbeitsbedingten psychischen Belastung betrachtet, für dessen Gestaltung der Arbeitgeber Verantwortung trägt, sind die Zusammenhänge zur Gesundheit der Mitarbeiter meist noch immer nicht befriedigend geklärt. Deshalb ist es sehr zu begrüßen, wenn die vorhandenen Erkenntnislücken nun – auch auf Initiative der Bundesregierung – durch das Forschungsprogramm „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin geschlossen werden. Natürlich gibt es bereits viel Wissen über eine sinnvolle Arbeitsgestaltung. Aber der hier vorhandene Kenntnisstand beruht auf den Erkenntnissen der Vergangenheit und den damals geltenden Arbeits- und Lebensbedingungen. Aktuelle Arbeitsforschung muss sich daher verstärkt mit den gravierenden Veränderungen der Arbeit aufgrund der fortschreitenden Digitalisierung und der Entwicklungen, die mit dem Schlagwort Industrie 4.0 verbunden werden, beschäftigen. Die Betriebe werden in kurzer Zeit konkrete Empfehlungen für die Umsetzungen benötigen. Sicher ist, dass künftig die körperlichen Arbeiten deutlich weniger beanspruchend gestaltet werden können. Tätigkeiten der Zukunft werden aber oft komplexer sein. Ferner werden sie einer dynamischen Entwicklung unterliegen, sodass es notwendig sein wird, die psychischen Belastungen dieser neuen Arbeitsplätze bei deren Gestaltung ausreichend zu beachten.

### Eigenverantwortung der Beschäftigten stärken

Gerade beim Thema psychische Gesundheit und den vielfältigen möglichen Ursachen für psychische Störungen ist es wichtig, dass jeder Einzelne der Verantwortung für seine Gesundheit gerecht wird. Einen guten Einstieg zur Übernahme von Verantwortung für die eigene psychische Gesundheit bietet die Handlungshilfe für Beschäftigte des Projektes „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA)“ sowie das psyGA-eLearning-Tool für Beschäftigte „Förderung Ihrer psychischen Gesundheit“ [8].

In Zeiten schnellen Wandels und der Verringerung von unterstützenden sozialen Strukturen im Privatleben muss auch der private Lebens- und Arbeitsstil durch die Beschäftigten selbstkritisch hinterfragt werden. Ziel muss es sein, in allen Lebensbereichen durch Belastungswechsel, Phasen der Anspannung und Erholung so zu mischen, dass eine zeitnahe vollständige Regeneration möglich ist.

## Der Umgang mit psychisch erkrankten Menschen

Zur Eigenverantwortung zählt schließlich auch, dass sich Beschäftigte vertrauensvoll an ihren Arbeitgeber wenden, wenn sie von einer psychischen Störung betroffen sind. Nach einer Studie der Technischen Universität München informieren jedoch nur 16% der berufstätigen Patienten ihre Vorgesetzten darüber, dass sie psychische Probleme haben [8]. Damit werden viel zu oft Chancen vergeben, gemeinsam auf eine möglichst rasche und vollständige Wiederherstellung der psychischen Gesundheit hinzuwirken. Dabei steht die Zurückhaltung von Patienten, ihren Arbeitgeber beim Wiederherstellungsprozess einzubeziehen, zum Teil in einer Wechselwirkung mit einer in der betrieblichen Praxis vorhandenen Unsicherheit im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen.

Für die Betriebe ist die sachgerechte Behandlung und geeignete Unterstützung psychisch erkrankter Mitarbeiter eine wichtige Aufgabe bei ihrer Personalarbeit, gleichzeitig aber oftmals auch eine erhebliche Herausforderung. In einer vom RKW Hessen im Jahr 2010 durchgeführten Unternehmensbefragung [9] wurde die Bedeutung des Themas „betriebliche Wiedereingliederung von Mitarbeitern nach der Behandlung psychischer Störungen“ unterstrichen. Das dabei am häufigsten genannte Hemmnis für eine Wiedereingliederung ist das Fehlen von alternativen Arbeitsplätzen. Dazu kommen abgestuft als wesentliche Hemmnisse die fehlende Bereitschaft der Kollegen, den Mitarbeiter im Team wieder aufzunehmen, und mangelnde Zusammenarbeit der Beteiligten im BEM-Prozess.

Oftmals erweist sich die Wiedereingliederung psychisch erkrankter Mitarbeiter als ein schwieriger, langfristiger und zum Teil auch von Rückfällen geprägter Prozess. Die Wiedereingliederung psychisch Kranker ist häufig keine betriebliche Routine und es bestehen immer wieder auch Berührungsängste. Hinzu kommt, dass oftmals zwei Problemkreise zusammenkommen: zum einen die Nachwirkungen der psychischen Störung (u.a. Anfälligkeit, fehlende Robustheit) und zum anderen die vorausgehende lange Abwesenheit aus dem Arbeitsprozess.

Aus diesen Gründen kann es sinnvoll sein, beim Wiedereingliederungsprozess externe Expertise einzubeziehen. In der gemeinsamen Erklärung zur Bedeutung der psychischen Gesundheit im Betrieb von BDA und dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) aus dem Jahr 2011 wird deshalb auch herausgestellt, dass insbesondere die Unterstützung der betrieblichen Verantwortlichen durch den Werks-

und Betriebsarzt unerlässlich ist. Betriebsärzte können bei der Wiedereingliederung eine zentrale Rolle als neutraler Berater und Lotse übernehmen.

Externe Unterstützung können die Betriebe darüber hinaus auch von EAP-Anbietern (Mitarbeiterberatungsprogramme/Unterstützungsprogramme – externe Dienstleister für Unternehmen) erhalten. Diese können die Rolle der Vermittler zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern übernehmen oder auch Teams für das BEM coachen.

Nicht unterschätzt werden darf, dass die Betreuung einer psychisch erkrankten Person oftmals über einen sehr langen Zeitraum notwendig ist. Die Hauptgefahr eines Scheiterns einer Rückkehr an den Arbeitsplatz ist die Überschätzung der eigenen Fähigkeiten. Nach Rückfällen ist der Wiederaufbau jedoch umso schwieriger. Umso mehr gilt es, Rückfällen wirksam durch eine ausreichende Nachbetreuung entgegenzuwirken. Dabei kann gerade auch die Rentenversicherung helfen. Durch sie kann eine Einzelfallbetreuung bis zu 12 Monate nach einer abgeschlossenen Reha-Maßnahme sichergestellt werden.

## Versorgung Erkrankter muss verbessert werden

Da psychische Störungen regelmäßig auf Einflüssen aus unterschiedlichen Lebensbereichen beruhen, kann das Engagement der Betriebe allein nicht ausreichen, um psychischen Erkrankungen und dadurch verursachten Frühverrentungen entgegenzuwirken. Jeder Ansatz, der allein auf das betriebliche Umfeld beschränkt ist, greift daher zu kurz. Für eine erfolgreiche Behandlung psychischer Störungen ist es wichtig, frühzeitig und niederschwellig einzuschreiten und die Beschäftigten fortwährend zu begleiten, bis sie wieder gesund und leistungsfähig arbeiten können. Die gezielte Betreuung nach einer medizinisch-psychosomatischen Behandlung oder Rehabilitation steigert die Aussichten auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Eine Koordination der Aktivitäten verstärkt die Wirkung zum Nutzen der Betriebe und ihrer Mitarbeiter.

Ein in der Öffentlichkeit oft in Bezug genommenes Beispiel ist das Vorgehen der Salzgitter AG. Dort ist auf Anstoß der Betriebsärzte in enger Abstimmung mit der dortigen Betriebskrankenkasse und der Rentenversicherung gemeinsam mit externen Partnern (Universität Braunschweig und die Medizinische Hochschule in Hannover) ein geschlossener lückenloser Versorgungspfad für Mitarbeiter entwickelt worden.

Für die Zukunft kommt es darauf an, dass solche Leuchtturmprojekte nicht weiter nur positive Ausnahmen bleiben. Vielmehr gilt es, bei der Versorgung psychisch Kranker flächendeckend Verbundlösungen zu erreichen. Ärzte, Therapeuten, Bundesgesundheitsministerium und Sozialversicherungsträger sind gefordert, eine bessere Versorgung psychisch Erkrankter zu gewährleisten und die vorhandenen Angebote und Leistungen besser aufeinander abzustimmen.

### Inanspruchnahme der Integrationsfachdienste erleichtern

Den Betrieben steht grundsätzlich eine Vielzahl von Wegen und Mitteln offen, um Mitarbeiter, die in Folge einer psychischen Erkrankung nicht mehr voll leistungsfähig sind, im Betrieb zu halten, z.B. durch Anpassungsmaßnahmen der Arbeitsplätze oder die Inanspruchnahme von Entgeltzuschüssen. Unterstützung können sie dabei grundsätzlich durch den Integrationsfachdienst (IFD) bekommen [10]. Leider ist über die Erstberatung hinausgehende Hilfestellung durch den IFD von dem Status einer anerkannten Schwerbehinderung abhängig. Ihr Wirkungsbereich ist auf Schwerbehinderte und zu einem gewissen Maß auch auf von Behinderung bedrohte Personen in ein vorhandenes oder angestrebtes Arbeitsverhältnis beschränkt. Damit können Arbeitgeber die Unterstützung der IFD hinsichtlich ihrer psychisch erkrankten Beschäftigten oftmals nicht in Anspruch nehmen. Hinzu kommt, dass bei psychisch Erkrankten die Akzeptanz des Schwerbehindertenstatus nicht immer vorhanden ist und deshalb oftmals nicht beansprucht wird. Hier können Schwerbehindertenvertretungen und Personal- und Betriebsräte wichtige Überzeugungsarbeit leisten.

Die folgenden Unterstützungen für Unternehmen kommen aufgrund der geschilderten Rahmenbedingungen nur selten zur Umsetzung:

- Möglichkeit diverser Lohnkostenzuschüsse bei erkennbarer, auf zunächst nicht absehbarer Zeit teilweise oder voll wirksamer Leistungsminderung.
- Übernahme von Honorarkosten für einen externen Arbeitstrainer (Job-Coaching), wenn es sinnvoll erscheint, einen solchen für einen begrenzten Zeitraum hinzuzuziehen.
- Auch möglich sind Lohnkostenzuschüsse für firmeneigene Mitarbeiter, die den Rehabilitanden bei der Wiedereingliederung unterstützen.
- Integrationspauschalen bei Neueinstellung besonders betroffener schwerbehinderter Menschen.

### Fazit

Der Erhalt bzw. die Wiedergewinnung der psychischen Gesundheit der Beschäftigten ist ein wichtiges Anliegen der Betriebe. Psychisch erkrankte Arbeitnehmer sind weniger leistungsfähig und verursachen hohe Ausfallkosten durch Fehlzeiten bzw. Frühverrentungen. Die Betriebe engagieren sich daher insbesondere durch eine geeignete Arbeitsgestaltung und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, um psychischen Fehlbelastungen entgegenzuwirken.

Da die Ursachen psychischer Erkrankungen aber niemals ausschließlich beruflich bedingt sind und meist überwiegend außerhalb des beruflichen Umfelds liegen, reicht ein Handeln der Betriebe allein nicht aus. Erforderlich sind vielmehr vor allem eine bessere, frühzeitigere Versorgung psychisch Erkrankter sowie eine wirksamere Unterstützung der Betriebe bei Maßnahmen der Wiedereingliederung. Darüber hinaus ist nach wie vor die Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern verbesserungsbedürftig und die therapeutische Versorgung psychisch Erkrankter noch immer unzureichend. Gefordert ist aber auch jeder Einzelne selbst. Die eigene Lebensführung, z.B. der ausreichende Wechsel zwischen Belastungs- und Erholungsphasen, hat entscheidenden Einfluss auf die eigene Gesundheit.

Ziel muss es sein, psychischen Erkrankungen frühzeitiger und wirksamer entgegenzusteuern und die Behandlung und Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu verbessern. Die Chance dazu besteht, wenn alle Beteiligten – Arbeitgeber und Beschäftigte, Sozialversicherungsträger, Therapeuten und Werksärzte sowie Integrationsfachdienste – dazu ihren Beitrag leisten.

### Literatur

1. Hegerl U. Umgang mit Depressionen. Arbeit kann helfen. Brand eins Wissen, Hilfe!, Ausgabe 03/0
2. BPTK Newsletter Ausgabe 1/2016 März 2016; Teilzeitarbeitsunfähigkeit – eine sinnvolle Alternative für psychisch Kranke; Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer
3. Lohmann-Haislah A. Stressreport Deutschland 2012; Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). Dortmund/Berlin/Dresden, 2012
4. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.). Gemeinsame Erklärung Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Referat Information, Publikation, Redaktion; 53107 Bonn; Stand: September 2013

5. Arbeitskreis „Prävention in der Arbeitswelt“ Gemeinschaftsprojekt der Spitzenverbände von Unfall- und Krankenversicherung und der Krankenkassen auf Bundesebene (Hrsg.). Gemeinsam für gesunde Betriebe – „Zusammenarbeit von Unfallversicherung und Krankenversicherung lohnt sich“. [http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen\\_a\\_z/praevvg/gemein\\_betriebe\\_uv\\_kv.pdf](http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/praevvg/gemein_betriebe_uv_kv.pdf) (Zugriff am 04.07.16)
6. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier M, Wagner M Zielasek J, Wittchen H-U. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014; 85(1): 77–87
7. Baer N, Frick U, Fasel T, Wiedermann W. Bericht im Rahmen des Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV) „Schwierige“ Mitarbeiter; Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche – Eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basel Landschaft. Bundesamt für Sozialversicherungen (Hrsg.), Bern, 2010
8. psyGA – ein Angebot der Initiative Neue Qualität der Arbeit. eLearning-Tool für Beschäftigte „Förderung Ihrer psychischen Gesundheit“. [www.psyga.info/ueber-psyga/materialien/elearning-tool-fuer-beschaeftigte](http://www.psyga.info/ueber-psyga/materialien/elearning-tool-fuer-beschaeftigte) (Zugriff am 04.07.2016)
9. Mendel R, Hamann J, Kissing W. Vom Tabu zum Kostenfaktor – warum die Psyche plötzlich ein Thema für Unternehmen ist. *Wirtschaftspsychologie aktuell* 2010; 2: 23–27
10. Freigang-Bauer I, Gröben F. Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen – Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure; *Gesundheit und Qualität der Arbeit*. Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.); Arbeitspapier 224. Düsseldorf, 2011



Alexander Gunkel

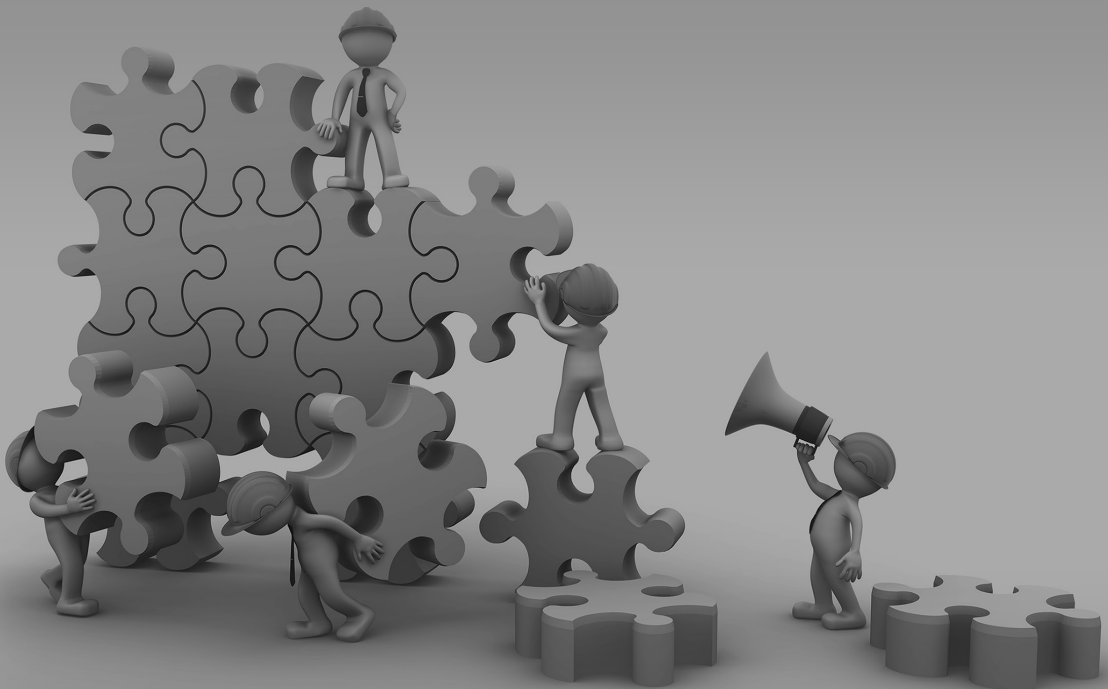
Studium der Rechtswissenschaften. Nach dem Referendariat Eintritt in die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Dort zunächst als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Soziale Sicherung tätig, später Büroleiter des BDA-Präsidenten und Hauptgeschäftsführers. Es folgt 2003 die Ernennung zum Mitglied der Hauptgeschäftsführung. Seit 2003 ist Herr Gunkel alternierender Vorsitzender des Bundesvorstandes der heutigen Deutschen Rentenversicherung Bund.

Herr Gunkel ist seit 2004 Mitglied und stellvertretender Vorsitzender des Sozialbeirats.



# 4

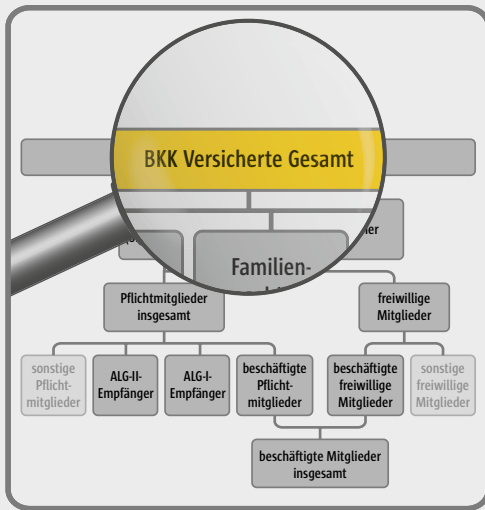
## Arzneimittelverordnungen



aus: Knieps F | Pfaff H (Hrsg.) „Gesundheit und Arbeit“. BKK Gesundheitsreport 2016.

ISBN 978-3-95466-282-1, urheberrechtlich geschützt

© 2016 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.



Neben dem AU-Geschehen sowie der ambulanten und stationären Versorgung schließen die Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen der BKK Versicherten die Analysen der Routinedaten in diesem Report ab und ergänzen somit das Gesamtbild zum Krankheitsgeschehen. Zusätzlich zu den BKK Versicherten insgesamt wird im Folgenden insbesondere bei der arbeitsweltlichen Betrachtung wieder auf die Gruppe der beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt fokussiert.

Die Auswertung der Arzneimittelverordnungen erfolgt anhand ihrer anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (kurz: ATC-Klassifikation). Eine Auflistung der anatomischen Hauptgruppen bzw. der therapeutischen Untergruppen ist in **»»»** Anhang B in **»»»** Tabelle B.2 zu finden. Diese Klassifikation ordnet Arzneistoffe anhand ihrer chemischen Eigenschaften, ihres therapeutischen Einsatzgebiets sowie anhand anatomischer Kriterien. Deren Anwendungsgebiete sind nach Organsystemen in 14 Hauptgruppen zusammengefasst.

# 4.1 Arzneimittelverordnungen im Überblick

## 4.1.1 Aktuelle Zahlen im Jahr 2015

- Circa drei von vier BKK Versicherten haben 2015 im ambulanten Bereich mindestens ein Arzneimittel verordnet bekommen.

Insgesamt sind im Jahr 2015 70,4 Millionen Einzelverordnungen (EVO) an rund 9,3 Millionen BKK Versicherte vergeben worden. Das entspricht einem durchschnittlichen Wert von 7,6 EVO, dabei sind im Durchschnitt 470 definierte Tagesdosen (DDD) je BKK Versicherten verordnet worden. Knapp drei Viertel (73,8%) aller BKK Versicherten haben demnach im Jahr 2015 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig gesunken (2014: 74,0%).

In **»** Tabelle 4.1.1 sind die wichtigsten Kennzahlen der Arzneimittelverordnungen nach Versichertengruppen im Jahr 2015 dargestellt. Den mit deutlichem Abstand größten Anteil der Versicherten (90,8%) mit mindestens einer Arzneimittelverordnung hat die Gruppe der Rentner inne. Gleiches gilt auch für die Anzahl der Einzelverordnungen (18,7 EVO je Rentner) sowie für die definierten Tagesdosen (1.353 DDD je Rentner). Mit großem Abstand folgen dann die Familienangehörigen, bei denen 69,2% mindestens eine Verordnung im Berichtsjahr erhalten haben. Allerdings sind hier die Einzelverordnungen (5,1 EVO je Familienangehörigen) sowie die definierten Tagesdosen (191 DDD je Familienangehörigen) im Vergleich zu allen anderen Versichertengruppen am niedrigsten. Dies ist vor allem der Tatsache zuzuschreiben, dass in dieser Gruppe zum Großteil Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren (67,3%) zu finden sind. Da hier häufig akute Erkrankungen von kurzfristiger Dauer auftreten, ist zwar der Verordnungsanteil relativ groß, es werden aber meist nur Medikamente mit einer geringen Applikationsdauer verschrieben. Nicht einmal die Hälfte (45,3%) aller Arbeitslosen mit ALG-I-Bezug haben im aktuellen Berichtsjahr eine Arzneimittelverordnung erhalten. Damit zeigt diese Gruppe den niedrigsten Anteil von allen auf, hat hingegen bei den Einzelverordnungen (6,8 EVO je Arbeitslosen im ALG-I-Bezug) sowie bei den definierten Tagesdosen (427 DDD je Arbeitslosen im ALG-I-Bezug) zusammen mit den ALG-II-Empfängern die nach den Rentnern höchsten Verordnungsmengen bei den Arzneimitteln. Weitere Detailbetrachtungen der Arzneimittelverordnungen nach Versichertengruppen sind auch in **»** Kapitel 4.2.2 zu finden.

Tabelle 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der einbezogenen BKK Versicherten nach Versichertengruppen (Berichtsjahr 2015)

Versichertengruppe	Versichertenjahre in Mio.	EVO je Versicherten	DDD je Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent	Durchschnittsalter in Jahren
beschäftigte Mitglieder insgesamt	4,40	4,5	273	67,2	42,0
Rentner	1,80	18,7	1.353	90,8	72,0
ALG-I-Empfänger	0,11	6,8	427	45,3	43,3
ALG-II-Empfänger	0,19	7,0	421	57,5	41,5
Familienangehörige gesamt	2,39	5,1	191	69,2	20,5
Versicherte gesamt	9,29	7,6	470	73,8	42,3



4.1.2 Langzeittrends

- Während der Anteil der BKK Versicherten mit mindestens einer Verordnung sowie die durchschnittliche Anzahl der Einzelverordnungen in den letzten 4 Jahren nahezu unverändert sind, haben sich die verordneten Tagesdosen im gleichen Zeitraum um 8,3% erhöht.

Da im Bereich der Arzneimittelverordnungen ab dem Berichtsjahr 2012 eine Umstellung der Auswertungsmethodik stattfand (s. **»** Methodische Hinweise), ist eine Betrachtung der Verordnungskennzahlen im Zeitverlauf nur innerhalb der letzten 4 Berichtsjahre möglich (vgl. **»** Tabelle 4.1.2).

Wie zu erkennen ist, ist der Anteil der Versicherten, die mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten haben, von 2012 bis 2015 nahezu unverändert. Ein etwas höherer Anteil an Verordnungen ist im Jahr 2013 zu erkennen. Dieser ist, wie nachfolgend noch zu sehen sein wird, vor allem durch die im Jahr 2013 ausgeprägte Grippewelle verursacht. Im gleichen Zeitraum ist dagegen die durchschnittliche Anzahl der definierten Tagesdosen um 8,3% angestiegen, während sich hingegen die Anzahl der Einzelverordnungen kaum verändert hat, was unter anderem mit der Zunahme von Langzeiterkrankungen und damit verbundener Langzeitmedikation zusammenhängen kann.

In **»** Diagramm 4.1.1 ist der prozentuale Anteil der BKK Versicherten mit einer Arzneimittelverordnung differenziert nach den anatomischen Hauptgruppen im Zeitverlauf der letzten vier Jahre dargestellt. Sowohl in der Reihung als auch in der Ausprägung der Anteile sind im Betrachtungszeitraum für die meisten Wirkstoffgruppen nur minimale Änderungen zu erkennen. Tendenziell lineare Zuwächse gegenüber 2012 zeichnen sich bei den ATC-Gruppen Blut und blutbildende Organe (+0,8 Prozentpunkte), kardiovaskuläres System (+1,2 Prozentpunkte), Hormone (ohne Sexualhormone) (+1,3 Prozentpunkte) so-

wie Nervensystem (+1,1 Prozentpunkte) ab. Der deutlichste Rückgang ist mit -1,5 Prozentpunkten bei den Antinfektiva zur systemischen Gabe zu erkennen. Eine Besonderheit betrifft das Datenjahr 2013 und damit verbunden die Verordnungsanteile für die ATC-Hauptgruppen Antinfektiva zur systemischen Gabe, Muskel- und Skelettsystem sowie Respirationstrakt: In besagtem Jahr sind die Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung aus den genannten Wirkstoffgruppen besonders hoch. Vermutlich ist dies, wie bereits eingangs erwähnt, auf die stark ausgeprägte Grippewelle in 2013 zurückzuführen: Alle drei genannten Wirkstoffgruppen werden unter anderem auch zur Behandlung von Erkältung- bzw. Grippeerkrankungen und deren Begleitsymptomen, wie z.B. Schmerzen, Fieber usw., verordnet. Dass trotz der Grippewelle 2015 die Verordnungsanteile der Antinfektiva zur systemischen Gabe im 4-Jahres-Vergleich am geringsten sind, hängt zum einen damit zusammen, dass die Grippewelle 2013 wesentlich stärker ausgeprägt war, und zum anderen damit, dass die breite öffentliche Diskussion zu den oftmals unbegründeten Antibiotikaverordnungen in den letzten zwei Jahren zumindest partiell auch das Verordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte beeinflusst und die Sensibilität der Patienten gegenüber dem Thema Antibiotikaresistenzen erhöht hat.

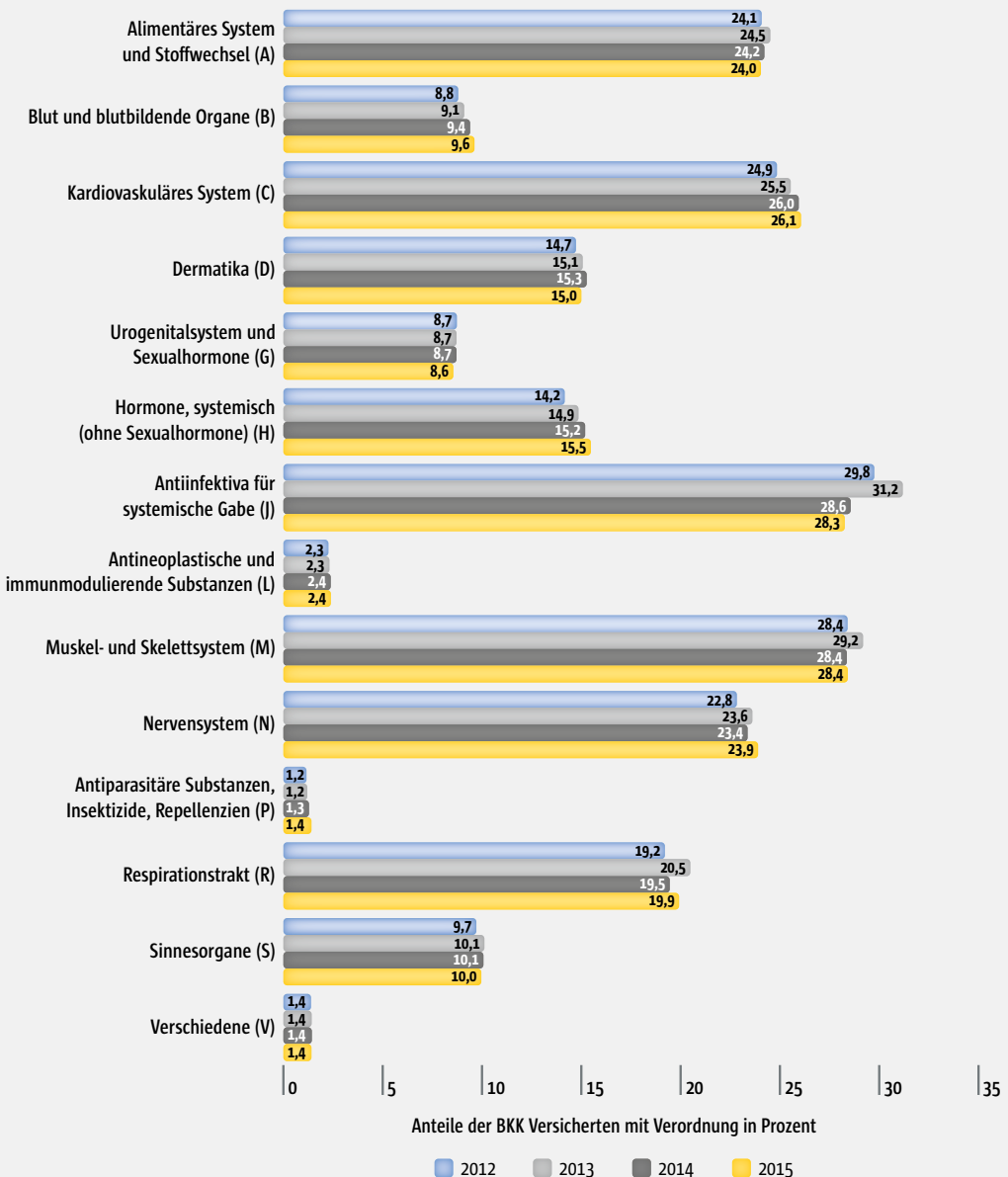
4.1.3 Die wichtigsten Arzneimittelverordnungen nach ATC-Klassifikation

- Mehr als jede vierte Einzelverordnung (26,3%) sowie mehr als vier von zehn verordneten Tagesdosen (44,1%) gehen auf Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem zurück.
- Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) sind bei mehr als jedem vierten BKK Versicherten (26,8%) im Berichtsjahr mindestens einmal verordnet worden.

Tabelle 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der BKK Versicherten im Zeitverlauf (2012–2015)

Berichtsjahr	EVO je Versicherten	DDD je Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
2012	7,4	434	73,7
2013	7,5	447	74,9
2014	7,5	462	74,0
2015	7,6	470	73,8

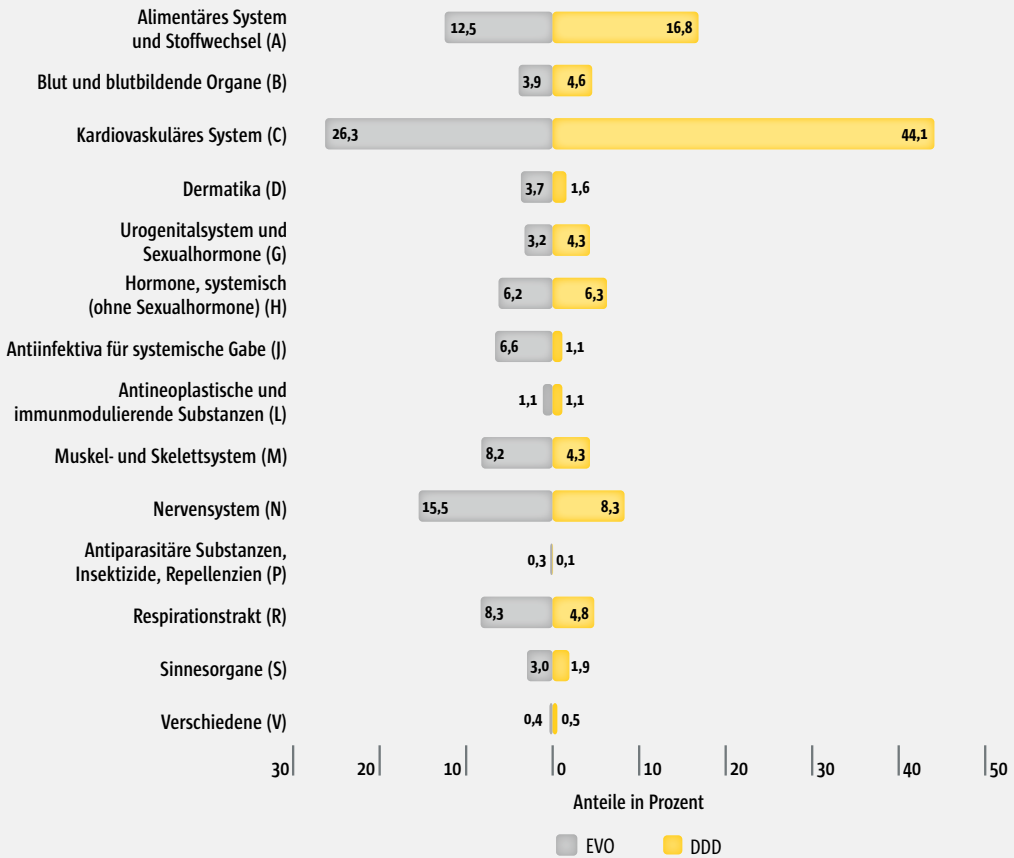
Diagramm 4.1.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Verordnungshauptgruppen (ATC) im Zeitverlauf (2012–2015)



Neben den Verordnungsanteilen der BKK Versicherten gibt ein Blick auf die Einzelverordnungen sowie die definierten Tagesdosen getrennt nach den anatomischen Hauptgruppen weiteren Aufschluss über das Verordnungsgeschehen im Arzneimittelbereich.

Wie in **III** Diagramm 4.1.2 zu erkennen ist, dominieren – wie auch in den Vorjahren – die Anteile der Einzelverordnungen sowie der definierten Tagesdosen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System. Mehr als jede vierte Einzelverord-

Diagramm 4.1.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2015)



nung (26,3%) und 44,1% aller definierten Tagesdosen gehen insgesamt allein auf diese anatomische Hauptgruppe zurück. Im Vergleich zum Jahr 2014 haben sich die hier berichteten Prozentanteile nahezu nicht verändert (EVO: 26,2%; DDD: 44,3%). Ähnlich verhält es sich mit den Medikamenten für das alimentäre System und bei Stoffwechselerkrankungen. Diese verursachen mit 12,5% den drittgrößten Anteil der Einzelverordnungen und sind für 16,8% aller Tagesdosen verantwortlich. Im Vorjahresvergleich zeigen sich auch hier nahezu keine Änderungen (EVO: 12,6%; DDD: 16,5%).

Die Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem sind für 15,5% aller Einzelverordnungen und 8,3% der definierten Tagesdosen verantwortlich. Auch hier zeigen sich, bezogen auf die Anteile an allen Arzneimittelverordnungen, nahezu keine Verände-

rungen im Vergleich zum Vorjahr (EVO: 15,3%; DDD: 8,3%).

Auf das Muskel- und Skelettsystem wirkende Arzneimittel haben mit 8,2% aller Einzelverordnungen und 4,3% aller Tagesdosen ebenfalls einen bedeutsamen Anteil am Verordnungsvolumen der BKK Versicherten. Ähnliche Anteile zeigen sich bei den Arzneimitteln mit Wirkung auf den Respirationstrakt (EVO: 8,3%; DDD: 4,8%). Auch für diese beiden Wirkstoffgruppen sind für die berichteten Kennzahlen nahezu keine Veränderungen im Vergleich zum Jahr 2014 feststellbar.

Neben der allgemeinen Übersicht zum Arzneimittelverordnungs geschehen soll im Folgenden noch ein detaillierter Blick auf die nach Verordnungsanteilen wichtigsten therapeutischen Untergruppen erfolgen.

In **»** Tabelle 4.1.3 sind die zehn Arzneimittel, die bei den BKK Versicherten die größten Anteile an den Verordnungen ausmachen, auf Ebene der therapeutischen Untergruppen im Vergleich zwischen 2012 bis 2015 dargestellt. Zunächst lässt sich feststellen, dass sowohl bei den zu den Top 10 gehörenden Wirkstoffgruppen selbst als auch in ihrer Reihung in den vergangenen vier Jahren keine Änderungen aufgetreten sind.

Die Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) sind im aktuellen Berichtsjahr mit einer Verordnungsquote von 26,8% wieder als die am meisten verordnete Wirkstoffgruppe zu finden – mehr als jeder vierte BKK Versicherte hat im Jahr 2015 eine solche Verordnung erhalten. Trotz der insgesamt abnehmenden Tendenz der Verordnungsanteile im Vergleich zu den Vorjahren liegt ihr Anteil weiterhin auf einem hohen Niveau. Wie zahlreiche Studien nahelegen, ist die Notwendigkeit bei einem nicht unerheblichen Teil dieser Verordnungen zumindest fragwürdig, insbesondere gilt dies bei den klassischen Viruserkrankungen im Zuge von Grippe- und Erkältungswellen. Viel schwerwiegender ist aber, dass sich mit unsachgemäßem Gebrauch der Anteil der Antibiotikaresistenzen rapide erhöht hat und zu einer Zunahme von schwerwiegenden, sogar häufig tödlichen, Krankheitsfällen geführt hat. Neben einem 10-Punkte-Plan des Bundesgesundheitsminis-

teriums zur Vermeidung weiterer Antibiotika-Resistenzen, welcher vor allem auf den stationären Bereich zielt, ist es aber auch im ambulanten Bereich notwendig, die Anzahl der Über- bzw. Fehlversorgungen mit Antibiotika zu reduzieren.

Nach Verordnungsanteilen bei den BKK Versicherten auf Platz 2 folgen mit 25,5% die Antiphlogistika (Entzündungshemmer) und Antirheumatika (M01), die vorwiegend bei Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems Anwendung finden. 18,2% aller BKK Versicherten erhielten im Jahr 2015 eine Verordnung eines Mittels mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09), die vor allem bei Herz- und Kreislauferkrankungen Anwendung finden. Beachtlich ist hier die nahezu lineare Steigerung der Verordnungsanteile, die zwischen 2012 und 2015 +1,5 Prozentpunkte beträgt. Dies korrespondiert unter anderem mit den in der ambulanten (vgl. **»** Kapitel 2) und stationären Versorgung (vgl. **»** Kapitel 3) berichteten hohen Behandlungs- bzw. Prävalenzzahlen bei dieser Diagnosehauptgruppe, die insbesondere in den höheren Altersgruppen zu erkennen sind. Entsprechend sind auch zwei weitere Wirkstoffgruppen, die Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten (C07) sowie die Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10), unter den zehn nach Verordnungsanteilen wichtigsten Arzneimittelgruppen zu finden.

Tabelle 4.1.3 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zehn häufigsten Verordnungen (ATC) im Zeitverlauf (2012–2015)

ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Berichtsjahr			
		2012	2013	2014	2015
Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent					
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung	28,4	29,7	27,2	26,8
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	25,4	26,3	25,5	25,5
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System	16,7	17,5	18,0	18,2
N02	Analgetika	14,7	15,5	15,2	16,0
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen	13,5	14,1	14,8	15,0
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten	12,6	12,9	13,0	12,9
H03	Schilddrüsentherapie	9,6	10,2	10,5	10,7
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	8,8	9,3	9,3	9,4
S01	Ophthalmika	8,5	8,9	9,0	8,8
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen	7,9	8,2	8,4	8,5

Ein gleichartiger Anstieg (+1,5 Prozentpunkte) ist bei den Mitteln bei säurebedingten Erkrankungen (Ao2) zu beobachten. Vermutlich hängt deren Zunahme auch mit dem Anstieg bei den Mitteln mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (Co9) zusammen, um den mit deren (meist oraler) Einnahme verbundenen magenschädlichen Wirkungen prophylaktisch entgegenzuwirken.

Weitere bedeutsame Zuwächse bei den Verordnungsanteilen zwischen 2012 und 2015 sind bei den Analgetika (No2; +1,2 Prozentpunkte) sowie bei Mitteln für die Schilddrüsenthherapie (Ho3; +1,1 Prozentpunkte) zu verzeichnen. Für alle anderen betrachteten therapeutischen Untergruppen sind nur minimale Änderungen der Verordnungsanteile in den letzten 4 Jahren zu beobachten (0,2 bis 0,6 Prozentpunkte).

## 4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Da, wie auch schon in den anderen Kapiteln dieses Buches deutlich wurde, die Soziodemografie der Versicherten einen nicht unwesentlichen Einfluss auf das Verordnungsgeschehen bei den Arzneimitteln ausübt, soll dieser Zusammenhang im folgenden Abschnitt näher beleuchtet werden. Parallel zu den bereits berichteten Leistungsbereichen werden neben dem Alter und dem Geschlecht auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe sowie der höchste schulische bzw. berufliche Ausbildungsabschluss an dieser Stelle betrachtet.

### 4.2.1 Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht

- Mit zunehmendem Lebensalter steigt der Anteil der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung an, wobei gleichzeitig die Unterschiede zwischen Männern und Frauen immer mehr abnehmen.

Das **»»** Diagramm 4.2.1 zeigt den Anteil der BKK Versicherten mit mindestens einer Arzneimittelverordnung im Jahr 2015 differenziert nach Alter und Geschlecht.

Arzneimittelverordnungen bei Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 14 Jahren sind bei beiden Geschlechtern nahezu identisch häufig, wobei die Anteile vom Kleinkind- bis zum frühen Jugendalter deutlich sinken. In dieser Altersgruppe sind – analog zu den ambulanten Diagnosedaten – vor allem den Respirationstrakt betreffende, entzündungshemmende und fiebersenkende Arzneimittel die am häufigsten verordneten Wirkstoffe. Eine Begründung für den hohen Anteil bei den jungen BKK Versicherten mit einer Verordnung kann die Erstattungsfähigkeit beispielsweise von Mund- und Rachentherapeutika sowie Erkältungsmedikamenten für Kinder bis zu zwölf Jahren sein. Durch die Verordnung auf ein Kassenrezept werden dann auch solche Medikamente erfasst, die für Patienten anderer

Altersklassen nicht erstattungsfähig sind und somit durch die BKK Statistik nicht abgebildet werden.

Ab einem Alter von 15 Jahren unterscheiden sich die geschlechtsspezifischen Verordnungshäufigkeiten deutlich. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen ist dieser Unterschied am prägnantesten – die jungen Frauen erhalten hier 26,4 Prozentpunkte mehr Arzneimittelverordnungen als die jungen Männer, was vor allem durch Verordnungen im Bereich der Kontrazeptiva (ATC-Gruppe G) bei den Frauen begründet ist. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung insgesamt an, wobei gleichzeitig die Geschlechtsunterschiede abnehmen und jenseits des Renteneintrittsalters nahezu nicht mehr vorhanden sind. Insbesondere in den Altersgruppen der über 80-Jährigen erhält fast jeder BKK Versicherte mindestens eine Arzneimittelverordnung (Gesamt: 95,2–96,0%). Entsprechend der in der ambulanten Versorgung in dieser Altersgruppe primär bestimmenden Herz- und Kreislauferkrankungen geht die Mehrzahl der Verordnungen somit auch auf die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (ATC-Gruppe C) zurück.

Auch bei der Betrachtung der Einzelverordnungen sowie definierten Tagesdosen der BKK Versicherten zeigt sich sowohl bezogen auf das Alter als auch auf das Geschlecht ein ähnliches Bild wie bei den Verordnungsanteilen (vgl. **»»** Diagramm 4.2.2). Auch hier sind es die 15- bis 19-jährigen Frauen, die vorrangig aufgrund von Kontrazeptiva-Verordnungen deutlich höhere definierte Tagesdosen bzw. Einzelverordnungen aufweisen als die Männer. Besonders deutlich steigen beide Verordnungskennzahlen noch einmal im Alter zwischen 60 und 69 Jahren an, was unter anderem mit dem Übergang von der Arbeits- in die Ruhestandslebensphase zusammenhängen kann. Ein ähnliches Verlaufsmuster zeigt sich auch in der ambulanten und stationären Versorgung z.B. bei den kardiovaskulären Erkrankungen. Auffällig ist zudem, dass gerade in dieser Altersspanne besonders die Männer deutlich mehr definierte Tages-

Diagramm 4.2.1 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

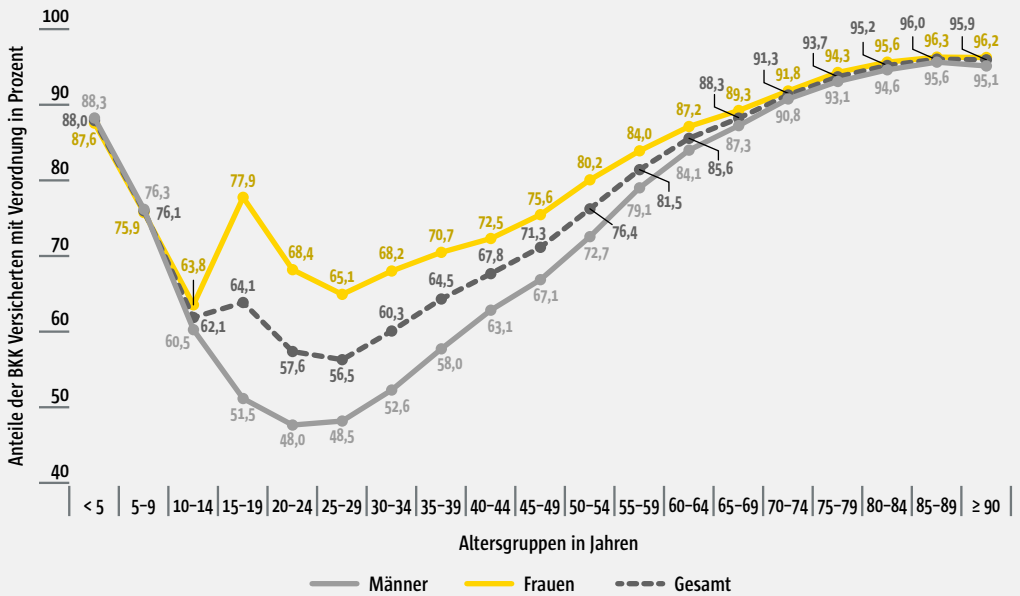
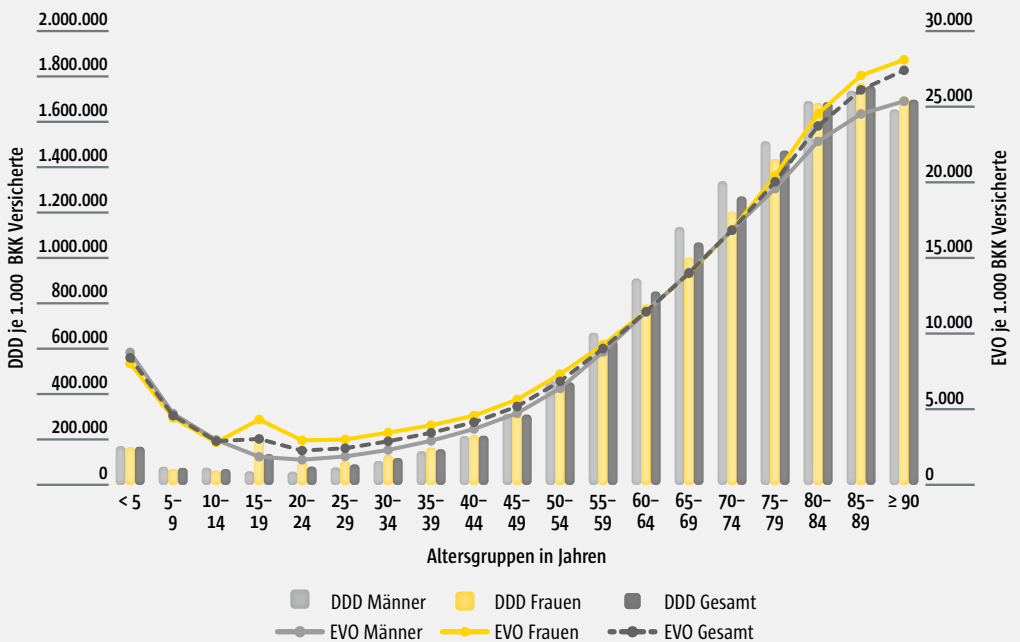


Diagramm 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



## 4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

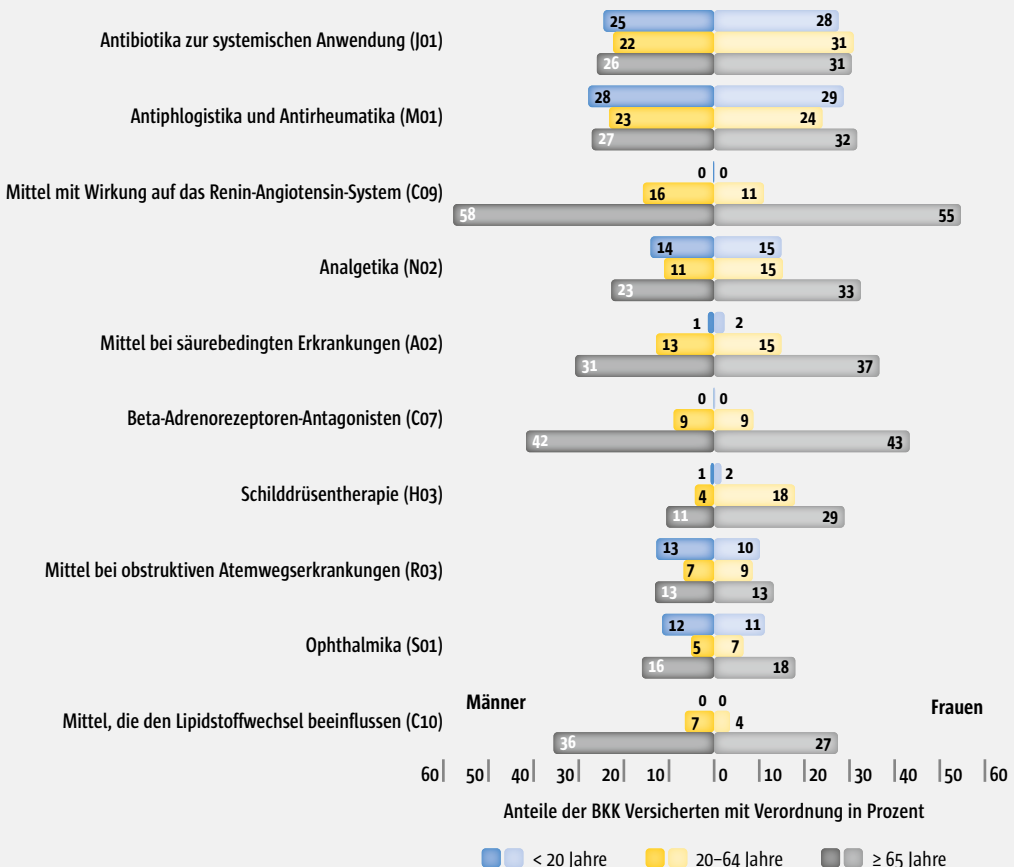
dosen verordnet bekommen als die Frauen – in den höheren Altersklassen egalisiert sich dieser Unterschied wieder.

- Die deutlichsten Alterseffekte zeigen sich bei den Mitteln mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem sowie auf das alimentäre System und den Stoffwechsel.
- Diese Wirkstoffgruppen sind insbesondere mit entsprechenden altersbedingten Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck oder Diabetes, assoziiert.

In **»»** Diagramm 4.2.3 sind die zehn nach Anteilen häufigsten Verordnungen auf Ebene der therapeutischen Untergruppen differenziert nach Alter und Geschlecht dargestellt. Sichtbar wird, dass sich die Verordnungsanteile je therapeutische Untergruppe so-

wohl zwischen Männern und Frauen als auch zwischen den verschiedenen Altersgruppen zum Teil sehr stark unterscheiden. Deutliche, vom Alter der Versicherten abhängige Verordnungsanteile sind unter anderem für die Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09) und bei Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten (C07) erkennbar, die unter anderem mit der höheren Prävalenz von Herz- und Kreislauferkrankungen in der Gruppe der über 65-Jährigen erklärbar sind (vgl. **»»** Kapitel 2). Gleiches gilt für die Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10). Diese drei therapeutischen Untergruppen, die ihre Wirkung primär auf das kardiovaskuläre System ausüben, werden faktisch in der Gruppe der unter 20-Jährigen nicht verordnet, da in dieser Altersgruppe entsprechende Krankheitsbilder nur sehr selten auftreten. Wesentlich geringere Al-

Diagramm 4.2.3 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zehn häufigsten Verordnungen (ATC) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)





tersunterschiede sind dagegen bei Arzneimitteln, die beispielsweise bei Atemwegserkrankungen verordnet werden (Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen; Ro3), erkennbar. Gleiches gilt auch für die Antibiotika zur systemischen Verwendung (Jo1) und die Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1). Auch Geschlechtsunterschiede treten deutlich zutage: Frauen weisen bei der Schilddrüsenthherapie (Ho3) einen Anteil der Versicherten mit einer Verordnung von 16,9% auf – das ist der mehr als dreieinhalbfache Anteil im Vergleich zu den Männern (4,6%). Begründet ist dies durch die Tatsache, dass Frauen im Vergleich zu den Männern wesentlich häufiger von Schilddrüsenerkrankungen betroffen sind. Insbesondere Mittel zur Behandlung von Erkältungen, wie Rhinologika (Ro1) oder Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1), sind in den vorliegenden Statistiken unterrepräsentiert, da diese Präparate meist nur bei Kindern und Jugendlichen erstattungsfähig sind.

- Während Frauen deutlich häufiger Antibiotika (Jo1) und Psychoanaleptika (No6) verordnet bekommen, sind es bei den Männern vor allem Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem, die mit wesentlich mehr verordneten Tagesdosen zu Buche schlagen.
- Nahezu jede zehnte Einzelverordnung (9%) bzw. mehr als jede fünfte definierte Tagesdosis (22,1%) geht auf die Verordnung eines Mittels mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (Co9) zurück, was sich mit der Bedeutung der Herz- und Kreislauferkrankungen – insbesondere Bluthochdruck – in der ambulanten Versorgung deckt.

Die 20 therapeutischen Untergruppen, die bei den BKK Versicherten im Jahr 2015 die meisten Verordnungsanteile auf sich vereinen, sind in **III** Diagramm 4.2.4 dargestellt. Zunächst lässt sich erwähnen, dass sich im Vergleich zum Jahr 2014 nahezu keine Veränderungen in der Zusammensetzung bzw. Reihung ergeben haben. Mehr als jeder vierte BKK Versicherte (26,8%) erhielt demnach im vergangenen Jahr mindestens einmal ein Antibiotikum zur systemischen Anwendung (Jo1) verordnet, wobei Frauen (30,2%) hier wesentlich häufiger eine solche Verordnung aufweisen als Männer (23,4%). Es folgen die Verordnungen von Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1: 25,5%), die häufig zur Schmerzlinderung und Entzündungshemmung bei muskuloskelettalen Beschwerden eingesetzt werden und sich in ihren Anteilen nur wenig zwischen den Geschlechtern unterscheiden. Knapp jeder fünfte BKK Versi-

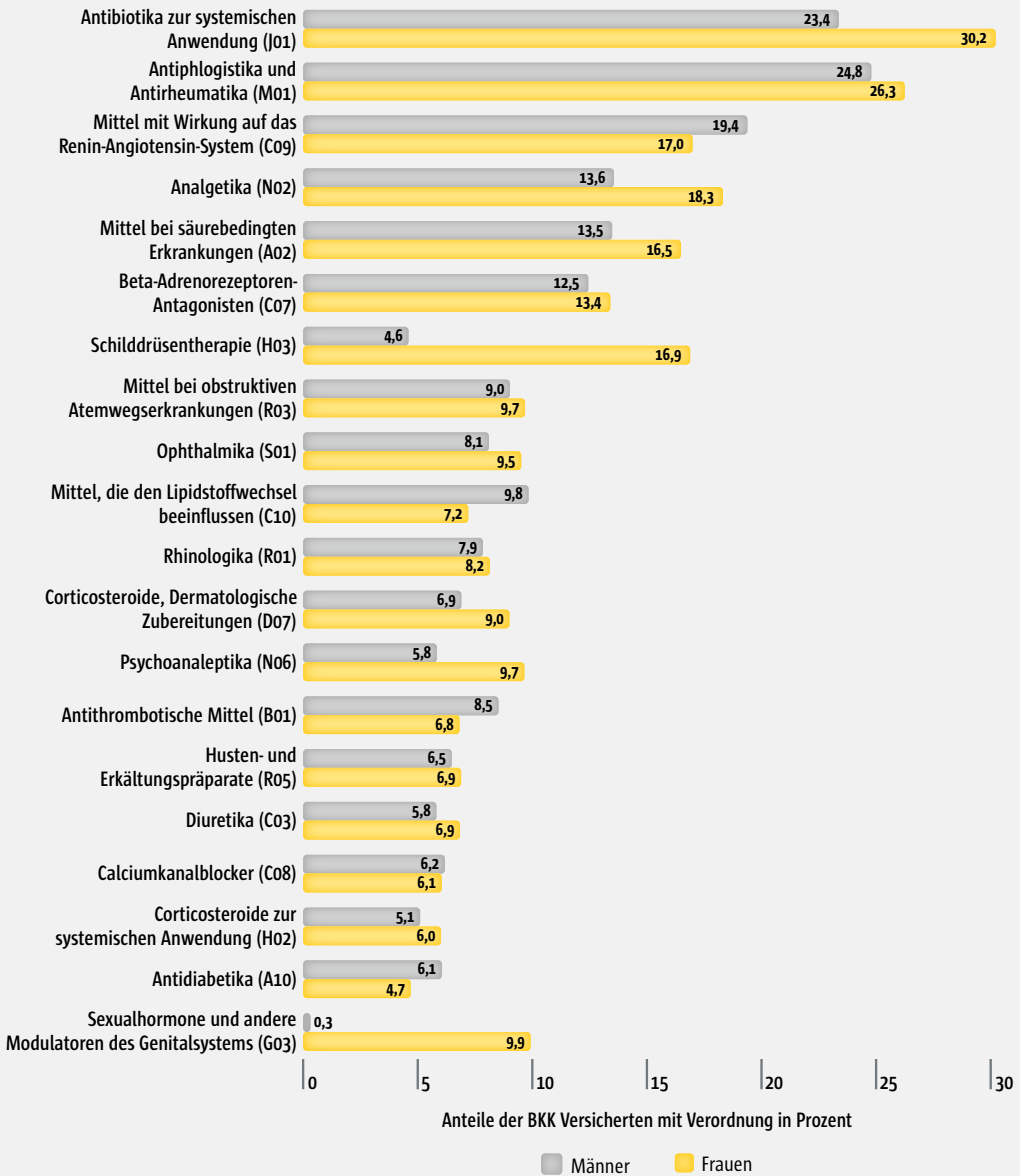
cherte hat im Jahr 2015 ein Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (Co9), die unter anderem zur Beeinflussung des Blutdrucks eingesetzt werden, verordnet bekommen, auch hier mit nur relativ geringen Unterschieden zwischen Männern und Frauen. Bei der Gruppe der Analgetika (No2), die insgesamt 16,0% aller BKK Versicherten mindestens einmal verordnet bekamen, liegt wiederum der Verordnungsanteil bei den Frauen um 4,8 Prozentpunkte über dem der Männer. Deutliche Geschlechtsunterschiede sind hier für die Sexualhormone und andere Modulatoren des Genitalsystems (Co3) sowie für die Mittel zur Schilddrüsenthherapie (Ho3) am stärksten sichtbar – hier liegen die Verordnungsanteile der Frauen deutlich über denen der Männer (9,6 bzw. 12,3 Prozentpunkte). Hintergrund ist hier vermutlich, dass Frauen wesentlich häufiger an Schilddrüsenerkrankungen leiden bzw. insbesondere im Klimakterium deutlich häufiger hormonelle Modulatoren verschrieben bekommen.

Augenscheinlich ist zudem, dass die in den häufigsten Verordnungen zu findenden therapeutischen Untergruppen in hohem Maße mit dem Krankheitsgeschehen im ambulanten Bereich korrelieren. So sind allein fünf der zwanzig Wirkstoffgruppen Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, was sich unter anderem in der entsprechenden Bedeutung der Herz- und Kreislauferkrankungen im ambulanten Bereich widerspiegelt. Korrespondierend zur Bedeutung der Atemwegserkrankungen im AU-Geschehen finden sich unter den Wirkstoffen drei mit Wirkung auf den Respirationstrakt, inklusive eines vermutlich nicht unerheblichen Teils der Antibiotikaverordnungen (Jo1). Gleiches gilt auch für die Muskel- und Skeletterkrankungen, die ihre Entsprechung hier bei den Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1) sowie bei den Analgetika (No2) finden.

Für diese 20 Wirkstoffgruppen sind in **III** Diagramm 4.2.5 die jeweiligen Anteile der Einzelverordnungen bzw. definierten Tagesdosen dargestellt. Neben den Verordnungsanteilen geben diese Kennzahlen in ihrem Verhältnis zueinander vor allem Aufschluss darüber, ob es sich um Arzneimittel für Kurz- bzw. Langzeiterkrankungen handelt. Zudem sind, im Vergleich zu den Verordnungsanteilen, hier auch Mehrfachverordnungen derselben Wirkstoffklasse abgebildet.

Allein durch diese 20 therapeutischen Untergruppen werden 79,3% aller Einzelverordnungen und 85,8% aller definierten Tagesdosen verursacht. Etwa jede elfte Einzelverordnung (9%) bzw. mehr als jede fünfte definierte Tagesdosis (22,1%) geht auf ein Mit-

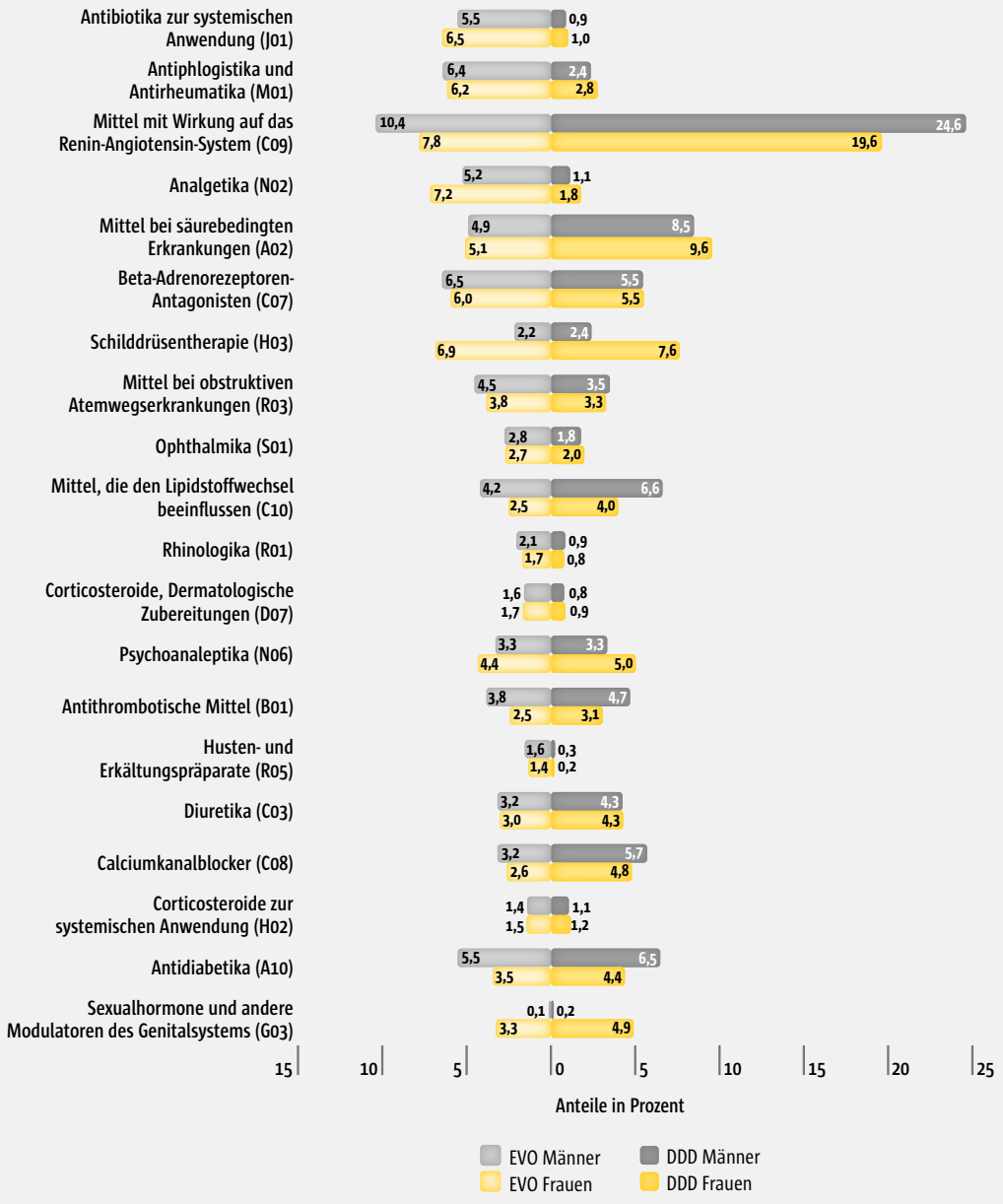
Diagramm 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung – die zwanzig häufigsten Verordnungen (ATC) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



tel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (Co9) zurück. Insgesamt vereinen die hier aufgeführten fünf Arzneimittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System (ATC-Hauptgruppe C) allein 24,5% aller Einzelverordnungen und 42,3% aller definierten Tagesdosen auf sich. Dabei liegen die Verordnungs-

kennzahlen – äquivalent zu den höheren Prävalenzen der Herz- und Kreislauferkrankungen – bei den Männern (EVO: 27,4%; DDD: 46,6%) deutlich über denen der Frauen (EVO: 22,0%; DDD: 38,2%). Auch die Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (Ao2), die den mit der Einnahme verbundenen magen-

Diagramm 4.2.5 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der BKK Versicherten – die zwanzig häufigsten Verordnungen (ATC) nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



schädlichen Wirkungen einer Vielzahl der Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System prophylaktisch entgegenwirken, sind dieser Erkrankungsart indirekt zuzuordnen und weisen mit 5,0% aller Einzelverordnungen bzw. 9,0% aller definierten Tages-

dosen ebenfalls einen nicht unerheblichen Anteil an allen Arzneimittelverordnungen auf. Die beiden nach dem Anteil der BKK Versicherten mit einer Verordnung am stärksten vertretenen Wirkstoffgruppen, die Antibiotika zur systemischen Anwendung

(J01) sowie die Antiphlogistika und Antirheumatika (M01), weisen zwar relativ viele Einzelverordnungen (6,1% bzw. 6,3%), aber gleichzeitig niedrige Tagesdosenanteile (1,0% bzw. 2,6%) auf. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es sich hier um Arzneimittel handelt, die zwar häufig verordnet, meist aber nur zur Behandlung von Kurzzeiterkrankungen eingesetzt werden.

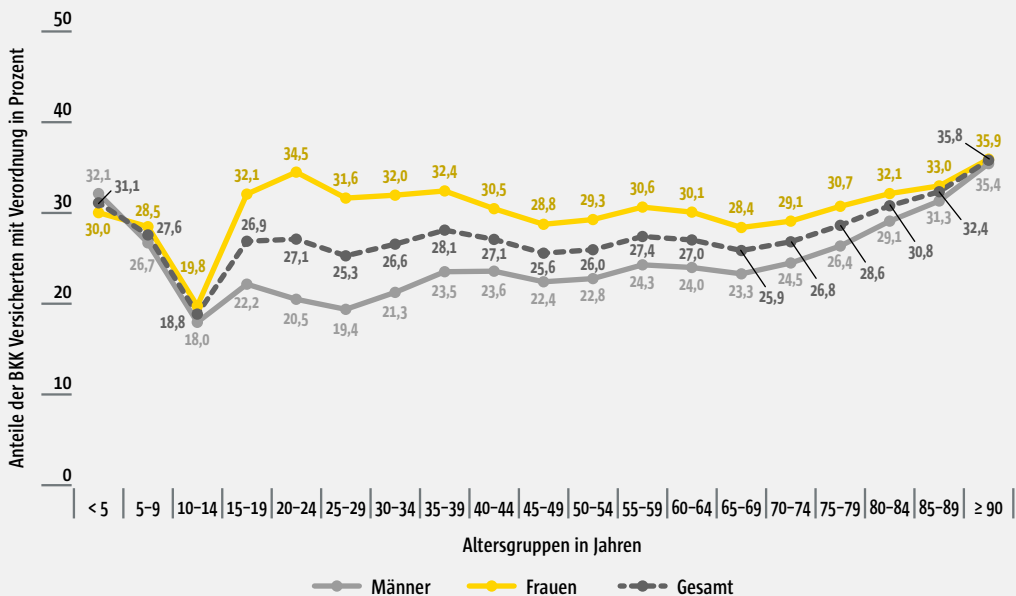
- Während der Anteil an Antibiotikaverordnungen im Erwachsenenalter relativ stabil auf hohem Niveau verbleibt, ist bei den Psychoanaleptika insbesondere ab dem Renteneintrittsalter ein sprunghafter Anstieg der Verordnungsmengen zu verzeichnen.

Wie bereits im Laufe des Kapitels mehrfach erwähnt wurde, zählen die Antibiotika (J01) zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln bei den BKK Versicherten. Das **▮▮▮** Diagramm 4.2.6 zeigt, wie sich der Anteil der Verordnungen zwischen den einzelnen Altersgruppen sowie zwischen Männern und Frauen unterscheidet. Sowohl bei den jüngsten BKK Versicherten (unter 5 Jahren) als auch bei den 80-Jährigen und älteren erhalten in 2015 mehr als 30% mindestens einmal ein Antibiotikum zur systemischen Gabe (J01) verordnet. Sind es bei den Jüngsten vor allem

(akute) Atemwegsinfekte, die zu einer solchen Verordnung führen, dominieren bei den Älteren die chronischen Erkrankungen. In der Gruppe der 10- bis 14-Jährigen sind mit 18,8% die niedrigsten Verordnungsanteile zu erkennen. In dieser Gruppe sind auch die Krankheiten des Atmungssystems am geringsten ausgeprägt. Bis zu dieser Altersgruppe treten zudem nahezu keine Geschlechtsunterschiede auf. Ab dem 15. Lebensjahr werden bei den Frauen deutlich mehr Antibiotika (J01) verordnet, was damit zusammenhängt, dass z.B. Harnwegsinfektion (ICD-10: N39) bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern auftreten. Mit zunehmendem Alter verringert sich dieser Geschlechtseffekt, wobei sich die Verordnungsanteile der Männer an das hohe Niveau der Frauen anpassen. Das dürfte bei den älteren Männern unter anderem daran liegen, dass diese signifikant häufiger von Prostatahyperplasie (ICD-10: N40) betroffen sind, die entsprechend häufig auch mit einem Harnwegsinfekt einhergeht.

Bei den akuten Atemwegserkrankungen, die besonders häufig bei Kindern und Jugendlichen zu einer Antibiotikagabe führen, ist davon auszugehen, dass es sich hierbei um eine Über- bzw. Fehlversorgung handelt, da konservativ geschätzt ca. 80–90% aller Atemwegsinfektionen viral bedingt sind, bei denen eine Antibiotikagabe nicht wirksam ist. In

Diagramm 4.2.6 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung von Antibiotika zur systemischen Gabe (J01) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



diesem Zusammenhang noch bedeutsamer ist aber die daraus resultierende und stetig zunehmende Antibiotikaresistenz und die damit verbundene Prämisse, so wenig wie möglich, aber so gezielt wie nötig von diesen Arzneimitteln zu verordnen.

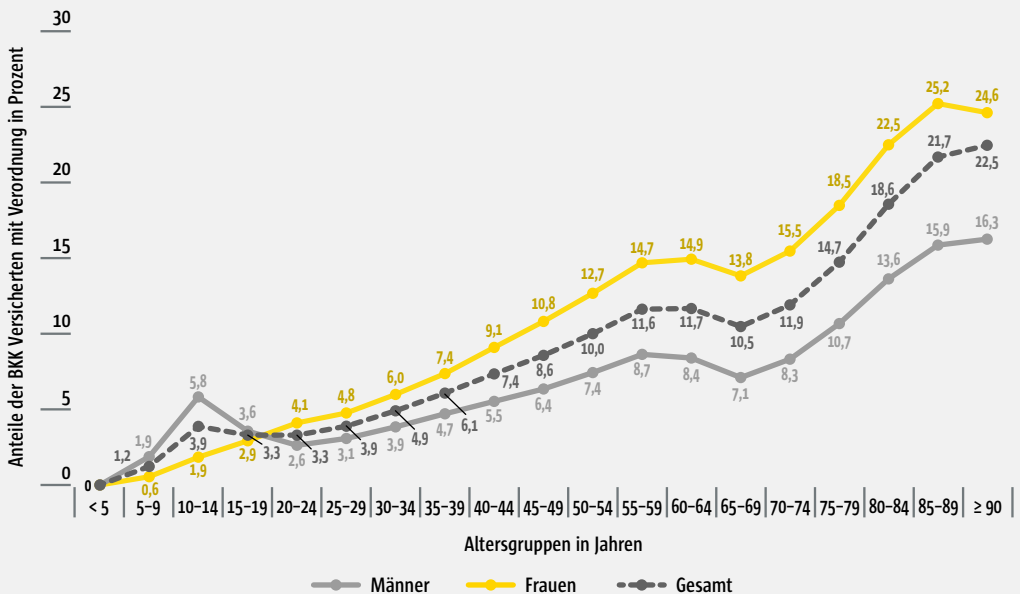
Abschließend soll noch einmal ein Blick auf die alters- und geschlechtsabhängigen Verordnungsanteile bezogen auf die Wirkstoffgruppe der Psychoanaleptika (No6) geworfen werden. Wie in **»»** Diagramm 4.2.7 deutlich wird, steigt hier der Anteil der BKK Versicherten, die eine Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe erhalten, mit zunehmendem Alter an. Dabei zeigen sich aber einige Besonderheiten: Ein sprunghafter Anstieg der Verordnungsanteile insbesondere bei den männlichen Versicherten ist in der Altersklasse der 10- bis 14-Jährigen zu erkennen. Die Verordnungsanteile liegen hier deutlich über denen der jungen Frauen, was zum Großteil dadurch begründet ist, dass bei jungen Männern dieser Altersgruppe besonders häufig eine hyperkinetische Störung (ICD-10: F90) diagnostiziert wird – mehr als jeder zehnte junge Mann (10,1%) hat im aktuellen Berichtsjahr mindestens eine solche Diagnose erhalten. Bei den jungen Frauen ist eine solche Diagnose wesentlich seltener (3,6%). Entsprechend sind in dieser Altersgruppe die Verordnungen von Methylphenidat (No6BA04) bei den jungen Männern (5,1%) wesentlich höher als bei den jungen Frauen

(1,5%). Ab dem 20. Lebensjahr sind es dann die Frauen, die deutlich höhere Anteile der Versicherten mit einer Verordnung von Psychoanaleptika aufweisen, insbesondere im Bereich der Antidepressiva (No6A) sind hier die Verordnungsanteile im Vergleich zu den Männern nahezu doppelt so hoch (3,3% vs. 1,6%). Dieser Geschlechtsunterschied bleibt auch bei den höheren Altersklassen erhalten, was mit den entsprechenden Kennzahlen aus der ambulanten Versorgung sowie bei der Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die psychischen und Verhaltensstörungen korrespondiert.

#### 4.2.2 Arzneimittelverordnungen nach Versichertenstatus

- Die mit Abstand meisten Arzneimittel erhalten die Rentner: Mehr als neun von zehn Versicherten aus dieser Gruppe bekommen pro Jahr mindestens ein Arzneimittel verordnet.
- Die wenigsten Verordnungen finden sich bei den Arbeitslosen – nicht aber weil diese Gruppe seltener krank ist, sondern weil sie vermutlich vor allem bei Kurzeiterkrankungen ein anderes Inanspruchnahmeverhalten ambulanter Versorgung als zum Beispiel die beschäftigten Mitglieder zeigt.

Diagramm 4.2.7 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit einer Verordnung von Psychoanaleptika (No6) nach Altersgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben, ist der Versichertenstatus bzw. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versichertengruppe ein mittelbarer Indikator der Zugehörigkeit zu der sozialen Schicht des Versicherten, die einen nicht unerheblichen Einfluss auf dessen gesundheitliche Lage nehmen kann. Dass dies auch auf die Arzneimittelverordnungen zutrifft, zeigt eindrucksvoll die **»** Tabelle 4.2.1.

Erwartungsgemäß sind insgesamt die meisten Verordnungsanteile (90,8%) bei der Gruppe der Rentner zu finden, was weniger durch deren soziale Lage, denn durch das höhere Lebensalter und die damit verbundene höhere Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung bzw. Medikation gegeben ist. In ähnlichem Maße gilt dies auch für die Familienangehörigen, da in dieser Gruppe zum Großteil meist minderjährige Kinder eingeschlossen sind. In dieser Gruppe erhalten im Jahr 2015 mehr als zwei Drittel aller Versicherten mindestens eine Verordnung – Frauen deutlich häufiger als Männer. Nur zwei Prozentpunkte weniger Verordnungsanteile weisen die beschäftigten Mitglieder auf, auch hier erhalten die Frauen pro Jahr mehr Arzneimittel als die Männer. Insgesamt fast 10 Prozentpunkte geringer sind dagegen die Verordnungsanteile (57,5%) der ALG-II-Empfänger, am niedrigsten sind mit 45,3% die Verordnungsanteile bei den ALG-I-Empfängern. Insgesamt spiegeln sich diese Verordnungsanteile auch in der ambulanten Versorgung wider (vgl. **»** Kapitel 2.2.2): Dort weisen die ALG-I-Empfänger insgesamt die wenigsten Diagnosen auf, gefolgt von den ALG-II-Empfängern und den beschäftigten Mitgliedern. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass diesen beiden Gruppen seltener ambulante Leistungen in Anspruch nehmen, insbesondere bei Kurzzeiterkrankungen, für die zum Beispiel Beschäftigte in der Regel eine AU-Bescheinigung benötigen und entsprechende Arzneimittel verordnet bekommen.

- Dass die beschäftigten Mitglieder deutlich mehr Arzneimittelverordnungen (67,2%) als die arbeitslosen ALG-I-Empfänger (45,3%) erhalten, liegt vor allem in den Verordnungen von Antinfektiva zur systemischen Gabe und für Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem begründet.
- Dahinter stehen zum Großteil Kurzzeiterkrankungen, wie zum Beispiel Atemwegsinfektionen, bei denen Arbeitslose vermutlich seltener einen Arzt als beschäftigte Mitglieder aufsuchen und entsprechend weniger Arzneimittel verordnet bekommen.

**Tabelle 4.2.1** Arzneimittelverordnungen – Anteil der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

Versichertengruppe	Geschlecht	Anteil der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent
Alle Versicherten	Männer	69,1
	Frauen	78,4
	Gesamt	73,8
davon sind:		
Beschäftigte Mitglieder	Männer	62,4
	Frauen	73,3
	Gesamt	67,2
Arbeitslose (ALG-I)	Männer	40,0
	Frauen	51,5
	Gesamt	45,3
Arbeitslose (ALG-II)	Männer	50,8
	Frauen	65,1
	Gesamt	57,5
Familienangehörige	Männer	64,0
	Frauen	72,7
	Gesamt	69,2
Rentner	Männer	89,6
	Frauen	91,9
	Gesamt	90,8

Entsprechend sind für nahezu alle anatomischen Hauptgruppen die meisten Verordnungsanteile bei der Gruppe der Rentner zu finden (vgl. **»** Tabelle 4.2.2). Besonders auffällig ist hier der hohe Anteil der Verordnungen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, was in direktem Zusammenhang mit der herausragenden Bedeutung der Herz- und Kreislauferkrankungen in dieser Versichertengruppe im ambulanten bzw. stationären Bereich steht. Ebenfalls mit Abstand die höchsten Werte zeigen sich bei den Verordnungsanteilen für Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel sowie bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem. In ähnlichem Maße gilt dies auch für

Tabelle 4.2.2 Arzneimittelverordnungen – Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Versichertengruppen und Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2015)

ATC-Code	Verordnungshauptgruppe	Versicherte insgesamt	davon				
			beschäftigte Mitglieder	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	Familienangehörige	Rentner
Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent							
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	24,0	17,3	12,1	19,2	17,5	47,5
B	Blut und blutbildende Organe	9,6	5,2	4,0	6,3	3,7	28,1
C	Kardiovaskuläres System	26,1	18,0	14,2	17,2	7,2	71,3
D	Dermatika	15,0	10,9	5,9	8,7	17,6	19,7
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	8,5	6,4	3,9	5,0	7,5	15,3
H	Hormone, systemisch (ohne Sexualhormone)	15,5	13,5	9,2	10,3	9,6	27,2
J	Antiiinfektiva für systemische Gabe	28,3	27,1	12,3	21,0	26,8	29,0
L	Antineoplastische und immunmodulierende Substanzen	2,4	1,6	1,3	1,3	2,1	4,8
M	Muskel- und Skelettsystem	28,4	24,4	12,7	20,5	25,9	38,6
N	Nervensystem	23,9	18,1	15,8	24,8	18,1	42,4
P	Antiparasitäre Substanzen, Insektizide, Repellenzien	1,4	0,9	0,6	1,2	2,1	1,4
R	Respirationstrakt	19,9	13,3	7,4	12,2	31,2	19,0
S	Sinnesorgane	10,0	6,4	3,1	4,4	11,0	16,5
	Alle Verordnungen	73,8	67,2	45,3	57,5	69,2	90,8

die Familienangehörigen, da in dieser Gruppe zum Großteil minderjährige Kinder hinzuzählen, was sich unter anderem an dem jeweils höchsten Anteil der Verordnungen von Mitteln für den Respirationstrakt (31,2%) bzw. der Antiiinfektiva zur systemischen Gabe (26,8%) zeigt. Interessanterweise sind in dieser Gruppe auch die Verordnungsanteile für die Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (25,9%) hoch, was damit zusammenhängt, dass hier auch Schmerzmittel wie z. B. Ibuprofen (Mo1AE01) hinzugehören, die vor allem bei Kleinkindern besonders häufig als Fiebersenker Anwendung finden. Entsprechend ist in der Gruppe der unter 5-jährigen Familienangehörigen ein Verordnungsanteil von 41,7% für die Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1) zu finden.

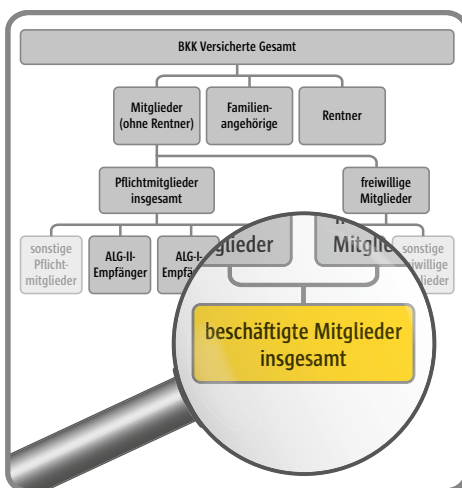
Das Verordnungsgeschehen bei Rentnern bzw. Familienangehörigen wird im großen Maße auch durch das Alter der jeweiligen Versichertengruppe definiert, das sich bedeutsam von dem der Arbeitslosen bzw. beschäftigten Mitglieder unterscheidet. Die beiden letztgenannten Gruppen unterscheiden sich hingegen in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur nur unwesentlich, sodass hier zu beobachtende Unterschiede beim Arzneimittelgebrauch auch von der sozioökonomischen Lage innerhalb der jeweiligen Gruppe maßgeblich bestimmt werden.

Besonders häufig erhalten ALG-II-Empfänger Mittel mit Wirkung auf das Nervensystem verordnet, nahezu jeder vierte Versicherte (24,8%) aus dieser Gruppe erhält im Berichtsjahr mindestens eine



Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe. Dagegen sind die entsprechenden Verordnungsquoten bei den ALG-I-Empfängern (15,8%) bzw. den beschäftigten Mitgliedern (18,1%) wesentlich geringer. Auf Ebene der therapeutischen Untergruppen zeigt sich zudem, dass die Unterschiede in den Verordnungsanteilen vor allem auf die Gruppe der Psychoanaleptika (No6) zurückzuführen sind. Fast jeder achte (12,1%) ALG-II-Empfänger hat in 2015 mindestens eine Verordnung aus dieser Wirkstoffgruppe erhalten, dagegen nur 8,4% bei den ALG-I-Empfängern und weniger als die Hälfte bei den beschäftigten Mitgliedern (5,8%). Auch hier sind deutliche Parallelen zum Krankheitsgeschehen im ambulanten Bereich erkennbar: Langzeitarbeitslose sind am häufigsten aufgrund einer psychischen Störung in ambulanter Behandlung, gefolgt von den ALG-I-Empfängern und den beschäftigten Mitgliedern. Bei den Antiinfektiva sowie bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem sind es wiederum die beschäftigten Mitglieder, die im Vergleich zu den Arbeitslosen die höchsten Verordnungsanteile aufweisen. Hier liegt die Ursache vermutlich darin, dass Arbeitslose insbesondere bei Kurzeiterkrankungen, wie z.B. akuten Infekten, seltener einen Arzt als beschäftigte Mitglieder aufsuchen. Hinweise darauf sind die besonders hohen Verordnungsquoten bei den Berufstätigen für die Gruppe der Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1) sowie bei den Antibiotika zur systemischen Behandlung (Jo1).

#### 4.2.3 Arzneimittelverordnungen nach weiteren soziodemografischen Merkmalen



Wie auch in den vorangegangenen Kapiteln werden im Folgenden die Arzneimittelverordnungen nach den, auf Basis des Tätigkeitsschlüssels, vorliegenden Informationen zum höchsten Schul- bzw. Berufsabschluss dargestellt. Da diese ausschließlich für die beschäftigten Mitglieder vorliegen, ist ein Vergleich der Kennzahlen in den vorhergehenden Abschnitten nur innerhalb der gleichen Versichertengruppe möglich.

Die Anteile der beschäftigten BKK Mitglieder nach den verschiedenen Schul- und Berufsabschlüssen wurden bereits in **»»** Kapitel 1.2.3 ausführlich beschrieben.

#### Höchster Schulabschluss

- Je höher der Schulabschluss eines Beschäftigten ist, desto weniger häufig bzw. desto kleinere Mengen an Arzneimitteln bekommt er verordnet.
- Bei den definierten Tagesdosen tritt dieser Effekt besonders prominent bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zutage.

Welchen Einfluss der höchste Schulabschluss der beschäftigten Mitglieder auf die Arzneimittelverordnungen im Allgemeinen ausübt, ist in **»»** Tabelle 4.2.3 zu sehen. Wie bereits in **»»** Kapitel 1 dargelegt wurde, sind in der Gruppe der Beschäftigten, deren Schulabschluss unbekannt ist, in einem nicht unerheblichen Maße Personen verortet, bei denen arbeitgeberseitig aufgrund fehlender Informationen diese Kategorie im Tätigkeitsschlüssel vergeben wurde. Aufgrund der Indifferenz dieser Gruppe ist eine Bewertung der Arzneimittelverordnungen nur eingeschränkt möglich. Für den Anteil der Beschäftigten mit mindestens einer Verordnung im Jahr 2015 zeigt sich für beide Geschlechter, dass die Personen mit einem Haupt- bzw. Volksschulabschluss jeweils die höchsten Anteile aufweisen. Die geringsten Verordnungsanteile finden sich hingegen bei den Beschäftigten mit einem (Fach-)Abitur als höchstem Schulabschluss. Bezogen auf die Einzelverordnungen und die definierten Tagesdosen zeigt sich ein relativ eindeutiges Muster: Je höher der Schulabschluss, desto weniger EVO und DDD werden im Durchschnitt verordnet. Dieser Zusammenhang deckt sich auch mit den Befunden zur Arbeitsunfähigkeit (vgl. **»»** Diagramm 1.2.23). Lediglich bei den Frauen zeigt sich, dass Beschäftigte mit einem Haupt-/Volksschulabschluss marginal mehr EVO und DDD aufweisen als die Beschäftigten ohne Schulabschluss. Vermutlich ist dieser Effekt auch altersabhängig, da be-



**Tabelle 4.2.3** Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem Schulabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

höchster allgemein- bildender Schulabschluss	Männer			Frauen		
	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO	DDD
Abschluss unbekannt	59,4	4.441	296.620	71,2	5.247	282.292
ohne Schulabschluss	59,8	5.531	376.388	66,8	6.031	326.114
Haupt-/Volksschul- abschluss	67,0	5.209	352.598	76,5	6.168	341.029
Mittlere Reife oder gleichwertig	61,8	4.056	270.555	74,5	5.007	266.986
Abitur/Fachabitur	54,0	3.085	194.696	66,3	3.709	174.068
<b>Gesamt</b>	<b>62,4</b>	<b>4.260</b>	<b>283.773</b>	<b>73,3</b>	<b>4.913</b>	<b>258.476</b>

beschäftigte Frauen mit Volks-/Hauptschulabschluss im Mittel ca. 2 Jahre älter sind als solche ohne Schulabschluss. Bei den Männern tritt hingegen für beide Schulabschlüsse kein Altersunterschied bei den Beschäftigten auf. Zudem zeigen sich bei Beschäftigten ohne Schulabschluss in der ambulanten Versorgung auch die niedrigsten Inanspruchnahmequoten. Die daraus resultierenden geringeren Verordnungsanteile gehen aber mit höheren Werten bei den Einzelverordnungen und Tagesdosen einher, was vermutlich dadurch begründet ist, dass diese Gruppe einen Arzt vor allem bei Erkrankungen aufsucht, die mit einer längeren und höheren Dosierung von Arzneimitteln verbunden sind.

In **»»** Diagramm 4.2.8 sind die definierten Tagesdosen der Beschäftigten für die wichtigsten anatomischen Hauptgruppen sowie nach den drei am stärksten besetzten Schulabschlussformen und dem Geschlecht dargestellt. Auch hier zeigt sich relativ deutlich, dass mit höherem Schulabschluss durchschnittlich weniger Dosen von Arzneimitteln verordnet bzw. eingenommen werden. So weisen berufstätige Frauen mit einem Haupt-/Volksschulabschluss mehr als dreimal (Faktor 3,1) so viele Tagesdosen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System als solche mit einem (Fach-)Abitur auf; bei den Männern unterscheiden sich beide Gruppe um das 2-Fache. Ähnliche hohe Unterschiede zeigen sich auch bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem (Männer: Faktor 2,5; Frauen: Faktor 2,7) sowie bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System und den

Stoffwechsel (Männer: Faktor 2,1; Frauen: Faktor 2,5).

#### Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss

- Auch beim beruflichen Ausbildungsabschluss der Beschäftigten zeigt sich, dass ein höherer Abschluss mit niedrigeren Verordnungsanteilen und -mengen von Arzneimitteln einhergeht.
- Die Beschäftigten ohne Abschluss nehmen eine Sonderstellung ein, da es sich hier zum Großteil um vergleichsweise junge Mitglieder handelt, die sich noch in ihrer beruflichen Ausbildung befinden.

Ähnlich wie beim höchsten Schulabschluss zeigt sich auch im Vergleich der Kennzahlen zur Arzneimittelverordnung, dass ein höherer beruflicher Abschluss mit niedrigeren Einzelverordnungen und Tagesdosen einhergeht. Beschäftigte ohne beruflichen Ausbildungsabschluss sowie solche mit einem Bachelor als Abschluss fallen aus dem beschriebenen Muster heraus, da sie im Vergleich zu den anderen dargestellten Gruppen ein deutlich niedrigeres Durchschnittsalter aufweisen und entsprechend weniger Arzneimittel verordnet bekommen (vgl. **»»** Tabelle 4.2.4).

Deshalb ist das in **»»** Diagramm 4.2.9 dargestellte Muster der verordneten Tagesdosen im Vergleich zwischen den drei ausgewählten Berufsabschlussarten auch nicht identisch mit dem des höchsten Schulabschlusses. Insbesondere Beschäftigte ohne

## 4.2 Arzneimittelverordnungen nach soziodemografischen Merkmalen

Diagramm 4.2.8 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC), ausgewählten Schulabschlussgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

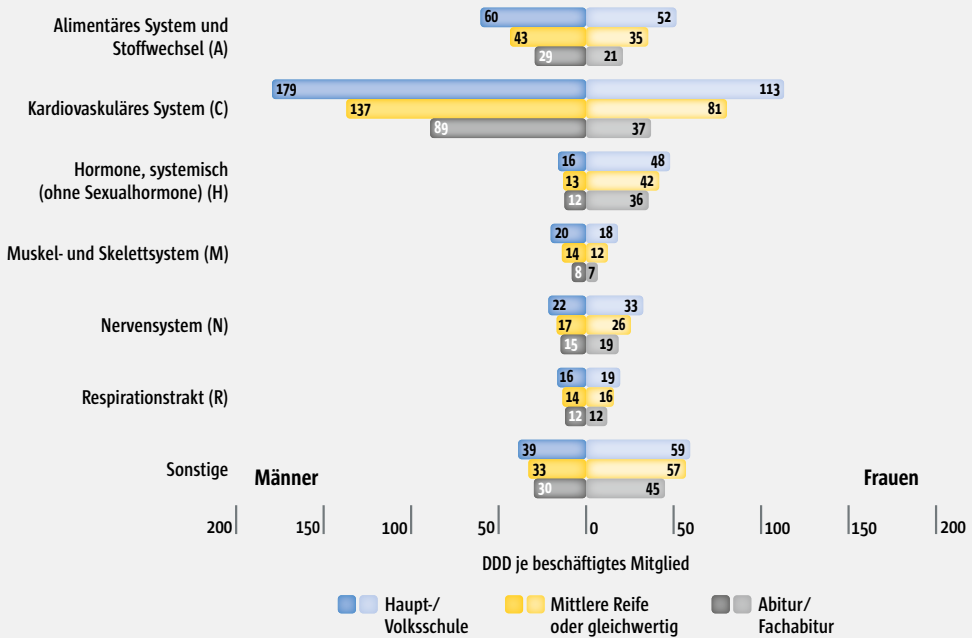
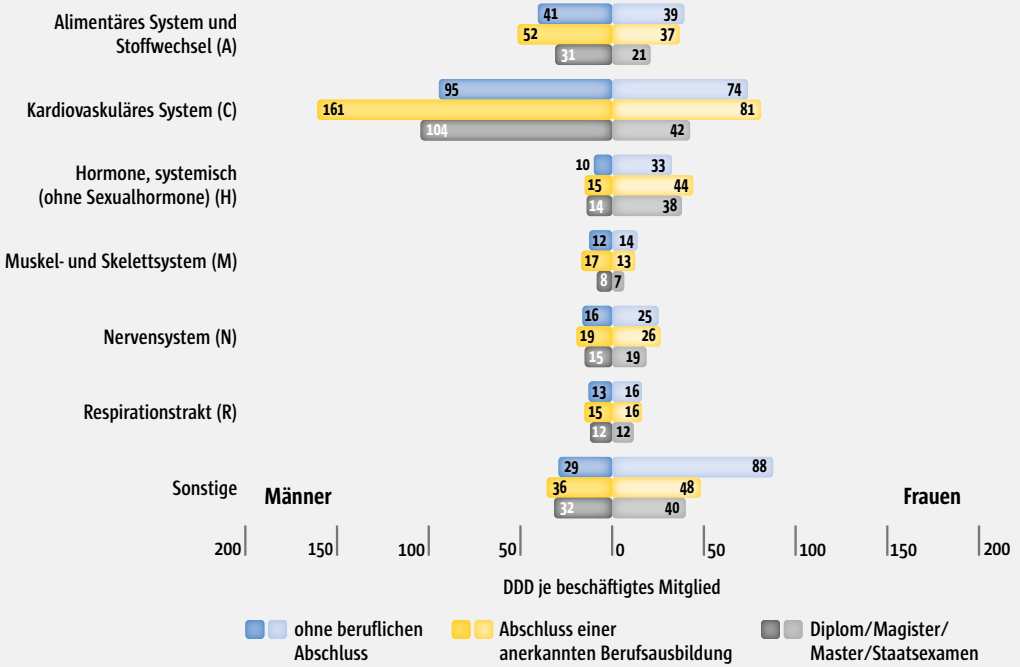


Tabelle 4.2.4 Arzneimittelverordnungen – Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder nach höchstem beruflichem Ausbildungsabschluss und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

höchster beruflicher Ausbildungsabschluss	Männer			Frauen		
	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent	EVO	DDD
Abschluss unbekannt	53,1	4.021	262.080	68,5	5.212	280.690
ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	52,3	3.688	215.955	71,9	5.513	288.746
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	65,4	4.633	314.691	74,3	5.013	265.469
Meister/Techniker oder gleichwertig	65,1	4.370	298.832	71,2	4.421	228.365
Bachelor	45,1	2.256	125.049	57,7	2.957	117.572
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	55,8	3.257	216.715	64,2	3.639	178.502
Promotion	50,8	2.878	193.152	58,8	3.157	154.457
<b>Gesamt</b>	<b>62,4</b>	<b>4.260</b>	<b>283.773</b>	<b>73,3</b>	<b>4.913</b>	<b>258.476</b>

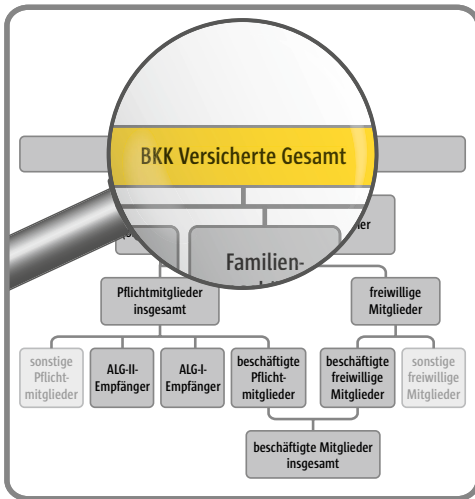
Diagramm 4.2.9 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC), ausgewählten Ausbildungsabschlussgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



beruflichen Ausbildungsabschluss, zu denen auch Auszubildende zählen, erhalten zum Teil deutlich weniger Tagesdosen verordnet als die beiden anderen betrachteten Gruppen. Eine Ausnahme bilden hier die zur Gruppe der sonstigen zusammengefassten Verordnungsmengen bei den Frauen. Hier sind es vor allem die Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung (G03A), die zu den deutlich höheren defi-

nierten Tagesdosen bei den Beschäftigten ohne Ausbildungsabschluss führen. Dieser Effekt ist allerdings systembedingt, da Kontrazeptiva in der Regel nur bis zum 20. Lebensjahr erstattungsfähig sind. Die ab dem 21. Lebensjahr verordneten Kontrazeptiva tauchen aufgrund der fehlenden Erstattungsfähigkeit nicht mehr in den für diese Analysen vorliegenden Daten auf.

## 4.3 Arzneimittelverordnungen in Regionen



Auch für die Arzneimittelverordnungen zeigen sich im regionalen Vergleich deutliche Unterschiede, die neben den soziodemografischen Merkmalen der Versicherten auch maßgeblich von der medizinischen Versorgung und den Strukturen vor Ort bestimmt werden. Im Folgenden werden hierzu zunächst allgemein sowie für einige ausgewählte Wirkstoffe entsprechende Vergleiche auf Ebene der Bundesländer bzw. der Kreise vorgenommen. Dieser Abschnitt bezieht sich wiederum auf alle BKK Versicherten.

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

- Bezogen auf den Anteil der Versicherten, die im Jahr 2015 mindestens eine Arzneimittelverordnung erhalten haben, sind die höchsten Quoten in den Altbundesländern zu finden.
- Dagegen zeigen sich bei der Betrachtung der Tagesdosen die neuen Bundesländer mit den höchsten Verordnungsmengen an der Spitze.

In **»** Tabelle 4.3.1 sind zunächst die Verordnungsanteile sowie die Tagesdosen der BKK Versicherten im Vergleich zwischen den Bundesländern für die Jahre 2014 und 2015 zu sehen. Der stärkste Zuwachs, bezogen auf die Verordnungsanteile (+1,5 Prozentpunkte) sowie auf die definierten Tagesdosen (+52 DDD je BKK Versicherten), ist im Stadtstaat Bremen zu verzeichnen. Dagegen weist der Freistaat Sachsen den deutlichsten Rückgang bei den Verordnungsanteilen (-2 Prozentpunkte) sowie - als einziges Bundesland - bei den Tagesdosen (-7 DDD je BKK Versicherten) auf. Für alle anderen Bundesländer zeigen sich dagegen wesentlich geringere Veränderungsraten. Viel größere Abweichungen lassen sich wiederum zwischen den einzelnen Bundesländern für die Verordnungsmengen feststellen. So beträgt die Spannweite bei den Verordnungsanteilen 10,9 Prozentpunkte und bei den Tagesdosen 281 DDD zwischen dem Bundesland mit dem jeweils höchsten bzw. niedrigsten Wert. Ordnet man die Bundesländer nach dem Anteil der Versicherten mit mindestens einer Verordnung, so sind hier zum Großteil die Altbundesländer mit den meisten Verordnungen zu finden. Da die hier berichteten Verordnungskennzahlen ausschließlich aus dem ambulanten Bereich resultieren, ist zu vermuten, dass die höheren Verordnungsquoten auch mit der höheren Ärztedichte in den Altbundesländern korrelieren. Dies zeigt sich auch in der Betrachtung der ambulanten Versorgung (vgl. **»** Kapitel 2.3) - hier liegen die Anteile der Versicherten mit einer Diagnose in den Altbundesländern ebenfalls deutlich über denen der neuen Bundesländer. Ein nahezu umgekehrtes Bild zeigt sich hingegen, wenn man die durchschnittlichen Tagesdosen betrachtet. Hier sind es vorrangig die neuen Bundesländer, welche die mit Abstand höchsten Werte aufweisen, was zum Teil auch mit der Altersstruktur der dort wohnhaften BKK Versicherten zu begründen ist. Die Stadtstaaten Berlin und Hamburg fallen aus dem oben beschriebenen Muster insofern heraus, als sie bei beiden Kennzahlen im Bundeslandvergleich im unteren Drittel zu

**Tabelle 4.3.1** Arzneimittelverordnungen – DDD und Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung nach Bundesland (Wohnort) im Vorjahresvergleich (Berichtsjahr 2015)

Bundesland	2014		2015	
	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je BKK Versicherten	Anteile der BKK Versicherten mit Verordnung in Prozent	DDD je BKK Versicherten
Baden-Württemberg	72,0	380	72,6	386
Bayern	71,8	402	72,8	409
Berlin	68,0	442	66,8	446
Brandenburg	70,0	525	69,3	529
Bremen	72,1	436	73,7	488
Hamburg	70,1	445	69,6	448
Hessen	72,8	425	73,2	432
Mecklenburg-Vorpommern	72,8	562	73,1	571
Niedersachsen	75,8	527	76,6	538
Nordrhein-Westfalen	75,0	503	76,0	517
Rheinland-Pfalz	76,3	551	77,1	558
Saarland	77,3	535	77,7	545
Sachsen	72,9	615	70,9	608
Sachsen-Anhalt	75,2	662	74,4	667
Schleswig-Holstein	72,5	484	73,3	499
Thüringen	71,2	532	70,3	536
<b>Bund gesamt</b>	<b>74,0</b>	<b>462</b>	<b>73,8</b>	<b>470</b>

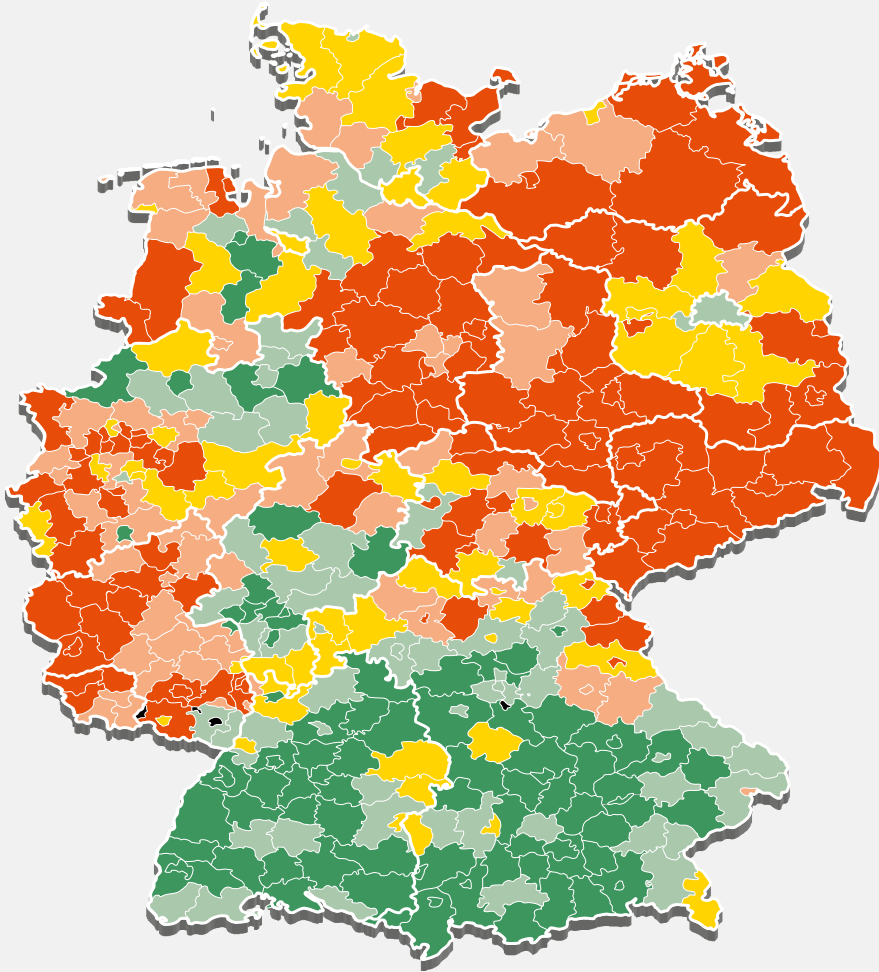
finden sind. Zu vermuten ist, dass in Großstädten bzw. Ballungsräumen mehr nichtmedikamentöse Therapiemöglichkeiten (z.B. Physio- bzw. Psychotherapie) zur Verfügung stehen und auch genutzt werden.

Die durchschnittlichen Tagesdosen der BKK Versicherten auf Ebene der Kreise sind in **»»** Diagramm 4.3.1 dargestellt. Zunächst zeigt sich das bereits auf Ebene der Bundesländer erwähnte Muster – in den neuen Bundesländern werden im Mittel wesentlich mehr Tagesdosen verordnet als in den Altbundesländern. Aber auch im Saarland, in Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-Westfalen sowie in Niedersachsen sind für eine nicht unerhebliche Anzahl von Kreisen deutlich überdurchschnittliche Verordnungsmengen zu erkennen. Spitzenreiter mit durchschnittlich 813 DDD je BKK Versicherten ist der Saalekreis in Sachsen-Anhalt. Das sind im Verhältnis 2,8-mal so viele Tagesdosen wie im

Unterallgäu in Bayern (294 DDD je BKK Versicherten), wo die wenigsten Verordnungsmengen im Kreisvergleich zu finden sind. Wie inhomogen das Verordnungsgeschehen auch innerhalb eines Bundeslandes sein kann, sei wiederum am Beispiel Bayern gezeigt: Der Landkreis Wunsiedel liegt mit 735 DDD je BKK Versicherten deutlich über dem Bundesdurchschnittswert (470 DDD je BKK Versicherten) und ist damit mehr als doppelt so hoch wie der Wert im Unterallgäu. Es zeigt sich an diesem Beispiel, dass eine differenziertere Regionalbetrachtung für eine gezielte Steuerung und Planung der Versorgung vor Ort unerlässlich ist.

Neben dem Vergleich der Verordnungskennzahlen auf Ebene der Kreise gibt der Vergleich bezogen auf verschiedene Versichertengruppen weitere Aufschlüsse über das regionale Versorgungsgeschehen (vgl. **»»** Tabelle 4.3.2). Bei den Rentnern, die mit Abstand die meisten Tagesdosen je Versicherten auf-

Diagramm 4.3.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2015)



Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt

- |   |  |
|---|--|
| <span style="color: green;">■</span> mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt  | <span style="color: orange;">■</span> 5–15% über dem Bundesdurchschnitt            |
| <span style="color: lightgreen;">■</span> 5–15% unter dem Bundesdurchschnitt  | <span style="color: darkorange;">■</span> mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt |
| <span style="color: yellow;">■</span> zwischen ± 5% unter bzw. über dem Bundesdurchschnitt (470.481 DDD je 1.000 BKK Versicherte) | <span style="color: black;">■</span> keine Angaben*                                |

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

weisen, ist gleichzeitig die Variabilität mit 244 DDD je Versicherten zwischen den einzelnen Bundesländern am größten. Spitzenreiter ist Sachsen-Anhalt – hier werden 12% mehr Tagesdosen verordnet als im Bundesdurchschnitt. In Baden-Württemberg finden

sich hingegen im Mittel 6,1% weniger verordnete Tagesdosen. Noch deutlicher zeigen sich die Abweichungen bei den Familienangehörigen. So werden im Saarland im Mittel 50,3% mehr Tagesdosen verordnet als im Bundesdurchschnitt, dagegen liegen

Tabelle 4.3.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Bundesland (Wohnort) und Versichertengruppen (Berichtsjahr 2015)

Bundesland	DDD je 1.000 BKK Versicherte				
	Arbeitslose (ALG-I)	Arbeitslose (ALG-II)	beschäftigte Mitglieder	Familienangehörige	Rentner
Baden-Württemberg	416.641	459.840	244.043	166.515	1.270.188
Bayern	414.995	507.073	247.362	174.284	1.287.958
Berlin	336.605	355.354	253.200	152.426	1.365.772
Brandenburg	417.850	408.734	306.742	154.277	1.428.343
Bremen	342.968	348.892	274.999	219.851	1.298.471
Hamburg	322.072	388.529	219.544	184.703	1.349.591
Hessen	409.866	401.601	269.912	170.151	1.334.703
Mecklenburg-Vorpommern	456.933	440.629	330.725	178.770	1.504.579
Niedersachsen	440.865	417.834	297.219	218.331	1.385.331
Nordrhein-Westfalen	469.356	424.225	295.956	225.662	1.407.181
Rheinland-Pfalz	461.940	458.224	306.366	246.557	1.475.284
Saarland	466.736	410.467	309.063	287.231	1.418.775
Sachsen	417.957	438.406	294.073	165.503	1.404.410
Sachsen-Anhalt	467.975	459.324	333.529	198.335	1.514.484
Schleswig-Holstein	402.451	390.534	276.081	194.973	1.348.777
Thüringen	452.125	434.530	315.886	152.928	1.396.756
<b>Bund Gesamt</b>	<b>426.722</b>	<b>420.945</b>	<b>272.608</b>	<b>191.120</b>	<b>1.352.783</b>

die Werte in Berlin 20,2% unter dem des gesamten Bundesgebietes. Auch bei den beschäftigten Mitgliedern ist eine beachtliche Spannweite von mehr als 114 DDD zwischen dem Bundesland mit den meisten (Sachsen-Anhalt) und dem mit den wenigsten (Hamburg) verordneten Tagesdosen zu erkennen. Bei den ALG-II-Empfängern zeigt sich ein überraschendes Bild. Die Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg weisen hier die jeweils höchsten Verordnungsmengen auf – für alle anderen Versichertengruppen sind in diesen beiden Ländern hingegen durchweg Tagesdosen unter dem Bundesdurchschnitt zu verzeichnen. Auch hier zeigt sich noch einmal der bereits in ►► Tabelle 4.3.1 angesprochene Effekt bezogen auf die Stadtstaaten – insbesondere Berlin und Hamburg. Für alle betrachteten Versichertengruppen (außer für die Rentner in Berlin) liegen die verordneten Tagesdosen unter dem Bundesdurchschnittswert. Auch hierfür ist vermutlich die höhe-

re Versorgungsdichte mit nichtmedikamentösen bzw. nichtärztlichen Therapiemöglichkeiten eine Ursache.

#### 4.3.2 Regionale Unterschiede für ausgewählte Verordnungen

- In den neuen Bundesländern werden deutlich weniger Antibiotika verordnet als in den Altbundesländern.
- Für alle betrachteten Wirkstoffgruppen fällt zudem auf, dass insbesondere das Saarland, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Ostbayern überdurchschnittlich viele verordnete Tagesdosen aufweisen.

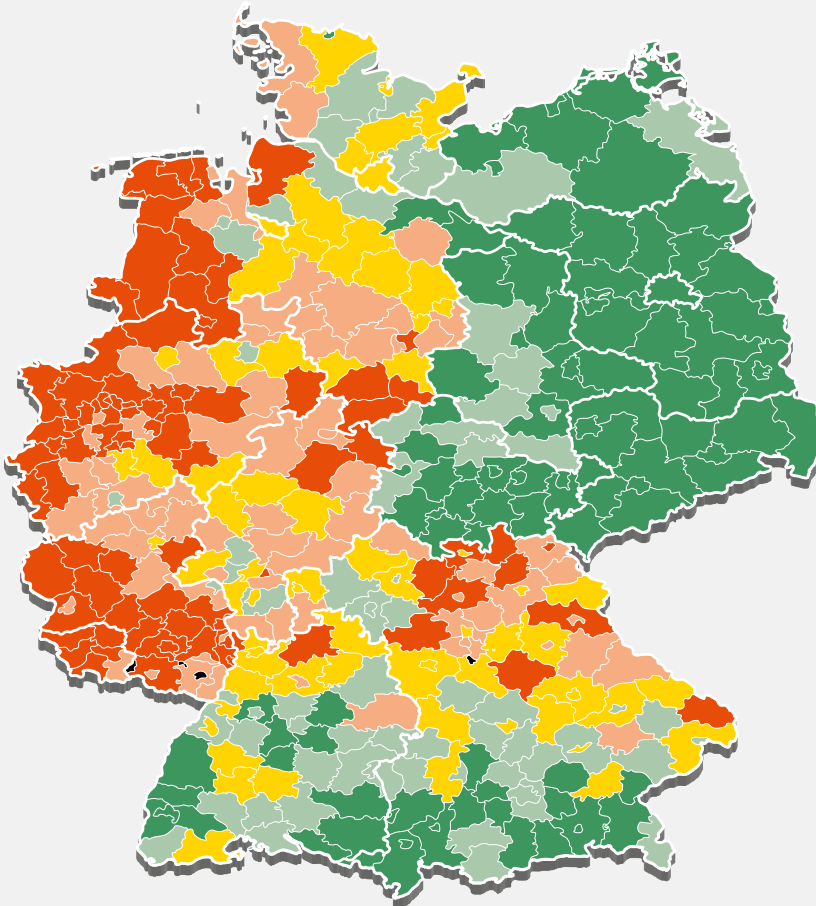
Neben der Betrachtung der allgemeinen Verordnungsquoten lohnt es sich, auch einen Blick auf die

regionalen Variationen von Verordnungsmengen bezogen auf einzelne therapeutische Untergruppen zu werfen, insbesondere dann, wenn diese zur Behandlung von spezifischen Krankheitsarten eingesetzt werden.

Betrachtet man zunächst die durchschnittliche Anzahl der Tagesdosen der BKK Versicherten auf Landkreisebene für Antibiotika zur systemischen An-

wendung (J01), so zeigt sich ein beeindruckender Ost-West-Unterschied, wobei hier in den neuen Bundesländern die verordneten Tagesdosen deutlich unter denen der Altbundesländer mit Ausnahme von Teilen Bayerns und Baden-Württembergs liegen (vgl. Diagramm 4.3.2). Die Spannweite reicht dabei von 2,6 verordneten Tagesdosen je Versicherten in Dresden (Sachsen) bis hin zu 7,0 Tagesdosen je Versicherten

Diagramm 4.3.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) für Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2015)



Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
- 5-15% unter dem Bundesdurchschnitt
- zwischen  $\pm 5\%$  unter bzw. über dem Bundesdurchschnitt (4.489 DDD je 1.000 BKK Versicherte)
- 5-15% über dem Bundesdurchschnitt
- mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
- keine Angaben\*

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

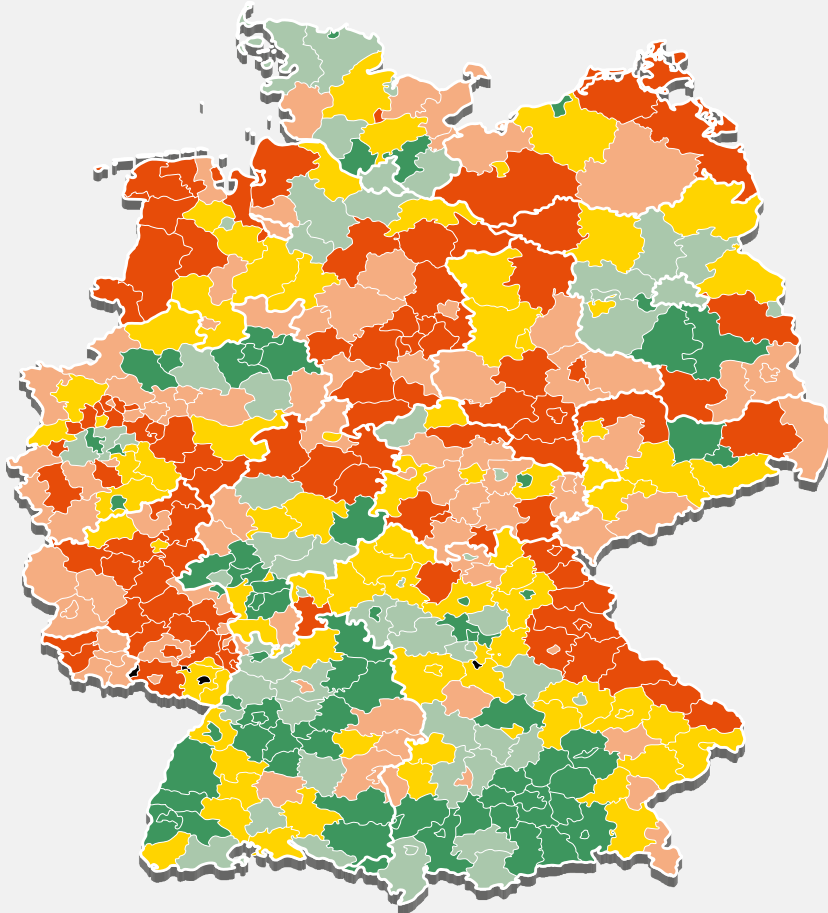


ten in Gelsenkirchen (Nordrhein-Westfalen). Dabei zeigen sich keine relevanten Zusammenhänge mit der Auftretenshäufigkeit entsprechender Diagnosen im ambulanten Bereich, wie zum Beispiel die akuten Infektionen der oberen Atemwege (ICD-10: J06) oder die Mittelohrentzündung (ICD-10: H66). Es ist davon auszugehen, dass es hier sozialisierte Unterschiede im Verordnungsverhalten der niedergelasse-

nen Ärzte in Ost und West gibt, wie auch eine Analyse des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Vereinigung zeigen konnte<sup>1</sup>.

1 Hering R, Schulz M., Bätzing-Feigenbaum J. Entwicklung der ambulanten Antibiotikaverordnungen im Zeitraum 2008 bis 2012 im regionalen Vergleich Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2014

**Diagramm 4.3.3** Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) für Antiphlogistika und Antirheumatika (M01) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2015)



**Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt**

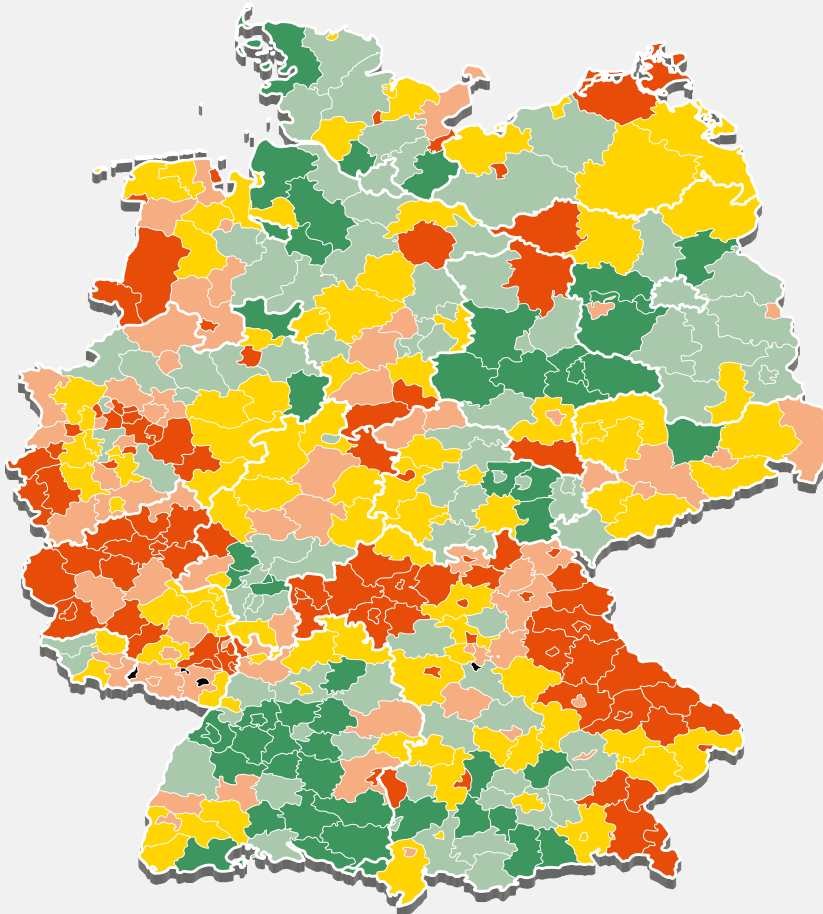
- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - 5-15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - zwischen ± 5% unter bzw. über dem Bundesdurchschnitt (12.087 DDD je 1.000 BKK Versicherte)
- 5-15% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

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

Unabhängig von den regionalen Unterschieden bleibt insgesamt festzuhalten, dass Antibiotika insbesondere bei Erkrankungen mit primär viralem Ursprung, wie zum Beispiel der akuten Infektion der oberen Atemwege (ICD-10: J06), immer noch zu häufig verordnet werden, obwohl sie in diesen Fällen keine Wirkung zeigen, sondern eher unerwünschte Nebenwirkungen verursachen.

Antiphlogistika und Antirheumatika (M01) kommen vor allem bei Muskel- und Skeletterkrankungen zum Einsatz. Insbesondere die am meisten in dieser Gruppe verordneten nichtsteroidalen Antiphlogistika (M01A) finden vor allem als schmerzlindernde Mittel bei den häufig vorkommenden Rückenschmerzen (ICD-10: M54) Anwendung. In **III** Diagramm 4.3.3 ist die regionale Verteilung der verord-

Diagramm 4.3.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der BKK Versicherten nach Landkreis (Wohnort) für Psychoanaleptika (N06) mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Berichtsjahr 2015)



Abweichungen der DDD der BKK Versicherten vom Bundesdurchschnitt

- mehr als 15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - 5-15% unter dem Bundesdurchschnitt
  - zwischen ± 5% unter bzw. über dem Bundesdurchschnitt (19.803 DDD je 1.000 BKK Versicherte)
- 5-15% über dem Bundesdurchschnitt
  - mehr als 15% über dem Bundesdurchschnitt
  - keine Angaben\*

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

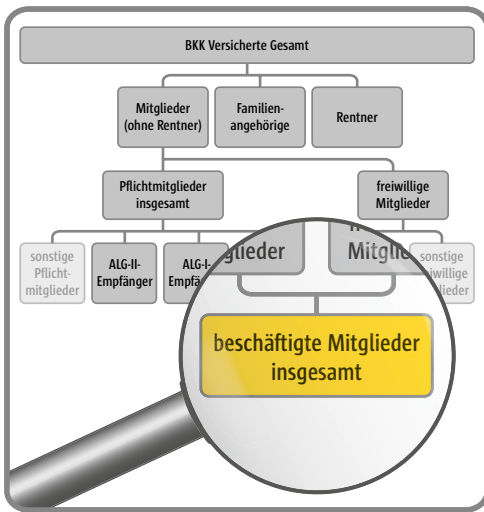
neten Tagesdosen auf Kreisebene mit Abweichungen vom Bundesdurchschnitt dargestellt. Auf Kreisebene zeigen sich zwischen den Verordnungsmengen und den ambulanten Diagnosen im Bereich der Muskel- und Skeletterkrankungen sowie bei den Rückenschmerzen (ICD-10: M54) deutliche Zusammenhänge. Auch hier variieren die Tagesdosen auf Kreisebene stark. Werden im Hochtaunuskreis (Hessen) durchschnittlich 7,6 Tagesdosen je Versicherten verordnet, so ist die durchschnittliche Verordnungsmenge in Wunsiedel (Bayern) nahezu dreimal so hoch (22,5 DDD je Versicherten). Besonders viele Verordnungen aus dieser Wirkstoffgruppe sind insbesondere in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, im Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt zu finden. Dagegen sind in den meisten Kreisen Baden-Württembergs niedrige Verordnungsmengen zu verzeichnen. Gleiches gilt auch für die Mehrzahl der Kreise in Bayern, wobei sich auch hier die ostbayerischen Kreise deutlich absetzen: Unter den 20 Kreisen mit den meisten verordneten Tagesdosen finden sich allein fünf Kreise aus Bayern wieder. Auch hier zeigen sich für die Großstädte Hamburg und Berlin unterdurchschnittliche Verordnungsmengen, was vermutlich, wie schon erwähnt, damit zusammenhängt, dass in diesen Regionen die nichtmedikamentösen bzw. nichtärztlichen Therapiemöglichkeiten häufiger vorhanden sind und auch genutzt werden.

Abschließend soll noch ein Blick auf die regionale Variation der verordneten Tagesdosen bezogen auf die Psychoanaleptika (No6) geworfen werden, deren

größter Teil durch Verordnungen aus dem Bereich der Antidepressiva (No6A) resultiert. Wie in **III** Diagramm 4.3.4 zu sehen ist, sind besonders hohe Verordnungsmengen gehäuft in Nordrhein-Westfalen und in Rheinland-Pfalz zu verzeichnen. Auch hier zeigen sich die Kreise im östlichen bzw. südlichen Bayern mit besonders hohen Verordnungswerten. Deshalb verwundert es nicht, dass der Landkreis Weiden mit durchschnittlich 36,6 DDD je Versicherten die Rangliste anführt. Das sind mehr als dreimal so viele Tagesdosen wie im Kreis mit den wenigsten Verordnungen (Baden-Baden in Baden-Württemberg: 10,7 DDD je Versicherten). Allein acht der zehn Landkreise mit den meisten verordneten Tagesdosen in dieser Wirkstoffgruppe sind im Bundesland Bayern zu finden.

Für die drei betrachteten therapeutischen Untergruppen zeigen sich unter anderem in Rheinland-Pfalz und in Ostbayern sowie in Teilen Niedersachsens und dem Saarland für alle Wirkstoffe deutlich höhere Verordnungsmengen als in anderen Bundesländern, die aber nicht durch eine höhere Prävalenz der dahinter stehenden Erkrankungen, sondern eher durch regional sozialisiertes Verordnungsverhalten im ambulanten Bereich getriggert sein dürften. Dass dies nicht für alle Wirkstoffgruppen gilt, zeigt sich in der Gesamtbetrachtung der Verordnungen (vgl. **III** Diagramm 4.3.1), wobei die überdurchschnittlichen Tagesdosen in den neuen Bundesländern vor allem durch Verordnungen aus der Gruppe der Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System herühren.

## 4.4 Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit



- Wie schon bei den BKK Versicherten insgesamt geht auch bei den beschäftigten Mitgliedern der mit Abstand größte Anteil der verordneten Tagesdosen auf Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem zurück.

Wie schon in den vorhergehenden Kapiteln sind die folgenden Auswertungen auf den diesjährigen Themenschwerpunkt – den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeit – fokussiert. Die folgenden Betrachtungen beziehen sich dabei auf die beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt.

In **III** Diagramm 4.4.1 sind zunächst noch einmal die Anteile der Tagesdosen für die wichtigsten anatomischen Hauptgruppen nach Geschlecht für die beschäftigten BKK Mitglieder dargestellt. Wie bei den Versicherten insgesamt bilden auch hier die Tagesdosen von Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System für beide Geschlechter den größten Anteil an allen verordneten Arzneimitteln. Im Schnitt gehen insgesamt vier von zehn verordneten Tagesdosen (41,4%) allein auf diese Wirkstoffgruppe zurück,

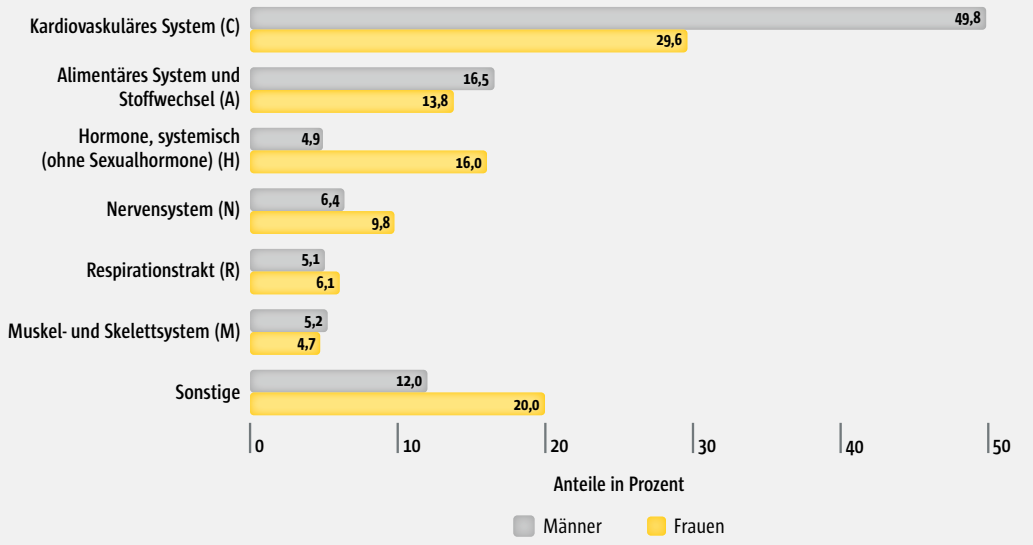
bei den Männern liegt der Anteil dabei um 20,2 Prozentpunkte deutlich über dem der Frauen. Auf Platz 2 folgen bei den Männern die Mittel mit Wirkung auf das alimentäre System und den Stoffwechsel (16,5%), bei den Frauen sind es die systemischen Hormone (insbesondere Mittel zur Schilddrüsenentherapie), die mit 16,0% aller verordneten Tagesdosen zu Buche schlagen. Etwa jede zehnte Tagesdosis bei den Frauen (9,8%) geht auf eine Verordnung von Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem zurück. Den größten Anteil haben hierbei – sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern – die Psychoanaleptika (No6) inne.

### 4.4.1 Auswertung nach Wirtschaftsgruppen

- Den beschäftigten Frauen der Postdienste sowie den beschäftigten Männern im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling werden im Durchschnitt die meisten Tagesdosen an Arzneimitteln verordnet.
- Dieses Bild deckt sich mit dem Fehlzeitengeschehen – auch hier sind bei diesen beiden Wirtschaftsgruppen im Vergleich die meisten AU-Tage zu finden.

Wie sich die Arzneimittelverordnungen zwischen den verschiedenen Wirtschaftsgruppen in Abhängigkeit vom Geschlecht unterscheiden, zeigt das **III** Diagramm 4.4.2. Wie zu erkennen ist, differieren die Verbrauchsmengen zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen zum Teil deutlich. Bei den Frauen sind es die Beschäftigten der Postdienste, die mit durchschnittlich 411 DDD je Beschäftigten die meisten Tagesdosen aufweisen – im Vergleich zu den beschäftigten Frauen im Bereich freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen (208 DDD je Beschäftigten) sind das rund doppelt so viele Tagesdosen. Eine ähnlich große Spannweite ist auch bei den Männern zu beobachten. Erhalten Beschäftigte in der Abfallbeseitigung und im Recycling

Diagramm 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



im Schnitt 388 DDD je Beschäftigten verordnet, so sind es im Gastgewerbe lediglich 175 DDD je Beschäftigten. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Wirtschaftsgruppen zeigt sich zudem, dass für beide Geschlechter entweder überdurchschnittliche oder unterdurchschnittliche Verordnungsmengen im Vergleich zum jeweiligen Bundesdurchschnitt zu verzeichnen sind. Die Wirtschaftsgruppenzugehörigkeit und die damit verbundenen Arbeitsbedingungen üben also auch unabhängig vom Geschlecht einen Einfluss auf den Arzneimittelgebrauch der Beschäftigten aus. Die hier vorliegenden Ergebnisse decken sich dabei in hohem Maße mit den Auswertung zum Fehlzeitengeschehen (vgl. [»»»](#) Diagramm 1.4.6). Auch dort sind es die Beschäftigten der Postdienste, im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling sowie Verkehr, die die meisten Fehltag aufweisen. Gleichzeitig sind es die Beschäftigten der Verlage und Medien sowie der Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung, die in beiden Leistungsbereichen deutlich unter den Werten des Bundesdurchschnitts liegen.

Dass die Arzneimittelverordnungen maßgeblich auch vom Lebensalter bestimmt werden, wurde bereits ausführlich in [»»»](#) Kapitel 4.2.1 gezeigt. Inwieweit es hier Unterschiede zwischen einzelnen Wirtschaftsgruppen gibt, zeigt das [»»»](#) Diagramm 4.4.3. Auch hier steigt bei allen betrachteten Wirtschaftsgruppen mit zunehmendem Alter der Arzneimittelverbrauch an. Dabei nimmt aber der Abstand zwi-

schen den Wirtschaftsgruppen mit steigendem Alter zu. Eine Besonderheit bildet die Gruppe der unter 20-jährigen Beschäftigten. Hier weisen die Berufstätigen in den Bereichen Erziehung und Unterricht, Sozialwesen sowie freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen deutlich mehr Verordnungen auf als die anderen drei betrachteten Gruppen. Dieser Effekt wird nahezu vollständig durch die Verordnung von Kontrazeptiva verursacht, da in den beschriebenen Wirtschaftsgruppen ein hoher Frauenanteil zu verzeichnen ist. Bei den über 20-jährigen ist dieser Geschlechtseffekt nicht mehr beobachtbar – hier gilt es zu beachten, dass die Erstattungsfähigkeit von Kontrazeptiva durch die Krankenkassen in der Regel nach dem 20. Lebensjahr endet. In den höheren Altersgruppen sind die Unterschiede allerdings auch durch die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und -belastungen bestimmt. So erhalten zum Beispiel die über 65-jährigen im Bereich Verkehr Tätigen mehr als das 1,5-Fache an Tagesdosen verordnet als die im Bereich Erziehung und Unterricht Beschäftigten.

Da unterschiedliche Arbeitsbedingungen zu anderen Arbeitsbeanspruchungen und -belastungen und somit auch Erkrankungen führen, liegt es nahe, dass damit auch eine differierende Medikation verbunden ist. Deshalb gibt ein Blick auf einzelne, für bestimmte Erkrankungen einschlägige Wirkstoffgruppen weiteren Aufschluss zum Zusammenhang

Diagramm 4.4.2 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

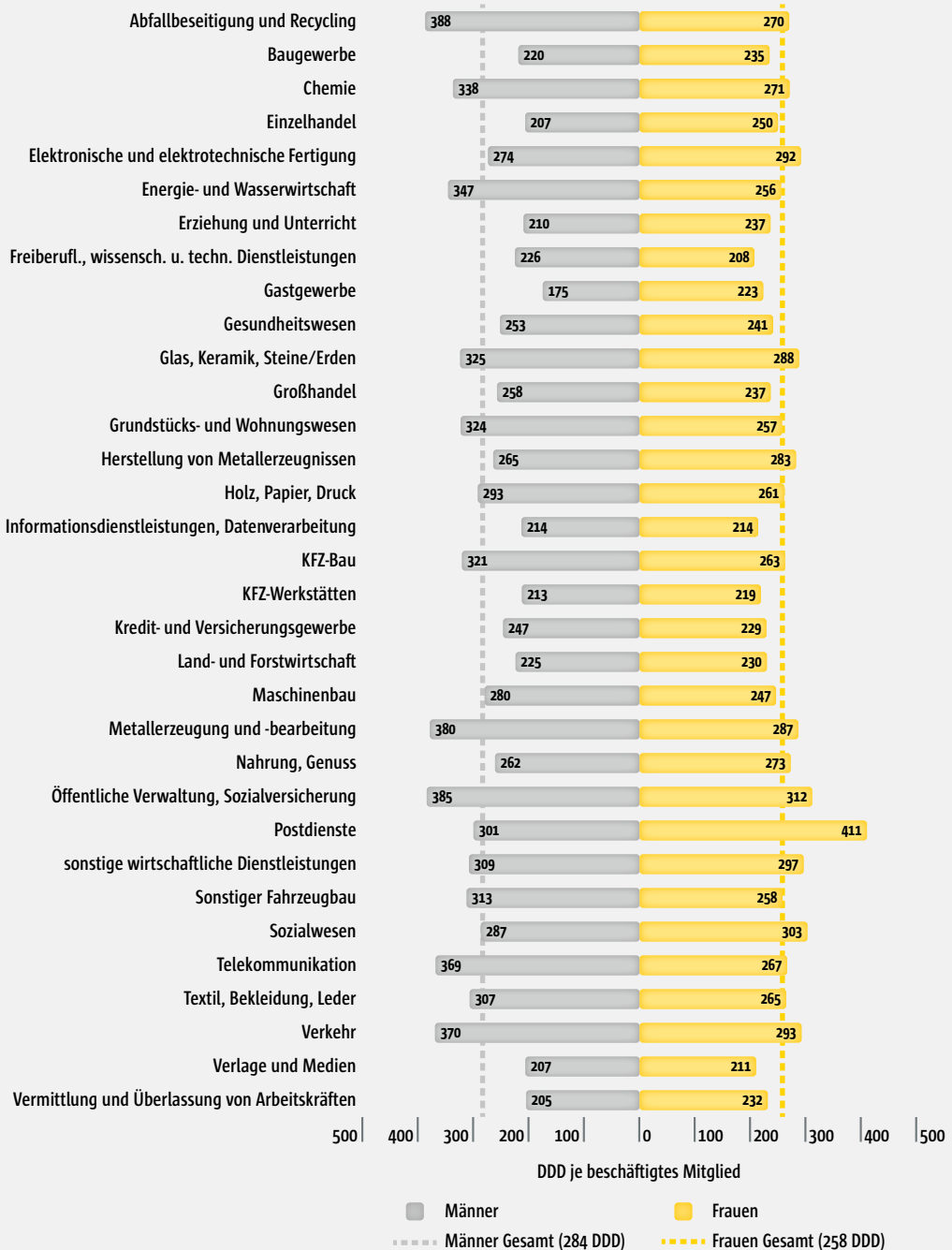
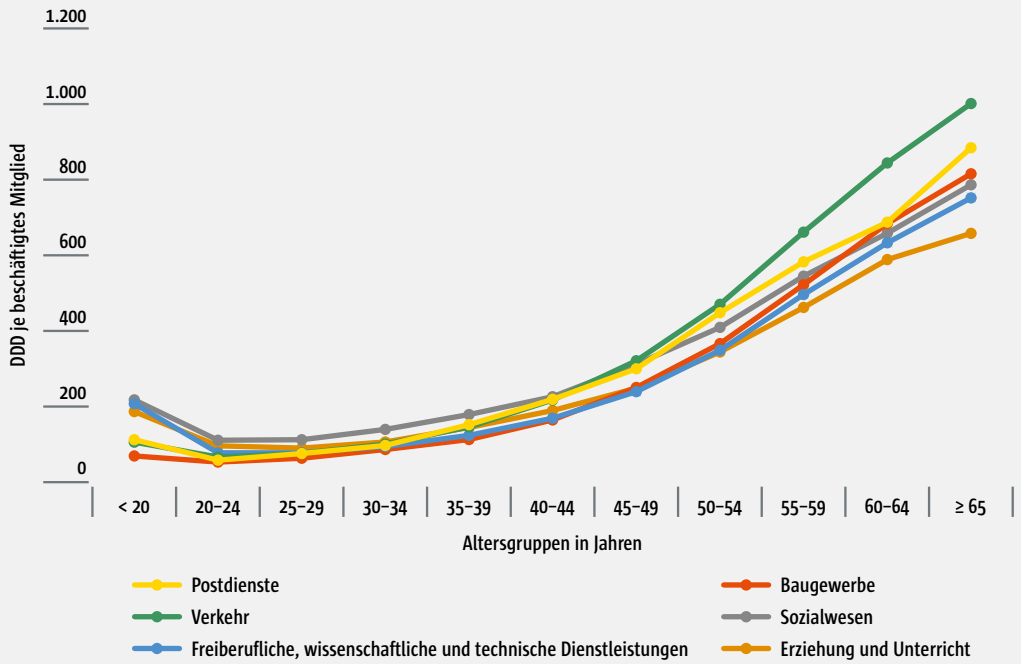


Diagramm 4.4.3 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)



zwischen Gesundheit und Arbeit. Exemplarisch soll dies – wie schon bei den BKK Versicherten insgesamt – im Folgenden bei den Beschäftigten für Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, das Muskel- und Skelettsystem sowie das Nervensystem betrachtet werden.

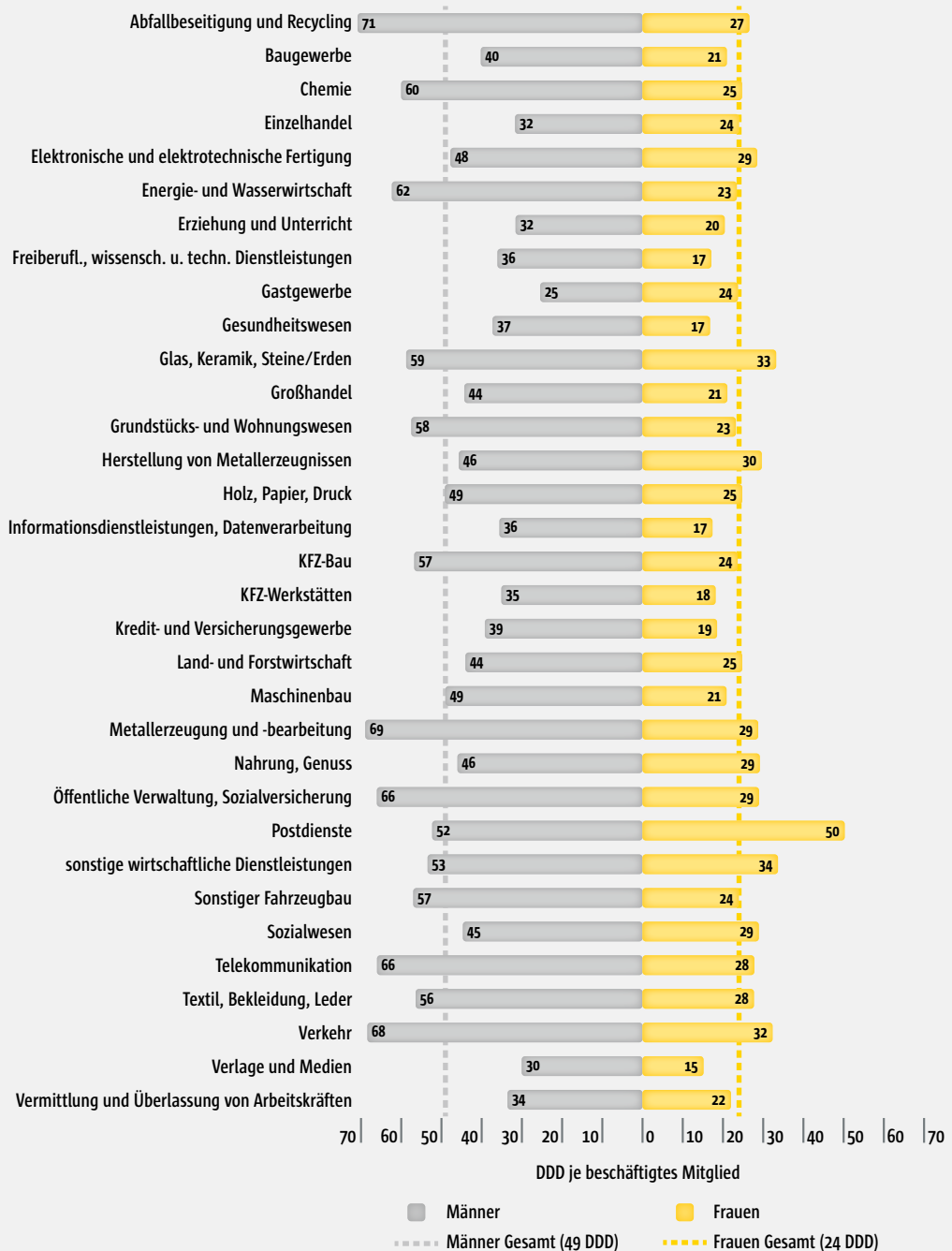
- Bei den Arzneimitteln, die vor allem bei somatischen Erkrankungen wie zum Beispiel Bluthochdruck oder Rückenschmerzen Anwendung finden, liegen ebenfalls die beschäftigten Frauen der Postdienste bzw. die Männer im Bereich Abfallbeseitigung und Recycling an der Spitze.
- Bei den Antidepressiva (N06A) sind es hingegen die Beschäftigten aus dem Bereich Sozialwesen, die die größten Verordnungsmengen aufweisen.
- Die spezifischen Arbeitsbedingungen und -belastungen sind nicht nur eng mit dem Krankheitsgeschehen im somatischen bzw. psychischen Bereich verknüpft, sondern spiegeln sich auch im Arzneimittelverbrauch wider.

In **»»** Diagramm 4.4.4 sind die verordneten Tagesdosen für ACE-Hemmer (Co9A) dargestellt. ACE-Hemmer sind Wirkstoffe, die insbesondere bei

Hypertonie (Bluthochdruck; ICD-10: I10) und Herzinsuffizienz (ICD-10: I50) Anwendung finden. Spielt insbesondere die Hypertonie im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen nahezu keine Rolle, so ist sie bei den ambulanten Diagnosen der Beschäftigten relativ häufig zu finden – insgesamt 17,9% aller Beschäftigten sind davon betroffen, geschlechtsspezifisch deutlich mehr Männer (20,2%) als Frauen (15,0%). Entsprechend zeigen sich auch durchgehend für alle Wirtschaftsgruppen höhere Werte bei den Tagesdosen der Männer im Vergleich zu den Frauen. Bei den Männern sind es die Beschäftigten in den Bereichen Abfallbeseitigung und Recycling, Metallherstellung und -bearbeitung sowie im Verkehr, die die größten Verordnungsmengen aufweisen. Bei den Frauen sind die mit Abstand meisten verordneten Tagesdosen wiederum bei den Beschäftigten der Postdienste zu finden, gefolgt von den Berufstätigen im Bereich sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind die Beschäftigten im Bereich Verlage und Medien mit deutlich geringeren Verordnungsmengen vertreten.

Insofern zeigt sich hier in der Reihung der Wirtschaftsgruppen für die Verordnungsmengen der

Diagramm 4.4.4 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für ACE-Hemmer (C09A) nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)





ACE-Hemmer ein ähnliches Bild wie auch bei der Betrachtung der definierten Tagesdosen insgesamt (vgl. **»»** Diagramm 4.4.2).

Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika (Mo1A) werden vor allem zur Schmerzlinderung und Entzündungshemmung bei Muskel- und Skeletterkrankungen – insbesondere bei den häufig diagnostizierten Rückenschmerzen (ICD-10: M54) – eingesetzt. Diese Diagnose ist sowohl im AU-Geschehen als auch in der ambulanten Versorgung mit Abstand für die meisten AU-Fälle bzw. die meisten ambulanten Diagnosen verantwortlich. Bei den Frauen sind es auch hier die Beschäftigten der Postdienste, die im Mittel die meisten definierten Tagesdosen verordnet bekommen, gefolgt von den Berufstätigen in der Gruppe der sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen. Bei den Männern sind es hingegen wiederum die Beschäftigten in den Bereichen Abfallbeseitigung und Recycling bzw. Metallherzeugung und -bearbeitung, die hier die Rangliste nach verordneten Tagesdosen anführen. Deutlich weniger Verordnungen sind wiederum bei den Beschäftigten der Verlage und Medien zu finden (vgl. **»»** Diagramm 4.4.5).

Als dritte Wirkstoffgruppe sollen hier noch die Antidepressiva (No6A) im geschlechtsspezifischen Vergleich zwischen den Wirtschaftsgruppen betrachtet werden (vgl. **»»** Diagramm 4.4.6). Anders als bei den beiden vorhergehenden Wirkstoffgruppen weisen hier die Frauen in allen Wirtschaftsgruppen deutlich höhere Verordnungskennzahlen als die Männer auf. Dies korrespondiert auch mit den entsprechenden Ergebnissen aus den anderen Leistungsbereichen: Frauen weisen sowohl im AU-Geschehen als auch in der ambulanten und stationären Versorgung insbesondere bei den depressiven Störungen deutlich mehr AU-/KH-Fälle bzw. -tage sowie Diagnosen auf. Bei den Frauen sind es auch wiederum die Beschäftigten der Postdienste, welche die meisten Tagesdosen von Antidepressiva (No6A) verordnet bekommen. Ebenfalls überdurchschnittliche Verordnungsmengen zeigen sich im Sozialwesen sowie in der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung, die zudem bei den männlichen Beschäftigten die ersten beiden Plätze auf der Rangliste innehaben. Wirtschaftszweige mit vor allem durch psychische Arbeitsbelastungen geprägten Tätigkeiten sind, im Gegensatz zu Tätigkeiten mit stärkerer körperlicher Belastung, hier wesentlich häufiger von einer entsprechenden Medikation betroffen.

Für den Verbrauch an Tagesdosen im Vergleich zwischen den einzelnen Wirtschaftsgruppen lässt sich feststellen, dass bei den Mitteln, die vor allem bei somatischen Erkrankungen Anwendung finden,

diejenigen Wirtschaftsgruppen am stärksten betroffen sind, die vorwiegend physischen Arbeitsbeanspruchungen und -belastungen ausgesetzt sind, wobei die Männer hier fast durchgehend höhere Arzneimittelverbräuche aufweisen als die Frauen, da sie auch häufiger körperlich anstrengende Berufe ausüben. Eine Ausnahme bilden hier die Postdienste: Nicht nur, dass diese Gruppe in allen Vergleichen zu den Spitzenreitern bei den Verordnungsmengen zählt, es werden vor allem bei den Frauen auch extrem hohe Werte sichtbar, die darauf hindeuten, dass die Beschäftigten in dieser Branche sowohl hohen körperlichen als auch psychischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch im AU-Geschehen und in der stationären Versorgung.

- Beschäftigte der Postdienste bekommen in den neuen Bundesländern deutlich mehr Tagesdosen verordnet, dagegen erhalten die im Bereich Metallverarbeitung Beschäftigten in den Altbundesländern wesentlich mehr Arzneimittel.
- Die Metropolen Hamburg und Berlin liegen in allen Vergleichen deutlich unterhalb des Bundesdurchschnitts. Hier ist zu vermuten, dass – wie auch bei den BKK-Versicherten insgesamt – nicht-medikamentöse bzw. nichtärztliche Therapiemöglichkeiten häufiger vorhanden sind und auch genutzt werden.

Arbeitsbedingungen variieren nicht nur zwischen verschiedenen Wirtschaftsgruppen, sondern auch innerhalb dieser Gruppen zwischen den Regionen. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern bezogen auf die verordneten Tagesmengen insgesamt sind in **»»** Diagramm 4.4.7 für ausgewählte Wirtschaftsgruppen nachzuvollziehen. Auch hier fallen die Beschäftigten der Postdienste besonders ins Auge, weisen sie doch zwischen dem Bundesland mit den meisten Tagesdosen (Mecklenburg-Vorpommern) und dem mit den wenigsten Verordnungsmengen (Bayern) eine maximale Spannweite von 182 DDD je Beschäftigten auf. Für diese Gruppe ist zudem ein deutlicher Ost-West-Unterschied feststellbar – alle fünf neuen Bundesländer (außer Berlin) sind hier Spitzenreiter bei den Verbräuchen. Im Bereich des Sozialwesens steht zwar auch Mecklenburg-Vorpommern mit den meisten Tagesdosen an der Spitze, wird aber auf Platz 2 dicht gefolgt vom Saarland. Bei der Metallverarbeitung dreht sich hingegen der Ost-West-Unterschied um, die Plätze 1 bis 6 mit den meisten Tagesdosen werden ausschließlich von den Altbundesländern belegt, angeführt vom Saarland. Neben Baden-

Diagramm 4.4.5 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika (M01A) nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

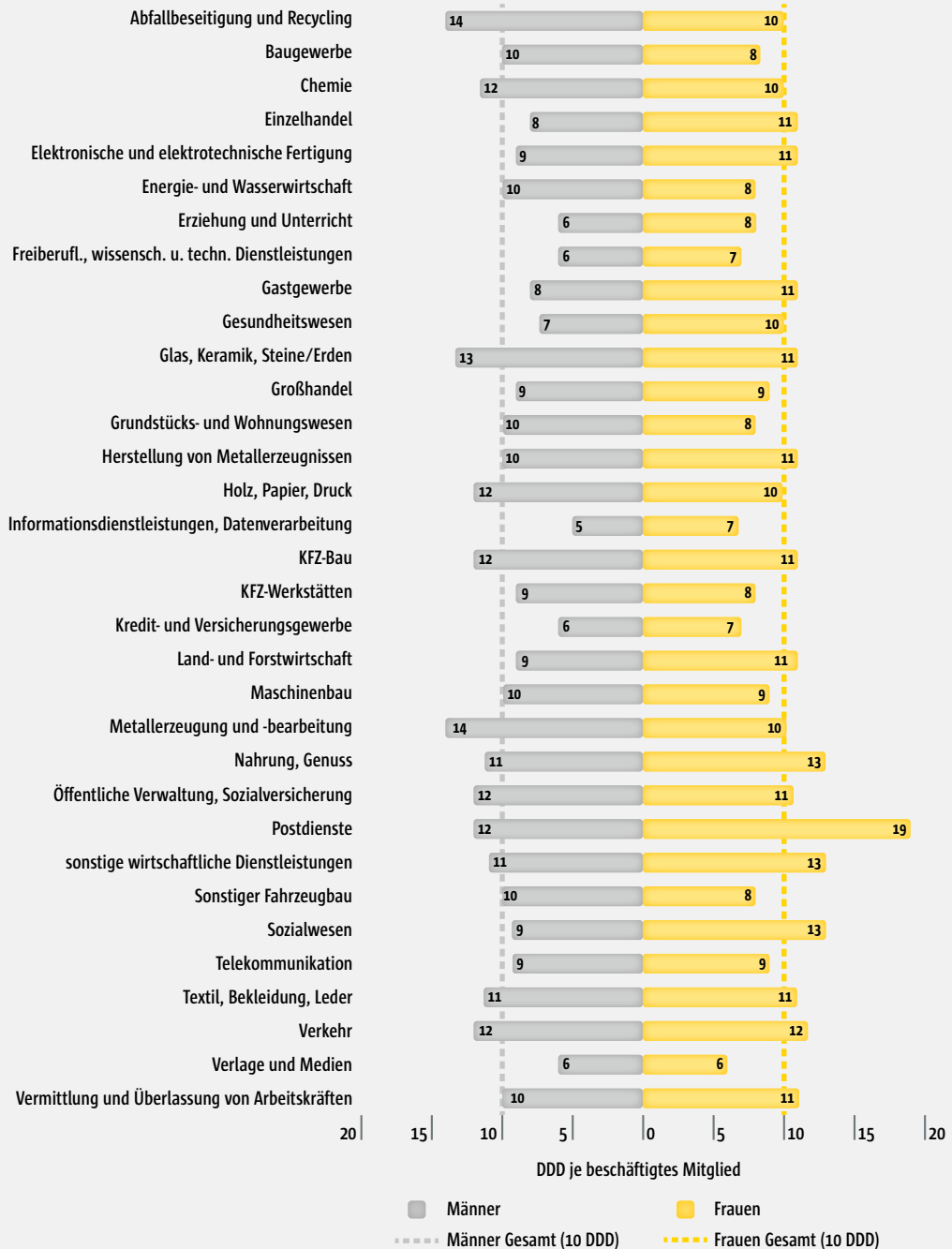


Diagramm 4.4.6 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder für Antidepressiva (N06A) nach BKK Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

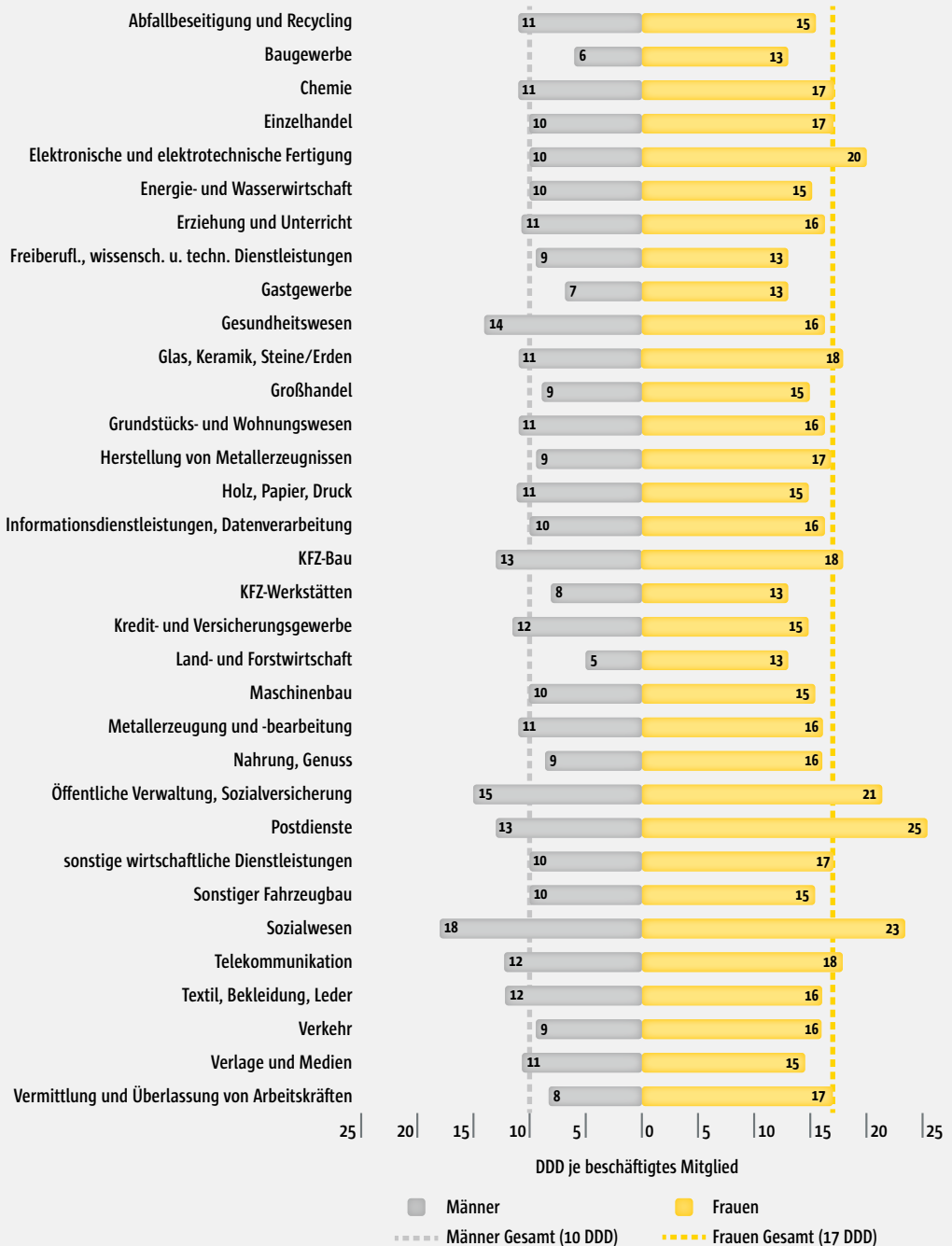
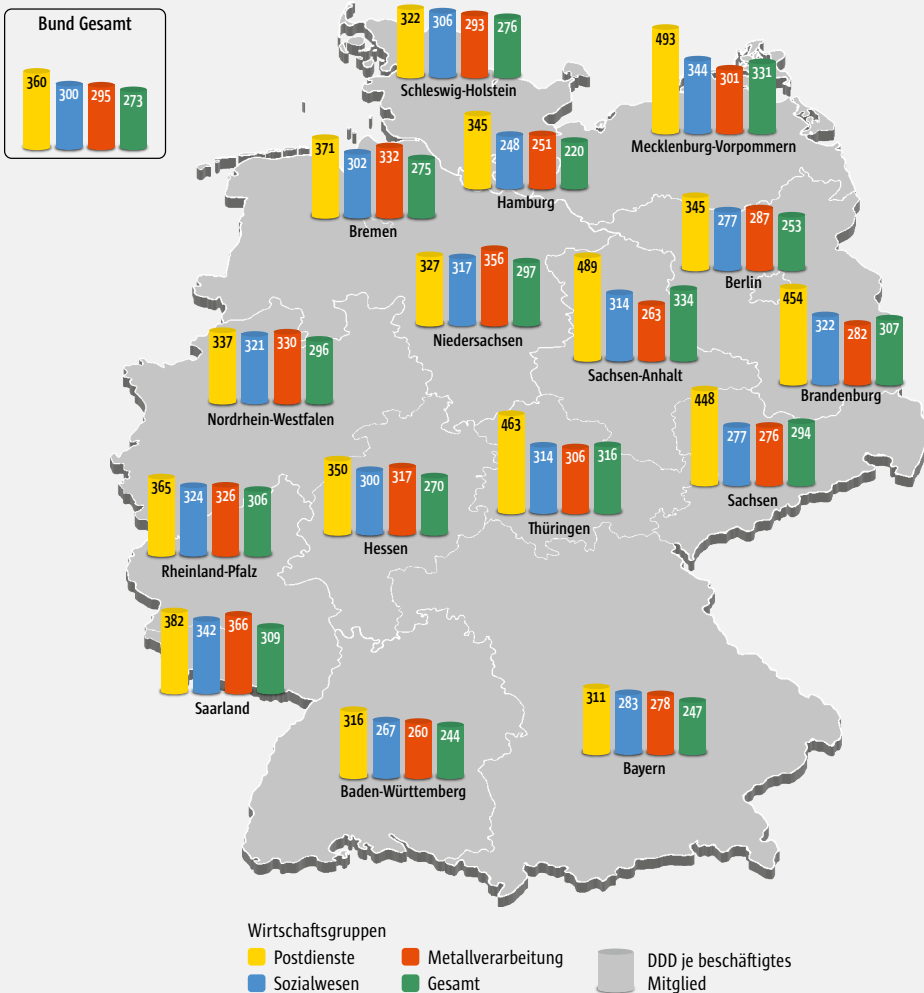


Diagramm 4.4.7 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesland (Wohnort) und ausgewählten Wirtschaftsgruppen (WZ 2008) (Berichtsjahr 2015)



Württemberg und Bayern, die in allen Fällen deutlich unter den Werten des Bundesdurchschnitts liegen, sind es auch hier die Metropolen Hamburg und Berlin, die für alle betrachteten Wirtschaftsgruppen unterdurchschnittliche Verordnungsmengen aufweisen. Neben den regionalen sozioökonomischen Unterschieden und den differierenden Arbeitsbedingungen üben sicherlich auch die medizinischen Versorgungsangebote vor Ort sowie das regionale Ordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte einen Einfluss auf die regionale Variabilität des Arzneimittelverbrauchs aus.

#### 4.4.2 Auswertungen nach Berufen

- Beschäftigte der Sicherheitsberufe, der Reinigungsberufe und der Verkehrs- und Logistikberufe erhalten im Berufsgruppenvergleich die meisten Arzneimitteltagesdosen verordnet.

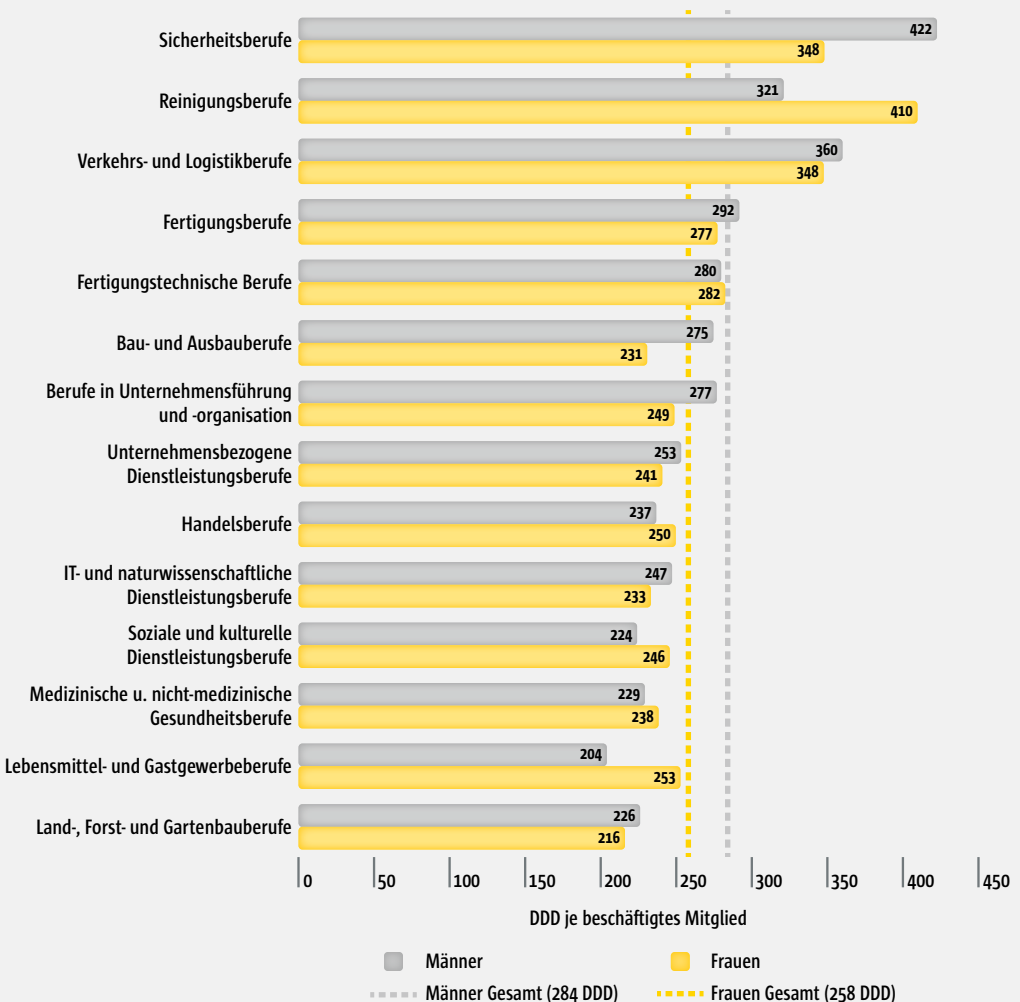
Innerhalb einer Wirtschaftsgruppe sind oftmals Beschäftigte verschiedener Professionen tätig. So sind zum Beispiel im Bereich der Postdienste neben den Postzustellern auch Personen aus der Informations- und Datenverarbeitung tätig. Beide Berufsgruppen

arbeiten dabei vermutlich unter verschiedenen Bedingungen tätig und sind somit auch anderen Beanspruchungen und Belastungen ausgesetzt. Entsprechend soll im Folgenden ein Blick auf den Arzneimittelverbrauch auf Ebene der Berufe geworfen werden.

Einleitend werden zunächst die verordneten definierten Tagesdosen der beschäftigten Männer und Frauen in den unterschiedlichen Berufssegmenten betrachtet (vgl. **»»** Diagramm 4.4.8). Mit insgesamt 402 DDD je Beschäftigten erhalten die in Sicherheitsberufen Tätigen die meisten Arzneimittel verordnet, mit einem deutlichen Überhang bei den Männern

(422 DDD je Beschäftigten) im Vergleich zu den Frauen (348 DDD je Beschäftigten). Es folgen die im Bereich der Reinigungsberufe Beschäftigten, wobei hier die Frauen deutlich mehr Tagesdosen (410 DDD je Beschäftigten) als die Männer (321 DDD je Beschäftigten) verordnet bekommen. Auf Platz 3 sind die Verkehrs- und Logistikberufe (zu denen auch die Postdienste zählen) zu finden, wobei sich hier die Geschlechter nicht so stark voneinander unterscheiden. Die wenigsten Tagesdosen werden im Durchschnitt bei den medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufen, im Lebensmittel- und

**Diagramm 4.4.8** Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

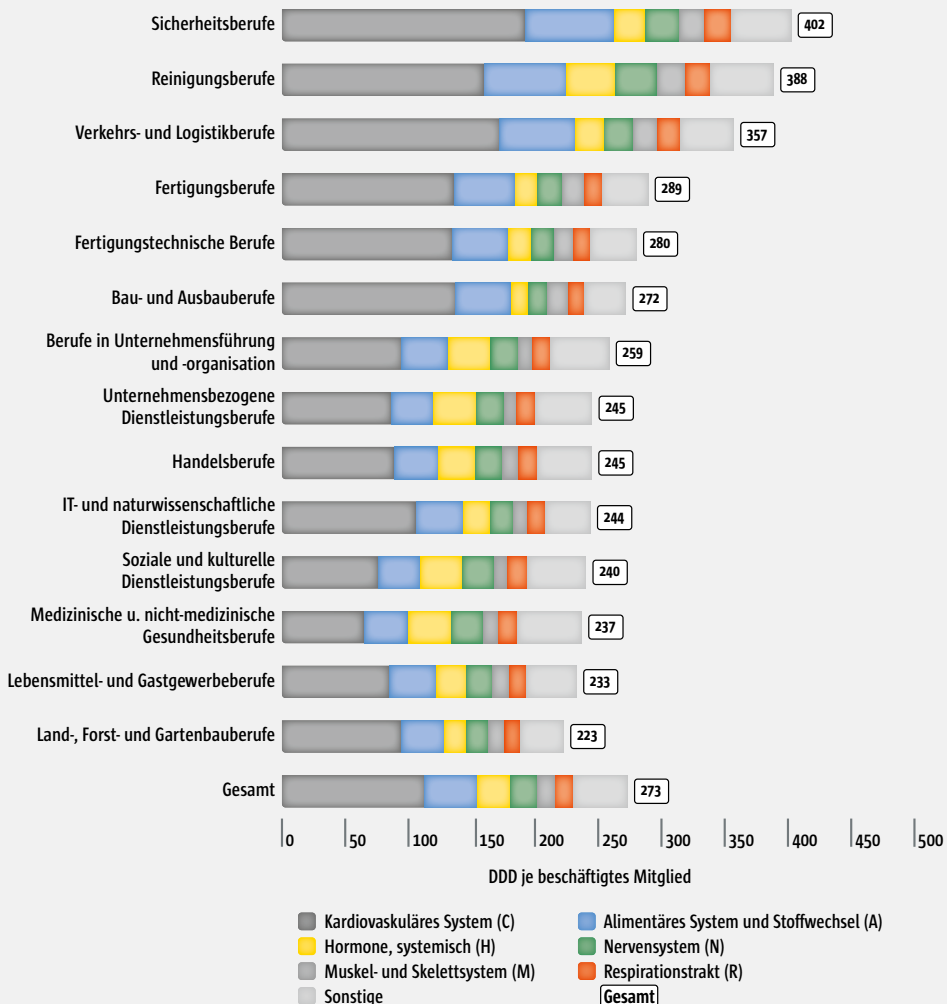


Gastgewerbe sowie bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen verordnet.

Die Betrachtung der einzelnen Wirkstoffgruppen (anatomische Hauptgruppen) innerhalb der Berufssegmente lässt Rückschlüsse auf die Schwerpunkte bezogen auf die verordneten Tagesmengen zu (vgl. ►► Diagramm 4.4.9). Für die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System sind die identischen drei Berufssegmente, wie auch schon in der Gesamtbeurteilung, an der Spitze nach Verordnungsmengen zu finden. Es zeigt sich zudem eine enorme Spannweite: Die Beschäftigten der Sicherheitsberufe wei-

sen fast dreimal so viele verordnete Tagesdosen wie die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (192 DDD vs. 65 DDD je Beschäftigten) auf. Die Reinigungsberufe, die Sicherheitsberufe und die Verkehrs- und Logistikberufe weisen zudem auch die höchsten Verordnungsmengen bei den Mitteln mit Wirkung auf das alimentäre System, das Muskel- und Skelettsystem und den Respirationstrakt auf. Die sonst eher mit geringen Verordnungsmengen verbundene Gruppe der medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe zeigt in zwei Fällen Besonderheiten: Sowohl bei den Hormonen

Diagramm 4.4.9 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Berufssegmenten (KldB 2010) und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2015)

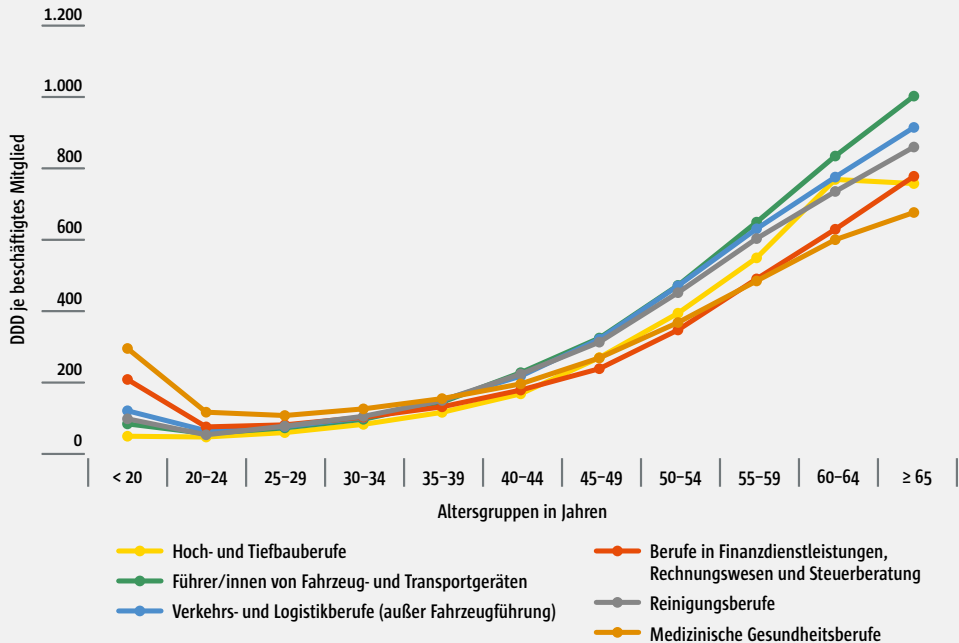


zur systemischen Gabe als auch bei den Mitteln mit Wirkung auf das Nervensystem weisen die dort Beschäftigten deutlich erhöhte Verordnungsmengen auf. Das hängt vermutlich damit zusammen, dass in dieser Berufsgruppe überwiegend Frauen beschäftigt sind und diese prävalenzbedingt häufiger von für diese Medikation ursächlichen Krankheiten betroffen sind (z. B. Erkrankungen der Schilddrüse sowie psychische Störungen).

Dass neben dem Lebensalter auch die berufliche Tätigkeit einen maßgeblichen Einfluss auf die Arzneimittelverordnungen ausübt, zeigt eindrucksvoll das **»»»** Diagramm 4.4.10. Der Verlauf ist im Wesentlichen identisch mit dem bei den Wirtschaftsgruppen in **»»»** Diagramm 4.4.3. Auch hier sieht man in der Gruppe der unter 20-Jährigen deutliche Unterschiede in den verordneten Tagesdosen, die vorrangig auf Kontrazeptivaverordnungen in dieser Altersgruppe zurückzuführen sind. Insbesondere in den medizinischen Gesundheitsberufen sowie in den Berufen der Finanzdienstleistungen, des Rechnungswesens und der Steuerberatung sind überproportional viele Frauen tätig. Bis zum 44. Lebensjahr egalieren sich die Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen nahezu, wachsen dann aber mit zu-

nehmendem Alter wieder an. Besonders hoch sind die Verordnungsmengen dann bei Berufen, die vor allem von körperlich belastenden Arbeitsbedingungen geprägt sind (Verkehrs- und Logistikberufe, Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten, Reinigungsberufe). Insbesondere ältere Beschäftigte sind den oftmals hohen physischen Belastungen nicht gewachsen und greifen dann häufiger – so sie nicht vorzeitig in Rente gehen bzw. arbeitslos werden – zu entsprechenden Arzneimitteln. Zudem sind insbesondere in den genannten Berufen eine Arbeitsplatzanpassung im Sinne einer Verhältnisprävention oder sogar eine andere altersgerechte Tätigkeit zum Beispiel im Verwaltungsbereich oftmals schwierig umzusetzen. Eine Besonderheit betrifft die Hoch- und Tiefbauberufe im Übergang zum Renteneintrittsalter – hier nehmen die verordneten Tagesdosen im Gegensatz zu den anderen Verläufen sogar leicht ab. Zu vermuten ist, dass sich hier die im Jahr 2015 wirksam gewordene Rente mit 63 auswirkt, die nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit insbesondere in dieser Berufsgruppe überproportional häufig genutzt wurde. Insofern ist diese Abweichung primär auf einen Selektionseffekt innerhalb dieser Berufsgruppe zurückzuführen.

**Diagramm 4.4.10 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufshauptgruppen (KldB 2010) und Altersgruppen (Berichtsjahr 2015)**



- Die meisten Tagesdosen insgesamt werden bei Berufen im Bereich Verkehr und Logistik verordnet – allein fünf von zehn Berufen sind aus dieser Gruppe mit den meisten Verordnungen zu finden.
- Bei Arzneimitteln, die vor allem bei somatischen Erkrankungen wie zum Beispiel Bluthochdruck oder Rückenschmerzen eingesetzt werden, finden sich überwiegend Berufe mit körperlich belastenden Arbeitsbedingungen an der Spitze nach Verordnungsmengen.
- Dagegen weisen Berufe mit einer besonders hohen psychischen Arbeitsbelastung, wie zum Beispiel die Alten- oder Krankenpflege, überdurchschnittlich hohe Verordnungsmengen von Antidepressiva (N06A) auf.

Die Klassifikation der Berufe erlaubt – neben der groben Kategorisierung der Berufssegmente – auch einen detaillierteren Blick auf Ebene der Berufsgruppen. In »»» Tabelle 4.4.1 sind jeweils die zehn Berufsgruppen mit den nach Tagesmengen meisten bzw. wenigsten Arzneimittelverordnungen aufgeführt. Allein die Hälfte der Berufsgruppen mit den meisten Tagesdosen entstammt den Verkehrs- und Logistikberufen (Überwachung und Steuerung Verkehrsbetrieb; Fahrzeugführung im Schiffsverkehr; Überwachung und Wartung Verkehrsinfrastruktur; Bau- und Transportgeräteführung; Fahrzeugführung im Straßenverkehr) sowie weitere zwei den Sicherheitsberufen (Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug; Objekt-, Personen-, Brandschutz, Arbeitssicherheit). Diese beiden Berufsgruppen sind

**Tabelle 4.4.1 Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) insgesamt (Berichtsjahr 2015)**

Berufsgruppe	EVO	DDD	Anteile
	je 1.000 beschäftigte Mitglieder		der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent
Angehörige gesetzgebender Körperschaften und leitende Bedienstete von Interessenorganisationen	6.676	500.901	75,2
Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs	6.342	487.847	72,1
Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	6.591	435.335	76,9
Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	5.463	419.792	61,0
Gebäudetechnik	5.768	417.635	67,1
Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	5.666	412.331	70,8
Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug	6.397	412.295	67,9
Objekt-, Personen-, Brandschutz, Arbeitssicherheit	5.918	404.560	65,6
Bau- und Transportgeräteführung	5.722	404.148	63,9
Fahrzeugführung im Straßenverkehr	5.540	401.794	64,7
Umweltschutztechnik	2.647	140.827	55,1
Mechatronik und Automatisierungstechnik	2.675	140.108	51,9
Human- und Zahnmedizin	2.530	137.026	48,4
Geologie, Geografie und Meteorologie	2.399	127.799	49,5
Tiermedizin und Tierheilkunde	2.710	125.240	52,4
Pferdewirtschaft	2.624	123.786	49,0
Produkt- und Industriedesign	2.512	123.705	53,4
Lehr-, Forschungstätigkeit an Hochschulen	2.283	112.994	46,5
Fahrzeugführung im Flugverkehr	2.118	97.110	50,7
Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	2.027	80.912	29,0



auch in den vorhergehenden Betrachtungen diejenigen mit den meisten verordneten Tagesdosen.

Die zehn Berufsgruppen mit den wenigsten verordneten Tagesmengen sind unter anderem den medizinischen Gesundheitsberufen (Tiermedizin und Tierheilkunde; Human- und Zahnmedizin), den geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen (Lehr-, Forschungstätigkeit an Hochschulen; Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst) und den IT- und naturwissenschaftlichen Dienstleistungsberufen (Geologie, Geografie und Meteorologie; Umweltschutztechnik) zuzuordnen. Überwiegend handelt

es sich dabei um Berufe, die mit einem höheren Schul- bzw. Ausbildungsabschluss einhergehen und die in der Regel durch weniger körperlich belastende Arbeitsbedingungen geprägt sind.

Neben dem allgemeinen Arzneimittelverbrauch ist auch ein Blick auf Ebene einzelne Wirkstoffgruppen lohnenswert. In **III** Tabelle 4.4.2 sind beispielhaft die ACE-Hemmer (C09A) aus der Gruppe der Mittel mit Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem ausgewählt, die unter anderem auch bei der medikamentösen Therapie von Bluthochdruck Anwendung finden. Insgesamt acht der zehn Berufsgruppen, die bereits bei den

Tabelle 4.4.2 Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) von ACE-Hemmern (ATC C09A) (Berichtsjahr 2015)

Berufsgruppe	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent
	je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
Überwachung und Steuerung des Verkehrsbetriebs	423	87.817	12,9
Überwachung und Wartung der Verkehrsinfrastruktur	411	82.225	12,1
Fahrzeugführung im Schiffsverkehr	372	79.997	10,9
Angehörige gesetzgebender Körperschaften und leitende Bedienstete von Interessenorganisationen	400	79.161	12,2
Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	386	76.899	11,7
Fahrzeugführung im Eisenbahnverkehr	356	76.160	11,3
Bau- und Transportgeräteführung	377	75.208	10,5
Gebäudetechnik	367	74.470	11,0
Fahrzeugführung im Straßenverkehr	361	73.006	10,7
Metallerzeugung	349	68.585	10,5
<hr/>			
Fototechnik und Fotografie	73	12.541	2,1
Öffentlichkeitsarbeit	67	12.057	1,9
Psychologie, nichtärztliche Psychotherapie	65	11.993	2,0
Produkt- und Industriedesign	68	11.992	2,3
Pferdewirtschaft	49	10.376	1,6
Körperpflege	53	9.721	1,7
Tiermedizin und Tierheilkunde	49	9.654	1,4
Human- und Zahnmedizin	41	8.236	1,5
Lehr-, Forschungstätigkeit an Hochschulen	43	8.145	1,3
Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	20	3.929	0,5

verordneten Tagesdosen insgesamt mit den meisten Verordnungsmengen vertreten sind, finden sich auch hier in der Top 10-Liste wieder. In Entsprechung hierzu finden sich bei diesen Berufsgruppen auch die größten Anteile der Versicherten mit einer ambulanten Diagnose aus dem Spektrum der Herz- und Kreislauferkrankungen, im Speziellen gilt dies auch für den Bluthochdruck (ICD-10: I10). Ein ähnliches Muster ist auch bei den Berufsgruppen mit den geringsten Verordnungsmengen zu beobachten – insgesamt sechs der zehn hier aufgeführten Gruppen sind auch in der allgemeinen Betrachtung mit den wenigsten

Tagesdosen zu finden. Insofern können die Verordnungen von Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System auch als Gradmesser für die Verordnungen insgesamt bezogen auf die Betroffenheit einzelner Berufsgruppen betrachtet werden.

Wie sich das Bild bei den nichtsteriodalen Antiphlogistika und Antirheumatika (M01A) darstellt, die unter anderem bei den häufig auftretenden Rückenschmerzen (ICD-10: M54) zur Schmerzlinderung verordnet werden, zeigt Tabelle 4.4.3. Hier dominieren ebenfalls die Berufsgruppen, die vor allem eine körperlich belastende Tätigkeit und somit ein höheres

**Tabelle 4.4.3 Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) von nichtsteroidalen Antiphlogistika und Antirheumatika (ATC M01A) (Berichtsjahr 2015)**

Berufsgruppe	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent
	je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
Industrielle Keramikherstellung und -verarbeitung	706	19.184	32,5
Kunsthandwerkliche Keramik- und Glasgestaltung	643	19.146	34,3
Reinigung	667	18.778	29,2
Bau- und Transportgeräteführung	585	16.368	27,2
Metallerzeugung	600	16.346	31,3
Polizeivollzugs- und Kriminaldienst, Gerichts- und Justizvollzug	553	16.322	26,3
Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	591	15.917	27,0
Industrielle Glasherstellung und -verarbeitung	586	15.766	29,2
Altenpflege	544	15.276	25,8
Fahrzeugführung im Straßenverkehr	525	14.895	25,7
<hr/>			
Produkt- und Industriedesign	237	4.367	15,1
Psychologie, nichtärztliche Psychotherapie	190	4.174	11,7
Softwareentwicklung und Programmierung	212	4.144	13,9
Tiermedizin und Tierheilkunde	174	4.055	11,0
Öffentlichkeitsarbeit	205	4.043	12,6
Human- und Zahnmedizin	119	3.908	7,7
Fahrzeugführung im Flugverkehr	204	3.902	13,7
Sprach-, Literaturwissenschaften	176	3.501	11,5
Geologie, Geografie und Meteorologie	189	3.441	12,3
Lehr-, Forschungstätigkeit an Hochschulen	148	2.846	9,1

Risiko für eine entsprechende Erkrankung des Muskel- und Skelettsystems beinhalten. Entsprechend finden sich hier auch einige der in der vorhergehenden Betrachtung mit den meisten Tagesdosen verbundenen Berufsgruppen, wie zum Beispiel die Berufe der Fahrzeugführung im Straßenverkehr, die Bau- und Transportgeräteführung sowie die kunsthandwerkliche Glas- und Keramikgestaltung, wieder. Auch bei den zehn Berufsgruppen mit den wenigsten verordneten Tagesdosen sind insgesamt

sechs unter denjenigen zu finden, die insgesamt die wenigsten Tagesdosen verordnet bekommen. Die hier vorliegende Reihung zeigt zudem eine hohe Übereinstimmung mit den entsprechenden Diagnosen in der ambulanten Versorgung sowie beim AU-Geschehen.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei den Verordnungsmengen bezogen auf die Antidepressiva (No6A). Hier sind es vor allem die medizinischen und nichtmedizinischen Gesundheitsberufe (z.B. Altenpfleger), die die Rangliste nach Verordnungen anfüh-

Tabelle 4.4.4 Arzneimittelverordnungen – die zehn Berufsgruppen mit den meisten/wenigsten Arzneimittelverordnungen (DDD) von Antidepressiva (ATC No6A) (Berichtsjahr 2015)

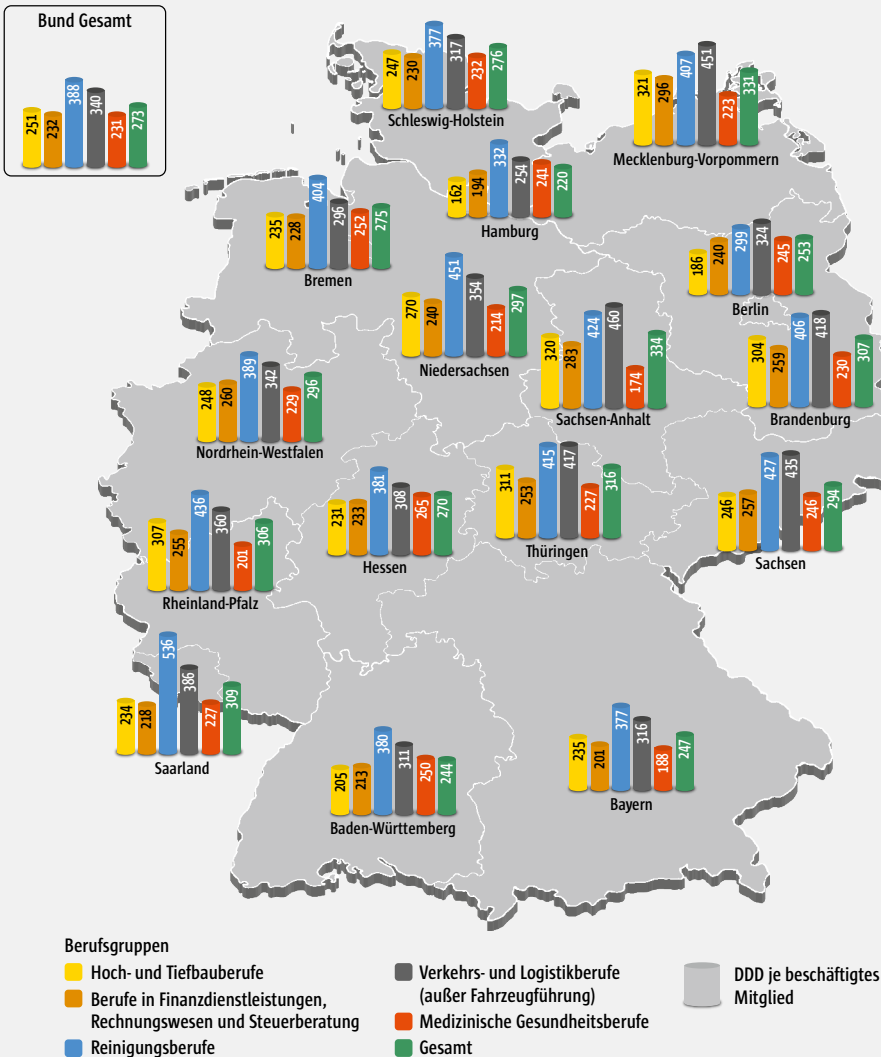
Berufsgruppe	EVO	DDD	Anteile der beschäftigten Mitglieder mit Verordnung in Prozent
	je 1.000 beschäftigte Mitglieder		
Altenpflege	328	23.662	9,7
Hauswirtschaft und Verbraucherberatung	336	23.354	9,4
Medien-, Dokumentations- und Informationsdienste	277	22.489	8,0
Gewerbe- und Gesundheitsaufsicht, Desinfektion	295	22.037	7,8
Reinigung	295	19.953	8,2
Verwaltung	266	19.534	7,9
Industrielle Keramikherstellung und -verarbeitung	270	19.522	7,7
Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	248	18.831	7,4
Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	255	18.771	7,4
Kunsthandwerk und bildende Kunst	239	18.690	6,3
Maler- und Lackierer-, Stuckateurarbeiten, Bauwerksabdichtung, Holz- und Bautenschutz	93	6.199	2,8
Klempnerei, Sanitär, Heizung, Klimatechnik	86	6.185	2,7
Geologie, Geografie und Meteorologie	94	5.948	3,6
Mechatronik und Automatisierungstechnik	80	5.715	2,2
Produkt- und Industriedesign	88	5.575	2,8
Hochbau	79	5.545	2,3
Moderation und Unterhaltung	94	5.227	3,0
Aus- und Trockenbau, Isolierung, Zimmerei, Glaserei, Rollladen- und Jalousiebau	74	5.164	2,3
Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst	61	3.725	1,1
Weinbau	40	3.481	1,7

ren. In der Mehrzahl der hinter den Berufsbezeichnungen stehenden Tätigkeiten stecken vor allem psychisch belastende Arbeitsbedingungen, die vermutlich zu einer überdurchschnittlich hohen Medikation von Antidepressiva (No6A) führen. Entsprechend findet man in der ambulanten Versorgung bezogen auf die depressive Episode (ICD-10: F32) die meisten Versicherten mit einer solchen Diagnose bei den Reinigungsberufen, im Bereich Erziehung und Sozialwesen sowie in den (nicht-)medizinischen Gesundheits-

berufen. Die Berufe mit den niedrigsten Verordnungsmengen, wie zum Beispiel die Bau- und Ausbauberufe (Trockenbau, Klempnerei, Maler, Stuckateur), sind vor allem durch körperlich belastende Arbeitsbedingungen geprägt und erhalten deshalb im Schnitt deutlich weniger Verordnungsmengen als z.B. Beschäftigte in der Alten- bzw. Krankenpflege (vgl. **»»** Tabelle 4.4.4).

In **»»** Diagramm 4.4.11 sind für ausgewählte Berufshauptgruppen die verordneten Tagesdosen im

Diagramm 4.4.11 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Bundesländern (Wohnort) und ausgewählten Berufshauptgruppen (KldB 2010) (Berichtsjahr 2015)



Vergleich zwischen den Bundesländern dargestellt. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede in den Verordnungsmengen. Die mit 237 DDD je Beschäftigten größte Differenz zwischen den Bundesländern findet sich bei den Beschäftigten der Reinigungsberufe. Nach Tagesdosen steht hier das Saarland mit 536 DDD je Beschäftigten an der Spitze, lediglich 299 DDD je Beschäftigten verzeichnet hingegen Berlin. Aber auch Niedersachsen (451 DDD je Beschäftigten) und Rheinland-Pfalz (436 DDD je Beschäftigten) weisen überdurchschnittlich viele Verordnungsmengen in dieser Berufsgruppe auf. Bei den Hoch- und Tiefbauberufen, den Berufen in der Finanzdienstleistung sowie in den Verkehrs- und Logistikberufen sind hingegen die neuen Bundesländer mit den meisten definierten Tagesdosen zu finden. Anders verhält es sich bei den medizinischen Gesundheitsberufen – hier wird die Rangliste mit den meisten Tagesdosen von Hessen, Bremen und Baden-Württemberg angeführt. Für nahezu alle betrachteten Berufshauptgruppen fällt wiederum auf, dass die Großstädte Berlin und Hamburg bei den definierten Tagesdosen mehrheitlich unterhalb des Bundesdurchschnitts liegen. Mögliche Gründe hierfür wurden bereits in **III** Kapitel 4.3.2 diskutiert.

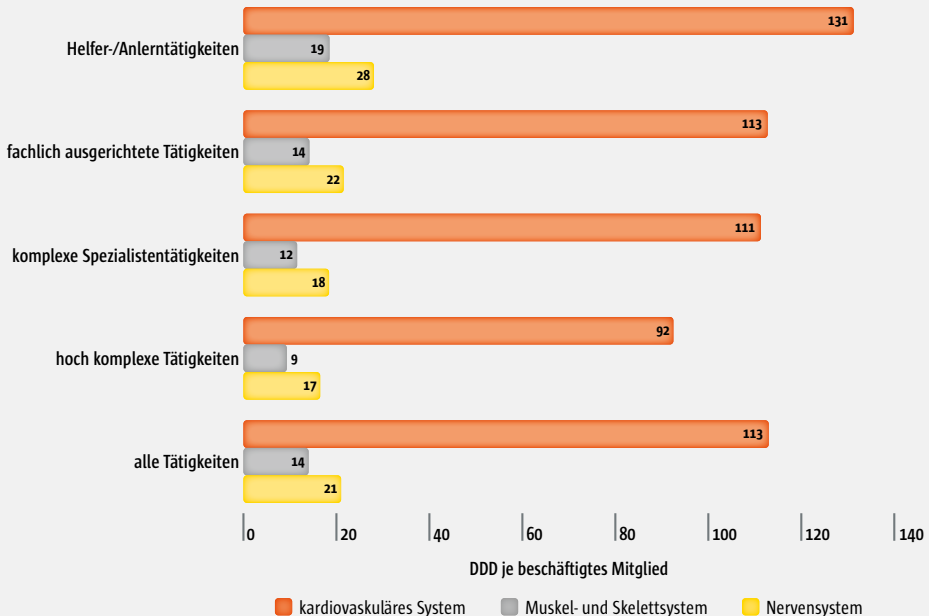
### 4.4.3 Auswertung nach weiteren arbeitsweltlichen Indikatoren

#### Anforderungsniveau der Berufstätigkeit

- Je höher der Komplexitätsgrad der Tätigkeit, desto niedriger ist der Arzneimittelverbrauch.
- Beschäftigte in Helfer- bzw. Anlernertätigkeiten erhalten rund doppelt so viele Mittel mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem wie solche mit hoch komplexen Tätigkeiten.

Die im Tätigkeitsschlüssel enthaltene Information zum Anforderungsniveau einer Beschäftigung im Zusammenhang mit dem Arzneimittelverbrauch ist Gegenstand der folgenden Betrachtung. In **III** Diagramm 4.4.12 sind die definierten Tagesdosen für drei ausgewählte anatomische Hauptgruppen nach dem Anforderungsniveau der Tätigkeit dargestellt. Es zeigt sich ein relativ eindeutiger Zusammenhang dahingehend, dass ein zunehmendes Anforderungsniveau der Berufstätigkeit mit einer Abnahme der durchschnittlich verordneten Tagesmengen der hier dargestellten Wirkstoffgruppen einhergeht. Dabei

**Diagramm 4.4.12** Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Anforderungsniveau der beruflichen Tätigkeit und ausgewählten Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2015)



erhalten die Beschäftigten in Helfer-/Anlernertätigkeiten 1,4- bis 2-fach mehr Tagesdosen im Vergleich zu den Berufstätigen mit hoch komplexen Tätigkeiten verordnet. Auch in allen anderen Leistungsbereichen (AU-Geschehen sowie ambulante und stationäre Versorgung) zeigt sich ein nahezu identischer Zusammenhang.

#### Aufsichts- und Führungskräfte

- Aufsichts- und Führungskräfte weisen aufgrund ihres höheren Lebensalters größere Verordnungsmengen bei den Herz- und Kreislaufmedikamenten auf. Bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. das Nervensystem bekommen die Beschäftigten ohne Führungsverantwortung die größeren Mengen verordnet.

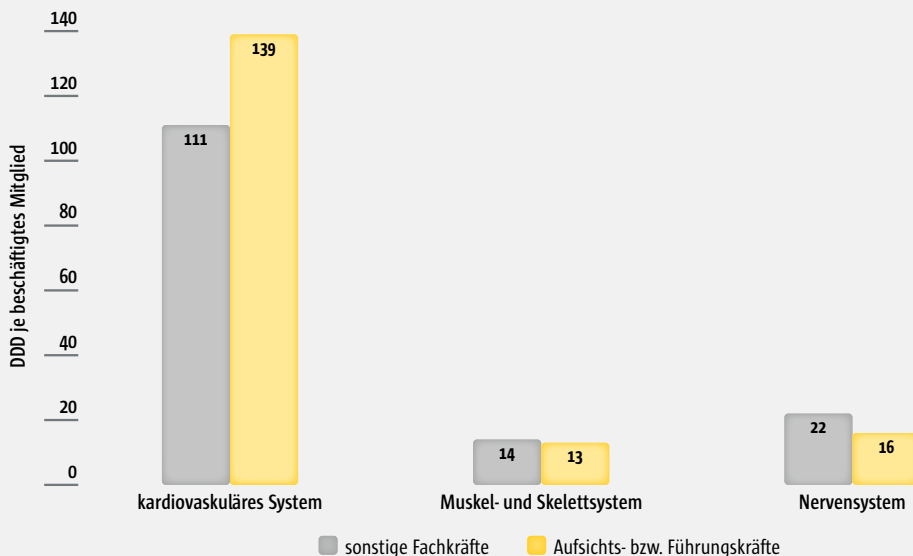
Zunächst überraschend ist die Erkenntnis, dass Berufstätige, die als Aufsichts- bzw. Führungskräfte tätig sind, deutlich mehr Verordnungsmengen bei den Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System zu verzeichnen haben. Ein Grund hierfür

liegt wahrscheinlich in dem höheren Durchschnittsalter dieser Beschäftigten (45,8 Jahre) im Vergleich zu denen ohne Aufsichts- bzw. Führungsposition (41,8 Jahre). Äquivalent hierzu finden sich auch in der ambulanten Versorgung bei den Führungskräften höhere Anteile mit einer Herz- und Kreislauf-erkrankung im Vergleich zu den Beschäftigten ohne Führungsverantwortung. Dass dies nicht der alleinige Grund sein kann, zeigt sich im Vergleich der Tagesdosen bei den Mitteln mit Wirkung auf das Muskel- und Skelettsystem bzw. auf das Nervensystem. Insbesondere bei letzteren weisen die Beschäftigten ohne Aufsichts- bzw. Führungsrolle deutliche höhere Tagesdosen auf. Zu vermuten ist, dass hier auch der Handlungsspielraum und die Anforderungen der Tätigkeit selbst eine Rolle spielen (vgl. »» Diagramm 4.4.13).

#### Vertragsform

- Die wenigsten verordneten Tagesdosen sind bei den befristet Vollzeitbeschäftigten – meist junge Berufsanfänger oder Auszubildende – zu finden.

Diagramm 4.4.13 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Aufsichts- bzw. Führungsverantwortung für ausgewählte Verordnungshauptgruppen (ATC) (Berichtsjahr 2015)



Die nach Vertragsform eines Beschäftigten verordneten Tagesdosen insgesamt sind in **»»** Diagramm 4.4.14 dargestellt. Die geringsten Verordnungsmengen sind – wie auch bei der Betrachtung der krankheitsbedingten Fehltag – bei den Vollzeitbeschäftigten mit einer befristeten Anstellung zu finden. Diese Verordnungsmengen sind im Vergleich zu den unbefristet Voll- bzw. Teilzeitbeschäftigten nicht einmal halb so hoch, was maßgeblich mit dem niedrigen Durchschnittsalter in dieser Gruppe zusammenhängt. Beschäftigte in dieser Vertragsform sind vorrangig Personen, die meist noch am Anfang ihres Berufslebens stehen und sich entweder noch in der Berufsausbildung befinden bzw. im Berufseinstieg eine befristete Anstellung bekommen haben.

Unbefristet Voll- bzw. Teilzeitbeschäftigte unterscheiden sich nahezu nicht in ihren Verordnungsmengen. Insbesondere bei den unbefristet Teilzeitbeschäftigten ist der Anteil der Frauen überproportional hoch (vgl. **»»** Diagramm 1.3.24). Wie bereits in den Betrachtungen zum Alter und Geschlecht deutlich wurde, sind bei Frauen im Mittel mehr Arzneiverordnungen zu verzeichnen. Allerdings ist ein großer Teil der Frauen auch oftmals aufgrund der Betreuung von Kindern oder erkrankten Angehörigen teilzeiterwerbstätig. Diese Doppelbelastung kann, neben dem beschriebenen Geschlechtseffekt, auch zu einem vermehrten Krankheitsrisiko und somit zu einem höheren Arzneimittelgebrauch führen.

### Arbeitnehmerüberlassung

- Männer, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, erhalten deutlich weniger Arzneimittel verordnet als solche in einem regulären Anstellungsverhältnis.
- Zwischen den einzelnen Berufssegmenten zeigen sich aber deutliche Variationen – ein Hinweis darauf, dass die jeweiligen Arbeitsbedingungen ebenfalls einen starken Einfluss auf den Arzneimittelgebrauch ausüben.

Inwieweit sich Beschäftigte, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, von solchen, die regulär angestellt sind, in ihrem Arzneimittelgebrauch unterscheiden, zeigt **»»** Diagramm 4.4.15. Insbesondere bei den Männern ist deutlich zu erkennen, dass Beschäftigte, die über eine Arbeitnehmerüberlassung angestellt sind, deutlich weniger Einzelverordnungen und definierte Tagesdosen als solche in einem regulären Anstellungsverhältnis erhalten. Im Unterschied zum AU-Geschehen, wo Leiharbeiter deutlich mehr AU-Fälle und -Tage aufweisen, scheint sich hier das Alter der Beschäftigten in Kombination mit der Anstellungsform stärker auszuwirken. Männer, die als Leiharbeiter angestellt sind, sind im Schnitt 4,3 Jahre jünger als solche ohne Leiharbeitsvertrag, während der Altersunterschied bei den Frauen lediglich 2,3 Jahre beträgt. Besonders deutlich zeigt sich dies bei den hier nicht dargestellten Mitteln mit Wirkung auf das kardiovaskuläre

Diagramm 4.4.14 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder nach Vertragsform (Berichtsjahr 2015)

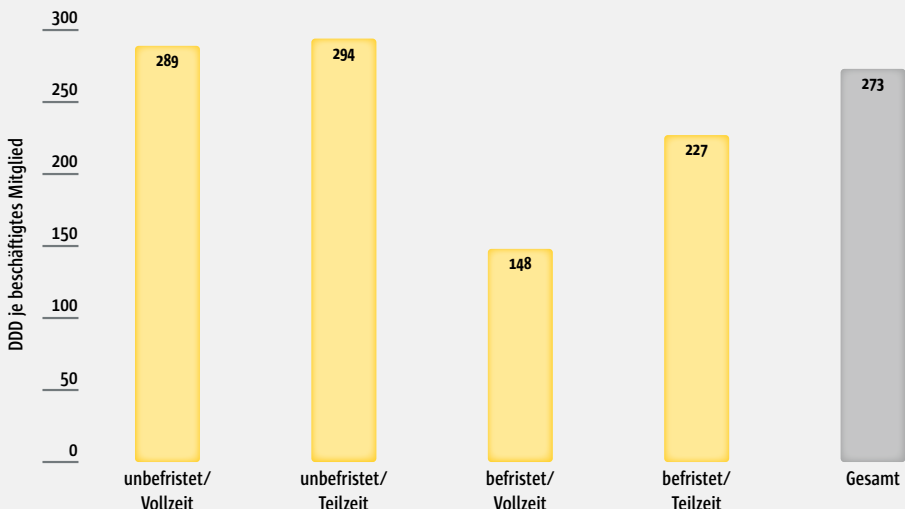
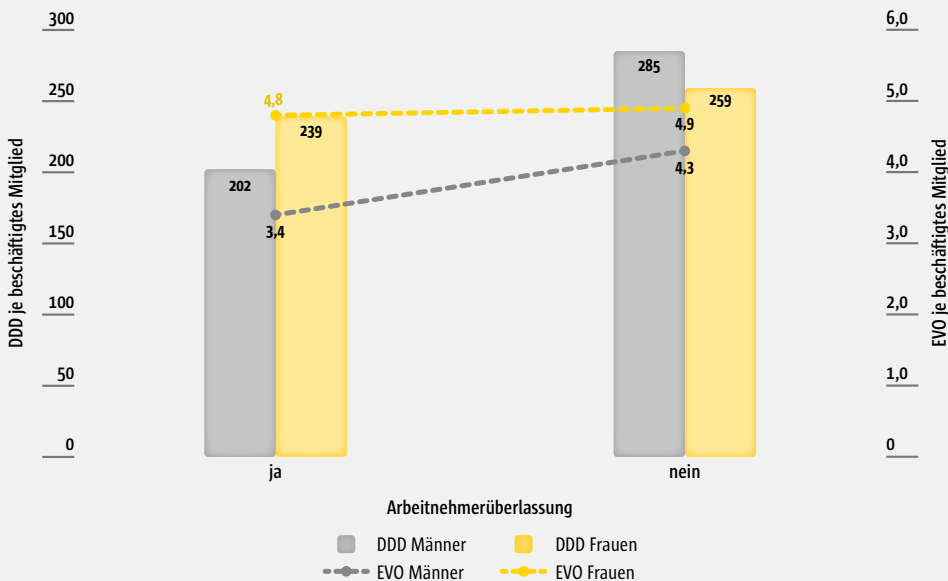


Diagramm 4.4.15 Arzneimittelverordnungen – EVO und DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



System: Erhalten über eine Arbeitnehmerüberlassung beschäftigte Männer hier im Mittel nur 91 DDD je Berufstätigen verordnet, so sind es bei den regulär angestellten 142 DDD je Berufstätigen. Bei den Frauen ist der Unterschied weniger deutlich ausgeprägt (69 DDD vs. 77 DDD je Beschäftigten).

Dass dieser Unterschied nicht für alle Beschäftigten mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung in gleichem Maße besteht, zeigt sich in **»»»** Diagramm 4.4.16. Bei der Betrachtung nach Berufssegmenten ist der größte Unterschied zwischen Beschäftigten mit und ohne Arbeitnehmerüberlassung bei den Verkehrs- und Logistikberufen zu finden. In diesem Berufssegment erhalten die Beschäftigten mit einer regulären Anstellung im Schnitt 163 Tagesdosen pro Jahr und Beschäftigten mehr verordnet als die per Leiharbeit Tätigen. Ähnliche Unterschiede in gleicher Richtung sind auch bei den Land-, Forst- und Gartenbauberufen, den Fertigungsberufen sowie den Sicherheitsberufen zu finden. Für diese Berufssegmente zeigen sich auch im AU-Geschehen bei den Leiharbeitern deutlich niedrigere Fehltagelast als bei den regulär angestellten Berufstätigen (vgl. **»»»** Diagramm 1.4.26). Bezogen auf die Berufssegmente zeigt sich insgesamt ein höchst unterschiedliches Bild. Es ist davon auszugehen, dass auch hier die berufsbezogenen Arbeitsbedingungen und Belastungen einen wesentlichen

Einfluss auf den Arzneimittelverbrauch bei den verschiedenen Berufssegmenten in Kombination mit den bereits erwähnten Altersunterschieden ausüben.

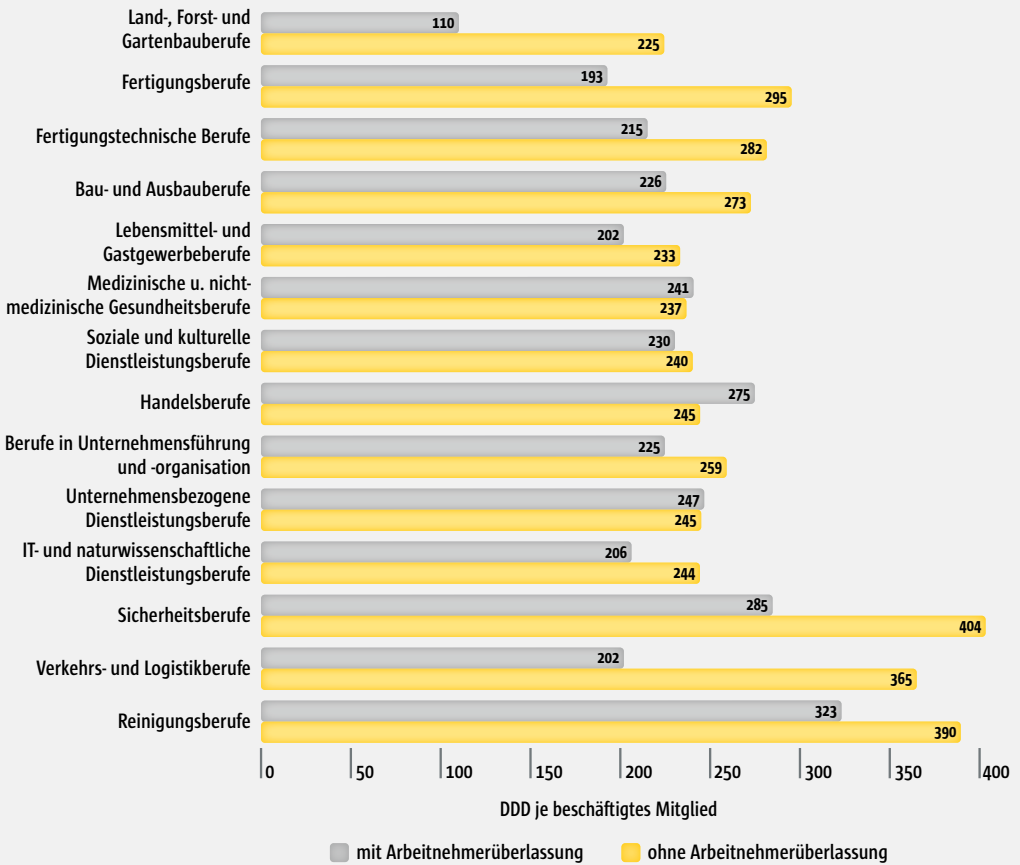
#### Ausblick

Wie die Auswertungen zu den Arzneimittelverordnungen zeigen konnten, sind deren Anteile bzw. deren Höhe unter anderem vom Alter, vom Geschlecht, dem sozialen Status und dem Wohnort eines Versicherten abhängig. Die Verordnungsanteile korrespondieren dabei in besonderem Maße mit den Daten der ambulanten Versorgung. Aber nicht ausschließlich auf Basis der Daten wirksame Mechanismen spielen hierbei eine Rolle. So zeigen sich zum Beispiel bei den Antibiotikaverordnungen Ost-West-Unterschiede, die nicht prävalenzbedingt sind, sondern maßgeblich durch das sozialisierte Verhalten von Ärzten und Patienten beeinflusst werden.

Ein weiteres Paradebeispiel hierfür sind die Mittel mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System, die mit Abstand am meisten verordnet werden. Besonders häufig finden sich darunter Blutdrucksenker, was mit der am häufigsten gestellten Diagnose Hypertonie im ambulanten Bereich korrespondiert. Hier, wie zum Beispiel auch bei den Cholesterinsenkern, die ebenfalls unter diese Wirkstoffgruppe fal-



Diagramm 4.4.16 Arzneimittelverordnungen – DDD der beschäftigten Mitglieder mit bzw. ohne Arbeitnehmerüberlassung nach Berufssegmenten (Berichtsjahr 2015)



len, ist kritisch anzumerken, dass in den letzten Jahren eine weniger evidenzbasierte als von ökonomischen Interessen getriebene Absenkung der entsprechenden Normwerte und somit auch eine zunehmende Medikalisation breiter, vermeintlich „krank“ Bevölkerungsgruppen stattgefunden hat. Dieses als *disease mongering* benannte Phänomen ist aber auch in anderen Bereichen sichtbar. So wurde im kürzlich revidierten Diagnosemanual für psychische Störungen (DSM-5) zum Beispiel die Trauerphase nach dem Tod eines nahen Angehörigen von mehr als 2 Wochen als krankhaft und gleichbedeutend mit einer Depression definiert – im DSM-3 von 1980 wurden noch 1 Jahr Trauer, im DSM-4 von 2000 noch 2 Monate Trauer als gesund beurteilt.

Die zunehmende Pathologisierung und Medikalisation der Gesellschaft müssen bei der Interpretation der vorliegenden Daten Berücksichtigung finden und steigende Kosten und Verbräuche dürfen nicht nur als Folge des demografischen Wandels gesehen werden. Insbesondere deshalb ist es notwendig, verstärkt den Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung wie auch auf den selbstbestimmten Patienten zu setzen. Genau hier sind vor allem im arbeitsweltlichen Kontext deutliche Ansatzpunkte erkennbar, zeigen sich doch Wirtschafts- und Berufsgruppen, die durch Unterschiede im Arzneimittelgebrauch auffallen. Die Betriebskrankenkassen mit ihrer Unternehmensnähe und ihrer langjährigen Erfahrung sind dafür die idealen Partner.

# Schwerpunkt Praxis



aus: Knieps F | Pfaff H (Hrsg.) „Gesundheit und Arbeit“. BKK Gesundheitsreport 2016.

ISBN 978-3-95466-282-1, urheberrechtlich geschützt

© 2016 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.



# Altersgerechtes Berufsleben – mit-alternde Arbeit

Alexander Frevel<sup>1</sup> und Heinrich Geißler<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Beratung zur Arbeitsfähigkeit im demografischen Wandel, Hamburg

<sup>2</sup> Beratung & Forschung – Geißler, Bregenz, Österreich

„Altersgerechtes Berufsleben“ ist eine betriebliche Strategie, um die Folgen des demografischen Wandels zu bewältigen. „Mit-alternde Arbeit“ ist die Umsetzung von Maßnahmen in den betrieblichen Gestaltungsfeldern zur Förderung der Arbeitsfähigkeit. „Alter(n)sgerichte Berufsverläufe“ ist ein erprobtes Instrument zur Impulsberatung von Unternehmen, Verwaltungen und Organisationen.

Menschen in die Lage versetzen, die ihr/ihm gestellten Arbeitsaufgaben erfolgreich zu bewältigen. Die Einflussgrößen und individuellen wie betrieblichen Handlungsbereiche sind im Konzept der Arbeitsfähigkeit zusammengestellt. Das Modell „Haus der Arbeitsfähigkeit“ (»» Abbildung 1) veranschaulicht die wesentlichen Elemente und deren Wechselbeziehungen.

## Gesund alt werden in der Arbeit

Der demografische Wandel wirkt in Unternehmen, Verwaltungen und Organisationen. Der Anteil älterer Erwerbspersonen wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Zugleich ist die abnehmende Zahl jüngerer Nachwuchskräfte bemerkbar. Bis 2030 wird es in Deutschland etwa fünf bis sieben Millionen weniger Erwerbspersonen geben als heute. Unklar ist, inwieweit soziale oder technische Innovationen (Zuwanderung, Digitalisierung von Produktion und Dienstleistung) den Verlust an Erwerbspersonenpotenzial kompensieren werden. Unverkennbar ist jedoch, dass auch die beste Rentenreform nicht dafür sorgen kann, dass die Menschen in der Arbeit gesund bleiben und sie gut bewältigen können.

Insofern erscheint es unumgänglich, die Arbeit so zu gestalten, dass sie möglichst über die gesamte Erwerbsarbeitsphase schädigungslos, ausführbar und erträglich ist. Oder anders ausgedrückt: Für eine Erwerbsarbeit, die bis zum (steigenden) Renteneintrittsalter ausgeübt werden soll, besteht die Anforderung, die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass möglichst viele Menschen in gutem Wohlbefinden, gesund, gerne und produktiv arbeiten können, wollen und dürfen.

Um dies zu erreichen, ist eine gute Passung zwischen den Kapazitäten der Personen und den Arbeitsanforderungen erforderlich. Die Förderung der Arbeitsfähigkeit steht auf der Agenda von Betrieben und Organisationen. Arbeitsfähigkeit (*work ability*; [1, s. a. unten]) bezeichnet die Summe der Faktoren, die einen

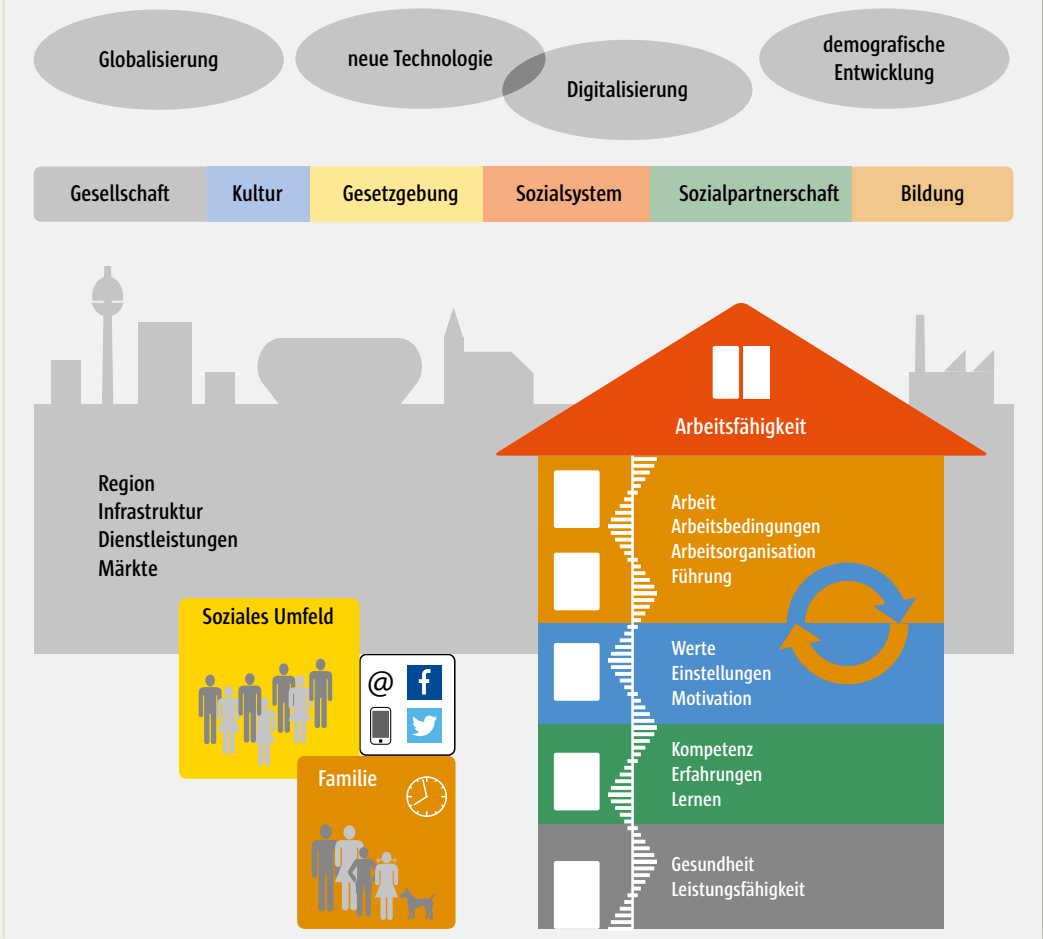
Der Begriff *work ability* ist abzugrenzen gegen:

- **Leistungsfähigkeit.** Als Voraussetzung für die Erfüllung von Arbeitsaufgaben gilt die physische, mentale und psychische Leistungsfähigkeit einer Person, also personenbezogene Eigenschaften (wie z.B. Geschlecht, Konstitution/Fitness, Gesundheit und Alter) sowie erworbenes Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten.
- **Beschäftigungsfähigkeit.** Beschäftigungsfähigkeit (*employability*) bezieht sich auf die grundsätzliche Möglichkeit einer Beschäftigung. Hier werden die Eigenschaften einer Person im Hinblick auf die Anforderungen und Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt betrachtet.

Unter den Argumenten bei der Auswahl eines Berufes und eines Arbeitgebers wird die Möglichkeit, gesund alt werden zu können, an Bedeutung gewinnen. Erforderlich ist die Ausgestaltung von Arbeit, die für Jung und Alt attraktiv ist und genügend Flexibilität für eine gute Vereinbarkeit mit dem Privatleben bereitstellt.

Eine alters- und altersgerechte Arbeit sollte die persönlichen Kapazitäten und individuellen Bedürfnisse genauso wie die Arbeitsanforderungen berücksichtigen. Diese Faktoren verändern sich im Verlauf des (Arbeits-)Lebens. Aufgabe von Organisationen und Beschäftigten ist es deshalb, die Bedingungen rechtzeitig bedarfsgerecht anzupassen, damit die Arbeitsfähigkeit erhalten bleibt und die Produktivität gesichert ist.

Abbildung 1 Das Haus der Arbeitsfähigkeit. © Juhani Ilmarinen 2016. Graphic design Milja Ahola



Voraussetzungen dafür sind insbesondere

- eine achtsame und wertschätzende Personalpolitik,
- alters- und alterngerechte, an Lebensphasen orientierte Berufsverläufe und
- gesundheits- sowie persönlichkeitsförderliche Arbeitsbedingungen.

### Alter und Altern

Der Begriff Alter bezeichnet einen Zeitpunkt im Lebenslauf. Das kalendarische Alter (x Jahre) sagt jedoch nur bedingt etwas über das wirkliche Alter einer Person aus. Relevant sind das biologische Alter (körperliche Fitness, Leistungsvermögen), das psy-

chische Alter (Selbsteinschätzung) und das soziale Alter (Fremdeinschätzung).

Altern ist der individuelle Veränderungsprozess über die Lebensspanne. Auch hier gibt es Unterschiede in biologischen, psychischen und sozialen Aspekten.

Es gibt keine wissenschaftlich einheitliche Klassifikation von „alt“, da sich Altern in einzelnen Fähigkeitskategorien unterschiedlich entwickelt. Ein eindeutiges „Älterwerden“ lässt sich zum Beispiel bei Körperfunktionen feststellen, die in der Kindheit und Jugend rasch zunehmen, ihr Niveau über einen gewissen Zeitraum halten und sich über die folgenden Lebensjahre reduzieren. Ein deutlicher Altersgang zeigt sich bei allen biologischen Funktionen (Lungenvolumen, Muskelmasse, Elastizität von Seh-

nen, Bindegewebe etc. mit Folgen für die körperliche Leistungsfähigkeit wie Kraft, Schnelligkeit und Beweglichkeit) sowie bei den Wahrnehmungssystemen (Sehen, Hören usw.).

Die Leistungspotenziale Älterer gegenüber Jüngeren sind nicht „schlechter“, sie wandeln sich jedoch. Zwar lassen körperliche Funktionalitäten nach, dafür wachsen Erfahrung, soziale Kompetenzen, Kommunikationsfähigkeiten etc. Die Lernfähigkeit bleibt im Wesentlichen gleich [2, 3].

Die individuelle Ausprägung des Alterungsprozesses ist abhängig von vielfältigen Einflussfaktoren wie genetische Disposition, Sozialisation, Ausbildung, Gesundheitszustand, Erfahrung, Leistungsanforderungen, Lernanregungen, Lebensführung usw.

Eine Leistungseinschätzung, die sich nur am kalendarischen Alter orientiert, ist nur bedingt sinnvoll und sollte allenfalls als grobe Orientierung dienen.

### Altern und Arbeit – Alternsgerechte Arbeit beginnt bei den Jüngeren

Alternsgerechtes Arbeiten muss bei den Jüngeren beginnen, um langfristig wirken zu können. Jedes Alter und jede Lebensphase bzw. Lebenssituation ist in den Blick zu nehmen.

- Der Lebensverlauf ist von Schwankungen (Hochs und Tiefs) geprägt. Diese sind zum Beispiel bedingt durch Übergänge (Schule, Ausbildung, Tätigkeits- oder Arbeitgeberwechsel, Karriereschritte) oder durch Veränderungen in der familiären Situation (Kinder, zu pflegende Angehörige).
- Manche Tätigkeiten sind mit zunehmendem Alter schwieriger zu bewältigen als andere. Montagetätigkeit, Pflegetätigkeit oder Arbeit in der Verwaltung sind körperlich und psychomental sehr verschieden. Bei der Bewertung spielt vor allem die Dauer der Exposition hoher Belastungen eine Rolle.

Vereinfacht sprechen wir von alternskritischen Bedingungen, wenn eine Kombination von Expositionsdauer und/oder Alter relevant ist. Die folgende Zusammenstellung zeigt einige Beispiele für alter(n)s-kritische Elemente von Arbeit; eine differenzierte Auswahl bietet die Checkliste „Alternskritische Tätigkeiten“ [4]:

- häufige physische Überforderung (Haltearbeit, Monotonie, Lärm, Hitze, ...)
- chronischer Zeitdruck und Überstunden [5]

- Arbeiten in Wechsel- und vor allem in Konti-/Nachtschicht
- unzureichendes Führungsverhalten, mangelnde Anerkennung
- geringe Handlungsautonomie
- Ausschluss von Weiterbildung.

Die wachsende Unterschiedlichkeit sollte in der Arbeit berücksichtigt werden, indem die Arbeitsanforderungen besser an den Kapazitäten der Personen ausgerichtet werden. Das Konzept der Arbeitsbewältigung ist Leitbild für die alternsgerechte Gestaltung von Arbeit.

### Proaktive Strategien für eine mitalternde Arbeit – Arbeit muss zum Menschen passen

Das Konzept der Arbeitsfähigkeit stellt den Wandel der individuellen Kapazitäten im Lebensverlauf und die Veränderbarkeit der Arbeitsanforderungen in den Mittelpunkt. Aufgabe von Betrieben und Beschäftigten ist es, die relevanten Einflussgrößen (Gesundheit, Kompetenz, Werte/Einstellungen, Arbeitsbedingungen und Führung, Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben) zu beachten und sie im Bedarfsfall anzupassen, damit die Arbeitsfähigkeit erhalten bleibt und die Produktivität gesichert ist.

Zu lösen ist die Aufgabe, die wachsende individuelle Unterschiedlichkeit in der Arbeit zu beachten. Das funktioniert unseres Erachtens nur durch eine Arbeitsgestaltung, die sich an den Möglichkeiten der Personen orientiert und damit – bei einem notwendigen Grad an Standardisierung – eine größere Individualität zulässt. Arbeitsorganisatorisch bedeutet das, dass (insbesondere den älter werdenden) Beschäftigten zunehmend mehr Wahlmöglichkeiten für berufliche Entwicklungen und durch Anpassungen in den Arbeitsanforderungen offeriert werden müssen.

### Erforderliche Analysen

Grundlage einer proaktiven Strategie für alternsgerechte Arbeit ist eine umfassende Kenntnis des Ist-Zustandes in der Organisation.

- Informationen zu betrieblichen Strukturdaten (z.B. Altersverteilung, Qualifikationsgefüge, Verteilung nach Geschlecht) sind hilfreich, um quantitative und qualitative Entwicklungen abschätzen zu können. In Verknüpfung mit Einschätzungen zur Marktentwicklung, zu technischen und organisatorischen Veränderungen usw. können Simulationen zu personalwirtschaftlichen Erfordernissen erstellt werden.

- Die gesetzlich erforderliche Beurteilung physischer und psychischer Belastungen sollte unter Gesichtspunkten der Möglichkeiten zur Arbeitsbewältigung um alter(n)s- und geschlechtersensible Analysen der Beanspruchungen sowie der individuellen und organisatorischen Ressourcen ergänzt werden.
- Zu prüfen ist, ob die Personalpolitik (Personalgewinnung, -einsatz; Vertretungsregelungen; rechtzeitige Qualifizierung etc.) die relevanten Aspekte von Altern und Vielfalt ausreichend berücksichtigt. Dafür ist die Kompetenz für alters- und geschlechtergerechte sowie gesundheitsförderliche Führung zu erweitern.
- Insbesondere Tätigkeiten mit besonders hohen Anforderungen an Spezialwissen, langjährige Erfahrung und gute Netzwerke können eine frühzeitige Wiederbesetzungsplanung erforderlich machen. Das Wissensmanagement ist darauf auszurichten.

#### Mögliche Handlungsfelder

In vielen Organisationen wird der Prozess des beruflichen Lebensverlaufes für die Mehrheit der Erwerbspersonen nicht wirklich geplant, sondern scheint eher eine Abfolge zufälliger Entwicklungsmöglichkeiten zu sein.

Vorteilhafter ist eine pro-aktive Strategie, in der die Ziele und Aufgaben bei der Ausgestaltung von alters- und geschlechtergerechten Berufsverläufen im Leitbild der Organisation und in den Führungsgrundsätzen verankert sind. Die wesentlichen Handlungsfelder dabei sind:

- Gestaltung der Arbeitsumgebung, der Arbeitsinhalte, der Arbeitsorganisation, der Arbeitsmenge und der Arbeitszeit
- Arbeitsschutz, Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung, Betriebliches Eingliederungsmanagement
- Wertschätzende Führung
- Kompetenzentwicklung, Gestaltung der Berufsverläufe
- Vereinbarkeit von Beruf und Privatem.

Der Personalführung kommt besondere Bedeutung zu, da sie durch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen „Co-Produzentin“ von Gesundheit ist. Wertschätzende Führung [6] hat den größten Einfluss auf die Arbeitsbewältigung.

#### Mit-alternde Arbeit

Nicht selten wird eine vakante Stelle besetzt, indem eine Person gefunden wird, deren Kompetenzprofil möglichst weitgehend den Anforderungen genügt. Zeiten der Einarbeitung bis zur Erlangung einer produktiven Routine werden nicht immer in ausreichendem Umfang und mit genügender, budgetierter Unterstützung von erfahrenen Kolleg/-innen zur Verfügung gestellt. Dabei werden Lernprozesse der/dem Einzelnen überlassen. Wenn es gut geht, geht es gut. Aber dann und wann geht es nicht gut – die Person verlässt den Betrieb wieder oder es stellt sich heraus, dass Person und Arbeit (hier) nicht zusammenpassen. Es entstehen unerwünschte Fluktuationskosten.

Es könnte auch anders sein. Neueinsteigende kommen auf Stellen mit Entwicklungspotenzial. Betrieb und Person schauen gemeinsam, welche Tätigkeiten in weiteren Entwicklungsschritten in Betracht kommen. Einstiegstätigkeiten dienen zum gegenseitigen Kennenlernen, zum Erfahren des betrieblichen Systems, zum Aufbau erster Routine. Der Bedarf an Stellen mit höheren Qualifikationsanforderungen kann innerbetrieblich besetzt werden. Die Organisation erweitert ihre Wahlmöglichkeiten – und die Beschäftigten auch.

Voraussetzung dafür ist, dass das Unternehmen eine langfristige Personalentwicklungsstrategie im Sinne eines Konzeptes von Berufsverlaufsmöglichkeiten verfolgt.

#### Leitfragen zum Berufsverlauf

Zur Identifikation der Gestaltungsmöglichkeiten in der Organisations- und Personalentwicklung ist zu prüfen, welche Tätigkeiten für welche Berufs- und Lebensphase passfähig sind. Die Leitfragen zu Berufsverläufen lauten unter anderem:

- Welche Tätigkeiten sind für den Einstieg in den Beruf/Betrieb am besten geeignet, um Erfahrung und Routine aufzubauen?
- Welche horizontalen, diagonalen und vertikalen Entwicklungsmöglichkeiten gibt es?
- Welche Tätigkeiten bzw. Tätigkeitselemente respektive Rahmenbedingungen sind mit zunehmendem Alter oder bei längerer Dauer von Belastungsexpositionen gegebenenfalls kritisch für die ausübenden Personen? Welche Entlastungsmöglichkeiten (andere Tätigkeiten, Ergonomie, Job Rotation, ...) gibt es?
- Welche Tätigkeiten können die Menschen über eine lange Zeit (bis zum Renten-/Pensionseintritt) ausführen? Gibt es spezifische Ausstiegspunkte?

möglichkeiten (möglichst ohne Status- und Einkommensverlust)?

### Basis-Modell von Berufsverläufen

Das Basis-Modell von Berufsverläufen unterscheidet vier Tätigkeits-Typen (» Abbildung 2) im Berufsverlauf unter Berücksichtigung alterskritischer (Teil-)Tätigkeiten.

Um alternsgerechte Berufsverläufe für einen bestimmten Betrieb zu erarbeiten und zu implementieren, kann ein externer Beratungsimpuls sinnvoll sein, weil die fremde Sichtweise eine erwünschte Offenheit für im Alltag nicht mehr Hinterfragtes und für Neues eröffnet.

### Impulse durch externe Beratung

Der erprobte Beratungsprozess beschränkt sich auf drei bis vier Tage vor Ort mit zwei Beratungspersonen. Er ist inhaltlich sehr komplex und bedarf langjähriger Erfahrung in diversen Branchen und umfassender arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Kenntnisse.

Die dialogische Prozessberatung ermittelt im partizipativen Erkundungsprozess Hinweise der Beschäftigten, denn sie sind die wichtigsten Experten und Expertinnen im Betrieb – für sich selbst und für ihre Arbeit.

In der Beratung werden ausführliche Gespräche mit Fach- und operativen Führungskräften geführt. Die Neugier der Fragenden auf das (verborgene) Alltägliche ist eine wichtige Voraussetzung, um einen freien Blick auf die individuelle und kollektive Konstruktion der Wirklichkeit der Arbeit erlangen zu können.

- Die Beratungspersonen erhalten im Vorwege alle relevanten Informationen über den Betrieb/Bereich wie Tätigkeitsbeschreibungen, Gefährdungsbeurteilungen, Altersstruktur, Betriebsvereinbarungen, Schichtsystem.
- Am ersten Tag findet ein Einstiegs-Workshop von etwa zwei Stunden mit dem Steuerkreis (Bereichsleitung, Personalleitung, Betriebsrat, Sicherheitsfachkraft, Betriebsärztlicher Dienst, operative Führung) statt. Dabei werden die betrieblichen Besonderheiten, bisherigen Lösungen, vorhandenen Probleme u. ä. besprochen.
- Anschließend erfolgt eine Begehung im Betrieb/Pilotbereich, um einen sinnlichen Eindruck von den Tätigkeiten zu erhalten.
- Am Nachmittag des 1. Tages und am 2. Tag finden Leitfaden-gestützte Experten-Gespräche [7, 8] mit sechs operativen Führungskräften und

**Abbildung 2** Basis-Modell für Berufsverläufe – Arbeitsplatz-/Anforderungs-Typologie



**Einstieg** (Tätigkeit nach Ausbildung) zum Aufbau von Routine



**Umstieg** bei belastungsbedingt begrenzter Tätigkeitsdauer ☹ und/oder berufliche **Entwicklung** ☺ (mit systematischem Training und gezielter Unterstützung durch ältere/erfahrene KollegInnen) oder **Aufstieg**



**Verweilen** mit alternsgerechter Anpassung der Tätigkeit, abwechslungsreiche Aufgaben → bis zum Regelrentenalter zu bewältigen



**Entlastung** mit erfahrungsgeliteten Arbeitsaufgaben und alternsgerechten Arbeitsbedingungen – als Wahlangebot



**Alter(n)sgerechte** (Teil-)Tätigkeiten



**Alterskritische** (Teil-)Tätigkeiten

zehn Mitarbeiter/-innen verschiedener Altersgruppen (< 30, 30–50, > 50) statt.

- Die Ergebnisse aus allen Gesprächen werden nach zwei Strukturelementen aufbereitet.
  - **Welche Hinweise zur Gestaltung alternsgerechter Arbeit gibt es?**  
Aufbereitung nach dem Modell der Arbeitsfähigkeit (Gesundheit/Gesundheitsmanagement, Kompetenz/berufliche Entwicklung, Betriebsklima und Führung, Arbeitsgestaltung [Arbeitszeit, Arbeitsmenge, Arbeitsmittel, ...]).
  - **Welche Hinweise gibt es zu Berufsverläufen?**  
Aufbereitung nach der Typologie der Berufsverläufe.
- Am Folgetag wird ein Workshop (ca. 2,5 Stunden) mit den befragten Beschäftigten durchgeführt, um eine Gruppeneinschätzung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Hinweise zu erzielen.
- Nach der endgültigen Aufbereitung der Ergebnisse erfolgt nachmittags die Ergebnispräsentation im strategischen Steuerkreis, der erste Veränderungsmaßnahmen vereinbart.

### Ergebnisse aus Veränderungsprozessen

Das Konzept „Alternsgerechte Berufsverläufe“ wurde in etlichen Betrieben in verschiedenen Branchen durchgeführt. Neben einer Vielzahl von spezifischen Ergebnissen liegt ein wesentliches Augenmerk auf der Entwicklung einer langfristigen Personalentwicklungs-Strategie und einem dafür geeigneten Instrument, der Berufsverlaufs-Matrix.

### Berufsverlaufs-Matrix als Instrument

Mit den Analyseergebnissen der Impulsberatung gibt es erste Hinweise auf Berufsverlaufsmöglichkeiten.





## Ergebnisse aus verschiedenen Anwendungsbereichen im Überblick

Mit Beispielen für verschiedene Maßnahmen unterschiedlicher Reichweite in diversen Branchen zeigt die folgende Übersicht Möglichkeiten auf, alterskritische (Teil-)Tätigkeiten zu beachten und (Rahmen-)Bedingungen zu gestalten, um alternsgerechte Berufsverläufe besser zu ermöglichen.

### Stahlproduktion

- Der betriebsärztliche Dienst bietet allen Beschäftigten das Arbeitsbewältigungs-Coaching an. Einschränkungen der Arbeitsbewältigungsfähigkeit werden frühzeitig erkannt und in einem Regelprozess im Sinne der Erhaltung der Beschäftigung bearbeitet (präventives Eingliederungsmanagement).
- Weniger Nachtschichten für Ältere durch Änderungen in der Schichtplanung.
- Für Anlernprozesse werden systematische Inhalts- und Ablaufpläne erarbeitet und Zeitbudgets für Lehrende/Mentoren zur Verfügung gestellt.
- Für alle Beschäftigten in der Nachtschicht stellt der Betrieb eine warme, leicht verdauliche Suppe.

### Automobil-Zulieferer

- Aus dem Pilotprojekt in einem Betriebsteil wurden von den 80 abgeleiteten Maßnahmen innerhalb eines Vierteljahres 38% umgesetzt und 36% sind in Bearbeitung.

### Software-Entwicklung

- Ältere wünschen einen Einsatz mit mehr Planungsaufgaben und eine Entlastung vom stressigen Rund-um-die-Uhr-Einsatz in der produktionsnahen Störungsbehebung.

### Kran- und Anlagenschlosserei

- Die Ausbildung von Führungskräftenachwuchs war bislang auf unter 35-jährige zugeschnitten. Jetzt wird unter Beachtung des Erfahrungswissens der „Meister 45plus“ eingerichtet.
- Das anlagenspezifische Erfahrungswissen Älterer wird bei der Beschaffung berücksichtigt.

### Altenpflege

- Übernahme von Beratungs- und Planungsaufgaben zur Entlastung von der anstrengenden Pflegetätigkeit. Nebeneffekt: Entlastung der Führungskräfte von administrativen Aufgaben und dadurch mehr Zeit für Personalführung.
- Belastungswechsel durch Teilaufgaben wie z.B. Pflegeaufnahme, Beauftragte/r für Verbandmaterial etc. ermöglichen.

- Vereinbarung von definierten Pausenzeiten, die in der Tourenplanung berücksichtigt sind. Pause ist Pause; keine Unterbrechungen, keine Nebentätigkeiten.
- Vereinbarung von definierten Funktionszeiten für operative Führungskräfte.
- Entlastung der Pflege in bestimmten arbeitsintensiven Phasen und in Übergabezeiten durch bessere Kooperation mit der Alltagsbetreuung.

### Straßenmeistereien

- Berücksichtigung der Sonneneinstrahlung bei der Planung von Außenarbeiten (z.B. rechte/linke Straßenseite; Nord-/Südrichtung bei Arbeiten an Böschungen).
- An private Dienste vergebene Tätigkeiten werden bezüglich der Arbeitsschwere überprüft (In-Sourcing).

### Öffentlicher Personennahverkehr

- Zusätzliche bezahlte Entlastungstage für Ältere und für Personen, die aus medizinischer Sicht Entlastung benötigen.
- Möglichkeit, das Urlaubsgeld (für das Unternehmen kostenneutral) in zusätzliche Urlaubstage zu tauschen.

## Fazit/Ausblick

Die Arbeitsfähigkeit sollte über den gesamten (beruflichen) Lebensverlauf in einem möglichst stabilen Zustand sein. Das erhält die Gesundheit und ist betriebs- und volkswirtschaftlich produktiv. Dafür sind individuelle und organisatorische Entwicklungspotenziale zu identifizieren und systematisch in den Arbeitsanforderungen zu gestalten. „Mit-alternde Arbeit“ ist ein Konzept für eine pro-aktive Personal- und Organisationsentwicklung und dient damit der betrieblichen Bewältigung der Folgen des demografischen Wandels. Dies schließt ein vorausschauendes Gesundheitsmanagement ein, das in den Analysen alters- und geschlechtergerechte Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten beachtet und organisatorische Ressourcen erfasst respektive aktiv fördert.

Zunehmend mehr – aber gefühlt immer noch zu wenige – Unternehmen und Verwaltungen bemühen sich, den Spagat zwischen alters-/alternsgerechter Arbeit, attraktiven Arbeitsbedingungen, Nachwuchssicherung und der Bewältigung neuer technischer und wirtschaftlicher Herausforderungen zu leisten. Größere Organisationen haben Ressourcenvorteile, aber auch Komplexitätsnachteile. Kleinere Betriebe haben mehr Schwierigkeiten, Differenzierungen bei homogenen Arbeitsanforderungen zu gestalten, können aber im Bedarfsfall schneller agieren. Je dif-

ferenzierter die Organisation ist, desto höher sind die Anforderungen an ein planvolles und strukturiertes Maßnahmenpaket. Einen größeren Gewinn von einer pro-aktiven Strategie haben Unternehmen, deren Arbeitsbedingungen alterskritisch sind, die Probleme bei der Gewinnung von Nachwuchskräften haben und/oder solche, die eine niedrige Anwesenheits- und eine hohe Fluktuationsquote aufweisen.

## Literatur

1. Tempel J, Ilmarinen J. Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. Hamburg, 2013
2. Bundesanstalt für Arbeitsschutz- und Arbeitsmedizin/Initiative Neue Qualität der Arbeit, Text: Gruber B, Frevel A. Arbeitsbewältigungs-Coaching®. Der Leitfaden zur Anwendung im Betrieb. Bericht Nr. 38, 2. überarb. Aufl. Dortmund/Berlin, 2012
3. Falkenstein M, Gajewski P. Förderung mentaler Gesundheit bei älteren Arbeitnehmern. In: Das Demographie Netzwerk (Hrsg.)/Drupp P, Grauer S, Seele S et al. Gesundheits- und Demographiemanagement. Den demographischen Wandel im Betrieb gesund gestalten. Bremen, 2014
4. Spirduso W, Francis K, MacRae P. Physical Dimensions of Aging. Champaign-Urbana, 1995. In erweiterter Fassung in: Gute Arbeit für Frauen – Gute Arbeit für Männer. Leitfaden zum Generationen-Management. Feldkirch 2013. [http://media.arbeiterkammer.at/vbg/PDF/GenMan\\_GuteArbeit\\_2013.pdf](http://media.arbeiterkammer.at/vbg/PDF/GenMan_GuteArbeit_2013.pdf) (Zugriff am 01.08.2016)
5. Nachreiner F, Rädiker B, Janßen D, Schomann C. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen der Dauer der Arbeitszeit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Oldenburg, 2005
6. Bökenheide T, Frevel A, Geißler H. Wertschätzende Dialoge als wichtigste Führungsaufgabe. In: Laske S, Orthey A, Schmid M. PersonalEntwickeln (Losebl., Aktualisierung Nr. 195), Beitrag Nr. 6.144. Köln, 2015
7. Frevel A, Geißler H. Mitalternde Arbeit – Altersgerechte Berufsverläufe. In: Laske S, Orthey A, Schmid M. (Hrsg.). PersonalEntwickeln (Losebl., Aktualisierung Nr. 197), Beitrag Nr. 7.68. Köln, 2015
8. Gruber B, Frevel A, Geißler H. Alter(n)sgerechte Arbeitswelt. Modell zur Erhaltung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit. In: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Hrsg.). Ausbildung zur Sicherheitsfachkraft, Bd. 4, 5. Aufl. Wien, 2010, S. 311–330
9. Luip J, Gerhalter B, Käfer H. Laufbahnmatrix bei der Böhler Edelstahl GmbH & Co. KG, Kapfenberg, internes Arbeitspapier, 2012
10. Frevel A, Gruber B. Arbeitsbewältigungs-Coaching®. Förderung der individuellen und kollektiven Arbeitsfähigkeit. In: Laske S, Orthey A, Schmid M (Hrsg.). PersonalEntwickeln (Losebl., Aktualisierung Nr. 196), Beitrag Nr. 8.92. Köln, 2015
11. Frevel A. Arbeitsbewältigungs-Coaching® – Beschäftigte und Betriebe bauen gemeinsam am „Haus der Arbeitsfähigkeit“. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – Richter G, Niehaus M (Hrsg.). Personalarbeit im demografischen Wandel. Beratungsinstrumente zur Verbesserung der Arbeitsqualität. Bielefeld, 2015, S. 125–143



Alexander Frevel

Beratung zur Arbeitsfähigkeit im demografischen Wandel, Dipl. Sozialökonom. Seit 1994 selbstständig in der Beratung von Unternehmen und Organisationen. Schwerpunkte: Strategische Organisations- und Personalentwicklung, Betriebliches Gesundheitsmanagement und wertschätzende Führung.



Prof. Dr. Heinrich Geißler

Seit 1991 Berater für betriebliche Gesundheitsförderung mit den Schwerpunkten „Gesundheitsfördernde Führung“ und „Generationen-Management“. Lehre an Universitäten und Fachhochschulen in Österreich, Deutschland und der Schweiz.

# Die Präventionsschicht – Beispiel für eine gelungene praxisorientierte Kooperation

Manuela Wacker<sup>1</sup>, Uwe Ross<sup>2</sup> und Benjamin Graaf<sup>2</sup>

<sup>1</sup> BKK B. Braun Melsungen AG und

<sup>2</sup> B. Braun Melsungen AG, Melsungen

Hohes Engagement für die Gesundheit der Belegschaft und Angebote zur Gesundheitsförderung gehören mittlerweile zum festen Bestandteil der unternehmerischen Verantwortung. In zahlreichen Unternehmen wurde in den letzten Jahren ein Betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert; Präventionsangebote sollen die Beschäftigten unterstützen, ihre Arbeitsfähigkeit möglichst dauerhaft zu erhalten. Betriebliche Prävention ist dabei kein Modetrend, sondern als langfristiges und strategisches Instrument zur Minderung kapazitiver und produktiver Risiken zu verstehen – insbesondere vor dem Hintergrund des prognostizierten demografischen Wandels der Gesellschaft, der selbstverständlich nicht vor den Toren der Betriebe haltmacht.

Das betriebliche Engagement rund um die Mitarbeitergesundheit rückte in den letzten Jahren immer stärker in den betrieblichen Fokus – gleichzeitig weisen die meisten Fehlzeitenreports eine kontinuierliche Zunahme von Arbeitsunfähigkeitsfällen aus. Wie passt das zusammen?

Für ein erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement ist die Sensibilisierung der Belegschaft zu eigenverantwortlichem Umgang mit der Gesundheit von großer Wichtigkeit.

Ob (und wie) dies gelingt, wird künftig immer mehr zu einem Gradmesser für den Erfolg eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dabei gilt: weg vom Gießkannenprinzip, hin zu zielgruppen- und anlassbezogenen individuellen Präventionsangeboten.

## Das Gesundheitsmanagement der B. Braun Melsungen AG

Für die Gesundheit der Menschen zu arbeiten, ist für B. Braun seit jeher ein Antrieb für unternehmerisches Handeln. Das gilt nicht nur im Gesundheitssektor hinsichtlich der Patienten und des medizinischen Personals, sondern auch hinsichtlich der B. Braun Mitarbeiter. Sie sind für B. Braun der wichtigste Faktor für den Erfolg. Das Gesundheitsmanagement „Fit@B.Braun“ agiert ganz im Sinne der Unternehmensphilosophie. Ihr einvernehmliches Ziel ist es, die Gesundheit der Beschäftigten nicht nur zu er-

halten, sondern diese mit einem breiten Angebot an Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention zu fördern. Hierbei wird großer Wert darauf gelegt, die Eigenverantwortung der Mitarbeiter zu stärken.

Alle Fit@B.Braun-Aktivitäten entstehen in einem betrieblichen Netzwerk – unter Mitwirkung von Unternehmensleitung, Betriebsrat, Betriebsärzten, Arbeitssicherheit sowie in enger Kooperation mit der BKK B. Braun Melsungen AG.

## Die Kooperation – eine lange Tradition

Die Zusammenarbeit der BKK B. Braun mit dem Trägerunternehmen hat eine lange Tradition. Bereits in der Vergangenheit wurde ihr eine hohe Priorität eingeräumt. Sie ist – ganz im Sinne des B. Braun Claims „Sharing Expertise“ – gelebter Wissensaustausch. Besonders hervorzuheben ist die bereits im Jahr 2009 gemeinsam unterzeichnete Vereinbarung über Bonuszahlungen für die betriebliche Gesundheitsförderung. Ziel war es schon damals, durch die Bonusinitiative nachhaltige betriebliche Änderungen zu erzielen, die sich langfristig positiv auf die Gesunderhaltung der Mitarbeiter auswirken. Noch heute hat diese Vereinbarung Bestand und wurde zum Vertrag über die Gewährung eines Bonus für qualitätsgesicherte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung weiterentwickelt. In diesem Sinn hat die Oberender & Partner Unternehmensberatung im Gesundheitswesen [1] im Auftrag der B. Braun Unternehmensleitung und der BKK B. Braun Melsungen AG im Jahr 2010 ein „**Konzept zur Reduktion des demografiebedingten Produktivitätsrisikos**“ erarbeitet. Grundlage für das Konzept bildete eine Altersstrukturanalyse aus dem Jahr 2010, in der die Belegschaft in Fünf-Jahres-Schritte aufgegliedert wurde. Zu jeder einzelnen Alterskohorte analysierte die BKK B. Braun die fünf häufigsten Krankheitsbilder. Diese realen Daten bildeten die Grundlage für eine Si-

mulation auf das Jahr 2020. Auf diese Weise wurden zukünftige Veränderungen der häufigsten Krankheitsbilder in jeder Alterskohorte simuliert. Mittels des Konzeptdesigns war es möglich, wissenschaftlich-mathematisch zu ermitteln, welche Veränderungen sich hinsichtlich der Mitarbeitergesundheit bis zum Jahr 2020 ergeben würden, sollte das Unternehmen in diesem Zeitraum keine Präventionsaktivitäten durchführen.

### Die Konzeptergebnisse

Die Ergebnisse des Konzeptes zeigten eindeutige Anstiege bei nahezu allen im Jahr 2010 hauptsächlich diagnostizierten Erkrankungen. Insbesondere für die Produktionsbereiche mit Dreischicht-Betrieb wurden bis zum Jahr 2020 teilweise dramatische Anstiege vorausgesagt, sollte keinerlei Prävention betrieben werden:

- psychische Verhaltensstörungen (Anstieg AU-Tage bis 2020 um 59%)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Anstieg AU-Tage bis 2020 um 54%)
- Muskel-Skelett-Erkrankungen (Anstieg AU-Tage bis 2020 um 35%)
- CA-Erkrankungen (Krebs) (Anstieg AU-Tage bis 2020 um 22%)
- Atemwegserkrankungen (Anstieg AU-Tage bis 2020 um 1%)

Das Ergebnis legte nahe, dass der Anstieg im Wesentlichen drei Ursachen hat: erstens hohe Belastung durch Wechselschichtarbeit, zweitens fehlende Information hinsichtlich der Belastungsursachen und drittens – daraus resultierend – eine fehlende gesundheitsbezogene Achtsamkeit der Schichtarbeiter.

### Die Suche nach geeigneten Maßnahmen

Der B. Braun Gesundheitsdienst verifizierte die Konzeptergebnisse durch betriebsmedizinische Analysen und Diagnostik. Dabei konnten – speziell bei der Zielgruppe Schichtarbeiter – eindeutige Auslöser für ein erhöhtes gesundheitliches Risiko abgeleitet werden:

- Schlafdefizit/Schlafprobleme
- ungesunde und falsche Ernährung – insbesondere während der Nachtschicht
- mangelnde Bewegung
- intervenierende Faktoren (Wechselschicht vs. Familie, Freizeit, Hobbys u. a.)

Die gewonnenen Erkenntnisse ließen den eindeutigen Schluss zu, dass Schichtarbeiter – im Vergleich zu „Normalschichtlern“ – ein höheres Risiko aufweisen, chronisch krank zu werden. Die Gründe sind z.B. Übergewicht, Diabetes, Schlafstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rauchverhalten.

Die medizinisch-diagnostischen Fakten ergänzten die Ergebnisse des „**Konzeptes zur Reduktion des demografiebedingten Produktivitätsrisikos**“ und machten deutlich, dass in den Produktionsbereichen des Unternehmens ohne geeignete und passgenaue Prävention mittel- bis langfristig mit massiven Produktivitäts- und Kapazitätsproblemen zu rechnen ist. Gleichzeitig war absehbar, dass die Gesundheitskosten des Unternehmens und der BKK B. Braun steigen würden.

### Die Lösung? Schichtarbeitersensibilisierung!

Allen Verantwortlichen war klar: Nur spezielle, auf Zielgruppen angepasste Präventionsangebote und -maßnahmen können die Mitarbeiter zu einer gesundheitsorientierten Lebensführung animieren. Es muss künftig gelingen, sie für eine Mitwirkung zu gewinnen – und zwar gerade im privaten Bereich. Für Schichtarbeiter bedeutet dies im Speziellen, sie für die Themen Schlafhygiene, Ernährung und Bewegung zu sensibilisieren – die weit über die betrieblichen Rahmenbedingungen hinausgehen.

Alle Experten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements präferierten ein im B. Braun Gesundheitsdienst erarbeitetes Konzept: die gezielte Sensibilisierung der Schichtarbeiter über die sogenannte **Präventionsschicht**.

In der Präventionsschicht werden alle Belastungsfaktoren der Schichtarbeit umfassend beleuchtet. Gleichzeitig erhalten die Teilnehmer Tipps und Anregungen, wie sich Belastungen durch individuelles, pro-aktives Gesundheitsverhalten reduzieren lassen.



### Erklärt Ziel der Präventionsschicht:

Erhalt der individuellen Beschäftigungsfähigkeit durch gezielte, auf die persönlichen Belange abgestimmte Verhaltensprävention.

**Wissenschaftlicher Hintergrund und abgeleitete Konzeption**

Zwar besteht Konsens dahingehend, dass Schichtarbeit als Ursache einer Beanspruchungssituation langfristig das Risiko für familiäre und soziale Beeinträchtigungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlafstörungen, Störungen des Verdauungsapparates sowie für psycho-vegetative Beschwerden erhöht [2, 3, 4] und dass die Schichtarbeit als wahrscheinlich kausal zu bezeichnen ist für „(...) funktionelle gastrointestinale Beschwerden, Brustkrebs bei Frauen, Übergewicht, gestörte Glukosetoleranz, arterielle Hypertonie, Arteriosklerose allgemein und koronare Herzerkrankungen im Speziellen (...)“ [5: S. 96].

Jedoch ist auch festzuhalten, dass dies nicht zwangsläufig so sein muss.

„Die Erkenntnis (...) lautet, dass Schichtarbeit zweifellos viele Arten von gesundheitlichen Problemen unterschiedlicher Schwere verursachen kann. Dies passiert jedoch nicht überall und in jeder Kategorie mit einer Unvermeidbarkeit (...)“ [6: S. 13]

Schichtarbeit stellt – insbesondere in Kombination mit Nachtschichtarbeit – zweifellos einen Risikofaktor dar. Eine erste betriebliche Frage lautete daher, wie der gesundheitsschädigenden Wirkung des Risikofaktors Schichtarbeit gesundheitswissenschaftlich begegnet werden kann und insbesondere dort begegnet werden muss, wo Schichtarbeit unumgänglich ist. Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung streben eine Verbesserung der Gesundheit an und können, gezielt eingesetzt, zu einer Vermeidung gesundheitlicher Beeinträchtigungen führen [7]. Ein eindeutiger und konkreter Ursache-

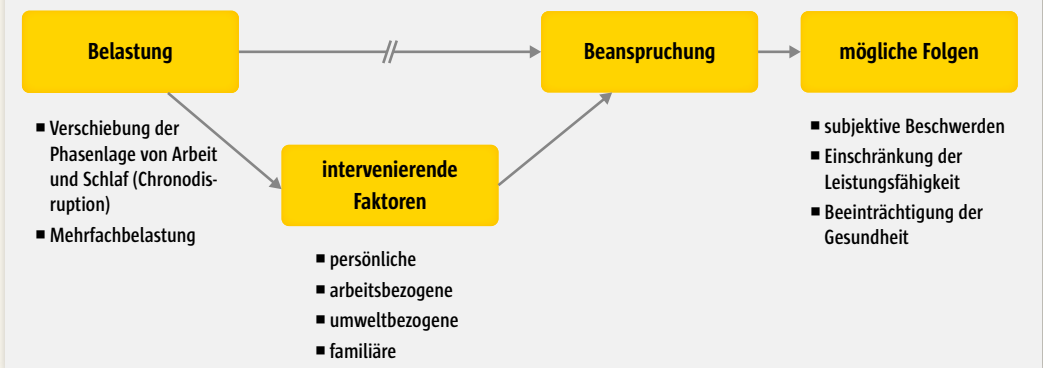
Wirkungs-Zusammenhang zwischen Schichtarbeit und den bereits genannten Erkrankungen ist jedoch kaum möglich; zu komplex sind die Beziehungen zwischen Schichtarbeit und Gesundheit einerseits, zu dünn die Datenlage im Bereich aussagekräftiger Längsschnittstudien andererseits [5]. Gesunde Lebensverläufe und Erwerbsbiografien bei Schichtarbeitern erscheinen indes möglich, wenn die Arbeitsbedingungen verhältnispräventiv gestaltet sind und sich die Mitarbeiter selbstverantwortlich und gesundheitsbewusst verhalten [8].

Die Bedeutung einer im Kontext stehenden Verhaltensprävention betont nicht zuletzt auch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Sie schreibt den Beschäftigten erhebliches Einflusspotenzial für ihren durch Schichtarbeit geprägten Gesundheitszustand zu, bedingt z.B. durch Ernährungs- und Schlafverhalten [9].

Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept [10] stellt den Zusammenhang zwischen der Belastung, induziert durch die Verschiebung der Phasenlage von Arbeit und Schlaf (Chronodisruption) und Mehrfachbelastung, und der resultierenden Beanspruchung des Schichtarbeiters vereinfacht dar (»»» Abbildung 1). Es verdeutlicht dabei den Umstand, dass das tatsächliche Ausmaß der Beanspruchung von zwischengeschalteten Einflussgrößen, den intervenierenden Faktoren, abhängig ist [11].

Bezug nehmend auf die Frage, wie dem Risikofaktor Schichtarbeit betrieblich zu begegnen ist, sind die intervenierenden Faktoren aus Sicht der Gesundheitsförderung nutzbare Stellschrauben. Diese sind – stellvertretend für den Schichtarbeiter – schwerpunktmäßig hinsichtlich folgender drei Fragen zu

Abbildung 1 Belastungs-Beanspruchungs-Konzept (nach [10], © Carl Hanser Verlag München 1993)





überprüfen, um eine Beanspruchungsminimierung zu erreichen:

- Welche möglicherweise koexistierenden Risikofaktoren sind vermeidbar? (*Gedanke der Primärprävention*)
- Welches gesundheitsfördernde Verhalten ist zu stärken und zu festigen, welche gesundheitsrisikanten Verhaltensweisen sind zu vermeiden? (*Gedanke der Verhaltensprävention*)
- Welche gesundheitsfördernden Ressourcen sind aktivier- oder ausbaubar? (*Gedanke der Gesundheitsförderung*)

Die aus der Beantwortung dieser Unterfragen gewonnenen Erkenntnisse sind dem Schichtarbeiter zu vermitteln, um den Risikofaktor Schichtarbeit in seiner negativ gesundheitsbeeinflussenden Wirkung zu reduzieren.



Es ist nicht davon auszugehen, dass Schichtarbeiter wissen, wie sie mit durch Schichtarbeit induzierten Beanspruchungen umzugehen haben [3]. Dies wird in besonderem Maße für junge und neu schichtarbeitende Beschäftigte zutreffen.

Da sich die Präventionsschicht aus einer betrieblichen und arbeitsmedizinischen Sichtweise heraus entwickelte, musste zusätzlich eine *zweite* Frage berücksichtigt werden: Wie kann es der vom Arbeitgeber bestellte Betriebsarzt bewerkstelligen, die Beschäftigten über ausgesetzte Gesundheitsgefahren (hier Schichtarbeit) zu belehren? Der Betriebsarzt versucht, dieser gesetzlich verankerten Verpflichtung durch individuelle Beratung im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge nachzukommen. Darauf haben die Beschäftigten laut Arbeitszeitgesetz auf Verlangen einen Rechtsanspruch. Aufgrund zeitlicher Beschränkungen und Aufgabenkollisionen in der täglichen Routine kann der Betriebsarzt dem jedoch oft nur unzureichend gerecht werden. Eine in zeitlicher Hinsicht betrachtete Verlagerung tiefergreifender Beratungsbestandteile – weg von der arbeitsmedizinischen Vorsorge hin zu einer Schulung – stellt eine mögliche Lösung dieses Problems dar.

Die Kombination beider Fragen warf die zentrale Frage des Projektes „Präventionsschicht“ auf: Kann der Gesundheitszustand der Schichtarbeitenden durch Konzeptionierung und Implementierung einer gesundheitsberatenden Schulung positiv beeinflusst werden?

Die Inhalte der Schulung orientieren sich an den Rahmenempfehlungen gängiger Publikationen, etwa

aus den Bereichen Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) [3], der Unfallversicherung (DGUV) [4], Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) [9] und des BKK Bundesverbands (heute: BKK Dachverbandes) [12]. Die Vermittlung der Informations- und Lerninhalte erfolgt durch eine aus Sicht der Gesundheitsförderung klassischen Gesundheitsberatung, die auch für das betriebliche Setting geeignet ist [13]. Charakteristisch für eine Gesundheitsberatung sind eine zeitlich begrenzte Dauer, eine freiwillige Teilnahme und die Berücksichtigung individueller Fragen. Sie hat zum Ziel, gesundheitsgerechtes Verhalten zu stärken und Risikoverhalten aufzuzeigen sowie eine Veränderungsbereitschaft herbeizuführen. Somit vereint sie Zielsetzungen aus Gesundheitsförderung und Verhaltensprävention und kann die intervenierenden Faktoren des in **»»** Abbildung 1 dargestellten Belastungs-Beanspruchungs-Konzeptes aufgreifen. Darüber hinaus ist die Gesundheitsberatung interdisziplinär ausgerichtet und wird den vielschichtigen Folgen der Schichtarbeit gerechter als Maßnahmen der Gesundheitsaufklärung, -bildung oder -erziehung.

Auch bei bester Verhältnisprävention ist ein gesundheitsbewusstes und sozialaktives Verhalten der Schichtarbeiter zur Gesunderhaltung unabdingbar. Dies ist nur durch eine Stärkung der Selbstverantwortung der Betroffenen möglich. Nicht selten zeigen Schichtarbeiter aber ein ungünstiges Gesundheitsverhalten [2]; häufig rauchen sie, leiden an Bewegungsarmut, ernähren sich fehlerhaft und trinken zu viel Alkohol. Bereits aus diesem Umstand heraus ist aus Sicht der Gesundheitsförderung eine vorrangige Intervention abzuleiten. Eine Beobachtung der DGAUM [3] unterstreicht die Bedeutung von Interventionsmaßnahmen und stellt fest, dass unter jungen Ausbildungsabsolventen sich diejenigen überdurchschnittlich häufig freiwillig für die Schichtarbeit entscheiden, die bereits zu Ausbildungszeiten ein gesundheitsriskantes Verhalten aufwiesen.

Es sollte auch berücksichtigt werden, dass die Gesundheitsberatung von Schichtarbeitern von der Beratung anderer Zielgruppen nicht nur inhaltlich unterschieden werden muss. Die durch die Schichtarbeit entstehende Belastung entzieht dem menschlichen Körper „proaktive Energien“ [6: S. 43]. Für einen verhaltensbeeinflussenden Lernzuwachs sind diese jedoch notwendig; eine Verhaltensänderung herbeizuführen wird somit erschwert.

Eine Gesundheitsberatung, wie sie innerhalb der Präventionsschicht umgesetzt wird, ist dieser Herausforderung gewachsen, denn sie setzt auch schwierig zu beeinflussende Einsichten und Motivationen der Zielgruppe voraus [14].

## Präventionsschicht

Schichtarbeitende Mitarbeiter der B. Braun Melsungen AG haben die Möglichkeit, ihre jeweils anstehende arbeitsmedizinische Vorsorge durch eine ganztägige gesundheitsberatende Schulung (Präventionsschicht) zu ergänzen. Im Rahmen dieser erfolgt zunächst eine aktiv-informierende Schulung über Belastungen der Schichtarbeit, über Möglichkeiten der Beanspruchungsminimierung und der Schlafhygiene. Eine Chronotypenbestimmung wird angeboten. Eine praxisnahe Theorievermittlung gesundheitsbewusster Ernährung und konkrete Ratschläge zu empfohlenen Mahlzeiten speziell in der Nachtschicht und ideale Zeitpunkte hierfür werden durch eine Ernährungsberatung durchgeführt. Die Teilnehmer erleben ein dialogorientiertes Mittagessen und können sich untereinander und mit den Dozenten persönlich austauschen. Weitere Inhalte der Präventionsschicht sind u. a. eine Fitnessberatung, ein Modul zur Rückengesundheit sowie ein von der betrieblichen Sozialarbeit moderiertes Forum zum Thema soziale Aspekte der Schichtarbeit. Die Schulung verweist auf mögliche Präventionsangebote – hier sei beispielhaft die Datenbank der Zentralen Prüfstelle Prävention genannt. Im Sinne der Nachhaltigkeit vermittelt sie stets auch an weiterführende Angebote (bestehender Netzwerke). Dazu gehören zum Beispiel Angebote zur Schlafdiagnostik, zur individuellen Ernährungsberatung für Diabetiker, eine psychologische Beratung oder eine physiotherapeutische Sprechstunde.

Durch eine bereits vor der Teilnahme an der Präventionsschicht durchgeführte Voruntersuchung und Blutentnahme im Gesundheitsdienst kann der Arbeitsmediziner den Schichtarbeitenden individuell und risikoprofilorientiert beraten. Hierzu werden folgende Kennzahlen und Werte standardmäßig erhoben: Arbeitsbewältigungsindex (WAI), Findrisk (Diabetesrisiko), Body-Mass-Index (BMI) und die Auswertung zur Prävalenz von Schlafstörungen. Diese allen Beschäftigten angebotene Check-up-Untersuchung erfolgt zweizeitig, sodass jedem Mitarbeiter zum zweiten Termin ein individueller Gesundheits- und Risikobericht ausgehändigt werden kann.

Hinsichtlich der Evaluation erfolgt langfristig auch eine altersbereinigte Beobachtung der Kennzahlen WAI, Findrisk und BMI. Konkrete Ergebnisse hierzu stehen noch aus, weil diese Kennzahlen Ergebnisse komplexer Prozesse sind und mögliche Veränderungen erst später sichtbar werden könnten.



Kurzfristig richtet sich der Blick daher zunächst auf die Frage, ob durch die Teilnahme an der Präventionsschicht eine Veränderung der Verhaltensbereitschaft zu beobachten ist – etwa hinsichtlich der Dimensionen Schlafstörung und Übergewicht.

Die Einstufung der Verhaltensbereitschaft erfolgt nach transtheoretischem Modell [15] in die vier aufeinanderfolgenden Phasen Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Umsetzung oder ggf. „nicht zutreffend“. So befinden sich 13% der unter Schlafstörungen leidenden schichtarbeitenden Befragten vor Teilnahme in der Phase der Absichtslosigkeit und beabsichtigen dementsprechend aktuell nicht, hiergegen aktiv zu werden (»»» Abbildung 2). Weitere 13% befinden sich in der Absichtsbildung, 15% in der Vorbereitung, 28% in der Umsetzung und 31% geben an, nicht unter Schlafstörungen zu leiden. Die „stage-yourself-Phasenidentifikation“ zu den Dimensionen Schlafstörung und Übergewicht ist dabei in eine modifizierte Form des Arbeitsbewältigungsindex integriert, ohne dessen Ausfüllen zu stören. Die Erhebung geschieht vor Teilnahme an der Präventionsschicht und drei Monate danach.

Die bisherige Re-Evaluation macht deutlich, dass nach Teilnahme Verschiebungen in der Verhaltensänderungsbereitschaft erfolgten, dies teilweise auch stufenüberspringend (s. vereinfacht dargestellt in »»» Abbildung 2). In Summe kann bei 18,5% der Teilnehmer hinsichtlich Schlafstörung eine positive Entwicklung (etwa von Absichtslosigkeit zu Vorbereitung) in der Verhaltensänderungsbereitschaft bescheinigt werden. In Bezug auf das Übergewicht trifft diese Aussage sogar auf 37% der Teilnehmer zu.

## Fazit

Aus Sicht der BKK B. Braun Melsungen AG  
Wie am Beispiel Präventionsschicht detailliert gezeigt, können dank des Arbeitgeber-Bonusvertrages praxisorientierte Lösungskonzepte zeitnah realisiert werden. Auch die im Beitrag aufgeführten weiterführenden Angebote werden durch die BKK B. Braun im Rahmen des Bonusvertrages unterstützt.

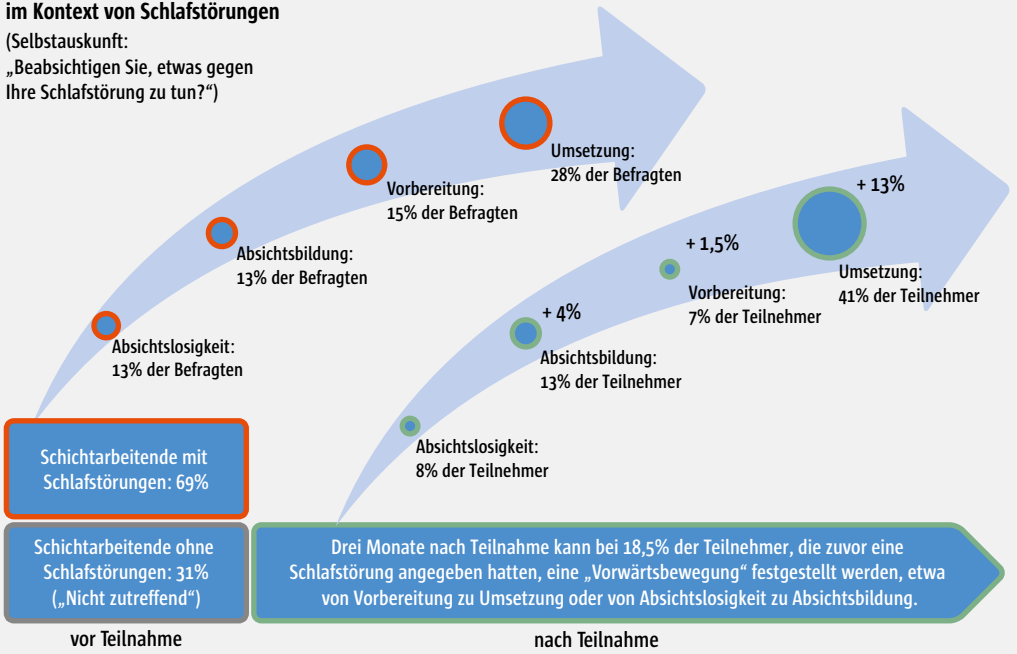
In enger Zusammenarbeit mit dem Trägerunternehmen werden den Beschäftigten der B. Braun Melsungen AG passgenaue Angebote und Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention angeboten. Ziel ist es, sie beim Erhalt und/oder bei der Wiederherstellung des höchsten Gutes, das sie besitzen, zu unterstützen: der Gesundheit.



Abbildung 2 Ergebnisse der Re-Evaluation

**Verhaltensänderungsbereitschaft nach transtheoretischem Modell im Kontext von Schlafstörungen**

(Selbstauskunft: „Beabsichtigen Sie, etwas gegen Ihre Schlafstörung zu tun?“)



**Aus Sicht des Gesundheitsmanagements**

Die bisherigen Auswertungen der Präventionsschicht zeigen, dass die Teilnehmer für die – durch Schichtarbeit induzierten – Gesundheitsbeeinträchtigungen sensibilisiert werden konnten. Nach der Teilnahme veränderte sich ihr Inanspruchnahmeverhalten positiv und man konnte sie für weiterführende Gesundheitsaktionen gewinnen. Im Kontext Schlafstörung und Übergewicht wurde dies durch eine messbare vorwärtsgerichtete Entwicklung der Verhaltensänderungsbereitschaft belegt.

**Aus Sicht eines Teilnehmers**

„Für mich war die Präventionsschicht sehr informativ. Man erhält unter anderem Informationen zur Intensivierung des Schlafs und der gesunden Ernährung, einiges versuche ich nun umzusetzen. Die Präventionsschicht kann ich allen Schichtarbeitern nur weiterempfehlen.“ (Teilnehmerrückmeldung Willi Volk)

**Literatur**

1. Oberender & Partner Unternehmensberatung im Gesundheitswesen. „Konzept zur Reduktion des demografiebedingten Produktivitätsrisikos“ (Unternehmensinterne Unterlagen), 2010
2. Beermann B. Nacht- und Schichtarbeit – ein Problem der Vergangenheit? Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), 2008. <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel10.html> (Zugriff am 16.06.2016)
3. DGAUM (Hrsg.). Arbeitsmedizinische Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V./Nacht- und Schichtarbeit. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 2006; 41(8): 390–397
4. DGUV (Hrsg.). DGUV Report 1/2012. Schichtarbeit. Rechtslage, gesundheitliche Risiken und Präventionsmöglichkeiten. Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2012
5. Angerer P, Petru R. Schichtarbeit in der modernen Industriegesellschaft und gesundheitliche Folgen. Somnologie 2010; 14(2): 88–97
6. Wedderburn A. Schichtarbeit und Gesundheit. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. 2000

7. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung I: Definitionen, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und Strategien. In: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 6. Aufl. Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 2006, S. 73–78
8. Karazman R. Auswirkungen von Schichtarbeit auf Lebensqualität, persönliche Entwicklung und Gesundheit. Tagungsbericht Schichtarbeiter-Netzwerk BGF. Steyermühl, Österreich., 6.3.2002
9. BAuA (Hg.). Leitfaden zur Einführung und Gestaltung von Nacht- und Schichtarbeit. 9. Auflage. Dortmund/Berlin, 2005
10. Rutenfranz J, Knauth P, Nachreiner F. Arbeitszeitgestaltung. In: Schmidtke H (Hg.). Ergonomie. 3. Aufl. München: Carl Hanser, 1993, S. 574–599
11. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.). Schichtarbeit und Nachtarbeit. Probleme – Formen – Empfehlungen. 4. Auflage. München, 1997
12. BKK Bundesverband (Hg.). Besser leben mit Schichtarbeit. 7. Auflage. Essen, 2006
13. Sabo P. Gesundheitsberatung. In: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 6. Aufl. Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 2006, S. 61–63
14. Lehmann M. Verhaltens- und Verhältnisprävention. In: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 6. Aufl. Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 2006, S. 61–63
15. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Hersen M, Eisler RM, Miller P (Eds.). Progress on behavior modification. Sycamore: Sycamore Press, 1992, pp. 184–214



Manuela Wacker

Ausgebildete Industriekauffrau, Pharmareferentin und Medizinprodukteberaterin im B. Braun Konzern (1992–1998). Studium der Gesundheits- und Sozialökonomie mit anschließendem Studium der Betriebswirtschaft (1999–2002 an der VWA). Seit 2002 Referentin der Gesundheitsökonomie und Teamleiterin Marketing/ Gesundheitsprojekte der BKK B. Braun Melsungen AG. Neben der Teamleitung u.a. hauptverantwortlich für die Bereiche primäre Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Selbsthilfe. Enge Zusammenarbeit und Abstimmung der gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Gesundheitsmanagement „Fit@B.Braun“ der B. Braun Melsungen AG.



Uwe Ross

Studium der Ingenieur- (Maschinenbau, Elektrotechnik) und Sozialwissenschaften. Seit 2005 Leiter des Bereichs Arbeitswissenschaft. Seit 2010 Leiter des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und Demografiebeauftragter der B. Braun Melsungen AG.

Tätigkeitsschwerpunkte Gesundheitsmanagement: Verantwortlich für die Planung, Koordination, Durchführung und das Controlling von Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention an den deutschen Unternehmensstandorten der B. Braun Melsungen AG einschließlich der Fokusthemen *Psychische Gesundheit/ Suchtprävention/Betriebliches Eingliederungsmanagement*.

Tätigkeitsschwerpunkte in der Arbeitswissenschaft: Gestaltung von Arbeits-, Organisations- und Lernprozessen, Schichtmodell- und Personaleinsatzplanung, Industrie 4.0, Lean-Management, Gruppenarbeit, Ergonomie.



Benjamin Graaf

Nach 10-jähriger hauptberuflicher Tätigkeit im Rettungsdienst Ausbildung zum Fachwirt im Sozial- und Gesundheitswesen (IHK). Seit 2008 Leiter Innendienstorganisation des arbeitsmedizinischen Dienstes der B. Braun Melsungen AG. In der Zeit von 2010 bis 2014 berufsbegleitendes Studium der angewandten Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Magdeburg (B.Sc.). Tätigkeitsschwerpunkte u.a. Chronotypologie, Schichtarbeit und Schlafhygiene.

Seit 2015 Masterstudium im berufsbegleitenden Fernstudiengang Workplace Health Management an der Universität Bielefeld.

# „Fit mit Würth“: Aktivpause und Gesundheitslotsen bringen Mitarbeiter in Bewegung

Sarah Lonsing<sup>1</sup>, Silke Kruschwitz<sup>1</sup>, Lydia Funk<sup>1</sup> und Dieter Volpp<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Adolf Würth GmbH & Co. KG und

<sup>2</sup> Betriebskrankenkasse Würth, Künzelsau

## Unternehmensprofil

Die Adolf Würth GmbH & Co. KG ist das Mutterunternehmen der global tätigen Würth-Gruppe. In ihrem Kerngeschäft, dem Handel mit Montage- und Befestigungsmaterial, ist der Konzern Weltmarktführer. Die über 125.000 Produkte aus den Bereichen Schrauben, Schraubenzubehör, Dübel, chemisch-technische Produkte, Möbel- und Baubeschläge, Werkzeuge, Bevorratungs- und Entnahmesysteme sowie Arbeitsschutz schätzen professionelle Anwender. Würth ist also immer da, wo gebohrt, geschliffen, geklebt, gedübelt und geschraubt wird. Vor allem aber ganz nah am Menschen: durch den persönlichen Kontakt mit 3.000 festangestellten Außendienstmitarbeitern und in über 400 Niederlassungen. Die Adolf Würth GmbH & Co. KG beschäftigt deutschlandweit rund 6.300 Mitarbeiter.

## BKK Würth

Zum 01.01.1990 hat die Adolf Würth GmbH & Co. KG eine eigene Betriebskrankenkasse gegründet. Frühzeitig wurde ein Hauptaugenmerk auf das Thema Gesundheitsförderung gerichtet. So wurden bereits im ersten Jahr der Gründung der BKK Würth Gesundheitskurse aus dem Bereich Bewegung angeboten. Hilfreich war hierbei die Nähe des Trägerunternehmens zum Berufskolleg Waldenburg gem. e.V., einer Ausbildungsstätte für Sport- und Physiotherapie. Von dort konnten qualifizierte Sporttherapeutinnen und Sporttherapeuten als Kursleiter/-innen gewonnen werden. Silke Kruschwitz war eine der ersten Kursleiterinnen, die der BKK und dem Trägerunternehmen erhalten bleiben sollte. Durch ihr Engagement entstand im Jahre 1994 „Fit mit Würth“ unter dem Dach der Adolf Würth GmbH & Co. KG. Im Laufe der Zeit wurde das „Fit mit Würth“-Programm kontinuierlich erweitert. Im Jahr 2015 wurden 284 Kurse angeboten, zu denen sich 4.231 Personen angemel-

det hatten. Ein Bestandteil von „Fit mit Würth“ sind die Themen „Aktivpause“ und „Gesundheitslotse“, die nachfolgend näher beschrieben werden.

## Gesundheitsmanagement bei Würth

Das Unternehmensmotto „Nah. Näher. Würth.“ gilt nicht nur für Kundennähe, sondern Würth möchte auch nah am Mitarbeiter und seinen Bedürfnissen sein. So setzt sich das Unternehmen als Arbeitgeber aktiv für die Gesundheit seiner Mitarbeiter ein. Ziel ist es, das Bewusstsein für eine gesunde Lebens- und Arbeitsweise bei den Mitarbeitern zu stärken. Das Würth-Gesundheitsmanagement umfasst verschiedene Schwerpunktbereiche: Bewegung, Ernährung, Sicherheit, Soziales, Vorsorge und Wohlbefinden (» Abbildung 1).

2014 wurde das „Fit mit Würth“-Gesundheitsmanagement mit dem Exzellenz-Siegel des Corporate Health Awards für ein vorbildliches und strukturell in die Unternehmensprozesse integriertes Gesundheitsmanagement ausgezeichnet. Zusätzlich zählte das Gesundheitsmanagement der Firma Würth im Jahr 2015 zu den drei Nominierten des Felix Burda Awards für das Engagement in der Darmkrebsvorsorge. All diese Auszeichnungen erkennen die ganzheitliche Ausrichtung des Themas Gesundheit im Unternehmen an. Ein weit gestricktes Netz aus innerbetrieblichen Verantwortlichen, die sich regelmäßig zu Arbeitskreisen „Gesundheit“ einfinden, zeichnet das Gesundheitsmanagement der Firma Würth als ein Spezielles seiner Art aus.

Am Unternehmenssitz steht das Gesundheitsmanagement vor der Herausforderung der überwiegenden Verwaltungsarbeit, der ein Großteil der Beschäftigten nachgeht. Der Arbeitsalltag ist durch eine ununterbrochene sitzende Tätigkeit geprägt. Dadurch fällt es den Mitarbeitern schwer, das von der WHO empfohlene tägliche Mindestmaß von 30 Minuten mäßig intensiver Bewegung an 5 Tagen in der Woche zu erreichen.

Abbildung 1 Das Würth-Gesundheitsmanagement

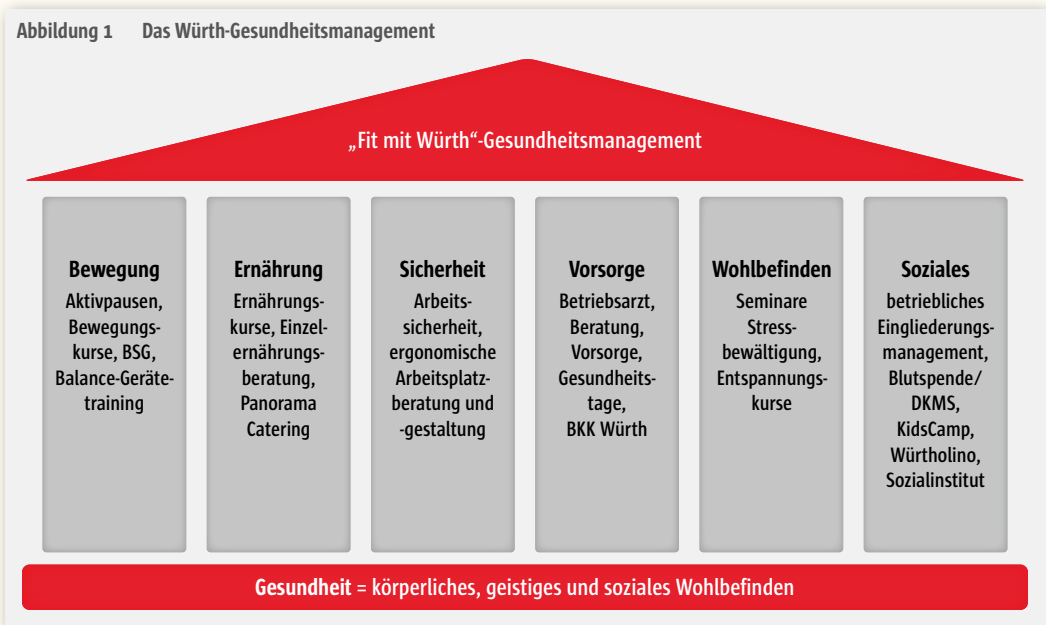


Abbildung 2 Gesundheitslotse führt eine 15-minütige Aktivpause mit Mitarbeitern durch



Diesem Problem begegnet die Adolf Würth GmbH & CO. KG seit geraumer Zeit aktiv durch die Ausbildung von Gesundheitslotsen. Diese werden geschult, Bewegungspausen (Aktivpausen) selbständig durchzuführen.

### Aktivpause

Aktivpause bedeutet in der Adolf Würth GmbH & Co. KG eine 5- bis 15-minütige Bewegungseinheit wahlweise mit Kleingeräten zu passender Musik (» Abbildung 2). Die Geschäftsleitung ist davon überzeugt, dass Aktivpausen der Aktivierung des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmungsorgane und der Regene-

ration des Körpers dienen. Durch einfache Übungen wird der Stützapparat stabilisiert und verkürzte Muskelgruppen gedehnt. Somit können Pausen so produktiv wie möglich genutzt werden, um sich bestmöglich „zu erholen“. Getreu dem Motto „**Pausen sind keine Frage von Zeit, sondern von Qualität**“ hat sich die Aktivpause als Teil der Unternehmenskultur integriert. Seit vielen Jahren wird diese in den verschiedensten Abteilungen, bei Konferenzen oder Willkommensveranstaltungen praktiziert. Für unsere Außendienstmitarbeiter wurde eine „Ergonomie-Drehscheibe“ entwickelt, mit der neben der ergonomisch gesunden Sitzeinstellung auch gymnastische Übungen aufgezeigt werden, die im Stau, an der Ampel oder am Rastplatz durchgeführt werden können.

Robert Friedmann, Sprecher der Konzernführung der Würth-Gruppe, äußert sich mit diesen Worten zu den Bewegungspausen oder Aktivpausen:

*„Seit mehr als zwei Jahrzehnten nutzen die Teilnehmer die Aktivpausen, um sich nicht nur im Kopf, sondern auch körperlich zu ‚bewegen‘. Ein Konzept mit einer langen Tradition im Unternehmen. Dass man dabei auch Spaß haben kann und der Ernst etwas in den Hintergrund rückt, ist ein weiteres positives Merkmal.“*

Die Aktivpausenprogramme erfreuen sich großer Beliebtheit. Im Jahr 2015 wurden insgesamt 407 Aktivpausen mit 4.876 Teilnehmern veranstaltet.

### Aktivpause in der Logistik

Das Angebot der Aktivpause sieht es vor, alle Mitarbeiter zu erreichen. Infolgedessen finden im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsprogramms „Fit mit Würth“ vermehrt Aktionstage speziell für die Logistikmitarbeiter statt. Am Beispiel der großen Lageraktivpause werden einmal jährlich zeitgleich an 13 verschiedenen Stellen in den Vertriebszentren bewegte Pausen zweimal am Tag, in der Früh- und Spätschicht, durchgeführt. „Fit mit Würth“-Trainer und Schüler der Ausbildung zum Sport- und Gymnastiklehrer des Berufskollegs Waldenburg gemeinnütziger e.V. führen durch das 15-minütige Fitnessprogramm. In diesem Zeitraum ist es allen Logistikmitarbeitern möglich, an den Bewegungsübungen teilzuhaben, da extra dafür die Bänder stillgelegt werden. Inhaltlich werden Übungen zur Aktivierung des Herz-Kreislauf-Systems und gesunde Bewegungsabläufe im Arbeitsalltag geübt.

Dieses abgerundete Angebot schafft ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement, das sich gleichberechtigt für alle Mitarbeiter der Adolf Würth GmbH & Co. KG einsetzen kann.

### Projekt Gesundheitslotse

Durch den langjährigen Erfolg der allgemeinen Aktivpause stellte sich das „Fit mit Würth“-Gesundheitsmanagement der Aufgabe, die bewegten Pausen neu auszulegen und frischen Input zu liefern. Im Zuge der Überlegungen, wie Kollegen noch mehr für eine gesundheitliche Arbeitsweise sensibilisiert werden können, rief die Adolf Würth GmbH & Co. KG das Projekt „Fit mit Würth“-Gesundheitslotsen ins Leben.

Die Grundidee des Vorhabens ist, in den Abteilungen einen Verantwortlichen zur Durchführung von 5- bis 15-minütigen Bewegungs- bzw. Aktivpausen auszubilden. Dieser Verantwortliche kann der Abteilungsleiter oder aber auch ein Mitarbeiter im Team sein. Der Gesundheitslotse wird mithilfe der Sport- und Physiotherapeuten zur selbstständigen Umsetzung einer aktiven Pause geschult (» Abbildung 3). Gearbeitet wird in den Pausen mit Übungsplakaten, Trainingsgeräten, Übungsvideos und der dazu passenden Musik.

Wesentlicher Vorteil des Projektes ist, dass der Gesundheitslotse aus den „eigenen Reihen“ kommt. Dies motiviert die Mitarbeiter ungemein, was wiederum die Produktivität nach der Pause merklich steigert.

Das vorrangige Ziel war es, Mitarbeiter als Multiplikatoren von Gesundheitsthemen zu befähigen und zum gesundheitsförderlichen Verhalten zu animieren. Zum einen wurde eine größere Selbstverantwortung der Mitarbeiter in der Abteilung erreicht. Diese zeigte den Teilnehmern, dass es ganz einfach sein kann, die eigene Gesundheit in die Hand zu nehmen und Spaß an Bewegung zu haben. Zum anderen steigerte das Projekt „Gesundheitslotse“ auch die Zusammenarbeit und den Zusammenhalt in der Abteilung. Auch externe Referenten der unterneh-

Abbildung 3 Gesundheitslotse leitet eine Aktivpause für Mitarbeiter in der Verwaltung





menseigenen Weiterbildungsakademie wurden geschult, selbstständig zu beliebiger Zeit aktive Pausen als Alternative zu Kaffee- oder Raucherpausen durchzuführen.

### Vorgangsablauf

Im ersten Schritt werden Gesundheitslotsen ausgewählt und ausgebildet. Vorgefertigte Übungsplakate mit verschiedenen, leicht nachahmbaren Übungen bilden die Grundlage, die von den internen Sport- und Physiotherapeuten fachlich zusammengestellt wurden.

Die Informationsveranstaltung dient der Vorstellung des Projekts und der Kleingeräte in den Abteilungen. Als Trainingsgeräte werden Therabänder, Tennisbälle, Weckgummis, Meterstäbe und Brasils ausgewählt. Jede Abteilung mit Gesundheitslotsen erhält eine Kiste mit den nötigen Materialien, die zur Durchführung einer selbständigen Aktivpause hilfreich sind. Diese Sportgegenstände wurden von der Pilotabteilung getestet. In regelmäßigen Abständen werden neue Kleingeräte vorgestellt und erweitern das Repertoire der Abteilung. Kontinuierlich wird mit dem Gesundheitslotsen über Fortschritte oder Probleme der eigenständigen Pause gesprochen und eventuell Anpassungen vorgenommen. Dieses Vorgehen gewährleistet den Erfolg dieser Maßnahme.

### Wissenschaftliche Aspekte einer Aktivpause

Die Projekte „Aktivpause“ und „Gesundheitslotse“ wirken dem ununterbrochenen Sitzen der Verwaltungsmitarbeiter entgegen, welches ein zumeist unterschätztes Gesundheitsrisiko darstellt. Sitzen, in vor allem vorgebeugter Position, mindert die Atemfunktion, Blutzirkulation und birgt Belastungen der inneren Organe. Wissenschaftliche Studien belegen, dass es in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen von großer Bedeutung ist, das Sitzen immer wieder mal zu unterbrechen. Gleichzeitig kann das lange Sitzen ebenfalls zu Rückenbeschwerden führen, die durch eine zu schwache Rumpfmuskulatur noch verstärkt werden.

Gerade bei diesem Wissensstand sollte eine Aktivpause im Unternehmen nicht fehlen. Durch die Bewegung wird die Durchblutung des Körpers gefördert. Vor allem das Gehirn wird vermehrt mit Sauerstoff versorgt, was eine gesteigerte Aufmerksamkeit nach sich zieht. Selbst kleinste Bewegungen weisen einen positiven Effekt auf Blutfettwerte, den Insu-

linhaushalt und den Abbau von psychophysischen Spannungen auf. Darüber hinaus wirkt sich eine konsequente Durchführung der bewegten Pause auf das Körpergefühl und die Körperhaltung aus. Mit spezifischen Übungen kann der Bewegungsapparat aufgerichtet werden und die Haltung wirkt automatisch selbstsicher, offen und präsent [1].

### Erfolgslebnisse

Mit dem Projekt „Gesundheitslotse“ erreicht Würth die Sensibilisierung der Mitarbeiter für die eigene Gesundheit. Eine hohe Motivation sowie ein besseres Betriebsklima stellen sich als Erfolgslebnisse ein. Das stärkt den Zusammenhalt untereinander, aber auch die emotionale Verbundenheit zum Unternehmen. Die Arbeitszufriedenheit steigt an, da das Unternehmen seinen Mitarbeitern die Freiheit über die Durchführung des Projekts überlässt und die positiven Effekte einer aktiven Pause selbst in die Hand genommen werden. Dazu ist der Gesundheitslotse geschult, Situationen zu erkennen, in denen Konzentrationsschwächen auftreten, um diesen aktiv zu begegnen. Ein Ausgleich vom meist stressigen Arbeitsalltag kann somit zu einer selbstbestimmten Zeit vorgenommen werden. Diese Selbstbestimmung spielt eine große Rolle, da festgelegte Pausen wie ein starres Korsett interpretiert werden und meist individuelle Leistungskurven vernachlässigen. Die Aktivpause reduziert verdeckte Pausen, in denen Arbeitnehmer nur scheinbar arbeiten. Blockaden durch Arbeitshindernisse wie z.B. Müdigkeit, An- und Verspannung sowie schlechte Konzentration kann so entgegengewirkt werden. Zudem zählt die Aktivpause zur Arbeitszeit und bietet damit neben dem Spaßfaktor eine kleine Erleichterung im Arbeitsgeschehen.

Jüngst äußerten sich die Projektteilnehmer zu den erreichten Ergebnissen. Mitarbeiterin Elke Brückner zu dem Projekt:

*„Wir versuchen, jeden Tag eine kleine Aktivpause einzuplanen. Inzwischen machen alle Kollegen von der Abteilung mit, wir motivieren uns gegenseitig und man hat anschließend das gute Gefühl, etwas für das eigene Wohlbefinden getan zu haben.“*

Ganz nebenbei sind die Gesundheitslotsen neue Multiplikatoren für das Gesundheitsmanagement, die wichtige Informationen über Gesundheitsthemen im Unternehmen wie zum Beispiel Anmeldestarts von neuen Kursen oder Termine zu Gesundheitstagen weitertragen können.

## Literatur

1. Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG). Praxisfeld Arbeiten und Pause. Pausen gesund und aktiv gestalten. 2013. <http://www.dguv.de/medien/iag/praxisfelder/dokumente/arbeiten-pause-broschuere.pdf> (Zugriff am 22.06.16)



Sarah Lonsing, M.A.

Sarah Lonsing studierte Gesundheitsförderung an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd (B.A.) und Prävention und Gesundheitsmanagement (M.A.) an der Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement. Seit 2011 beschäftigt bei der Adolf Würth GmbH & Co. KG im „Fit mit Würth“-Gesundheitsmanagement.



Silke Kruschwitz

Ausbildung zur Sport- und Gymnastiklehrerin mit Schwerpunkt Sporttherapie im Bereich Orthopädie, Innere Erkrankungen, Psychosomatik und Suchtbehandlung am Berufskolleg Waldenburg und seit April 1993 Dozentin im Ausbildungszweig Sport. 1994 Mitbegründerin von „Fit mit Würth“ – dem Gesundheitsförderungsprogramm der Adolf Würth GmbH und Co. KG. Im Jahr 2008 Festanstellung in der Akademie Würth und seit April 2015 mit „Fit mit Würth“-Gesundheitsmanagement im Personalbereich angesiedelt.



Lydia Funk

Ausbildung zur Sport- und Fitnesskauffrau. 2011 Bachelorstudium im Bereich Gesundheitsförderung. Seit April 2015 Festanstellung bei der Adolf Würth GmbH & Co. KG im „Fit mit Würth“-Gesundheitsmanagement.



Dieter Volpp

Ausbildung zum Krankenkassenbetriebswirt von 1979 bis 1983 bei der damaligen, noch selbständigen AOK Hohenlohekreis. Seit 01.04.1990 Geschäftsführer bzw. seit 01.01.1996 Vorstand der zum 01.01.1990 gegründeten BKK Würth.

# FIGA: Frühzeitige Intervention psychische Gesundheit – ein sequentielles Arbeitsfähigkeitskonzept

Sabine Itt<sup>1</sup>, Ines Passier<sup>2</sup> und Simon Porzelt<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Merck BKK, Darmstadt, und

<sup>2</sup> Forschungsgruppe Arbeits- und Ingenieurpsychologie, Technische Universität Darmstadt

## Hintergrund<sup>1</sup>

Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen

Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen nehmen in der deutschen Bevölkerung seit Jahren zu [1]. Die Ursachen für die Entstehung dieser Krankheitsbilder sind komplex. Innerhalb der Gesundheitspsychologie erforschte Modelle wie bspw. das biopsychosoziale Modell der Krankheitsentstehung [2] oder das Modell zur Balance zwischen Beanspruchung und Ressourcen [3] fokussieren mehrheitlich die Teilaspekte „Belastung“ und „Ressourcen“: Es wird davon ausgegangen, dass das Verhältnis aus Belastungen und Ressourcen dafür entscheidend ist, ob und in welchem Ausmaß das Risiko für das Auftreten psychischer Symptome besteht. Stehen den Beanspruchungen, die das Individuum erlebt, ausreichend vorhandene Ressourcen zur Bewältigung gegenüber, können diese vor der Entwicklung psychischer Symptome schützen. Stehen vielfältigen Beanspruchungen jedoch nur geringe Ressourcen gegenüber, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychischer Probleme.

Als typische Belastungen, die zur Beanspruchung des Menschen führen können, sind berufliche und private Anforderungen zu nennen. Im beruflichen Bereich sehen sich Arbeitnehmer immer mehr den wachsenden Herausforderungen der heutigen Wissens-, Informations- und Dienstleistungsgesellschaft gegenüber. Im privaten Bereich bestehende Belastungen können bspw. Konflikte mit dem Ehepartner und/oder Pflege eines Familienangehörigen sein.

Als den Beanspruchungen gegenüberstehende personelle Ressourcen können u.a. Kompetenzen, Fähigkeiten und bestimmte funktionale Grundeinstellungen benannt werden. Als Beispiele seien Kompe-

tenzen im Bereich der Problem- bzw. Konfliktlösung genannt. Ein positiv erlebtes Arbeitsumfeld kann neben einem privaten sozialen Netzwerk ebenso eine wichtige Ressource für den Menschen darstellen.

Aktuelle Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigen, dass psychische Erkrankungen als zweithäufigste Erkrankungsgruppe für das Fernbleiben vom Arbeitsplatz verantwortlich sind. Die durch diese Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeits-Tage (sog. „AU-Tage“) sind ca. dreimal höher als im Vergleich zu allen anderen Erkrankungsgruppen [1]. Gerade deshalb liegt auf dem Bereich der psychischen Erkrankungen ein besonderes Augenmerk der Betriebskrankenkassen und deren Trägerunternehmen. Zudem sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen. Die Berentungsfälle treten im Vergleich zu anderen Erkrankungsgruppen mit einem Durchschnittsalter von 48,3 Jahren deutlich früher ein [4].

## Datenlage bei Merck

Durch die von der Merck BKK erstellten Gesundheitsberichte für das Unternehmen Merck konnten die allgemeinen Entwicklungen im Bereich der psychischen Erkrankungen auch hier bestätigt werden: Seit Jahren steigen die AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen kontinuierlich an. Im Jahr 2014 wurden 11% aller AU-Tage bei Merck durch psychische Störungen verursacht. Dieser Wert entspricht dem Branchendurchschnitt. Mit 29,7 Tagen pro AU-Fall weist diese Erkrankungsart die höchste durchschnittliche Erkrankungsdauer auf. Auch die Erkrankungsdauer pro Fall ist in den letzten Jahren stetig angestiegen [5].

## Merck BKK geht neue Wege mit FIGA

Als traditionelle betriebseigene Krankenkasse (nicht geöffnet) unterstützt die Merck BKK das Betriebliche Gesundheitsmanagement ihres Trägerunternehmens Merck. Mithilfe von innovativen Programmen zur Ge-

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.



sundheitsförderung soll der Versicherte in den Fokus gerückt werden und zum Unternehmenserfolg von Merck beigetragen werden. Der Versicherte soll eine schnelle, unbürokratische und individuell angepasste Unterstützung erhalten. Bei dieser Zielsetzung setzt das Programm FIGA an, welches im Frühjahr 2015 in die praktische Umsetzung gelangte.

Die aktuelle Entwicklung der AU-Daten lässt einen Bedarf an innovativen Maßnahmen zur psychischen Gesundheitsförderung und Stärkung der Arbeitsfähigkeit klar erkennen.

### Das Programm FIGA

FIGA steht für „Frühzeitige Intervention psychische Gesundheit – ein sequentielles Arbeitsfähigkeitskonzept“. Dieses Konzept bietet eine schnelle, fachlich kompetente und am Bedarf des Einzelnen orientierte psychologische Beratung bei Auftreten psychischer Beschwerden oder in psychosozialen Problemlagen. Als Zielgruppe für dieses Programm seien bspw. Versicherte genannt, die erste Symptome eines sog. „Burn-out-Syndroms“ beklagen wie Erschöpfung und gedrückte Stimmung, Anpassungsprobleme im Rahmen von Umstrukturierungen am Arbeitsplatz und damit assoziiertes Stresserleben zeigen und/oder private Konflikte haben.

Insgesamt trägt dieses Angebot der Merck BKK an ihre Versicherten der aktuell zu beobachtenden steigenden Nachfrage nach Beratung in Problemlagen Rechnung [6]. Im Sinne eines sekundärpräventiven Ansatzes soll durch FIGA die mögliche Entstehung einer psychischen Erkrankung verhindert, die Lebensqualität der Versicherten verbessert und eine mögliche Arbeitsunfähigkeit vermieden bzw. die Arbeitsfähigkeit nachhaltig gestärkt werden [7].

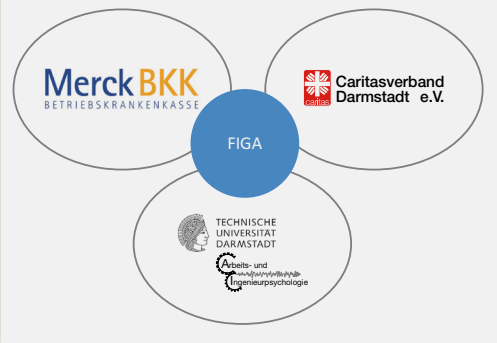
FIGA bietet eine frühzeitige, unbürokratisch verfügbare, fachlich kompetente Beratung an, die sich individuell am Bedarf des Versicherten orientiert.

Die Zusammenarbeit der Kooperationspartner

Das Projekt FIGA ist das Ergebnis aus der Zusammenarbeit der Merck BKK mit ihren Kooperationspartnern Caritasverband Darmstadt e.V. und Technische Universität Darmstadt, Forschungsgruppe Arbeits- und Ingenieurpsychologie (FAI). Die Kooperationspartner sind in **Abb. 1** dargestellt.

Innerhalb mehrerer Workshops wurde die Grundidee, ein frühzeitiges Beratungsangebot für die Ver-

Abbildung 1 Kooperationspartner in FIGA



sicherten anzubieten, ausgearbeitet. Hierbei diskutierten die Kooperationspartner u.a. folgende Aspekte zur Entwicklung und Implementation des Programms:

- Definition der Zielgruppe und Potenzialanalyse – Welche Versicherten sollen angesprochen werden? Wie hoch ist der Bedarf unter den Versicherten?
- Inhaltliche Ausgestaltung des Konzepts – Welche Form der Beratung soll angeboten werden? Erstellung von Schulungsunterlagen für die Berater.
- Aspekte der Steuerung wie z.B. Vorgehen zur Einsteuerung der Versicherten in das Programm.
- Erarbeitung von Unterlagen wie z.B. Flyern als Information für die Versicherten, Formvorlagen zur Kommunikation zwischen den Kooperationspartnern.
- Welche strukturellen Rahmenbedingungen (wie z.B. Räumlichkeiten, IT-Infrastruktur) müssen bereitgestellt werden?

In der konkreten Umsetzung von FIGA haben die Kooperationspartner schwerpunktmäßig verschiedene Aufgaben inne:

- Die Merck BKK ist u.a. zuständig für die Implementation des Programms an ihrem Standort und im Trägerunternehmen. Hierzu gehören u.a. die Bewerbung von FIGA und die Schulung beteiligter Mitarbeiter (z.B. Ansprechpartner der Merck BKK sowie Mitarbeiter des Trägerunternehmens aus den Bereichen der Sozialberatung und der Werkärztlichen Abteilung). Zudem erfolgt die Einsteuerung der Versicherten in das Programm FIGA über die Merck BKK.
- Der Caritasverband Darmstadt e.V. ist der Leistungserbringer von FIGA. In dieser Rolle gewährleistet er u.a. die Bereitstellung, Schulung und Super-

vision des Beraterpersonals und sorgt für strukturelle Rahmenbedingungen. Mit seinen zahlreichen Einrichtungen und Beratungsstellen ist er in der Region fest etabliert und bietet eine Vielzahl von Hilfeangeboten, auf die Teilnehmer aus dem Programm bei Bedarf zurückgreifen können.

- Die Technische Universität Darmstadt, Forschungsgruppe für Arbeits- und Ingenieurpsychologie (FAI), ist zuständig für die wissenschaftliche Begleitung von FIGA, welche die Unterstützung bei den o.g. Fragen zur Entwicklung und Implementation des Programms sowie die Evaluation umfasst (» nachfolgend Kap. „Wissenschaftliche Begleitung“).

### Das sequentielle Konzept

Die Beratung in FIGA wird in aufeinander folgenden Sequenzen durchgeführt. Dieses sequentielle Konzept ist in » Abbildung 2 dargestellt. Wie viele Sequenzen der Versicherte im Rahmen seiner Teilnahme durchläuft, richtet sich nach seinen individuellen Bedürfnissen.

#### Sequenz 1: „Orientierung“

Die erste Sequenz beginnt mit einem ausführlichen Erstgespräch. Ziel der Sequenz ist es, ein vertrauensvolles Arbeitsbündnis zwischen dem Programmteilnehmer und dem Berater aufzubauen. Ein erster Eindruck von der Problemlage des Teilnehmers und

dessen Erwartungen an die Beratung soll erlangt werden.

#### Sequenz 2: „Diagnostik & Bedarfsanalyse“

Diese bietet bei Bedarf die Möglichkeit, eine fundierte psychologische Diagnostik durchzuführen. Im Fokus der Sequenz steht die detaillierte Analyse der Problemlage und der Bedürfnisse des Teilnehmers:

- Welche Art von Beschwerden liegt bei dem Teilnehmer vor? Seit wann bestehen diese?
- Was führte zur Entstehung der Problematik, was hält diese aufrecht?
- Welche äußeren Faktoren spielen eine Rolle?
- Welche Strategien zur Selbsthilfe hat der Teilnehmer bereits eingesetzt?

Es erfolgt die für den Erfolg einer Beratung besonders wichtige Definition von Zielen [8]. Individuell an der Problemlage des Teilnehmers ansetzende Maßnahmen und Interventionen werden ausgewählt.

#### Sequenz 3: „Einzelgespräche & Gruppenangebote“

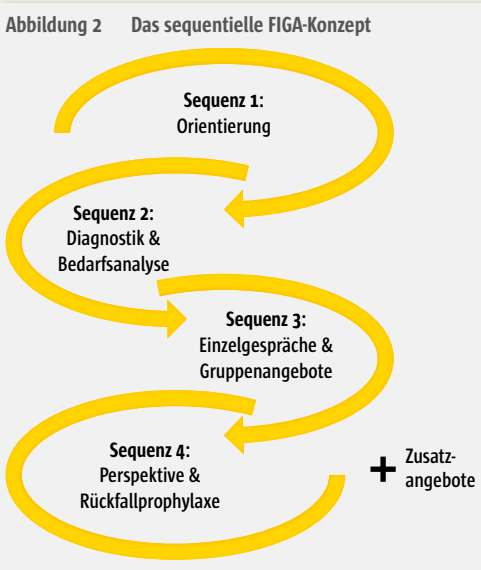
Diese bildet den eigentlichen Kern der Beratung. Ziel ist die konkrete Bearbeitung und Veränderung der Problemlage des Teilnehmers über den Einsatz der ausgewählten Maßnahmen und Interventionen. Neben den Einzelgesprächen hat der Teilnehmer die Möglichkeit, auch an Gruppenangeboten z.B. zum Erlernen eines Entspannungsverfahrens oder zum Ausbau sozialer Kompetenzen teilzunehmen. Somit kombiniert diese Sequenz die Stärken von beratenden Einzel- sowie Gruppenangeboten.

#### Sequenz 4: „Perspektive & Rückfallprophylaxe“

Ziel ist es, Erarbeitetes aus der Beratung nachhaltig zu festigen. Außerdem soll eine Perspektive für die Zeit nach der Beratung geschaffen werden. Hierzu können mit dem Teilnehmer Maßnahmen reflektiert werden, die er nach dem Abschluss der Beratung eigenständig auch im Sinne einer Rückfallprophylaxe weiterführen kann wie bspw. die Teilnahme an einem Gruppenangebot oder die Durchführung eines langfristig angelegten Sportprogramms.

#### Zusatzangebote

Teilnehmer des Programms FIGA können auf bestimmte Zusatzangebote zugreifen. U.a. besteht das Angebot einer kurzfristig verfügbaren psychiatrisch-fachärztlichen Beratung innerhalb eines etablierten Behandlernetzwerks des Caritasverbands. Die Möglichkeit zur Teilnahme an diversen gruppentherapeutischen Angeboten ist ebenfalls gegeben. Über eine telefonische Notfallhotline erreichen auch FI-



GA-Teilnehmer im akuten Bedarfsfall einen Ansprechpartner. Die Beratung in FIGA kann nach wenigen Gesprächen bereits abgeschlossen sein oder der Teilnehmer durchläuft sämtliche Sequenzen und nutzt ergänzende Zusatzangebote – je nach Bedarf.

*Weitere Behandlungsmöglichkeiten*

Sollte innerhalb der Beratung in FIGA deutlich werden, dass der Klient andere Maßnahmen benötigt, als diese von FIGA angeboten werden können, werden diese in Rücksprache mit der Merck BKK in die Wege geleitet. Als Beispielfälle sind Klienten zu nennen, bei denen sich während der Teilnahme herausstellt, dass sie an einer manifesten psychischen Erkrankung leiden. In diesem Fall wird der Klient zu entsprechenden therapeutischen Maßnahmen wie z.B. der Aufnahme einer Richtlinienpsychotherapie oder einer stationären Behandlung beraten. Entsprechende Maßnahmen können mit Unterstützung der Merck BKK schnell und bedarfsgerecht in die Wege geleitet werden.

*Einstuerung:*

*Wie gelangen Versicherte in das Programm?*

Die Einstuerung der Versicherten ist ein wichtiger Prozess im Rahmen der praktischen Umsetzung des Programms. Die enge Verbundenheit der Merck BKK zum Unternehmen und die gute Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitspartnern bei Merck erwies sich bei der Implementierung des Projekts als großer Vorteil. Als entscheidende Schnittstellen für die Einstuerung von Versicherten in das Programm wurden die Sozialberatung sowie die Werkärztliche Abteilung des Trägerunternehmens identifiziert. An die Ansprechpartner dieser Abteilungen wenden sich die Versicherten im Regelfall bei Problemen und hier kann somit den Versicherten das Programm FIGA vorgeschlagen werden. Falls der Versicherte eine Teilnahme wünscht, wird er als potenzieller Teilnehmer an die Merck BKK gemeldet. Die Merck BKK ent-

scheidet letztendlich über die Teilnahmemöglichkeit des Versicherten i.S. der Fallsteuerung. Ist eine Teilnahme möglich, wird dieses an den Caritasverband gemeldet. Es erfolgt eine umgehende Kontaktaufnahme mit dem Versicherten und die direkte Vereinbarung eines Erstgesprächs, welches innerhalb von 7-10 Tagen erfolgen kann. Auch eine Anmeldung des Versicherten in Eigeninitiative ist möglich. Der Ablauf der Einstuerung ist schematisch in **»»** Abbildung 3 dargestellt.

*Mehrwert für die Versicherten*

Die Merck BKK bietet ihren Versicherten mit FIGA ein innovatives Beratungskonzept mit einem hohen Mehrwert an:

**Der Zugang zum Programm erfolgt schnell und unbürokratisch**

Die Beratung in FIGA kann unmittelbar nach Auftreten erster psychischer Beschwerden erfolgen – übliche lange Wartezeiten auf einen Erstkontakt mit Fachpersonal [9] werden vermieden.

**Die Beratung erfolgt fachlich kompetent**

Diese erfolgt durch qualifiziertes Fachpersonal (Dipl.- bzw. M.Sc.-Psychologen mit zusätzlichen Qualifikationen z.B. in systemischer Beratung bzw. Dipl.- bzw. M.Sc.-Psychologen in fortgeschrittener Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten). Diese werden für das Programm FIGA zusätzlich geschult und regelmäßig supervidiert. Die Auswahl der eingesetzten Interventionen erfolgt nach wissenschaftlichen Erkenntnissen [u.a. 10, 11].

**Die Beratung ist individuell angepasst und ressourcenschonend**

Die Beratung in FIGA erfolgt nach einem sequentiellen Prinzip orientiert am Bedarf des Einzelnen. Dieses heißt konkret, dass der Berater eine sog. „Lotsenfunktion“ übernimmt und

Abbildung 3 Modell zur Einstuerung der Versicherten in FIGA



die Dauer und Inhalte der Beratung an den Teilnehmer anpasst. Somit ist ein ökonomischer Ressourceneinsatz gewährleistet.

**Transparente Zusammenarbeit der Akteure im Sinne des Versicherten**

Die Merck BKK erhält unter Einhaltung sämtlicher datenschutzrelevanter Aspekte strukturelle Informationen zu dem Status des Versicherten, z.B. in welcher Sequenz dieser sich befindet, wann er das Programm abschließt usw. Nach Wunsch des Versicherten kann auch ein konkreterer Austausch mit der Merck BKK, der Sozialberatung oder der Werkärztlichen Abteilung stattfinden, z.B. um weitere Bedarfe des Versicherten zu kommunizieren und entsprechende Unterstützungsmaßnahmen gemeinsam einzuleiten.

**Wissenschaftliche Begleitung**

Eine häufige Kritik bei der Einführung innovativer Programme bezieht sich darauf, dass diese nicht oder nur unzureichend hinsichtlich ihrer theoretischen Fundierung, Umsetzung und Wirksamkeit begleitet und evaluiert werden, wobei diese Art des Vorgehens klar empfohlen wird [12]. Im Falle des Programms FIGA erfolgt die wissenschaftliche Begleitung durch die TU Darmstadt, Forschungsgruppe für Arbeits- und Ingenieurpsychologie (FAI). Diese Begleitung umfasst die Unterstützung bei der Entwicklung und Implementation des Programms, wie bereits in **III** Kapitel „Die Zusammenarbeit der Kooperationspartner“ beschrieben, sowie die Evaluation von FIGA. **III** Abbildung 4 stellt die Teilaspekte der wissenschaftlichen Begleitung dar.

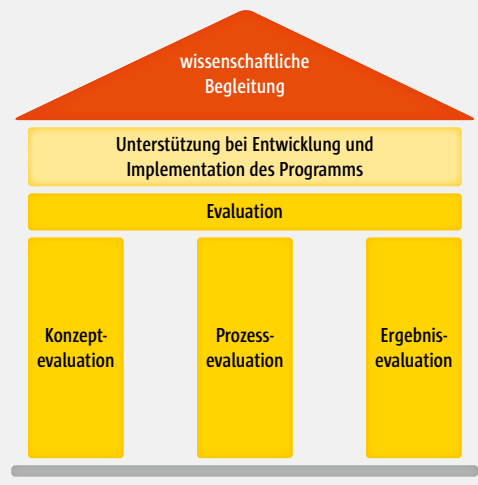
**Evaluation**

Die Gesamtevaluation des Programms ergibt sich aus der Konzept-, Prozess- und Ergebnisevaluation. Hierbei wird nach den Kriterien einer wissenschaftlichen Vorgehensweise in Bezug auf Evaluationsstandards und -gütekriterien [13] vorgegangen.

*Konzeptevaluation*

Im Rahmen der Konzeptevaluation werden die Umsetzbarkeit und Durchführbarkeit des Programms bereits vor dem eigentlichen Start betrachtet. Hierbei werden z.B. aktuelle Forschungsergebnisse zu dem Thema „Frühzeitige Intervention“ sowie bereits bestehende Beratungskonzepte und deren Umsetzung recherchiert und analysiert. Hieraus resultierende Erkenntnisse z.B. zu angewandten Beratungsmethoden finden dann in der Konzeptualisierung des FIGA-Programms Anwendung.

**Abbildung 4** Überblick über die Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung



*Prozessevaluation*

Die Prozessevaluation betrachtet den strukturellen Prozess der Umsetzung des Programms und gibt Hilfestellungen, falls Verbesserungsbedarf deutlich wird. In FIGA bedeutet dies u. a. ein kontinuierliches Monitoring der Kommunikationsabläufe zwischen den Akteuren. Des Weiteren wird nach Abschluss des Programms eine Zufriedenheitsbefragung durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Rückmeldung aus Teilnehmersicht werden ebenfalls regelmäßig an die Beteiligten zurückgemeldet und ggfs. Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt.

*Ergebnisevaluation*

Die Ergebnisevaluation des Programms hat zum Ziel, die kurzfristigen und langfristigen Wirkungen des Programms zu bewerten [14]. Es gilt abzuschätzen, inwiefern die Ziele von FIGA (z.B. Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens der Teilnehmer, die angestrebte Verringerung bzw. Vermeidung von AU-Tagen sowie die Vorbeugung manifester psychischer Erkrankungen) erreicht werden können.

**III** Die wissenschaftliche Begleitung unterstützt bei der Entwicklung und Implementation des Projekts und führt die wissenschaftliche Evaluation durch.

### Erhebungskonzept

Ergänzend zu den Auswertungen von Daten, die durch die Merck BKK und das Unternehmen Merck bereitgestellt werden, erfolgen Erhebungen mittels wissenschaftlich fundierter Instrumente. U.a. erfolgt eine Vorher-Nachher-Erhebung zum psychischen Befinden der Teilnehmer. Zu diesem Zweck werden Fragebögen zu möglicherweise bestehenden depressiven Symptomen (BDI-II, Beck Depressions-Inventar Revision) [15] und zum psychosomatischen Zustand (SCL-90®-S; Symptom-Checklist-90®-Standard) [16] eingesetzt. Außerdem erfolgt der Einsatz des Fragebogens BOSS I der Burn-out-Screening-Skala [17] sowie eines Fragebogens zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) [18]. Die Betrachtung der Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten der Teilnehmer ist für FIGA als Arbeitsfähigkeitskonzept von besonderer Bedeutung, da diese in einem klaren Zusammenhang mit der Fähigkeit stehen, beruflichen Anforderungen adäquat begegnen zu können [19]. Die Fremdeinschätzung der Belastung des Teilnehmers erfolgt über die „Health of the Nation Outcome Scales“ (HoNOS-D) [20], welche vom Berater ausgefüllt wird.

Neben dem Zweck der Evaluation der Maßnahme erfüllen die Fragebögen eine wichtige Funktion in der Beratung selbst. Die Auswertung erfolgt umgehend durch die TU Darmstadt, um die Ergebnisse möglichst schnell an den Berater weitergeben zu können. Dieser kann die Ergebnisse im Sinne einer diagnostischen Einschätzung nutzen oder z.B. seine Maßnahmen und Interventionen in der Beratung an Erkenntnissen aus der Fragebogenauswertung ausrichten.

**Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung**  
Auswertungen der erhobenen Daten von Teilnehmern, die das Programm bereits abgeschlossen haben, weisen u.a. statistisch signifikante Ergebnisse mit mittelgroßen bis hohen Effektstärken auf:

- Verbesserung depressiver Beschwerden gemessen über das BDI-II [15],
- Abnahme der Symptombelastung auf den Skalen „Ängstlichkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“ sowie „Somatisierung“ der SCL-90®-R-S [16] sowie eine Verringerung der Anzahl von psychosomatischen Problembereichen, in denen eine Belastung angegeben wird (sog. „Breite“ der Belastung),
- Verbesserung des Globalwertes des BOSS I der Burn-out-Screening-Skala [17], der die Gesamtbelastung des Teilnehmers über alle erhobenen Skalen des Fragebogens (Belastung in Beruf, in Bezug auf die eigene Person und des sozialen Umfelds) aufzeigt,

- Erhöhung der Fähigkeit zur Selbstverbalisation sowie Stärkung des Erlebens von Hoffnung gemessen über den FERUS [18].



Erste Analysen zeigen eine statistisch bedeutsame Verbesserung des Befindens der Programmteilnehmer sowie eine Stärkung bestehender Ressourcen auf.

Einschränkend zu den berichteten Ergebnissen ist zu erwähnen, dass statistisch signifikante Veränderungen nicht unbedingt mit einer klinisch bedeutsamen Veränderung gleichzusetzen sind [21]. Ebenso ist die Anzahl der untersuchten Teilnehmer noch zu erhöhen, um noch aussagekräftigere Ergebnisse zu erlangen. Dieses wird im weiteren Verlauf des Programms mit steigender Anzahl von Teilnehmern geschehen.

Insgesamt zeigen diese ersten Datenauswertungen klar positive Hinweise in Bezug auf die Wirksamkeit von FIGA auf und entsprechen damit bereits bekannten Ergebnissen, die in ähnlichen breiter angelegten, randomisiert kontrollierten Untersuchungen frühzeitiger Interventionen [22, 23] zu beobachten waren.

### Ausblick

#### Weiterentwicklung des Konzepts

Das Programm FIGA wird inhaltlich und strukturell kontinuierlich weiterentwickelt werden. Hierbei sollen u.a. aktuelle Erkenntnisse zum Einsatz von webbasierten bzw. multimedialen Tools in Therapie und Beratung berücksichtigt werden [24, 25].

#### Ausweitung der Zusammenarbeit mit dem Trägerunternehmen

Das Konzept FIGA soll zukünftig verstärkt in das Trägerunternehmen selbst „hereingetragen“ werden. Dieses kann bspw. dadurch geschehen, dass Führungskräfte vermehrt über das bestehende Angebot informiert werden und somit als Multiplikatoren dienen bzw. Mitarbeiter im Sinne der Fürsorge bei Bedarf auf das Projekt aufmerksam machen können.

#### Fortführung der wissenschaftlichen Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts hat sich als ein wichtiger Baustein in der Umsetzung des Gesamtkonzepts erwiesen und wird begleitend fortgeführt und ausgebaut werden. Zur weiteren Absicherung der Wirksamkeit des Programms ist u.a. geplant, eine Kontrollgruppenerhebung durchzuführen. Durch zeitlich versetzte Befragungen

der Teilnehmer und die Analyse der durch die Merck BKK bereitgestellten Daten (z.B. zu AU-Tagen) soll außerdem die Nachhaltigkeit der Effekte evaluiert werden.

## Literatur

1. Knieps F, Pfaff H (Hrsg.). BKK Gesundheitsreport 2015 – Langzeiterkrankungen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2015
2. Schwarzer R. Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe, 1996
3. Bernhard H, Wermuth J. Stressprävention und Stressabbau. Praxisbuch für Beratung, Coaching und Psychotherapie. Basel: Beltz, 2011
4. Deutsche Rentenversicherung Bund. Rentenversicherung in Zeitreihen. Berlin, DRV, 2014
5. Merck BKK/Team Gesundheit – Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH (2015): Gesundheitsbericht 2014. Merck BKK. Merck KGaA, 01.01.2014–31.12.2014. Darmstadt, Essen
6. Hoffmann N, Hofmann B. Anpassungsstörung und Lebenskrise: Material für Therapie, Beratung und Selbsthilfe. Weinheim: Beltz, 2008
7. Siegrist J. Medizinische Soziologie. München: Urban & Fischer, 2005
8. Borg-Laufs M, Schmidtchen S. Beratung. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg.). Verhaltenstherapiemanual. Heidelberg: Springer, 2011, S. 79–82
9. Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U. Psychotherapeutische Versorgung (Heft 41). Berlin: Robert Koch-Institut, 2008
10. Zoonen K v, Buntrock C, Ebert DD, Smit F, Reynolds III CF, Beekman ATF, Cuijpers P. Preventing the onset of major depressive disorder: A Meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiol* 2014; 43: 318–329
11. Hetrick SE, Cox GR, Merry SN. Where to go from here? An exploratory meta-analysis of the most promising approaches to depression prevention programs for children and adolescents. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015; 12: 4785–4795
12. Mittag W. Qualitätssicherung und Evaluation. In: Jerusalem M, Weber H (Hrsg.). Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. Göttingen: Hogrefe, 2003, S. 121–137
13. Döring N, Bortz J. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Heidelberg: Springer, 2016
14. Gollwitzer M, Jäger RS. Evaluation Kompakt. Weinheim: Beltz, 2009
15. Beck AT, Steer RA, Brown GK, Hautzinger M, Keller F, Kühner C. BDI-II, Beck Depressions-Inventar Revision. Göttingen: Hogrefe, 2009
16. Franke GH. SCL-90®-S, Symptom-Checklist-90®-Standard. Göttingen: Hogrefe, 2013
17. Geuenich K, Hagemann W. BOSS, Burnout-Screening-Skalen. Göttingen: Hogrefe, 2014
18. Jack M. FERUS, Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten. Göttingen: Hogrefe, 2007
19. Gottschling J, Hahn E, Maas H, Spinath FM. Explaining the relationship between personality and coping with professional demands: Where and why do optimism, self-regulation, and self-efficacy matter? *Pers Indiv Differ* 2016, [in press]
20. Kawski S, Andreas S, Harfst T, Dirmaier J, Koch U, Schulz H. Die „Health of the Nation Outcome Scales“: Entwicklung und erste psychometrische Analysen einer deutschen Version (HoNOS-D). *Psychother Psych Med* 2004; 54 – AB49
21. Bortz J, Liener GA. Kurzgefasste Statistik für die Klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben. Heidelberg: Springer, 2008
22. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Roks TA, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2011; 49: 62–67
23. González G, Quezada VE. A brief cognitive-behavioral intervention for stress, anxiety and depressive symptoms in dental student. *RIPPO* 2016; 19: 68–78
24. Gieselmann A, Böckermann M, Pietrowsky R. Internetbasierte Gesundheitsinterventionen. Evaluation aus der Perspektive von Patienten vor und während ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2015; 60: 433–440
25. Gladstone TG, Marko-Holguin M, Rothberg P, Nidetz J, Diehl A, DeFrino DT, Harris M, Ching E, Eder M, Canel J, Bell C, Beardslee WR, Brown CH, Griffiths K, Voorhees BWV. An internet-based adolescent depression preventive intervention: a study protocol for a randomized trial. *Trials* 2015; 16: 203





Sabine Itt

Nach der Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten im Servicebereich Leistungen der Merck BKK tätig. In der Zeit von 2003 bis 2005 berufsbegleitendes Fortbildungsstudium zur Krankenkassenbetriebswirtin an der BKK Akademie in Rotenburg an der Fulda. Seit 2007 Gruppenleiterin des Servicebereiches Leistungen der Merck BKK. Projektleitung für „FIGA: Frühzeitige Intervention psychische Gesundheit – ein sequentielles Arbeitsfähigkeitskonzept“ seit Sommer 2014.



Ines Passier, M.Sc. Psych.

Studium der Psychologie an der Technischen Universität Darmstadt. Aktuell in der fortgeschrittenen Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der TU Darmstadt, Institut für Psychologie, Forschungsgruppe Arbeits- und Ingenieurpsychologie (FAI, Prof. Dr. Joachim Vogt). Tätigkeitsschwerpunkt und Promotionsvorhaben: Wissenschaftliche Begleitung von „FIGA: Frühzeitige Intervention psychische Gesundheit – ein sequentielles Arbeitsfähigkeitskonzept“.



Simon Porzelt

Nach Abschluss der Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten im Jahr 2008 Berufseinstieg als Kundenberater im Bereich Ärztliche Leistungen, Versorgungsmanagement der Merck BKK. Zu dieser Tätigkeit folgte von 2009 bis 2012 ein berufsbegleitendes Studium der Gesundheitsökonomie an der Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen. Nach Abschluss des Studiums Referent für Betriebliches Gesundheitsmanagement, Selbsthilfeförderung und Projektmanagement bei der Merck BKK. Seit 2013 Gruppenleiter Kundenservice und Versorgungsmanagement sowie Referent für Betriebliches Gesundheitsmanagement bei der Merck BKK.



# Psychisch stabil im Leben – das Programm der Wieland BKK und der Wieland-Werke AG

Jürgen Schneider  
Wieland BKK, Ulm

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist heute für viele Unternehmen ein wichtiges Element, um erfolgreich zu sein. Gemeinsam mit der – seit 1834 bestehenden – Betriebskrankenkasse entwickelten die Wieland-Werke AG Gesundheit zu einem Teil der Unternehmenskultur.

Ziel war es, wegzukommen vom „Gießkannenprinzip“ hin zu einem strukturierten und zielgerichteten BGM-System, das lernt und sich selbst durch Regelkreise kontrolliert. Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist dabei die Dachmarke „Wieland-in-Form“. Mit ihr werden alle Leistungen rund um das Thema „Gesundheit und Sicherheit“ in einer einheitlichen Sprache kommuniziert und mit hohem Wiedererkennungswert vermittelt. Die Marke „Wieland-in-Form“ vereint hierbei zwei Aspekte: Zum einen drückt sie ein physisches und psychisches „in-Form-sein“ der Mitarbeiter aus. Zum anderen bezieht sich der Begriff „in Form“ auf die Produkte der Wieland-Werke AG, nämlich Halbfabrikate aus Kupferlegierungen. Die Bildmarke bringt dieses „in-Form-Sein“ dynamisch zum Ausdruck, insbesondere durch das als Männchen stilisierte „in“ (» Abbildung 1).

Für ein erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement arbeiten Unternehmen und Betriebskrankenkasse eng zusammen. Wo dem Arbeitgeber in seinem Handeln Grenzen gesetzt sind, kann dann bei Wieland häufig der Stab an die BKK übergeben werden. Die Maßnahmen wirken damit nachhaltiger, weil sie wie aus einem Guss sind. Durch die klare Definition der Zuständigkeiten bei einzelnen Maßnahmen ist der Datenschutz gewährleistet. Das

stärkt auch das Vertrauen der Beschäftigten und motiviert sie zur Teilnahme.

Ein wichtiges Element ist der betriebliche Gesundheitsbericht der Wieland BKK. Er spiegelt anonymisiert das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen bei Wieland auf verschiedenen Ebenen wider. Die Inhalte fließen in das BGM-Kennzahlensystem der einzelnen Unternehmensbereiche ein. Dieses Kennzahlensystem ist dann Basis für die zielgerichteten Maßnahmen und die Erfolgskontrolle. Über das gesamte Unternehmen ist damit ein Netz von Maßnahmen gespannt, das entweder allen Beschäftigten oder, soweit sinnvoll, verschiedenen Zielgruppen (zum Beispiel Auszubildende, Schichtarbeiter, Führungskräften) angeboten wird. Ein wesentlicher Aspekt aller Handlungen ist die Konsequenz. Im Mittelpunkt stehen nicht Events oder Kampagnen. Diese dienen lediglich dazu, ein Thema entweder zu starten oder wieder in Erinnerung zu rufen. Vielmehr stehen die Angebote kontinuierlich zur Verfügung, werden regelmäßig evaluiert und weiterentwickelt.

Aus dem breiten Angebot wird im Folgenden das Handlungsfeld „Resilienz stärken“ vorgestellt.

## „Psychisch stabil im Leben“ – das Programm zur Stärkung der Resilienz

Psychische Erkrankungen werden in den letzten Jahren auch in der breiten Öffentlichkeit verstärkt diskutiert und damit enttabuisiert. Im Vergleich zu 2003 haben sich die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund einer psychischen Erkrankung mehr als verdoppelt. Auch die Falldauer hat im gleichen Zeitraum um nahezu ein Viertel zugenommen [1]. Sie sind Hauptursache für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit einem Anteil von 53% im Jahr 2014 im Vergleich zu 24% im Jahr 2000 [2]. Das bedeutet nicht zwangsweise und allein eine Zunahme der Prävalenz, vielmehr spielen auch eine stärkere Aufmerksamkeit für diese Krankheitsbilder und eine ge-

Abbildung 1 Logo von Wieland-in-Form



Abbildung 2 Konzept „Resilienz stärken“



ringere Stigmatisierung der Erkrankten eine Rolle. Trotzdem stellen der Wandel der Arbeitswelt sowie das immer stärker von elektronischen Medien geprägte Freizeitverhalten die Menschen vor die Herausforderung, ihre psychische Widerstandsfähigkeit zu stärken oder zu erhalten. Psychische Belastungen haben viele verschiedene Ursachen, die sowohl dem beruflichen als auch dem privaten Umfeld zugeordnet werden können. Jeder Mensch geht damit anders um. Werden die Belastungen – egal woher sie kommen – zu groß und führen sie zu Erkrankungen, wirken sie sich allein schon in den Ausfallzeiten immer auf das berufliche Umfeld aus.

Dem soll vorgebeugt werden. Gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, entwickelten die Wieland BKK und die Wieland-Werke hierfür das Programm „**Psychisch stabil im Leben**“. Gerade weil Wieland eine eigene Betriebskrankenkasse hat, ist es gelungen – in enger Zusammenarbeit mit den Betriebsärzten –, ein Programm zur Verhinderung psychischer Erkrankungen und eine nahtlose Versorgungskette zur Betreuung psychisch kranker Beschäftigten zu installieren. Die betriebliche Nähe der Angebote, die Schweigepflicht der Werksärzte und die besonderen Datenschutzbestimmungen der BKK Experten sind die Pfeiler für die Akzeptanz bei den Wieland-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern.

Fast 90% der gesetzlich versicherten Wieland-Beschäftigten sind bei der BKK versichert. Das Konzept steht dabei auf den in **»»** Abbildung 2 dargestellten Säulen.

### Workshops für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Psychische Gesundheit bedeutet nicht einfach die Abwesenheit von psychischen Belastungen oder Erkrankungen. Es gibt hier kein „Alles-oder-Nichts-Prinzip“: Die meisten Menschen befinden sich die meiste Zeit irgendwo in der Mitte zwischen „psychisch gesund“ und „psychisch belastet“ beziehungsweise „psychisch krank“. Unterschiedliche Faktoren und Ereignisse bedingen, in welche Richtung das Pendel gerade schlägt.

In eintägigen Seminaren für bis zu 12 Beschäftigte bieten Wieland und die BKK an, die eigene Kompetenz für ein psychisch gesundes Leben zu stärken. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wird zunächst ein Grundwissen über die Psyche vermittelt. Danach wird die Fähigkeit zur Selbstreflexion gestärkt. Dabei gilt es, etablierte Denkmuster infrage zu stellen und neue Muster zuzulassen. Im dritten Schritt werden persönliche Strategien zur instrumentellen, mentalen und regenerativen Stresskompetenz erarbeitet. Ziel ist es, Wege für die individu-

elle Work-Life-Balance zu finden. Ein persönliches kleines Gesundheitsprojekt dient abschließend als Hilfe für den Transfer des Erlernten in den Alltag. Berücksichtigt werden die individuellen Erfahrungshintergründe der Teilnehmer. Wo immer es möglich ist, wird an konkreten Fallbeispielen gearbeitet. Beschäftigte, die darüber hinaus das Erlernete vertiefen und noch eine der etablierten Entspannungsmethoden lernen möchten, können einen der Präventionskurse der Wieland BKK buchen.

### Workshops für alle Führungskräfte

Schlechte Gestaltung und Organisation der Arbeit haben für psychische Belastungen negative Folgen, das Erkrankungsrisiko steigt. Es ist nun Experten gelungen, einen evidenzbasierten Nachweis zu entwickeln, welche Arbeitsbedingungen mit einem hohen Erkrankungsrisiko assoziiert sind. Elf Fakten zu gesunder Führung sind die Schlüssel zum Erfolg [3, 4]. Daher ist es notwendig, dass allen Führungskräften die belastungsbezogenen Risiken für die psychische Gesundheit bewusst sind und sie die verschiedenen Merkmalsbereiche der Arbeit dahingehend betrachten.

Unter dem Titel „Förderung der psychischen Gesundheit durch gesundheitsbewusste Mitarbeiterführung“ ist ein eintägiger Workshop für alle Führungskräfte der Wieland-Werke verpflichtend. Es geht um Wissensvermittlung, Sensibilisierung und um die Stärkung der Handlungskompetenz. In Gruppen von maximal 12 Personen erarbeiten die Führungskräfte die Zusammenhänge von Führung und Gesundheit und entwickeln die Dimensionen einer gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung. Sie stärken ihr Bewusstsein, als Führungskräfte eine gesundheitsförderliche Arbeitswelt mit gestalten zu können. Im zweiten Abschnitt lernen sie zwischen psychischer Erkrankung und psychischer Gesundheit zu differenzieren und erhalten Informationen, wie psychische Erkrankungen entstehen. Die Trainer erhöhen die Kompetenz der Führungskräfte, Frühwarnsignale über mögliche psychische Belastungen ihrer Mitarbeiter wahrzunehmen sowie darauf zu reagieren.



#### Deshalb gilt bei Wieland und darüber hinaus:

1. H insehen
2. Initiative ergreifen
3. Leitungsfunktion wahrnehmen
4. Fördern und fordern
5. Experten hinzuziehen

Dabei geht es immer auch um die Selbstreflexion. Führungskräfte erleben oft ihre Rolle als belastend. Ihre Doppelfunktion umfasst fachliche Aufgaben und Führungsverantwortung. Nur wenn sie selbst Strategien für ein ausgeglichenes Leben haben, werden sie auch Veränderungen bei ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wahrnehmen. Führungskräfte, die darüber hinaus noch eine der etablierten Entspannungsmethoden lernen möchten, können einen der Präventionskurse der Wieland BKK buchen.

Seit 2012 wurden vom Vorstand bis zum Schichtführer über 400 Führungskräfte geschult. Die Trainings werden – wie die Workshops für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – von Psychologinnen und Psychologen des Teams Gesundheit, einem Unternehmen der betrieblichen Krankenversicherung, durchgeführt.

### Innerbetriebliche psychosomatische Sprechstunde

Eine reine Sensibilisierung für das Thema „seelische Erkrankung“ erleichtert in der Regel nicht den Zugang zu früher psychotherapeutischer Therapie [5]. Niederschwellig erreichbare psychotherapeutische Sprechstunden können dagegen auch nach Ansicht des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen einen wichtigen Beitrag leisten [2].

Aus diesen Gründen bieten Wieland und die Wieland BKK seit Oktober 2011 in den Werken eine psychosomatische Sprechstunde an. Sie steht allen Beschäftigten offen. Informationen darüber gibt es über die typischen internen Kanäle (Intranet, Faltblätter ...), durch den werksärztlichen Dienst und die Experten der BKK. Der Zugang zur Sprechstunde erfolgt entweder über die Werksärzte oder über die Experten der BKK. Für jeden Ratsuchenden stehen bis zu zwei Sitzungen mit jeweils 50 Minuten zur Verfügung. Durchgeführt wird die Sprechstunde von Mitarbeiterinnen der Universitätsklinik Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Regelmäßig finden mit den Werksärzten Fallkonferenzen statt, in denen im Einzelfall sinnvolle weitere Schritte, deren Umsetzung der Werksarzt unterstützen kann, besprochen werden. Für die Fallkonferenz ist die schriftliche Zustimmung des jeweilig Betroffenen Voraussetzung.

Das Angebot wird regelmäßig evaluiert. Hierfür werden die psychischen Symptome und die Erkrankung systematisch erhoben. Für die Frage, in welchem Ausmaß arbeitsbezogene Ursachen bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Verschlechterung

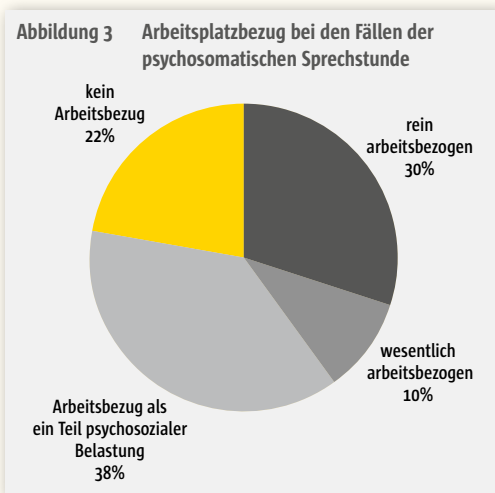
eine Rolle spielen, sind mittels einer skalierenden Strukturierung vier Kategorien definiert [5]:

- Kategorie 1: reiner Arbeitsplatzkonflikt
- Kategorie 2: Arbeitsplatzkonflikt steht im Vordergrund
- Kategorie 3: Arbeitsplatzkonflikt ist Teil der psychosozialen Belastung
- Kategorie 4: kein Arbeitsplatzkonflikt

Mit bald fünf Jahren Erfahrung bewerten wir die psychosomatische Sprechstunde als sehr positiv. Das niederschwellige Angebot erreicht die Personen, die ansonsten einen eher schwierigen Zugang zur Beratung bei psychischen Problemen haben [6].

82% der Ratsuchenden sind Männer. 52% davon arbeiten im Schichtbetrieb. Das Durchschnittsalter ist 43 Jahre [5]. Auch den strategischen Ansatz, das Thema psychische Stabilität bewusst nicht auf den Arbeitsplatz zu reduzieren, halten wir für richtig. Psychische Belastungen entstehen nicht allein mit dem Betreten des Werkes und fallen nicht ab beim Verlassen. In der ersten Evaluation bestätigte sich dies, wie ►►► Abbildung 3 zeigt: Es wurde nur bei 30% der Personen in der Sprechstunde ausschließlich eine reine arbeitsbezogene Genese festgestellt (Kategorie 1), bei 22% bestand hingegen überhaupt kein Arbeitsplatzkonflikt (Kategorie 4) [5].

Für jeden Ratsuchenden wird die Vergabe einer ICD-10-Diagnose geprüft. In der ersten Evaluation wurden bei 31% unipolare depressive Störungen (ICD F32.x, F33.x) festgestellt, bei 24% Anpassungsstörungen (ICD F43.x), bei 11% somatoforme und Angststörungen (ICD F45.x, F40.x, F41.x). Keine Diagnose erhielten 7,5% der Betroffenen [5].



Derzeit läuft eine weitere wissenschaftliche Untersuchung der Universitätsklinik Ulm.

### Schnelle Vermittlung in Therapie und Fallmanagement der BKK

Im Idealfall reicht die Beratung in der Sprechstunde. Dann kann der Beschäftigte ohne weitere Hilfe Maßnahmen zur Stabilisierung umsetzen. Denkbar ist auch, dass anschließend andere Formen der Beratung, zum Beispiel Paar- oder Familienberatung, Suchtberatung, Adipositasambulanz oder Tinnitusambulanz erforderlich sind, wozu auf verschiedene Angebote der Wieland-BKK weiterverwiesen werden kann. Wird aber in der Sprechstunde ein ambulanter Therapiebedarf diagnostiziert, erschwert die Regelversorgung die schnelle Umsetzung. Depressiv Erkrankte warten durchschnittlich 17 Wochen auf eine adäquate Behandlung [1]. Dabei ist der Weg zur Therapie oft frustrierend. Es gilt für die betroffene Person, viele Anrufe zu tätigen, die oft zum selben Ergebnis führen – es ist akut kein Platz frei, weder für ein Erstgespräch noch für eine Psychotherapie. Gibt es dann ein Erstgespräch, dauert es nochmals, bis tatsächlich die Therapie beginnt. Die Gefahr ist groß, dass das in der Sprechstunde erarbeitete Ergebnis verpufft, weil der Patient frustriert aufgibt.

Damit der in der Sprechstunde erarbeitete Weg nicht in einer solchen Sackgasse mündet, garantiert die Universitätsklinik Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, den Wieland-Beschäftigten in der Klinik sofort einen Therapieplatz für bis zu zehn Sitzungen. Die Kosten trägt die Wieland BKK. Ziel dieser Regelung ist es, den festgestellten Therapiebedarf schnell umzusetzen. Durch das frühzeitige Erkennen der Erkrankung besteht in vielen Fällen auch die realistische Chance, in zehn Sitzungen erfolgreich zu therapieren. Gelingt dies nicht, unterstützt die Universitätsklinik Ulm die Patienten bei der Suche nach einem Therapieplatz.

Ist eine Krisenintervention erforderlich, stellt die Universitätsklinik eine teilstationäre oder vollstationäre Behandlung zur Verfügung. Leistungen zur Rehabilitation organisieren die Fallmanager der BKK in enger Zusammenarbeit mit den Werksärzten. Hilfreich ist dabei – sofern sie zuständig ist – die Nähe zur Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, die ein Regionalcenter in Ulm hat. Für die anschließend notwendige Wiedereingliederung ist die Fallkonferenz zwischen Werksarzt und Universitätsklinik wertvoll.

Nach der ersten Evaluation benötigten 15% der Ratsuchenden nach der Sprechstunde keine weitere Behandlung [5]. Entweder bestand überhaupt kein Handlungsbedarf oder dieser konnte im Selbstmanagement erfolgen. Für sie war damit der präventive Ansatz ausreichend. 70% der Betroffenen erhielt nach der Sprechstunde eine ambulante Psychotherapie. Einem Drittel davon reichte die 10-stündige Intervention in der Universitätsklinik Ulm, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die anderen mussten entweder sofort oder während der Therapie in die Regelversorgung überführt werden [5]. Bei 15% musste als Krisenintervention eine stationäre oder teilstationäre Behandlung eingeleitet werden [5]. Dieser Wert erstaunt in seiner Höhe. Wir führen dies darauf zurück, dass ein Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter trotz ausgeprägtem Krankheitsbild immer noch bis zu einem gewissen Grad arbeitsfähig war. Erst über das niedrigschwellige Angebot der Sprechstunde fanden sie einen Zugang, sich mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. Auch wenn die weitere wissenschaftliche Untersuchung noch läuft, erkennen wir aus den Daten der Wieland BKK, dass dieser Wert gesunken ist.

## Fazit

Unser Ansatz ist es, psychische Erkrankungen im Setting „Betrieb“ durch eng verzahnte Maßnahmen entweder zu verhindern oder frühzeitig zu erkennen und dann die Behandlungspfade zu optimieren. Erfolgstreiber sind hierfür:

- der Wille der Unternehmensleitung, dieses Thema im Betrieb zu platzieren und hierfür Maßnahmen einzuleiten,
- engagierte Führungskräfte, die sich mit dem Thema auseinandersetzen,

- engagierte Werksärzte, die eine wichtige Plattform für einen vertraulichen Umgang mit dem Thema darstellen,
- eine eigene BKK, die die Versorgungskette durch spezielle Verträge zu einem Maßanzug für das Unternehmen und die dort Beschäftigten optimieren kann, und
- einen Vertragspartner wie die Universitätsklinik Ulm, die für die ambulante und stationäre Versorgung die notwendigen Kapazitäten und vor allem exzellente Kompetenzen hat.

## Literatur

1. Kliner K, Rennert D, Richter M (Hrsg.). BKK Gesundheitsatlas 2015. Blickpunkt Psyche. Medizinische Verlagsgesellschaft, Berlin, 2015
2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2015, Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Bonn, S. 178
3. Wie geht gesunde Führung? Interview mit Professor Dr. Renate Rau, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. BKK Magazin 2016; 3, S. 41
4. Rau R, Blum M, Mätschke L-M. Risikobereiche für psychische Belastungen, 2016. Initiative für Gesundheit und Arbeit, iga-report 31
5. Rothermund E, Guendel H, Kilian R, Hoelzer M, Reiter B, Mauss D, Rieger MA, Mueller-Nuebling J, Woerner A, von Wietersheim J, Beschoner P. Behandlung psychosomatischer Beschwerden im Arbeitskontext – Konzept und erste Daten. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2014; 60(2): 177–189
6. Larisch A, Heuft G, Engbrink S, Brähler E, Herzog W, Kruse J. Behandlung psychischer und psychosomatischer Beschwerden – Inanspruchnahme, Erwartungen und Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2013; 59(2): 153–169



Jürgen Schneider

Herr Schneider trat im August 1976 in die Wieland-Werke AG in Ulm ein und absolvierte eine Ausbildung zum Industriekaufmann. Unmittelbar danach wechselte er in die Betriebskrankenkasse des Unternehmens und qualifizierte sich in den folgenden sechs Jahren an der BKK Akademie zum Krankenkassenbetriebswirt.

Er war anschließend mit verschiedenen Aufgaben, insbesondere in der elektronischen Datenverarbeitung und der Versorgungssteuerung, betraut. Seit 2002 ist Jürgen Schneider Vorstand der Wieland BKK.

# Betriebliches Gesundheitsmanagement bei der BKK-VBU – ein Beispiel aus der Praxis

Peggy Albert und Claudia Lyhs  
Arbeitskreis Gesundheit der BKK-VBU, Berlin

Die BKK-VBU bietet nicht nur als Krankenkasse ihren Firmenkunden Unterstützung beim Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) an, sondern legt auch als Arbeitgeber großen Wert darauf, den Arbeitsschutz zu gewährleisten, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen (Verhältnisprävention) und individuelle Gesundheitsangebote für die fast 1.000 Mitarbeiter<sup>1</sup> zu etablieren (Verhaltensprävention). Dieser Anspruch liegt auch darin begründet, dass BGM bei unseren Kunden nach unserer Überzeugung nur dann glaubwürdige funktioniert, wenn es im eigenen Unternehmen Praxis ist. Der hohe Stellenwert, den die BKK-VBU dem betriebseigenen Gesundheitsmanagement beimisst, spiegelt sich aktuell in dessen Verankerung im Tarifvertrag zum Generationenmanagement wider. Dieser vorerst jüngsten Etappe eines systematischen und planvollen Vorgehens ging ein langjähriger Prozess voraus. Genauso wie sich die BKK-VBU weiterentwickelt, passt sich auch das BGM stetig und gezielt den jeweils aktuellen Situationen an.

Ebenso wie andere Unternehmen steht auch die BKK-VBU vor den Herausforderungen des Wandels am Arbeitsmarkt: Die Belegschaften werden älter, wir sind im Wettbewerb um die besten Nachwuchskräfte, die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz nehmen zu, während die physischen Beanspruchungen abnehmen oder zunehmend einseitig sind. Darüber hinaus verändern sich z.B. durch die fortschreitende Digitalisierung die Arbeitsplätze und Anforderungen an die Mitarbeiter von morgen. Hinzu kommen „gewandelte“ gesellschaftliche Ansprüche und Werte wie z.B. der zunehmende Wunsch nach einer ausgewogeneren Work-Life-Balance [1].

Das Management hat bereits früh erkannt, dass BGM als Prozess der Wiederherstellung, des Erhalts und der Förderung der Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmer nicht nur ein Instrument ist, das es gilt, für Firmenkunden vorzuhalten, sondern vor allem eines, das die eigene Wettbewerbsfähigkeit sichert.

## Die Anfänge

Kurz nach der Jahrtausendwende ging die BKK-VBU BGM-Maßnahmen erstmals strukturiert an: Zum zehnjährigen Bestehen organisierte 2003 ein kleines Team die Gesundheitsaktion „Fit für 10“. Hinter dem Motto stand der Aufruf an die Belegschaft, zehn Wochen lang aktiv für die Gesundheit zu sein. Der Erfolg der ersten hausinternen Gesundheitswochen war so groß, dass bald feststand, im eigenen Unternehmen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung weiter anzubieten.

Mit der Einrichtung einer eigenständigen Stelle einer Präventionsberaterin (BGM-Beauftragten) verstärkte die BKK-VBU die Förderung eines gesunden Lebensstils und schuf damit zugleich eine Schnittstelle zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Zum festen Unternehmensbestandteil wurde BGM schließlich durch die Aufnahme des Leitsatzes „Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind unser wichtigstes Kapital“. Um auch ein öffentliches Zeichen zu setzen, unterschrieb die BKK-VBU die Luxemburger Deklaration [2] und zeigt somit auch nach außen den Stellenwert der Gesundheitsförderung.

Unterstützt wurde die Präventionsexpertin vom bereits bestehenden Arbeitskreis Arbeitssicherheit. Nach kurzer Zeit wurde zudem ein eigenständiger Arbeitskreis Gesundheit (AKG) gegründet. Um von Beginn an ein BGM mit möglichst nachhaltigem Erfolg zu installieren, sind in diesem Gremium Mitarbeiter aller Unternehmensbereiche und aller Hierarchieebenen vertreten. Kernaufgabe des Arbeitskreises Gesundheit ist dabei die Steigerung des Gesundheitspotenzials der Mitarbeiter durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Neben einem strukturierten Vorgehen, personellen Kapazitäten und einem eigenen Budget für die Umsetzung von Maßnahmen wurde eine interne Kommunikationsstrategie erarbeitet. Eine breite und regelmäßige Kommunikation aller Aktionen und Gesundheitsthemen ist eine weitere wichtige Voraus-

1 Aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit wird nachfolgend die männliche Form verwendet, sie bezieht die weibliche jedoch mit ein.



setzung für eine optimale Umsetzung von BGM. Sie führte von Anfang an dazu, dass die Mitarbeiter der Einführung des BGM gegenüber offen waren und die späteren Maßnahmen große Akzeptanz fanden. Für die interne Kommunikation wurden alle vorhandenen Medien wie das Mitarbeitermagazin, ein Newsletter und die „Schwarzen Bretter“ genutzt. Heute sind alle Informationen zum internen Gesundheitsmanagement in einem eigens eingerichteten virtuellen Raum im Intranet zusammengefasst. Das Thema internes Gesundheitsmanagement ist ebenfalls fester Bestandteil im monatlichen erscheinenden Newsletter für die Führungskräfte.

Für die Implementierung und Umsetzung sind besonders Führungskräfte ein entscheidender Schlüssel. Durch ihre Kommunikation und als Vorbildfunktion sowie als Gestalter von Arbeitsbedingung und durch wertschätzendes Verhalten können sie einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter nehmen [3].

## Analyseinstrumente

Um ein strukturiertes Vorgehen zu gewährleisten, werden regelmäßige Analysen durchgeführt.

Basis für die Konzipierung von Maßnahmen sind die Ergebnisse des jährlichen Gesundheitsberichts der BKK-VBU. Er bezieht sich auf die Mitarbeiter, die gleichzeitig Kunde der BKK-VBU sind. Neben dem Gesundheitsbericht stehen weitere interne Kennzahlen und Auswertungen für die Analyse zur Verfügung, die eine noch passgenauere Entwicklung von Maßnahmen unterstützen. So werden vertiefende Workshops (wie beispielsweise Arbeitssituationsanalysen, kurz ASiA) in den einzelnen Abteilungen durchgeführt, um die Verhältnisse der Arbeitsprozesse und -plätze zu analysieren und die Mitarbeiter partizipativ in den Veränderungsprozess einzubeziehen; dies erhöht die Akzeptanz der Maßnahmen.

Weiterhin fließen in die Analyse mit ein:

- Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen
- Ableitungen aus dem Betrieblichen Eingliederungsmanagements und
- das Feedback aus den Maßnahmen.

Die regelmäßigen Mitarbeiterbefragungen sind ein wichtiges Instrument, um Meinungen und Tendenzen zur erlebten Arbeitsplatzqualität zu erkennen. Ziel ist es dabei, Erkenntnisse zu erlangen, wie Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit gesichert und gesteigert werden können. Zudem sind die Maßnah-

men eine wichtige Quelle für Informationen, dabei werden sowohl die direkten Rückmeldungen der Mitarbeiter selber als auch Analysen der externen Dienstleister mit einbezogen.

## Maßnahmen

Die Analyse der Gesundheitsdaten der BKK-VBU sowie der weiteren Analyseinstrumente zeigt, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen die meisten AU-bedingten Fehltag ausmachen, dicht gefolgt von psychischen Erkrankungen und Atemwegserkrankungen.

Alle drei Hauptdiagnosegruppen wurden eingehend analysiert und in den Bezug mit vielen anderen relevanten Faktoren gesetzt. So wurde u. a. bewertet, ob es Auffälligkeiten in besonderen Altersgruppen oder Regionen gibt.

Die überwiegend sitzende Bürotätigkeit ist die häufigste Ursache für die Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Entsprechend leitet der AGK vornehmlich Bewegungsmaßnahmen ab. Initiiert wurden u. a. die Angebote „10.000 Schritte pro Tag“, „Treppensteigen statt Fahrstuhl“ sowie „Mit dem Fahrrad zur Arbeit“.

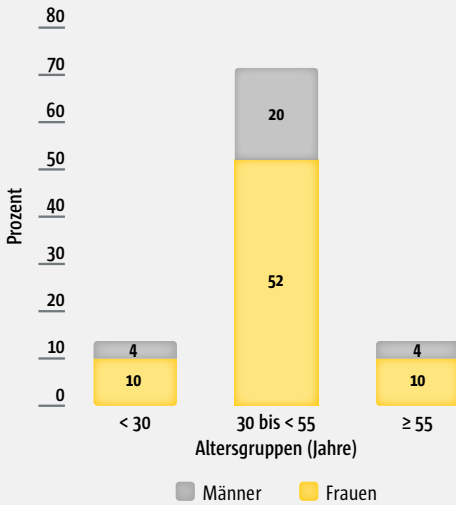
Die BKK-VBU hat seit 2015 eine Kooperation mit dem Anbieter „JobRad“ abgeschlossen und bietet ihren Mitarbeitern die attraktive Möglichkeit, per Gehaltsumwandlung ein Fahrrad oder E-Bike zu leasen. Durch die direkte Verrechnung der monatlichen Leasingrate mit dem Gehalt reduzieren sich die Kosten deutlich. Seitdem haben sich über 30 Kollegen entschieden, vom Auto auf das Rad umzusteigen. Sie kommen teilweise schneller ans Ziel, sind dabei aktiv für ihre eigene Gesundheit und schützen die Umwelt. Darüber hinaus wurde auch besonders Wert auf eine ergonomische Optimierung von Arbeitsplätzen gelegt. Beispielhaft ist dazu der Gestaltungsprozess der Arbeitsplätze für die Mitarbeiter der Poststelle dargestellt (III) „Poststelle 360°“.

Häufig werden „Muskel-Skelett-Erkrankungen“ nicht nur durch ergonomische Fehlbelastungen hervorgerufen, sondern sind oft auch eine Folge andauernder psychischer Belastungen. Dies äußert sich in den Gesundheitsdaten in der Diagnosegruppe „psychische Erkrankungen“. So ergab die Analyse des Gesundheitsberichtes, dass besonders die Mitarbeiterinnen im Alter von 30–55 Jahren von diesen Erkrankungen betroffen sind. Genau diese Alterskohorte ist bei der BKK-VBU derzeit am stärksten vertreten, wie III) Abbildung 1 zeigt.

Die Auswirkungen der sogenannte „Rush Hour des Lebens“ (Verfolgung der eigenen Karriere, Kin-



Abbildung 1 Mitarbeiter-Altersgruppen nach Geschlecht (11/2015)



dererziehung, Berufsleben, Partnerschaft und ggf. Pflegeaufgabe von Angehörigen) ist oft der Grund für zunehmende Arbeitsunfähigkeiten wegen Überlastungssyndromen. Hier gilt es, entsprechende präventive Maßnahmen anzubieten. So werden u.a. klassische Maßnahmen wie Yogakurse, Entspannungsübungen und Empfehlungen zur Stressminderung initiiert. Aktuell hat sich ein regelmäßiges arbeitsplatznahes Yogaangebot etabliert. Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit einer Arbeitszeitreduzierung, die Nutzung der Gleitzeit und eine Freistellung für die Pflege von Angehörigen.

Darüber hinaus wurde ein EAP (Employer Assistance Program – anonyme externe Mitarbeiterberatung für berufliche und private Probleme) eingeführt. Die BKK-VBU kooperiert dazu mit einem renommierten externen Dienstleister, der Mitarbeitern und Führungskräften bei beruflichen, persönlichen,

gesundheitlichen und familiären Fragestellungen eine persönliche Beratung anbietet. Die externe Beratung ist für die Belegschaft anonym und kostenfrei. Auch die Analysen des Dienstleisters fließen in die Maßnahmenentwicklung der BKK-VBU ein.

Poststelle 360°

Anfang 2012 fusionierte die BKK-VBU mit der BKK futur. Folge waren die Zusammenführung der Kundenbestandssysteme und die zentrale Organisation des gesamten Posteingangs von Berlin aus. Es kamen neue Kollegen hinzu, was wiederum dazu führte, dass die Arbeitsfläche knapp wurde, Wege und Workflow nicht mehr zeitgemäß waren. Statt nur kurzfristige Lösungsansätze zu entwickeln, entschied sich die BKK-VBU für die Reorganisation der Poststelle. Die Neukonzeption beinhaltete sowohl die Optimierung aller Prozessabläufe als auch der Arbeitsplätze und Maschinen auf Sicherheit, Ergonomie und Wirtschaftlichkeit (Abbildung 2). Die ganzheitliche Betrachtung bezog das Team der Poststelle, seine Umgebung und die Aufgaben gleichermaßen ein.

Unterstützt wurde die Umstrukturierung von den internen Experten zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, der Betriebsmedizin und des BGM sowie einem der führenden europäischen Hersteller von Postbearbeitungssystemen. Unter der Maßgabe, die vorhandene Ausstattung so weit wie möglich zu integrieren, wurde eine anwenderorientierte Konsolidierung im Maschinenfuhrpark vorgenommen:

- Die vier Brieföffnermaschinen, die inmitten der Poststelle Lärm und Staub verursachten, wurden durch ein leistungsstärkeres Gerät mit Fräsertechnik ersetzt. Jetzt wird nur noch eine Person benötigt, um das Postaufkommen der BKK-VBU innerhalb einer Stunde zu öffnen.
- Das Gerät wurde zudem in einem separaten Raum aufgestellt und der Operator trägt einen Ohrschutz.
- Das Heben schwerer Pakete übernimmt ein Hubscherenwagen.

Abbildung 2 Optimierungsprozess

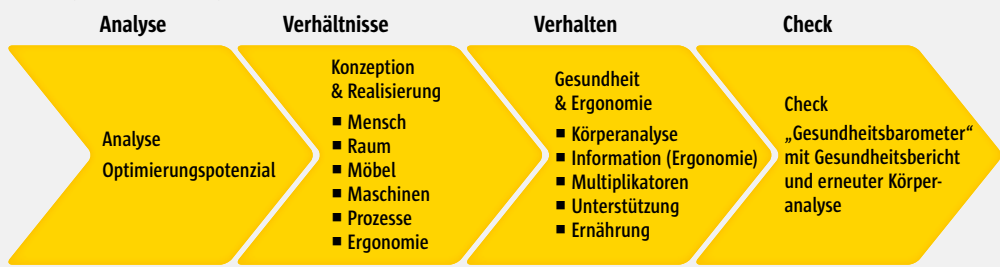


Abbildung 3 Poststelle 360° Arbeitsbeispiele



Zudem wurde die Möbelleinrichtung prozessorientiert vorgenommen (»»» Abbildung 3):

- Alle Sortierregale wurden so aufgestellt, dass sie den Lichteinfall durch die Fenster nicht behindern.
- Die Möblierung der Poststelle besteht aus höhenverstellbaren Schreibtischen, einer ergonomischen Bestuhlung und entsprechenden Unterbauten. An jedem Arbeitsplatz können vier Höhen einprogrammiert und per Knopfdruck abgerufen werden.
- Bis zu vier Geräte können aneinander gekoppelt und synchron bedient werden, was eine elektrisch verstellbare Tischlänge von über sechs Metern ermöglicht.

Darüber hinaus erhielten alle Mitarbeiter eine professionelle ergonomische Schulung als „Arbeitsplatz-Check-in“. Ergonomie liegt aber nicht nur in den Möbeln, sie wird in der neuen Poststelle auch gelebt: Zweimal täglich, um 11 und um 13 Uhr, gibt es ein Bewegungstraining speziell für die Schreibtischarbeit (»»» Abbildung 4).

Die gesunde Poststelle der BKK-VBU ist beispielhaft: Als Vorbild für die ganze Branche wurde die „Poststelle 360°“ mit dem Preis „Poststelle des Jahres 2013“ ausgezeichnet. Sie dient bis heute zahlreichen Firmenkunden als Referenzprojekt für best practice insbesondere für den Bereich der öffentlichen Verwaltungen.

#### Weitere Reaktionen auf den Wandel in der Arbeitswelt

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales beschreibt in seinem „Grünbuch“ [1] den Wandel der Arbeitswelt. „Arbeiten 4.0“ umfasst dabei nicht nur die sich immer weiterentwickelnden Technologien,

Abbildung 4 Bewegungstraining



sondern nimmt auch sehr stark den kulturellen Wertewandel (neue Vielfalt der Lebensentwürfe, partnerschaftliches Rollenverständnis, Work-Life-Balance etc.) in den Fokus.

Mitte 2015 hat die BKK-VBU einen ersten entscheidenden Schritt getan und einen Tarifvertrag „Generationenmanagement“ mit dem Ziel abgeschlossen, als Arbeitgeber für die Herausforderungen des Wandels der Zukunft besser gerüstet zu sein. Sie gehört damit zu den wenigen Unternehmen, die das Zusammenwirken der Generationen im Unternehmen per Tarifvertrag verbindlich geregelt haben. So umfasst das Tarifwerk Regelungen zur Ausbildungsinitiative, Qualifizierung der Beschäftigten, Unterstützungsleistungen bei Pflege(teil)zeit, Betreuungskostenzuschüsse und die Teilzeit 60 Plus.

Seit dem Tarifabschluss gibt es eine betriebliche Demografieberaterin. Sie ist für die Beschäftigten da, wenn diese in besonderen Lebenslagen Unterstützung benötigen – sei es an Informationen, Beratung oder einfach einem „offenen Ohr“. Besondere

Lebenslagen führen nicht selten zu Überforderung. An dieser Stelle setzt die Arbeit der Demografieberaterin an. Sie übernimmt erforderliche Klärungen für die betroffene Person und steht ihr mit Rat und Tat zur Seite.

Der Tarifvertrag regelt die Qualifizierung der Mitarbeiter. Neben der „klassischen“ Personalentwicklung für alle Kollegen gibt es bei der BKK-VBU seit einigen Jahren ein besonders auf Nachwuchskräfte ausgerichtetes Entwicklungsprogramm. In den jährlichen „Entwicklungswerkstätten“ übernehmen die Teilnehmer Arbeitsaufträge, die Themen wie Zukunftsfähigkeit, Gesundheit und Umwelt im Fokus haben. Eine Projektgruppe aus dem Jahr 2015 hat sich intensiv mit dem Thema „Corporate Social Responsibility (CSR)“ beschäftigt, um soziale Verantwortung langfristig im Unternehmen zu implementieren.

Das Zusammenwirken der Generationen wird aber nicht erst seit dem Tarifabschluss aktiv gelebt. Es galt z.B., auf bestehende Rahmenbedingungen wie den hohen Frauenanteil, das niedrige Durchschnittsalter der Beschäftigten und den Anteil der Teilzeitbeschäftigten zu reagieren. So wurde ein Eltern-Kind-Zimmer eingerichtet, welches bei kurzfristigem Ausfall der Kinderbetreuung die Möglichkeit bietet, trotzdem arbeitsfähig zu sein.

Auch das BGM ist ein Teilbereich des Tarifvertrages, da es einen wesentlichen Beitrag dazu leisten kann, durch präventive Maßnahmen die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten bzw. zu fördern. Die Tarifvertragsparteien sind sich darüber einig, dass die BKK-VBU dem einzelnen Beschäftigten nicht die Verantwortung für den Erhalt oder die Verbesserung seiner Gesundheit und Leistungsfähigkeit abnehmen kann. Die Tarifvertragsparteien stimmen jedoch auch darin überein, dass durch gezielte Förderung betriebliche Maßnahmen der Verhaltensprävention das Gesundheitsbewusstsein der Beschäftigten geschärft werden kann und Hilfestellungen anzubieten sind. Dazu gehören z.B. Maßnahmen zur Erhaltung der körperlichen Fitness, zur Vorbeugung etwa gegen Zivilisationskrankheiten und Süchte, zur Früherkennung chronischer Erkrankungen und zur Verhaltensprävention in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Entspannung.

## Fazit

Für die BKK-VBU stehen nicht nur die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im Vordergrund. Gerade Maßnahmen der Verhältnisprävention steigern die Mitarbeiterzufriedenheit und unter-

stützen die Gesundheit am Arbeitsplatz und somit die Arbeitsfähigkeit.

Arbeitsfähigkeit ist dabei der Einklang zwischen dem, was ein Unternehmen dauerhaft verlangt, und dem, was ein Arbeitnehmer leisten kann. Dieses Konzept beschreibt der finnische Soziologe Prof. Dr. Juhani Ilmarinen in seinem „Haus der Arbeitsfähigkeit“ [4], welches aus den vier Stockwerken Gesundheit, Kompetenz, Werte und Arbeit besteht. Durch unsere breit gefächerte Herangehensweise an das Thema Arbeitsfähigkeit bedient die BKK-VBU alle Stockwerke dieses Konzeptes. Dabei konzentrieren wir uns nicht nur auf das Fundament, die Gesundheit, sondern fördern die Kompetenz der Mitarbeiter durch Fortbildungen, verankern Werte in unseren Unternehmenswerten sowie im Tarifvertrag des Generationenmanagements und schaffen gesundheitsfördernde Strukturen im Stockwerk der Arbeit.

Wir vergessen jedoch auch nicht die äußeren Faktoren, wie Familie und die Gesellschaft.

All diese Parameter bedingen sich wechselseitig und verändern sich im Verlauf eines (Arbeits-)Lebens, sodass das Streben nach der richtigen Balance in den verschiedenen Lebens- und Arbeitsphasen unterschiedliche Antworten erfordert.

Wir sind der Auffassung, dass man nur dann etwas wirklich überzeugend weitergeben kann, wenn man selbst dahinter steht. Die ständige Entwicklung des Themas im eigenen Unternehmen hat weitere Vorteile: So können Angebote, die den Mitarbeitern offeriert werden, regelmäßig überprüft und verbessert werden. Mit diesem Wissen können die Experten Firmenkunden zum Thema BGM noch präziser unterstützen, auf Fallstricke hinweisen und spezifischere Maßnahmen initiieren. Aktuell betreuen die Gesundheitsexperten der BKK-VBU über 60 BGM-Projekte bei kleinen, mittleren und großen Unternehmen.

## Literatur

1. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. „Grünbuch – Arbeiten 4.0. Arbeit weiter denken“. Berlin, 2015. <http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publicationen/A872-gruenbuch-arbeiten-vier-null.html> (Zugriff am 06.07.2016)
2. Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union e.V.: Luxemburger Deklaration, <http://www.luxemburger-deklaration.de/> (Zugriff am 14.07.2016)
3. GKV Spitzenverband (Hrsg.). Leitfaden Prävention; Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014, Berlin, 2014
4. Ilmarinen J. Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki, 2005



Peggy Albert

Seit 2008 ist Peggy Albert Referentin der Vorständin der BKK-VBU. Zuvor verantwortete sie die Personalentwicklung sowie die Ausbildungsleitung. Vorausgegangen war 1999 die Ausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte | Krankenversicherung und das anschließende Studium im Bereich Marketing und Kommunikation. 2015 übernahm sie kommissarisch die Leitung des Arbeitskreises Gesundheit.



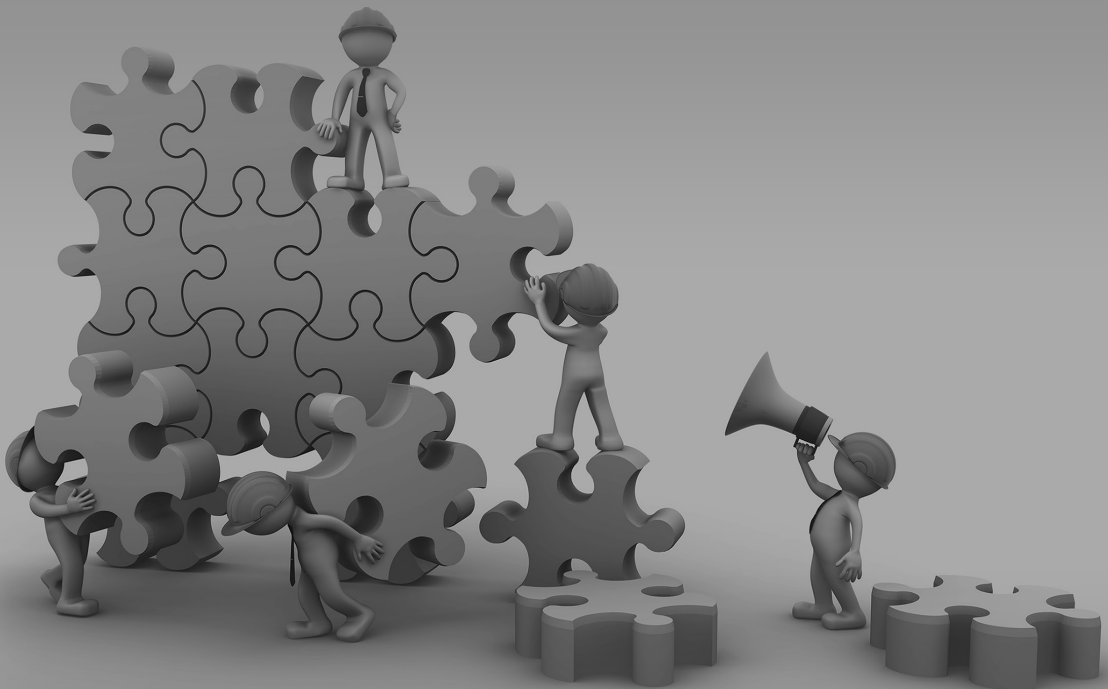
Claudia Lyhs, MPH

Nach der Ausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte in der Krankenversicherung 2006 und dem Diplomstudium (FH) der Gesundheitsökonomie 2007 an der Fachhochschule Ludwigshafen Tätigkeit als regionale Referentin für Betriebliches Gesundheitsmanagement bei einer Betriebskrankenkasse. Berufsbegleitendes Masterstudium in der Zeit von 2009–2012 an der Berlin School of Public Health. Seit 2015 Mitarbeiterin des Unternehmensbereichs Gesundheitsmanagement und regionale Präventionsberaterin bei der BKK-VBU sowie beratendes Mitglied des Arbeitskreises Gesundheit.



# 5

## Gesundheit und Arbeit – Weichenstellungen für eine neue Beziehung



aus: Knieps F | Pfaff H (Hrsg.) „Gesundheit und Arbeit“. BKK Gesundheitsreport 2016.

ISBN 978-3-95466-282-1, urheberrechtlich geschützt

© 2016 MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e.V.







Franz Knieps  
Vorstand des BKK Dachverbands,  
Berlin

Am 17. April 2017 haben Betriebskrankenkassen einen runden Geburtstag. Auf den Tag genau vor 300 Jahren wurde im sächsischen Erzgebirge in Aue die mutmaßlich erste Fabrikkrankenkasse für das Blaufarbenwerk Pfannenstiel eingerichtet. Die Farbengewinnung aus Kobalt war eine gesundheitsgefährdende Arbeit und verlangte technisches Können und Geschick. Der aufgeklärte Unternehmer aus der Familie Schnorr von Carolsfeld griff die Ideen aus dem Bergbau auf und errichtete eine von Arbeitnehmern und Unternehmen finanziell getragene Unterstützungskasse, die neben Krankengeld auch Invaliditätsversorgung und Witwenrente zahlte. Damit war der Betrieb der Zeit weit voraus und setzte ein Zeichen, dass es für eine wirksame betriebliche Sozialpolitik nicht der staatlichen Patronage bedarf, sondern auf kreative Unternehmer und selbstbewusste Belegschaften ankommt.

### Unternehmerische Impulse und solidarische Belegschaften – Motoren des Wandels

Dieses Jubiläum hat nicht nur historische Bedeutung. Es gibt vielmehr Impulse für die heutige Zeit. Denn erneut bedarf es unternehmerischer Impulse und gezielter Aktivitäten der Arbeitnehmer, um das Verhältnis von Gesundheit und Arbeit in eine neue Dimension zu entwickeln. Lange Zeit wurden Gesundheit und Krankheit nur als Kostenfaktoren begriffen und überwiegend der Eigenverantwortung und dem Verhalten der Arbeitnehmer zugeschoben. Während die Public Health Forschung in aller Welt den Zusammenhang zwischen den Arbeits- und Lebensverhältnissen sowie Gesundheit nachwies, dümpelten in Deutschland das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) und die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) zwischen Fitnessraum und Werkskantine dahin. Nicht, dass Missverständnisse auftreten: Ernährung und Bewegung sind wichtige Determinanten der Gesundheit, auf individueller wie auf kollektiver Ebene. Sie sind notwendige, aber kei-

neswegs hinreichende Bedingungen für gesundheitsförderliches Leben und Arbeiten. Vielmehr ist nur eine enge Verzahnung von Verhaltens- und Verhältnisprävention erfolversprechend.

Folgerichtig setzt das nach mehreren fehlgeschlagenen Anläufen 2015 endlich verabschiedete Präventionsgesetz seine wesentlichen Akzente in der Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Sozialversicherungsträgern, Gebietskörperschaften, Sozialpartnern und Betroffenen. Dabei geht es auch darum, dass Erfahrungen und Expertisen, die in Großunternehmen gewonnen wurden und werden, auch kleineren und mittleren Unternehmen (KMU) nutzbar zu machen und diese von den ökonomischen und sozialen Vorteilen von (betrieblicher) Gesundheitsförderung und Prävention zu überzeugen. Ein entsprechend ausgerichtetes Pilotprojekt, das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bezuschusst wird, stößt auf vielfältiges Interesse bei sehr unterschiedlich strukturierten KMU und wird von den Betriebskrankenkassen unter Beteiligung weiterer Kassenarten energisch vorangetrieben. Ein Ziel ist es zu prüfen, ob sich standardisierte Module mit Tools zu BGF und BGM entwickeln und implementieren lassen, die den Know-how-Transfer von in größeren Unternehmensformen Bewährtem ermöglichen.

### Wissenstransfer von Groß zu Klein – BGM innovativ

Dem Wissenstransfer dient unter anderem ein beim Innovationsfonds eingereichtes Projekt „BGM Innovativ“, das unter Federführung des BKK Dachverbands ein Konsortium mit Beteiligung von mehr als 20 Betriebskrankenkassen, der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Sozialpartner zusammenführt, um ein in einem Großbetrieb der Stahlindustrie in Kooperation mit der hauseigenen BKK und der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover entwickeltes und erfolgreich eingeführtes Stufenmodell zur abgestimmten Versorgung von Muskel- und Skeletterkrankungen mit präventiven, kurativen und rehabilitativen Elementen in weitere Betriebe und Branchen auszurollen. In einer zweiten Phase ist dann die Ausweitung des Projekts auf psychische Erkrankungen vorgesehen.

### Vom Kostenfaktor zum Produktivitätsfaktor – Gesundheit als Führungsaufgabe

Damit setzen die beteiligten Akteure ein kraftvolles Zeichen, dass sie gewillt sind, die Kritik an den zer-

splitterten Zuständigkeiten im Gesundheits- und Sozialsystem aufzunehmen und den gesetzgeberischen Willen nicht nur in Berichte und Aktionspläne einfließen zu lassen, sondern das Zusammenspiel unterschiedlicher Professionen und Verantwortlichkeiten in der Praxis zu organisieren. Dabei sind die Daten und Analysen aus dem BKK Gesundheitsreport nebst entsprechenden Detailauswertungen für die betroffenen Betriebe, Branchen und Regionen ebenso hilfreich wie die fortschreitenden Erkenntnisse wissenschaftlicher Disziplinen beispielsweise der modernen Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, Organisationssoziologie oder Managementlehre. Vor allem aber kommt es auf die praktischen Erfahrungen und auf die Unternehmenskultur in jedem Betrieb an. Nur wenn diese bewusst gesundheitsförderlich ausgerichtet sind, versprechen sie eine bewusste Wandlung zu einem neuen Verhältnis von Gesundheit und Arbeit. Verallgemeinerungen verbieten sich dabei ebenso wie Simplifizierungen. Wandel ist ein komplexer, arbeitsreicher Vorgang, der nur Erfolg verspricht, wenn er nachhaltig ausgerichtet ist und bewusst gewollt und vor allem tatsächlich gelebt wird.

Gesundheit ist damit Führungsaufgabe für alle Führungskräfte sowie Gegenstand der Mitwirkung und Mitbestimmung der Belegschaften in Unternehmen und Betrieben geworden. Der Zusammenhang zwischen unternehmerischem Erfolg und einem gesundheitsförderlichen Umfeld lässt sich nicht nur beschreiben, sondern auch zunehmend besser messen. Zwar propagieren einzelne Unternehmer wie Donald Trump oder sog. Managementgurus wie Jeffrey Pfeffer aus Stanford bisweilen noch rustikale Eigenschaften bis hin zu Egoismus, Verlogenheit und Rücksichtslosigkeit als zentrale Erfolgsfaktoren für Führungskräfte, doch stehen sie damit in der betrieblichen Praxis wie in der politischen und wissenschaftlichen Diskussion zunehmend isoliert da. In

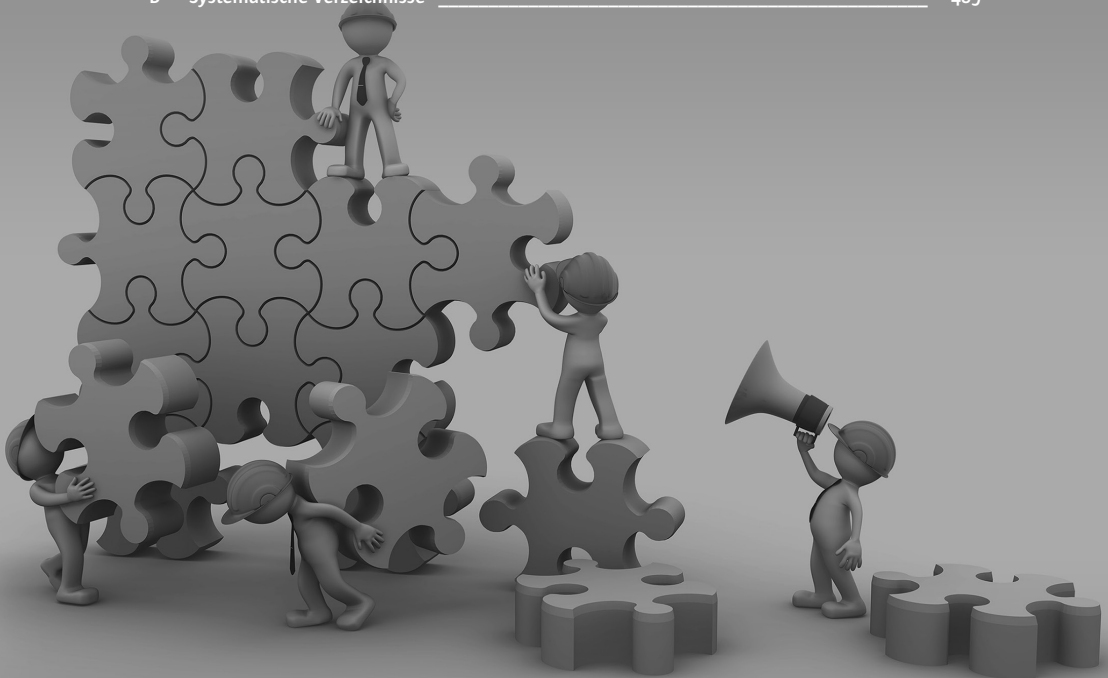
fast allen erfolgreichen Unternehmen ist die Schaffung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen wesentlicher Eckpfeiler der Unternehmenskultur, derer sich immer wieder mithilfe qualitativer und quantitativer Instrumente vergewissert wird. Diese Unternehmen haben verstanden, dass Gesundheit neben dem individuellen Wohlbefinden weitere ökonomische und soziale Dimensionen hat. Gesundheit wird deshalb vom Kostenfaktor in Form von Lohnfortzahlung im Falle der Arbeitsunfähigkeit und der Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen als Lohnzusatzkosten zum Standort- und Produktivitätsfaktor, in den es sich zu investieren lohnt und der Rendite verspricht.

#### Handlungsspielräume statt Regulierungswut – Lehren aus der BKK Historie

Diesen Veränderungen muss die Politik Rechnung tragen und weitere Anreize für die Entwicklung kreativer Ideen und für die Verbreitung erfolgreicher Projekterfahrungen setzen. Dabei sollte der Schaffung von Freiräumen Vorrang vor der Durchregulierung von Handlungsfeldern eingeräumt werden. Weder der absolutistische Landesherr noch die in der Neuzeit aufblühende Bürokratie haben die erste Krankenkasse in einem Unternehmen geschaffen, das alle Fährnisse der Geschichte überstanden hat und noch heute als Nickelhütte Aue fortbesteht. Das unternehmerische Engagement und die solidarische Grundhaltung der Belegschaften können, wie das Präventionsgesetz und das Sozialgesetzbuch zeigen, instrumentell flankiert, aber nicht durch staatliche Regulierung ersetzt werden. Der Wandel muss in den Köpfen stattfinden. Vieles spricht dafür, dass die Voraussetzungen hierfür in den Zeiten fundamentaler ökonomischer, sozialer und technologischer Veränderungen günstig sind. Die Akteure müssen nur wollen.

# Anhang

A	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	_____	408
B	Systematische Verzeichnisse	_____	489





## Verzeichnis des Anhangs

<b>A</b>	<b>Arbeitsunfähigkeitsgeschehen</b>	<b>408</b>
A.1	<b>AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)</b>	<b>408</b>
A.1.1	Pflichtmitglieder insgesamt	408
A.1.2	Beschäftigte Pflichtmitglieder	409
A.1.3	Teilzeitbeschäftigte	410
A.1.4	Arbeitslose (ALG-I)	411
A.1.5	Freiwillige Mitglieder insgesamt	412
A.1.6	Beschäftigte freiwillige Mitglieder	413
A.1.7	Mitglieder ohne Rentner	414
A.1.8	Beschäftigte Mitglieder insgesamt	415
A.2	<b>Krankengeld-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)</b>	<b>416</b>
A.3	<b>AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – mit Gliederung nach AU-Dauer in Kalendertagen und Wochen (Berichtsjahr 2015)</b>	<b>417</b>
A.4	<b>AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2015)</b>	<b>418</b>
A.4.1	Männer – sortiert nach Fallzahl	418
A.4.2	Männer – sortiert nach Tagen	418
A.4.3	Frauen – sortiert nach Fallzahl	419
A.4.4	Frauen – sortiert nach Tagen	419
A.4.5	Gesamt – sortiert nach Fallzahl	420
A.4.6	Gesamt – sortiert nach Tagen	421
A.5	<b>AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tag – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)</b>	<b>422</b>
A.5.1	AU-Fälle je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 1)	422
A.5.1	AU-Fälle je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 2)	423
A.5.2	AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 1)	424
A.5.2	AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 2)	425
A.6	<b>BKK Mitgliederzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt und Anteil an Beschäftigten in Deutschland – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2015)</b>	<b>426</b>
A.7	<b>AU-Tage, Frauenanteil und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2015)</b>	<b>427</b>

A.8	AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	428
A.8.1	Land- und Forstwirtschaft	428
A.8.2	Nahrung, Genuss	429
A.8.3	Textil, Bekleidung, Leder	430
A.8.4	Holz, Papier, Druck	431
A.8.5	Chemie	432
A.8.6	Glas, Keramik, Steine/Erden	433
A.8.7	Metallerzeugung	434
A.8.8	Metallverarbeitung	435
A.8.9	Möbel u. sonstige Erzeugnisse	436
A.8.10	Energie- und Wasserwirtschaft	437
A.8.11	Baugewerbe	438
A.8.12	Handel	439
A.8.13	Großhandel	440
A.8.14	Einzelhandel	441
A.8.15	Gastgewerbe	442
A.8.16	Verkehr	443
A.8.17	Landverkehr	444
A.8.18	Postdienste	445
A.8.19	Telekommunikation	446
A.8.20	Kredit- und Versicherungsgewerbe	447
A.8.21	Verlage und Medien	448
A.8.22	Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	449
A.8.23	Dienstleistungen	450
A.8.24	Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	451
A.8.25	Erziehung und Unterricht	452
A.8.26	Gesundheits- und Sozialwesen	453
A.8.27	Abfallbeseitigung und Recycling	454
A.8.28	Kultur, Sport und Unterhaltung	455
A.9	BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Wirtschaftsabschnitten und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008 (Berichtsjahr 2015)	456
A.9	(Teil 1)	456
A.9	(Teil 2)	457
A.10	BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen aus der KldB 2010 (Berichtsjahr 2015)	458
A.11	AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)	459
A.11.1	Baden-Württemberg	459
A.11.2	Bayern	460
A.11.3	Berlin	461
A.11.4	Bremen	462
A.11.5	Hamburg	463
A.11.6	Hessen	464

A.11.7	Niedersachsen	465
A.11.8	Nordrhein-Westfalen	466
A.11.9	Rheinland-Pfalz	467
A.11.10	Saarland	468
A.11.11	Schleswig-Holstein	469
A.11.12	Brandenburg	470
A.11.13	Mecklenburg-Vorpommern	471
A.11.14	Sachsen	472
A.11.15	Sachsen-Anhalt	473
A.11.16	Thüringen	474
A.11.17	Bund West	475
A.11.18	Bund Ost	476
A.11.19	Bund Gesamt	477
<b>A.12</b>	<b>AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2015)</b>	<b>478</b>
A.12.1	Landkreise Baden-Württemberg	478
A.12.2	Landkreise Bayern	479
A.12.3	Landkreise Berlin	481
A.12.4	Landkreise Bremen	481
A.12.5	Landkreise Hamburg	481
A.12.6	Landkreise Hessen	481
A.12.7	Landkreise Niedersachsen	482
A.12.8	Landkreise Nordrhein-Westfalen	483
A.12.9	Landkreise Rheinland-Pfalz	484
A.12.10	Landkreise Saarland	485
A.12.11	Landkreise Schleswig-Holstein	485
A.12.12	Landkreise Brandenburg	486
A.12.13	Landkreise Mecklenburg-Vorpommern	486
A.12.14	Landkreise Sachsen	487
A.12.15	Landkreise Sachsen-Anhalt	487
A.12.16	Landkreise Thüringen	488
<b>B</b>	<b>Systematische Verzeichnisse</b>	<b>489</b>
B.1	Verzeichnis der Diagnoseschlüssel nach ICD-10-GM 2015	489
	Diagnosehauptgruppen und Diagnoseuntergruppen nach dem ICD-10-GM Schlüssel	489
	ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC Klassifikation	495
B.2	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC)	495
B.3	Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008)	498
	Wirtschaftsgruppen nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008)	498
B.4	Klassifikation der Berufe, Ausgabe 2010 (KldB 2010)	501
	Berufssektoren, -segmente und Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)	501



A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.1.1 Pflichtmitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	286.941	1.606.526	14,44	80,8	5,6
	Frauen	268.328	1.504.101	14,29	80,1	5,6
	Gesamt	555.269	3.110.627	14,37	80,5	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	34.104	909.934	1,72	45,8	26,7
	Frauen	43.052	1.364.802	2,29	72,7	31,7
	Gesamt	77.156	2.274.736	2,00	58,9	29,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14.810	271.096	0,75	13,6	18,3
	Frauen	14.313	235.875	0,76	12,6	16,5
	Gesamt	29.123	506.971	0,75	13,1	17,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	115.311	4.123.873	5,80	207,5	35,8
	Frauen	166.424	6.050.016	8,86	322,1	36,4
	Gesamt	281.735	10.173.889	7,29	263,2	36,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	50.917	781.128	2,56	39,3	15,3
	Frauen	73.785	887.572	3,93	47,3	12,0
	Gesamt	124.702	1.668.700	3,23	43,2	13,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	33.910	255.070	1,71	12,8	7,5
	Frauen	30.443	223.453	1,62	11,9	7,3
	Gesamt	64.353	478.523	1,66	12,4	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	30.271	292.607	1,52	14,7	9,7
	Frauen	32.813	298.378	1,75	15,9	9,1
	Gesamt	63.084	590.985	1,63	15,3	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	74.024	1.723.857	3,73	86,8	23,3
	Frauen	60.198	930.187	3,21	49,5	15,5
	Gesamt	134.222	2.654.044	3,47	68,7	19,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	796.815	5.330.449	40,10	268,2	6,7
	Frauen	852.181	5.572.088	45,38	296,7	6,5
	Gesamt	1.648.996	10.902.537	42,66	282,1	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	294.955	1.961.603	14,84	98,7	6,7
	Frauen	260.514	1.504.570	13,87	80,1	5,8
	Gesamt	555.469	3.466.173	14,37	89,7	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	42.898	575.736	2,16	29,0	13,4
	Frauen	30.221	326.821	1,61	17,4	10,8
	Gesamt	73.119	902.557	1,89	23,4	12,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	525.367	9.578.816	26,44	482,0	18,2
	Frauen	361.353	7.237.635	19,24	385,4	20,0
	Gesamt	886.720	16.816.451	22,94	435,1	19,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	30.922	360.852	1,56	18,2	11,7
	Frauen	89.527	771.956	4,77	41,1	8,6
	Gesamt	120.449	1.132.808	3,12	29,3	9,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	50.660	543.051	2,70	28,9	10,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	151.167	1.454.681	7,61	73,2	9,6
	Frauen	184.394	1.627.235	9,82	86,6	8,8
	Gesamt	335.561	3.081.916	8,68	79,7	9,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	253.548	4.388.762	12,76	220,9	17,3
	Frauen	148.878	2.588.350	7,93	137,8	17,4
	Gesamt	402.426	6.977.112	10,41	180,5	17,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	29.369	560.626	1,48	28,2	19,1
	Frauen	40.974	806.998	2,18	43,0	19,7
	Gesamt	70.343	1.367.624	1,82	35,4	19,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.771.192</b>	<b>34.283.572</b>	<b>139,45</b>	<b>1.725,2</b>	<b>12,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.715.394</b>	<b>32.613.690</b>	<b>144,58</b>	<b>1.736,5</b>	<b>12,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.486.586</b>	<b>66.897.262</b>	<b>141,95</b>	<b>1.730,7</b>	<b>12,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	90.615	1.228.123	4,56	61,8	13,6
	Frauen	43.061	562.104	2,29	29,9	13,1
	Gesamt	133.676	1.790.227	3,46	46,3	13,4

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.1.2 Beschäftigte Pflichtmitglieder

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	283.069	1.578.138	14,76	82,3	5,6
	Frauen	264.822	1.478.262	14,58	81,4	5,6
	Gesamt	547.891	3.056.400	14,67	81,9	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	33.146	861.829	1,73	44,9	26,0
	Frauen	41.931	1.314.885	2,31	72,4	31,4
	Gesamt	75.077	2.176.714	2,01	58,3	29,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14.348	252.618	0,75	13,2	17,6
	Frauen	13.878	223.662	0,76	12,3	16,1
	Gesamt	28.226	476.280	0,76	12,8	16,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	108.754	3.653.979	5,67	190,5	33,6
	Frauen	158.948	5.500.279	8,75	302,9	34,6
	Gesamt	267.702	9.154.258	7,17	245,2	34,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	49.404	738.894	2,58	38,5	15,0
	Frauen	71.875	849.988	3,96	46,8	11,8
	Gesamt	121.279	1.588.882	3,25	42,6	13,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	33.452	246.822	1,74	12,9	7,4
	Frauen	29.963	214.789	1,65	11,8	7,2
	Gesamt	63.415	461.611	1,70	12,4	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	29.815	282.073	1,55	14,7	9,5
	Frauen	32.321	290.758	1,78	16,0	9,0
	Gesamt	62.136	572.831	1,66	15,3	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	71.936	1.649.258	3,75	86,0	22,9
	Frauen	58.889	896.041	3,24	49,3	15,2
	Gesamt	130.825	2.545.299	3,50	68,2	19,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	787.992	5.250.684	41,08	273,7	6,7
	Frauen	842.339	5.484.624	46,38	302,0	6,5
	Gesamt	1.630.331	10.735.308	43,66	287,5	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	290.683	1.906.616	15,15	99,4	6,6
	Frauen	256.898	1.463.143	14,15	80,6	5,7
	Gesamt	547.581	3.369.759	14,66	90,2	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	42.115	557.634	2,20	29,1	13,2
	Frauen	29.690	313.103	1,63	17,2	10,6
	Gesamt	71.805	870.737	1,92	23,3	12,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	515.243	9.182.291	26,86	478,7	17,8
	Frauen	352.728	6.896.334	19,42	379,8	19,6
	Gesamt	867.971	16.078.625	23,24	430,6	18,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	30.166	347.393	1,57	18,1	11,5
	Frauen	87.898	750.727	4,84	41,3	8,5
	Gesamt	118.064	1.098.120	3,16	29,4	9,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	49.362	524.558	2,72	28,9	10,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	147.932	1.399.397	7,71	73,0	9,5
	Frauen	180.625	1.569.249	9,95	86,4	8,7
	Gesamt	328.557	2.968.646	8,80	79,5	9,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	249.942	4.273.919	13,03	222,8	17,1
	Frauen	146.268	2.498.076	8,05	137,6	17,1
	Gesamt	396.210	6.771.995	10,61	181,4	17,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	28.771	537.893	1,50	28,0	18,7
	Frauen	40.217	778.828	2,21	42,9	19,4
	Gesamt	68.988	1.316.721	1,85	35,3	19,1
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.722.457</b>	<b>32.821.353</b>	<b>141,93</b>	<b>1.711,1</b>	<b>12,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.665.788</b>	<b>31.180.219</b>	<b>146,79</b>	<b>1.717,0</b>	<b>11,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.388.245</b>	<b>64.001.572</b>	<b>144,29</b>	<b>1.713,9</b>	<b>11,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	90.160	1.219.774	4,70	63,6	13,5
	Frauen	42.740	556.521	2,35	30,6	13,0
	Gesamt	132.900	1.776.295	3,56	47,6	13,4

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.1.3 Teilzeitbeschäftigte

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	15.461	94.416	10,24	62,5	6,1
	Frauen	106.010	624.352	12,39	73,0	5,9
	Gesamt	121.471	718.768	12,07	71,4	5,9
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1.732	52.323	1,15	34,6	30,2
	Frauen	20.407	684.846	2,38	80,0	33,6
	Gesamt	22.139	737.169	2,20	73,2	33,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	860	18.665	0,57	12,4	21,7
	Frauen	6.124	105.603	0,72	12,3	17,2
	Gesamt	6.984	124.268	0,69	12,3	17,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	8.724	305.874	5,78	202,5	35,1
	Frauen	70.990	2.473.030	8,30	289,0	34,8
	Gesamt	79.714	2.778.904	7,92	276,0	34,9
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	3.198	57.738	2,12	38,2	18,1
	Frauen	28.237	397.205	3,30	46,4	14,1
	Gesamt	31.435	454.943	3,12	45,2	14,5
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.761	17.647	1,17	11,7	10,0
	Frauen	13.205	101.589	1,54	11,9	7,7
	Gesamt	14.966	119.236	1,49	11,8	8,0
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1.716	18.042	1,14	11,9	10,5
	Frauen	14.102	139.846	1,65	16,3	9,9
	Gesamt	15.818	157.888	1,57	15,7	10,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	4.297	100.821	2,84	66,8	23,5
	Frauen	26.689	436.655	3,12	51,0	16,4
	Gesamt	30.986	537.476	3,08	53,4	17,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	43.765	305.403	28,97	202,2	7,0
	Frauen	352.654	2.400.393	41,21	280,5	6,8
	Gesamt	396.419	2.705.796	39,37	268,8	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	15.533	118.721	10,28	78,6	7,6
	Frauen	103.006	636.670	12,04	74,4	6,2
	Gesamt	118.539	755.391	11,77	75,0	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	2.415	33.222	1,60	22,0	13,8
	Frauen	12.249	137.875	1,43	16,1	11,3
	Gesamt	14.664	171.097	1,46	17,0	11,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	27.707	518.554	18,34	343,3	18,7
	Frauen	166.264	3.461.733	19,43	404,5	20,8
	Gesamt	193.971	3.980.287	19,27	395,3	20,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.974	23.140	1,31	15,3	11,7
	Frauen	35.442	347.824	4,14	40,7	9,8
	Gesamt	37.416	370.964	3,72	36,9	9,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	16.915	187.920	1,98	22,0	11,1
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	8.411	89.138	5,57	59,0	10,6
	Frauen	70.825	689.422	8,28	80,6	9,7
	Gesamt	79.236	778.560	7,87	77,3	9,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	13.397	256.790	8,87	170,0	19,2
	Frauen	63.166	1.184.972	7,38	138,5	18,8
	Gesamt	76.563	1.441.762	7,60	143,2	18,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.770	34.727	1,17	23,0	19,6
	Frauen	17.610	359.554	2,06	42,0	20,4
	Gesamt	19.380	394.281	1,92	39,2	20,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>153.036</b>	<b>2.052.262</b>	<b>101,32</b>	<b>1.358,7</b>	<b>13,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>1.126.901</b>	<b>14.430.599</b>	<b>131,68</b>	<b>1.686,3</b>	<b>12,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.279.937</b>	<b>16.482.861</b>	<b>127,13</b>	<b>1.637,2</b>	<b>12,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.358	64.151	2,89	42,5	14,7
	Frauen	17.181	238.201	2,01	27,8	13,9
	Gesamt	21.539	302.352	2,14	30,0	14,0

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.1.4 Arbeitslose (ALG-I)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.997	24.458	5,03	41,0	8,2
	Frauen	2.899	22.955	5,42	42,9	7,9
	Gesamt	5.896	47.413	5,21	41,9	8,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	881	45.576	1,48	76,5	51,7
	Frauen	1.031	46.859	1,93	87,6	45,5
	Gesamt	1.912	92.435	1,69	81,7	48,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	426	17.936	0,71	30,1	42,1
	Frauen	400	12.043	0,75	22,5	30,1
	Gesamt	826	29.979	0,73	26,5	36,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.834	455.758	9,79	764,8	78,1
	Frauen	6.669	534.446	12,46	998,8	80,1
	Gesamt	12.503	990.204	11,05	875,5	79,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.285	40.619	2,16	68,2	31,6
	Frauen	1.561	34.993	2,92	65,4	22,4
	Gesamt	2.846	75.612	2,52	66,9	26,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	391	7.976	0,66	13,4	20,4
	Frauen	441	8.411	0,82	15,7	19,1
	Gesamt	832	16.387	0,74	14,5	19,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	377	9.943	0,63	16,7	26,4
	Frauen	419	6.839	0,78	12,8	16,3
	Gesamt	796	16.782	0,70	14,8	21,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.879	71.866	3,15	120,6	38,3
	Frauen	1.185	32.941	2,21	61,6	27,8
	Gesamt	3.064	104.807	2,71	92,7	34,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.997	69.253	11,74	116,2	9,9
	Frauen	8.292	78.354	15,50	146,4	9,5
	Gesamt	15.289	147.607	13,52	130,5	9,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.565	51.480	5,98	86,4	14,4
	Frauen	3.073	38.622	5,74	72,2	12,6
	Gesamt	6.638	90.102	5,87	79,7	13,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	667	17.230	1,12	28,9	25,8
	Frauen	471	13.375	0,88	25,0	28,4
	Gesamt	1.138	30.605	1,01	27,1	26,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	8.858	383.467	14,86	643,5	43,3
	Frauen	7.716	330.424	14,42	617,5	42,8
	Gesamt	16.574	713.891	14,65	631,2	43,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	682	11.697	1,14	19,6	17,2
	Frauen	1.460	19.979	2,73	37,3	13,7
	Gesamt	2.142	31.676	1,89	28,0	14,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.252	18.033	2,34	33,7	14,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.698	52.180	4,53	87,6	19,3
	Frauen	3.199	53.889	5,98	100,7	16,9
	Gesamt	5.897	106.069	5,21	93,8	18,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.221	108.549	5,41	182,2	33,7
	Frauen	2.349	85.332	4,39	159,5	36,3
	Gesamt	5.570	193.881	4,92	171,4	34,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	525	22.153	0,88	37,2	42,2
	Frauen	689	27.156	1,29	50,8	39,4
	Gesamt	1.214	49.309	1,07	43,6	40,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>41.439</b>	<b>1.395.998</b>	<b>69,54</b>	<b>2.342,6</b>	<b>33,7</b>
	<b>Frauen</b>	<b>43.288</b>	<b>1.371.813</b>	<b>80,90</b>	<b>2.563,8</b>	<b>31,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>84.727</b>	<b>2.767.811</b>	<b>74,91</b>	<b>2.447,2</b>	<b>32,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	334	6.679	0,56	11,2	20,0
	Frauen	248	4.921	0,46	9,2	19,8
	Gesamt	582	11.600	0,51	10,3	19,9

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.1.5 Freiwillige Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	49.307	272.318	7,18	39,7	5,5
	Frauen	12.066	69.604	5,08	29,3	5,8
	Gesamt	61.373	341.922	6,64	37,0	5,6
Neubildungen (C00-D48)	Männer	11.202	235.543	1,63	34,3	21,0
	Frauen	3.599	102.400	1,52	43,1	28,5
	Gesamt	14.801	337.943	1,60	36,6	22,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	3.014	45.230	0,44	6,6	15,0
	Frauen	819	12.379	0,34	5,2	15,1
	Gesamt	3.833	57.609	0,41	6,2	15,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	19.581	679.251	2,85	98,9	34,7
	Frauen	8.089	291.139	3,41	122,6	36,0
	Gesamt	27.670	970.390	2,99	105,0	35,1
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	9.050	122.624	1,32	17,9	13,6
	Frauen	3.350	38.368	1,41	16,2	11,5
	Gesamt	12.400	160.992	1,34	17,4	13,0
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	7.963	59.165	1,16	8,6	7,4
	Frauen	1.958	12.481	0,82	5,3	6,4
	Gesamt	9.921	71.646	1,07	7,8	7,2
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	7.349	66.946	1,07	9,8	9,1
	Frauen	1.988	19.068	0,84	8,0	9,6
	Gesamt	9.337	86.014	1,01	9,3	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	16.655	321.832	2,43	46,9	19,3
	Frauen	2.929	39.018	1,23	16,4	13,3
	Gesamt	19.584	360.850	2,12	39,0	18,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	180.593	1.096.302	26,30	159,6	6,1
	Frauen	49.784	313.063	20,96	131,8	6,3
	Gesamt	230.377	1.409.365	24,92	152,5	6,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	58.985	335.729	8,59	48,9	5,7
	Frauen	13.786	69.763	5,80	29,4	5,1
	Gesamt	72.771	405.492	7,87	43,9	5,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	6.231	64.603	0,91	9,4	10,4
	Frauen	1.366	13.028	0,58	5,5	9,5
	Gesamt	7.597	77.631	0,82	8,4	10,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	77.428	1.174.382	11,27	171,0	15,2
	Frauen	14.508	228.255	6,11	96,1	15,7
	Gesamt	91.936	1.402.637	9,95	151,7	15,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	7.887	70.402	1,15	10,3	8,9
	Frauen	4.983	36.688	2,10	15,4	7,4
	Gesamt	12.870	107.090	1,39	11,6	8,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	3.827	35.106	1,61	14,8	9,2
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	27.067	231.603	3,94	33,7	8,6
	Frauen	8.804	67.702	3,71	28,5	7,7
	Gesamt	35.871	299.305	3,88	32,4	8,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	31.166	542.352	4,54	79,0	17,4
	Frauen	6.792	114.329	2,86	48,1	16,8
	Gesamt	37.958	656.681	4,11	71,0	17,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	7.319	114.748	1,07	16,7	15,7
	Frauen	2.636	43.967	1,11	18,5	16,7
	Gesamt	9.955	158.715	1,08	17,2	15,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>521.874</b>	<b>5.451.018</b>	<b>75,99</b>	<b>793,7</b>	<b>10,5</b>
	<b>Frauen</b>	<b>141.679</b>	<b>1.512.413</b>	<b>59,64</b>	<b>636,7</b>	<b>10,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>663.553</b>	<b>6.963.431</b>	<b>71,79</b>	<b>753,3</b>	<b>10,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.473	74.161	0,80	10,8	13,6
	Frauen	1.308	16.173	0,55	6,8	12,4
	Gesamt	6.781	90.334	0,73	9,8	13,3

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.1.6 Beschäftigte freiwillige Mitglieder

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	49.233	271.982	9,16	50,6	5,5
	Frauen	12.017	69.390	9,71	56,0	5,8
	Gesamt	61.250	341.372	9,26	51,6	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	11.173	235.151	2,08	43,8	21,1
	Frauen	3.578	101.443	2,89	81,9	28,4
	Gesamt	14.751	336.594	2,23	50,9	22,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	3.005	45.129	0,56	8,4	15,0
	Frauen	812	12.316	0,66	10,0	15,2
	Gesamt	3.817	57.445	0,58	8,7	15,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	19.473	675.041	3,62	125,6	34,7
	Frauen	8.010	288.126	6,47	232,7	36,0
	Gesamt	27.483	963.167	4,16	145,7	35,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	9.028	122.248	1,68	22,8	13,5
	Frauen	3.335	37.714	2,69	30,5	11,3
	Gesamt	12.363	159.962	1,87	24,2	12,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	7.956	59.137	1,48	11,0	7,4
	Frauen	1.954	12.435	1,58	10,0	6,4
	Gesamt	9.910	71.572	1,50	10,8	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	7.343	66.644	1,37	12,4	9,1
	Frauen	1.981	19.018	1,60	15,4	9,6
	Gesamt	9.324	85.662	1,41	13,0	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	16.606	321.115	3,09	59,8	19,3
	Frauen	2.908	38.415	2,35	31,0	13,2
	Gesamt	19.514	359.530	2,95	54,4	18,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	180.394	1.094.321	33,57	203,6	6,1
	Frauen	49.611	311.956	40,07	252,0	6,3
	Gesamt	230.005	1.406.277	34,78	212,7	6,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	58.909	335.174	10,96	62,4	5,7
	Frauen	13.747	69.505	11,10	56,1	5,1
	Gesamt	72.656	404.679	10,99	61,2	5,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	6.219	64.506	1,16	12,0	10,4
	Frauen	1.356	12.943	1,10	10,5	9,5
	Gesamt	7.575	77.449	1,15	11,7	10,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	77.302	1.170.838	14,38	217,9	15,2
	Frauen	14.445	227.072	11,67	183,4	15,7
	Gesamt	91.747	1.397.910	13,88	211,4	15,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	7.862	70.109	1,46	13,1	8,9
	Frauen	4.964	36.392	4,01	29,4	7,3
	Gesamt	12.826	106.501	1,94	16,1	8,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	3.798	34.691	3,07	28,0	9,1
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	27.005	231.048	5,02	43,0	8,6
	Frauen	8.765	67.241	7,08	54,3	7,7
	Gesamt	35.770	298.289	5,41	45,1	8,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	31.073	539.900	5,78	100,5	17,4
	Frauen	6.740	113.079	5,44	91,3	16,8
	Gesamt	37.813	652.979	5,72	98,8	17,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7.301	114.298	1,36	21,3	15,7
	Frauen	2.626	43.691	2,12	35,3	16,6
	Gesamt	9.927	157.989	1,50	23,9	15,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>520.958</b>	<b>5.434.625</b>	<b>96,94</b>	<b>1.011,2</b>	<b>10,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>141.037</b>	<b>1.501.290</b>	<b>113,91</b>	<b>1.212,5</b>	<b>10,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>661.995</b>	<b>6.935.915</b>	<b>100,11</b>	<b>1.048,9</b>	<b>10,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.439	72.399	1,01	13,5	13,3
	Frauen	1.294	15.598	1,05	12,6	12,1
	Gesamt	6.733	87.997	1,02	13,3	13,1

A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.1.7 Mitglieder ohne Rentner

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	336.248	1.878.844	12,57	70,3	5,6
	Frauen	280.394	1.573.705	13,25	74,4	5,6
	Gesamt	616.642	3.452.549	12,87	72,1	5,6
Neubildungen (C00-D48)	Männer	45.306	1.145.477	1,69	42,8	25,3
	Frauen	46.651	1.467.202	2,21	69,4	31,5
	Gesamt	91.957	2.612.679	1,92	54,6	28,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	17.824	316.326	0,67	11,8	17,8
	Frauen	15.132	248.254	0,72	11,7	16,4
	Gesamt	32.956	564.580	0,69	11,8	17,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	134.892	4.803.124	5,04	179,6	35,6
	Frauen	174.513	6.341.155	8,25	299,7	36,3
	Gesamt	309.405	11.144.279	6,46	232,7	36,0
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	59.967	903.752	2,24	33,8	15,1
	Frauen	77.135	925.940	3,65	43,8	12,0
	Gesamt	137.102	1.829.692	2,86	38,2	13,4
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	41.873	314.235	1,57	11,8	7,5
	Frauen	32.401	235.934	1,53	11,2	7,3
	Gesamt	74.274	550.169	1,55	11,5	7,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	37.620	359.553	1,41	13,5	9,6
	Frauen	34.801	317.446	1,64	15,0	9,1
	Gesamt	72.421	676.999	1,51	14,1	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	90.679	2.045.689	3,39	76,5	22,6
	Frauen	63.127	969.205	2,98	45,8	15,4
	Gesamt	153.806	3.014.894	3,21	63,0	19,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	977.408	6.426.751	36,55	240,3	6,6
	Frauen	901.965	5.885.151	42,63	278,2	6,5
	Gesamt	1.879.373	12.311.902	39,24	257,1	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	353.940	2.297.332	13,24	85,9	6,5
	Frauen	274.300	1.574.333	12,97	74,4	5,7
	Gesamt	628.240	3.871.665	13,12	80,8	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	49.129	640.339	1,84	24,0	13,0
	Frauen	31.587	339.849	1,49	16,1	10,8
	Gesamt	80.716	980.188	1,69	20,5	12,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	602.795	10.753.198	22,54	402,1	17,8
	Frauen	375.861	7.465.890	17,77	352,9	19,9
	Gesamt	978.656	18.219.088	20,43	380,4	18,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	38.809	431.254	1,45	16,1	11,1
	Frauen	94.510	808.644	4,47	38,2	8,6
	Gesamt	133.319	1.239.898	2,78	25,9	9,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	54.487	578.157	2,58	27,3	10,6
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	178.234	1.686.284	6,67	63,1	9,5
	Frauen	193.198	1.694.937	9,13	80,1	8,8
	Gesamt	371.432	3.381.221	7,75	70,6	9,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	284.714	4.931.114	10,65	184,4	17,3
	Frauen	155.670	2.702.679	7,36	127,8	17,4
	Gesamt	440.384	7.633.793	9,19	159,4	17,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	36.688	675.374	1,37	25,3	18,4
	Frauen	43.610	850.965	2,06	40,2	19,5
	Gesamt	80.298	1.526.339	1,68	31,9	19,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>3.293.066</b>	<b>39.734.590</b>	<b>123,15</b>	<b>1.486,0</b>	<b>12,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.857.073</b>	<b>34.126.103</b>	<b>135,05</b>	<b>1.613,0</b>	<b>11,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>6.150.139</b>	<b>73.860.693</b>	<b>128,41</b>	<b>1.542,1</b>	<b>12,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	96.088	1.302.284	3,59	48,7	13,6
	Frauen	44.369	578.277	2,10	27,3	13,0
	Gesamt	140.457	1.880.561	2,93	39,3	13,4



A.1 AU-Kennzahlen – nach Versichertengruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.1.8 Beschäftigte Mitglieder insgesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	332.302	1.850.120	13,53	75,3	5,6
	Frauen	276.839	1.547.652	14,27	79,8	5,6
	Gesamt	609.141	3.397.772	13,86	77,3	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	44.319	1.096.980	1,80	44,7	24,8
	Frauen	45.509	1.416.328	2,35	73,0	31,1
	Gesamt	89.828	2.513.308	2,04	57,2	28,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	17.353	297.747	0,71	12,1	17,2
	Frauen	14.690	235.978	0,76	12,2	16,1
	Gesamt	32.043	533.725	0,73	12,1	16,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	128.227	4.329.020	5,22	176,3	33,8
	Frauen	166.958	5.788.405	8,61	298,4	34,7
	Gesamt	295.185	10.117.425	6,72	230,2	34,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	58.432	861.142	2,38	35,1	14,7
	Frauen	75.210	887.702	3,88	45,8	11,8
	Gesamt	133.642	1.748.844	3,04	39,8	13,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	41.408	305.959	1,69	12,5	7,4
	Frauen	31.917	227.224	1,65	11,7	7,1
	Gesamt	73.325	533.183	1,67	12,1	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	37.158	348.717	1,51	14,2	9,4
	Frauen	34.302	309.776	1,77	16,0	9,0
	Gesamt	71.460	658.493	1,63	15,0	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	88.542	1.970.373	3,61	80,2	22,3
	Frauen	61.797	934.456	3,19	48,2	15,1
	Gesamt	150.339	2.904.829	3,42	66,1	19,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	968.386	6.345.005	39,44	258,4	6,6
	Frauen	891.950	5.796.580	45,98	298,8	6,5
	Gesamt	1.860.336	12.141.585	42,32	276,2	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	349.592	2.241.790	14,24	91,3	6,4
	Frauen	270.645	1.532.648	13,95	79,0	5,7
	Gesamt	620.237	3.774.438	14,11	85,9	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	48.334	622.140	1,97	25,3	12,9
	Frauen	31.046	326.046	1,60	16,8	10,5
	Gesamt	79.380	948.186	1,81	21,6	11,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	592.545	10.353.129	24,13	421,6	17,5
	Frauen	367.173	7.123.406	18,93	367,2	19,4
	Gesamt	959.718	17.476.535	21,83	397,6	18,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	38.028	417.502	1,55	17,0	11,0
	Frauen	92.862	787.119	4,79	40,6	8,5
	Gesamt	130.890	1.204.621	2,98	27,4	9,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	53.160	559.249	2,74	28,8	10,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	174.937	1.630.445	7,12	66,4	9,3
	Frauen	189.390	1.636.490	9,76	84,4	8,6
	Gesamt	364.327	3.266.935	8,29	74,3	9,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	281.015	4.813.819	11,44	196,0	17,1
	Frauen	153.008	2.611.155	7,89	134,6	17,1
	Gesamt	434.023	7.424.974	9,87	168,9	17,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	36.072	652.191	1,47	26,6	18,1
	Frauen	42.843	822.519	2,21	42,4	19,2
	Gesamt	78.915	1.474.710	1,80	33,6	18,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>3.243.415</b>	<b>38.255.978</b>	<b>132,08</b>	<b>1.557,9</b>	<b>11,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.806.825</b>	<b>32.681.509</b>	<b>144,69</b>	<b>1.684,8</b>	<b>11,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>6.050.240</b>	<b>70.937.487</b>	<b>137,65</b>	<b>1.613,9</b>	<b>11,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	95.599	1.292.173	3,89	52,6	13,5
	Frauen	44.034	572.119	2,27	29,5	13,0
	Gesamt	139.633	1.864.292	3,18	42,4	13,4

A.2 Krankengeld-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		KG-Fälle	KG-Tage	KG-Fälle	KG-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	2.762	144.076	0,10	5,4	52,2
	Frauen	2.337	121.670	0,11	5,8	52,1
	Gesamt	5.099	265.746	0,11	5,6	52,1
Neubildungen (C00-D48)	Männer	5.617	706.826	0,21	26,4	125,8
	Frauen	7.228	892.818	0,34	42,2	123,5
	Gesamt	12.845	1.599.644	0,27	33,4	124,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	1.157	113.820	0,04	4,3	98,4
	Frauen	964	74.715	0,05	3,5	77,5
	Gesamt	2.121	188.535	0,04	3,9	88,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	21.594	2.516.056	0,81	94,1	116,5
	Frauen	27.178	3.409.167	1,28	161,1	125,4
	Gesamt	48.772	5.925.223	1,02	123,7	121,5
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	3.891	352.857	0,15	13,2	90,7
	Frauen	3.790	327.440	0,18	15,5	86,4
	Gesamt	7.681	680.297	0,16	14,2	88,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.038	76.135	0,04	2,9	73,4
	Frauen	728	54.455	0,03	2,6	74,8
	Gesamt	1.766	130.590	0,04	2,7	74,0
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	899	71.193	0,03	2,7	79,2
	Frauen	791	58.682	0,04	2,8	74,2
	Gesamt	1.690	129.875	0,04	2,7	76,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	9.479	951.096	0,35	35,6	100,3
	Frauen	3.322	346.425	0,16	16,4	104,3
	Gesamt	12.801	1.297.521	0,27	27,1	101,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	5.909	302.479	0,22	11,3	51,2
	Frauen	5.801	255.581	0,27	12,1	44,1
	Gesamt	11.710	558.060	0,24	11,7	47,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	7.243	393.417	0,27	14,7	54,3
	Frauen	4.111	256.132	0,19	12,1	62,3
	Gesamt	11.354	649.549	0,24	13,6	57,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	2.656	146.515	0,10	5,5	55,2
	Frauen	1.173	74.272	0,06	3,5	63,3
	Gesamt	3.829	220.787	0,08	4,6	57,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	49.890	3.604.108	1,87	134,8	72,2
	Frauen	35.394	2.837.024	1,67	134,1	80,2
	Gesamt	85.284	6.441.132	1,78	134,5	75,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.604	93.083	0,06	3,5	58,0
	Frauen	2.914	151.183	0,14	7,2	51,9
	Gesamt	4.518	244.266	0,09	5,1	54,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.564	49.683	0,07	2,4	31,8
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	4.955	465.901	0,19	17,4	94,0
	Frauen	4.637	412.917	0,22	19,5	89,1
	Gesamt	9.592	878.818	0,20	18,4	91,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	20.975	1.245.675	0,78	46,6	59,4
	Frauen	12.222	743.515	0,58	35,1	60,8
	Gesamt	33.197	1.989.190	0,69	41,5	59,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	3.226	249.024	0,12	9,3	77,2
	Frauen	3.867	301.268	0,18	14,2	77,9
	Gesamt	7.093	550.292	0,15	11,5	77,6
<b>Gesamt</b>	Männer	<b>143.479</b>	<b>11.486.201</b>	<b>5,37</b>	<b>429,6</b>	<b>80,1</b>
	Frauen	<b>118.722</b>	<b>10.429.285</b>	<b>5,61</b>	<b>493,0</b>	<b>87,9</b>
	Gesamt	<b>262.201</b>	<b>21.915.486</b>	<b>5,47</b>	<b>457,6</b>	<b>83,6</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	755	86.587	0,03	3,2	114,7
	Frauen	325	39.097	0,02	1,8	120,3
	Gesamt	1.080	125.684	0,02	2,6	116,4

A.3 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner -  
mit Gliederung nach AU-Dauer in Kalendertagen und Wochen (Berichtsjahr 2015)

Bund gesamt Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Kalendertagen		Mitglieder ohne Rentner: 4.789.630					
		Zahl der AU-Fälle		Summe der AU-Tage		AU-Tage je Fall	
		absolut	in Prozent	absolut	in Prozent	in der Woche	bis zur Woche
1. Woche	1	697.917	11,4	697.917	0,9	1,0	1,0
	2	685.164	11,1	1.370.328	1,9	2,0	1,5
	3	781.313	12,7	2.343.939	3,2	3,0	2,0
	4	610.432	9,9	2.441.728	3,3	4,0	2,5
	5	849.926	13,8	4.249.630	5,8	5,0	3,1
	6	250.233	4,1	1.501.398	2,0	6,0	3,3
	7	202.818	3,3	1.419.726	1,9	7,0	3,4
	Summe/Durchschnitt	4.077.803	66,3	14.024.666	19,0	3,4	3,4
2. Woche	8	230.092	3,7	1.840.736	2,5	8,0	3,7
	9	192.312	3,1	1.730.808	2,3	9,0	3,9
	10	181.847	3,0	1.818.470	2,5	10,0	4,2
	11	149.676	2,4	1.646.436	2,2	11,0	4,4
	12	208.450	3,4	2.501.400	3,4	12,0	4,7
	13	68.821	1,1	894.673	1,2	13,0	4,8
	14	62.717	1,0	878.038	1,2	14,0	4,9
	Summe/Durchschnitt	1.093.915	17,8	11.310.561	15,3	10,3	4,9
3. Woche	15	79.725	1,3	1.195.875	1,6	15,0	5,1
	16	61.522	1,0	984.352	1,3	16,0	5,2
	17	56.399	0,9	958.783	1,3	17,0	5,3
	18	49.815	0,8	896.670	1,2	18,0	5,4
	19	65.071	1,1	1.236.349	1,7	19,0	5,6
	20	25.942	0,4	518.840	0,7	20,0	5,7
	21	26.000	0,4	546.000	0,7	21,0	5,7
	Summe/Durchschnitt	364.474	5,9	6.336.869	8,6	17,4	5,7
4. Woche	22	43.570	0,7	958.540	1,3	22,0	5,9
	23	25.361	0,4	583.303	0,8	23,0	5,9
	24	25.528	0,4	612.672	0,8	24,0	6,0
	25	24.085	0,4	602.125	0,8	25,0	6,1
	26	34.439	0,6	895.414	1,2	26,0	6,2
	27	14.402	0,2	388.854	0,5	27,0	6,3
	28	15.919	0,3	445.732	0,6	28,0	6,3
	Summe/Durchschnitt	183.304	3,0	4.486.640	6,1	24,5	6,3
5. Woche	29	23.465	0,4	680.485	0,9	29,0	6,4
	30	15.864	0,3	475.920	0,6	30,0	6,5
	31	15.595	0,3	483.445	0,7	31,0	6,6
	32	15.183	0,3	485.856	0,7	32,0	6,6
	33	19.261	0,3	635.613	0,9	33,0	6,7
	34	9.005	0,2	306.170	0,4	34,0	6,7
	35	9.292	0,2	325.220	0,4	35,0	6,8
	Summe/Durchschnitt	107.665	1,8	3.392.709	4,6	31,5	6,8
6. Woche	36	13.632	0,2	490.752	0,7	36,0	6,9
	37	9.820	0,2	363.340	0,5	37,0	6,9
	38	10.309	0,2	391.742	0,5	38,0	7,0
	39	10.918	0,2	425.802	0,6	39,0	7,0
	40	15.565	0,3	622.600	0,8	40,0	7,1
	41	7.881	0,1	323.121	0,4	41,0	7,2
	42	20.908	0,3	878.136	1,2	42,0	7,3
	Summe/Durchschnitt	89.033	1,5	3.495.493	4,7	39,3	7,3
7. Woche	Summe/Durchschnitt	42.491	0,7	1.916.361	2,6	45,1	7,6
8. Woche	Summe/Durchschnitt	21.526	0,4	1.140.067	1,5	53,0	7,7
9. Woche	Summe/Durchschnitt	17.296	0,3	1.036.660	1,4	59,9	7,9
10. Woche	Summe/Durchschnitt	13.644	0,2	914.520	1,2	67,0	8,0
11. Woche	Summe/Durchschnitt	11.873	0,2	878.594	1,2	74,0	8,1
12. Woche	Summe/Durchschnitt	10.103	0,2	818.969	1,1	81,1	8,3
13.-26. Woche	Summe/Durchschnitt	69.340	1,1	8.493.204	11,5	122,5	9,5
27.-52. Woche	Summe/Durchschnitt	31.684	0,5	8.026.366	10,9	253,3	10,8
53.-78. Woche	Summe/Durchschnitt	13.991	0,2	6.488.912	8,8	463,8	11,8
>78 Wochen	Summe/Durchschnitt	1.997	0,0	1.100.102	1,5	550,9	12,0
Alle	Summe/Durchschnitt	6.150.139	100,0	73.860.693	100,0	12,0	12,0

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2015)

A.4.1 Männer – sortiert nach Fallzahl

Diagnose-schlüssel	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	476.715	2.822.149	178,28	1.055,4	5,9
M54	Rückenschmerzen	246.098	3.261.507	92,03	1.219,7	13,3
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	167.378	752.208	62,59	281,3	4,5
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	115.179	298.183	43,07	111,5	2,6
J20	Akute Bronchitis	92.204	683.222	34,48	255,5	7,4
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	86.996	511.433	32,53	191,3	5,9
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	78.088	360.981	29,20	135,0	4,6
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	75.353	550.705	28,18	206,0	7,3
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	45.900	557.719	17,17	208,6	12,2
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	39.926	288.709	14,93	108,0	7,2
J03	Akute Tonsillitis	37.637	226.904	14,08	84,9	6,0
K29	Gastritis und Duodenitis	36.891	211.478	13,80	79,1	5,7
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	36.379	897.217	13,60	335,5	24,7
J02	Akute Pharyngitis	35.789	199.873	13,38	74,8	5,6
J01	Akute Sinusitis	35.525	211.820	13,29	79,2	6,0
J32	Chronische Sinusitis	35.481	239.715	13,27	89,7	6,8
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	34.491	236.111	12,90	88,3	6,8
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	34.339	183.011	12,84	68,4	5,3
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	33.121	546.779	12,39	204,5	16,5
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	31.509	195.204	11,78	73,0	6,2

A.4.2 Männer – sortiert nach Tagen

Diagnose-schlüssel	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	246.098	3.261.507	92,03	1.219,7	13,3
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	476.715	2.822.149	178,28	1.055,4	5,9
F32	Depressive Episode	31.238	1.586.955	11,68	593,5	50,8
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	36.379	897.217	13,60	335,5	24,7
M75	Schulterläsionen	29.050	886.171	10,86	331,4	30,5
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	25.209	794.014	9,43	296,9	31,5
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	26.577	786.091	9,94	294,0	29,6
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	167.378	752.208	62,59	281,3	4,5
J20	Akute Bronchitis	92.204	683.222	34,48	255,5	7,4
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	45.900	557.719	17,17	208,6	12,2
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	75.353	550.705	28,18	206,0	7,3
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	33.121	546.779	12,39	204,5	16,5
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	86.996	511.433	32,53	191,3	5,9
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	16.818	484.525	6,29	181,2	28,8
M77	Sonstige Enthesopathien	29.343	475.128	10,97	177,7	16,2
F33	Rezidivierende depressive Störung	7.449	467.422	2,79	174,8	62,7
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	12.952	462.055	4,84	172,8	35,7
F48	Andere neurotische Störungen	19.326	460.044	7,23	172,0	23,8
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	27.623	384.174	10,33	143,7	13,9
F45	Somatoforme Störungen	14.623	366.259	5,47	137,0	25,0

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2015)

A.4.3 Frauen – sortiert nach Fallzahl

Diagnose- schlüssel	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	420.891	2.525.704	198,94	1.193,8	6,0
M54	Rückenschmerzen	144.957	2.018.412	68,52	954,0	13,9
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	133.366	606.858	63,04	286,8	4,6
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	88.847	250.516	42,00	118,4	2,8
J20	Akute Bronchitis	76.415	572.785	36,12	270,7	7,5
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	75.799	456.668	35,83	215,9	6,0
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	66.016	484.517	31,20	229,0	7,3
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	62.120	286.294	29,36	135,3	4,6
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	58.072	392.274	27,45	185,4	6,8
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	55.112	1.380.956	26,05	652,7	25,1
J01	Akute Sinusitis	45.401	277.854	21,46	131,3	6,1
J32	Chronische Sinusitis	44.200	283.848	20,89	134,2	6,4
G43	Migräne	40.560	164.110	19,17	77,6	4,0
F32	Depressive Episode	39.780	2.052.637	18,80	970,2	51,6
J03	Akute Tonsillitis	39.738	234.953	18,78	111,1	5,9
J02	Akute Pharyngitis	38.806	213.752	18,34	101,0	5,5
K29	Gastritis und Duodenitis	38.274	227.903	18,09	107,7	6,0
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	31.266	168.603	14,78	79,7	5,4
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	29.131	182.326	13,77	86,2	6,3
F48	Andere neurotische Störungen	28.503	734.600	13,47	347,2	25,8

A.4.4 Frauen – sortiert nach Tagen

Diagnose- schlüssel	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	420.891	2.525.704	198,94	1.193,8	6,0
F32	Depressive Episode	39.780	2.052.637	18,80	970,2	51,6
M54	Rückenschmerzen	144.957	2.018.412	68,52	954,0	13,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	55.112	1.380.956	26,05	652,7	25,1
F48	Andere neurotische Störungen	28.503	734.600	13,47	347,2	25,8
F33	Rezidivierende depressive Störung	10.079	693.117	4,76	327,6	68,8
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	133.366	606.858	63,04	286,8	4,6
J20	Akute Bronchitis	76.415	572.785	36,12	270,7	7,5
M75	Schulterläsionen	17.929	558.710	8,47	264,1	31,2
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	7.509	543.584	3,55	256,9	72,4
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	14.755	516.149	6,97	244,0	35,0
F45	Somatoforme Störungen	19.590	502.968	9,26	237,7	25,7
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	66.016	484.517	31,20	229,0	7,3
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	75.799	456.668	35,83	215,9	6,0
F41	Andere Angststörungen	8.845	420.765	4,18	198,9	47,6
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	12.441	410.518	5,88	194,0	33,0
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	58.072	392.274	27,45	185,4	6,8
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	16.969	325.604	8,02	153,9	19,2
M77	Sonstige Enthesopathien	16.948	321.850	8,01	152,1	19,0
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	6.835	311.299	3,23	147,1	45,5

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2015)

A.4.5 Gesamt – sortiert nach Fallzahl

Diagnose- schlüssel	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	897.606	5.347.853	187,41	1.116,6	6,0
M54	Rückenschmerzen	391.055	5.279.919	81,65	1.102,4	13,5
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	300.744	1.359.066	62,79	283,8	4,5
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	204.026	548.699	42,60	114,6	2,7
J20	Akute Bronchitis	168.619	1.256.007	35,21	262,2	7,4
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	162.795	968.101	33,99	202,1	5,9
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	141.369	1.035.222	29,52	216,1	7,3
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	140.208	647.275	29,27	135,1	4,6
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	97.998	680.983	20,46	142,2	6,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	91.491	2.278.173	19,10	475,7	24,9
J01	Akute Sinusitis	80.926	489.674	16,90	102,2	6,1
J32	Chronische Sinusitis	79.681	523.563	16,64	109,3	6,6
J03	Akute Tonsillitis	77.375	461.857	16,15	96,4	6,0
K29	Gastritis und Duodenitis	75.165	439.381	15,69	91,7	5,8
J02	Akute Pharyngitis	74.595	413.625	15,57	86,4	5,5
F32	Depressive Episode	71.018	3.639.592	14,83	759,9	51,2
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	68.441	816.276	14,29	170,4	11,9
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	65.605	351.614	13,70	73,4	5,4
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	61.987	430.304	12,94	89,8	6,9
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	60.640	377.530	12,66	78,8	6,2

A.4 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Geschlecht – sortiert nach Fallzahl und nach Tagen – mit Gliederung nach den wichtigsten Einzeldiagnosen (Berichtsjahr 2015)

A.4.6 Gesamt – sortiert nach Tagen

Diagnose- schlüssel	Diagnosebezeichnung	absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	897.606	5.347.853	187,41	1.116,6	6,0
M54	Rückenschmerzen	391.055	5.279.919	81,65	1.102,4	13,5
F32	Depressive Episode	71.018	3.639.592	14,83	759,9	51,2
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	91.491	2.278.173	19,10	475,7	24,9
M75	Schulterläsionen	46.979	1.444.881	9,81	301,7	30,8
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	300.744	1.359.066	62,79	283,8	4,5
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	39.964	1.310.163	8,34	273,5	32,8
J20	Akute Bronchitis	168.619	1.256.007	35,21	262,2	7,4
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	39.018	1.196.609	8,15	249,8	30,7
F48	Andere neurotische Störungen	47.829	1.194.644	9,99	249,4	25,0
F33	Rezidivierende depressive Störung	17.528	1.160.539	3,66	242,3	66,2
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	141.369	1.035.222	29,52	216,1	7,3
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	162.795	968.101	33,99	202,1	5,9
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	50.090	872.383	10,46	182,1	17,4
F45	Somatoforme Störungen	34.213	869.227	7,14	181,5	25,4
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	68.441	816.276	14,29	170,4	11,9
M77	Sonstige Enthesopathien	46.291	796.978	9,66	166,4	17,2
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	19.787	773.354	4,13	161,5	39,1
F41	Andere Angststörungen	15.829	737.301	3,30	153,9	46,6
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	24.515	720.461	5,12	150,4	29,4



A.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.5.1 AU-Fälle je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 1)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	AU-Fälle je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					
		<20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	33,3	24,8	15,5	13,3	12,9	11,7
	Frauen	32,2	25,5	16,2	13,0	12,5	11,8
	Gesamt	32,9	25,1	15,8	13,1	12,7	11,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	0,4	0,6	0,6	0,7	1,0	1,3
	Frauen	0,6	0,8	1,0	1,1	1,6	2,2
	Gesamt	0,5	0,7	0,8	0,9	1,3	1,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	0,4	0,3	0,2	0,3	0,4	0,6
	Frauen	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6	0,7
	Gesamt	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3,7	4,6	4,2	4,3	4,7	5,1
	Frauen	6,9	8,0	6,9	6,8	7,4	8,1
	Gesamt	4,9	6,1	5,5	5,5	6,0	6,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3,6	3,1	1,9	1,7	1,8	2,1
	Frauen	6,4	5,9	3,7	3,1	3,1	3,3
	Gesamt	4,7	4,3	2,7	2,3	2,4	2,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1,5	1,2	1,0	1,1	1,2	1,4
	Frauen	1,6	1,5	1,2	1,1	1,2	1,3
	Gesamt	1,5	1,3	1,1	1,1	1,2	1,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2,0	1,6	1,2	1,2	1,4	1,4
	Frauen	2,5	2,1	1,6	1,5	1,6	1,7
	Gesamt	2,2	1,8	1,4	1,3	1,5	1,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1,9	1,5	1,2	1,3	1,6	2,4
	Frauen	3,2	2,4	1,9	1,7	1,9	2,4
	Gesamt	2,4	1,9	1,6	1,5	1,8	2,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	69,1	52,3	36,9	35,8	37,3	37,1
	Frauen	75,6	61,4	46,0	41,0	41,8	40,8
	Gesamt	71,7	56,3	41,2	38,2	39,4	38,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	20,9	17,3	12,0	10,7	11,1	11,8
	Frauen	24,5	19,8	12,3	9,8	10,0	11,0
	Gesamt	22,3	18,4	12,2	10,3	10,6	11,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3,5	2,8	2,0	1,7	1,6	1,6
	Frauen	2,9	2,3	1,5	1,2	1,1	1,3
	Gesamt	3,2	2,6	1,7	1,4	1,4	1,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	13,2	15,3	14,4	14,6	17,7	21,9
	Frauen	11,9	12,3	10,8	10,4	12,8	16,6
	Gesamt	12,7	14,0	12,7	12,7	15,4	19,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1,0	1,0	0,9	1,0	1,2	1,4
	Frauen	9,2	7,1	4,9	4,3	4,3	4,1
	Gesamt	4,3	3,7	2,7	2,5	2,7	2,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	0,9	2,6	6,7	8,1	4,8	1,3
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	16,3	10,9	6,2	5,3	5,4	5,7
	Frauen	22,3	15,5	10,4	8,6	8,1	7,8
	Gesamt	18,6	12,9	8,2	6,8	6,6	6,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	26,4	20,7	13,2	9,8	9,2	9,4
	Frauen	14,3	11,1	7,2	5,5	5,7	6,3
	Gesamt	21,6	16,5	10,4	7,9	7,6	8,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	0,9	1,0	0,9	0,9	1,1	1,2
	Frauen	1,5	1,8	2,1	2,2	2,1	1,8
	Gesamt	1,1	1,3	1,5	1,5	1,6	1,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>198,4</b>	<b>159,2</b>	<b>112,7</b>	<b>103,9</b>	<b>110,0</b>	<b>116,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>217,4</b>	<b>181,2</b>	<b>135,4</b>	<b>120,4</b>	<b>121,1</b>	<b>122,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>205,9</b>	<b>168,9</b>	<b>123,3</b>	<b>111,5</b>	<b>115,2</b>	<b>119,3</b>

A.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.5.1 AU-Fälle je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 2)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	AU-Fälle je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					
		45-49	50-54	55-59	60-64	≥ 65	gesamt
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	10,2	9,8	9,4	7,2	1,1	12,6
	Frauen	11,1	11,0	10,8	8,9	1,4	13,3
	Gesamt	10,6	10,3	10,0	7,9	1,2	12,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1,7	2,4	3,6	3,6	0,7	1,7
	Frauen	2,9	3,4	3,6	3,2	0,7	2,2
	Gesamt	2,2	2,8	3,6	3,4	0,7	1,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	0,7	1,0	1,3	1,2	0,2	0,7
	Frauen	0,8	0,9	1,0	0,9	0,1	0,7
	Gesamt	0,7	0,9	1,1	1,1	0,2	0,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5,3	5,8	6,2	5,4	0,8	5,0
	Frauen	8,8	9,5	10,4	9,3	1,2	8,2
	Gesamt	6,9	7,4	7,9	7,0	1,0	6,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2,3	2,4	2,8	2,2	0,4	2,2
	Frauen	3,7	4,0	3,5	2,7	0,4	3,6
	Gesamt	2,9	3,1	3,1	2,4	0,4	2,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1,6	1,9	2,4	2,5	0,6	1,6
	Frauen	1,4	1,7	2,4	2,7	0,6	1,5
	Gesamt	1,5	1,8	2,4	2,6	0,6	1,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1,5	1,5	1,6	1,2	0,2	1,4
	Frauen	1,6	1,6	1,7	1,4	0,2	1,6
	Gesamt	1,5	1,6	1,6	1,3	0,2	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3,4	5,0	7,1	7,4	1,5	3,4
	Frauen	3,1	3,9	5,0	5,5	1,1	3,0
	Gesamt	3,3	4,5	6,2	6,6	1,4	3,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	34,6	33,9	34,9	26,9	4,5	36,6
	Frauen	39,6	39,9	41,2	34,5	5,8	42,6
	Gesamt	36,8	36,5	37,5	30,0	5,0	39,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	12,8	14,5	16,5	12,6	1,9	13,2
	Frauen	12,4	14,4	15,7	13,2	1,7	13,0
	Gesamt	12,6	14,5	16,2	12,8	1,8	13,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1,7	1,8	2,0	1,5	0,2	1,8
	Frauen	1,5	1,6	1,8	1,4	0,2	1,5
	Gesamt	1,6	1,7	1,9	1,5	0,2	1,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	24,6	29,0	34,7	30,6	5,0	22,5
	Frauen	20,4	24,8	27,9	26,4	4,7	17,8
	Gesamt	22,8	27,2	31,9	28,9	4,9	20,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1,6	1,8	2,3	2,0	0,4	1,5
	Frauen	4,3	4,3	3,7	3,0	0,5	4,5
	Gesamt	2,8	2,9	2,9	2,4	0,4	2,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	0,1	0,1	0,1	0,1	–	2,6
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5,9	6,6	7,7	6,5	1,2	6,7
	Frauen	7,9	8,2	8,7	7,8	1,4	9,1
	Gesamt	6,8	7,3	8,1	7,0	1,2	7,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	9,2	9,3	9,2	7,1	1,2	10,6
	Frauen	7,2	7,9	8,7	7,5	1,4	7,4
	Gesamt	8,3	8,7	9,0	7,2	1,3	9,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1,4	1,6	2,4	2,0	0,3	1,4
	Frauen	1,8	2,1	2,8	2,3	0,4	2,1
	Gesamt	1,6	1,8	2,5	2,1	0,4	1,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>118,7</b>	<b>128,5</b>	<b>144,4</b>	<b>120,2</b>	<b>20,2</b>	<b>123,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>128,9</b>	<b>139,6</b>	<b>149,3</b>	<b>131,1</b>	<b>21,9</b>	<b>135,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>123,2</b>	<b>133,3</b>	<b>146,4</b>	<b>124,6</b>	<b>20,8</b>	<b>128,4</b>

A.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.5.2 AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 1)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	AU-Tage je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					
		<20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	113,0	100,0	72,7	65,4	66,5	66,3
	Frauen	117,4	106,8	77,2	66,3	66,3	68,2
	Gesamt	114,7	103,0	74,8	65,8	66,5	67,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4,7	8,2	11,6	12,7	17,0	25,7
	Frauen	5,9	8,4	12,5	19,8	39,4	67,4
	Gesamt	5,2	8,3	12,0	16,0	27,5	44,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1,9	3,2	2,4	3,9	6,3	9,5
	Frauen	2,4	4,8	5,9	6,9	10,9	12,5
	Gesamt	2,1	3,9	4,0	5,3	8,4	10,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	47,1	105,7	119,2	138,2	165,0	182,4
	Frauen	106,3	186,4	204,9	239,4	268,3	300,9
	Gesamt	70,6	141,3	159,2	184,8	213,4	236,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	12,1	16,9	16,4	17,1	25,1	31,5
	Frauen	21,8	29,2	28,4	28,2	34,9	40,5
	Gesamt	15,9	22,4	22,0	22,2	29,7	35,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4,7	5,0	4,5	5,5	7,5	9,3
	Frauen	4,9	5,9	6,8	6,3	8,1	7,4
	Gesamt	4,8	5,4	5,5	5,9	7,8	8,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	7,9	8,0	7,9	9,0	10,7	13,0
	Frauen	10,7	10,0	9,9	10,6	13,5	15,2
	Gesamt	9,0	8,9	8,8	9,8	12,0	14,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	8,1	10,3	13,9	15,8	25,1	40,9
	Frauen	12,4	13,5	16,5	18,1	22,9	31,5
	Gesamt	9,8	11,7	15,1	16,9	24,0	36,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	275,5	244,5	198,2	204,2	224,5	240,4
	Frauen	319,9	294,2	252,1	240,2	253,9	260,4
	Gesamt	293,1	266,5	223,3	220,8	238,3	249,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	77,9	82,3	64,7	62,0	67,3	75,2
	Frauen	99,0	92,5	65,8	53,9	56,2	63,5
	Gesamt	86,3	86,8	65,2	58,2	62,1	69,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	31,4	34,0	25,0	19,6	18,6	19,1
	Frauen	19,7	19,8	14,0	10,9	11,1	13,1
	Gesamt	26,8	27,7	19,8	15,6	15,1	16,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	87,4	150,1	171,4	190,5	255,1	348,9
	Frauen	83,0	126,9	134,4	150,6	204,5	298,5
	Gesamt	85,7	139,9	154,1	172,2	231,4	325,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	5,4	7,3	7,6	7,8	10,8	14,0
	Frauen	31,6	30,6	30,0	32,7	35,3	39,1
	Gesamt	15,8	17,6	18,1	19,3	22,3	25,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	7,3	26,4	71,5	86,6	51,4	13,6
	Gesamt	–	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	51,7	49,7	40,3	36,2	44,2	50,7
	Frauen	79,4	76,8	69,2	68,2	65,0	74,1
	Gesamt	62,7	61,7	53,8	50,9	54,0	61,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	260,1	261,3	195,2	152,2	153,7	168,4
	Frauen	116,4	116,8	93,3	78,6	90,1	107,6
	Gesamt	203,2	197,4	147,6	118,3	123,9	140,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7,7	12,7	13,7	15,5	18,2	22,1
	Frauen	14,4	23,5	30,9	35,2	34,2	36,8
	Gesamt	10,4	17,5	21,7	24,6	25,7	28,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>1.001,4</b>	<b>1.103,1</b>	<b>967,6</b>	<b>959,2</b>	<b>1.119,8</b>	<b>1.322,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>1.059,6</b>	<b>1.178,6</b>	<b>1.129,3</b>	<b>1.159,7</b>	<b>1.272,3</b>	<b>1.456,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.024,5</b>	<b>1.136,4</b>	<b>1.043,1</b>	<b>1.051,6</b>	<b>1.191,3</b>	<b>1.383,5</b>

A.5 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen differenzierte AU-Fälle/Tage –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.5.2 AU-Tage je 100 Mitglieder ohne Rentner – nach Altersgruppen (Teil 2)

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	AU-Tage je 100 Mitglieder nach Altersgruppen					
		45-49	50-54	55-59	60-64	≥ 65	gesamt
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	63,9	68,0	74,4	64,7	14,7	70,3
	Frauen	68,2	73,7	81,2	75,4	18,3	74,4
	Gesamt	65,8	70,5	77,3	69,0	16,0	72,1
Neubildungen (C00-D48)	Männer	35,2	59,1	102,3	134,2	41,5	42,8
	Frauen	89,4	126,3	124,3	150,3	40,2	69,4
	Gesamt	59,2	88,0	111,4	140,7	41,0	54,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	12,3	17,9	25,2	27,0	6,2	11,8
	Frauen	14,4	14,9	17,8	20,8	1,4	11,7
	Gesamt	13,2	16,6	22,1	24,5	4,4	11,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	202,0	217,3	240,8	270,3	46,1	179,6
	Frauen	328,3	356,6	414,9	487,3	88,2	299,7
	Gesamt	257,8	277,1	313,2	357,9	61,4	232,7
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	38,3	44,5	56,0	60,2	18,3	33,8
	Frauen	50,9	62,7	64,2	57,9	10,4	43,8
	Gesamt	43,9	52,3	59,4	59,3	15,4	38,2
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	11,2	16,0	21,8	28,2	7,3	11,8
	Frauen	10,6	14,5	20,4	29,1	6,2	11,2
	Gesamt	10,9	15,3	21,2	28,6	6,9	11,5
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	14,7	17,4	21,6	18,0	2,7	13,4
	Frauen	16,2	18,5	21,3	22,9	3,9	15,0
	Gesamt	15,3	17,9	21,5	20,0	3,2	14,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	69,5	116,6	185,7	240,4	61,1	76,5
	Frauen	50,2	67,8	92,7	133,2	47,2	45,8
	Gesamt	61,0	95,7	147,0	197,2	56,1	62,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	239,8	259,7	299,6	265,7	49,6	240,3
	Frauen	275,0	302,3	342,7	327,6	61,6	278,2
	Gesamt	255,4	278,0	317,5	290,7	54,0	257,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	89,4	106,2	123,2	106,3	19,4	85,9
	Frauen	75,7	89,3	92,9	97,8	16,7	74,4
	Gesamt	83,4	98,9	110,6	102,8	18,4	80,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	23,0	24,7	29,7	27,7	3,7	23,9
	Frauen	16,5	20,4	22,1	20,6	1,8	16,1
	Gesamt	20,1	22,8	26,5	24,8	3,0	20,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	432,1	564,7	739,2	815,5	174,1	402,1
	Frauen	403,5	547,2	682,6	779,0	176,4	352,9
	Gesamt	419,4	557,2	715,6	800,8	174,9	380,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	15,8	21,1	30,6	33,1	9,1	16,1
	Frauen	44,5	45,7	42,8	42,9	10,1	38,2
	Gesamt	28,5	31,7	35,6	37,0	9,4	25,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-	-
	Frauen	1,5	0,5	0,7	0,7	-	27,3
	Gesamt	-	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	62,4	77,4	104,4	114,0	26,0	63,1
	Frauen	78,8	90,3	103,9	118,0	26,0	80,1
	Gesamt	69,7	82,9	104,2	115,6	26,0	70,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	175,3	190,8	209,0	182,2	43,1	184,4
	Frauen	131,3	164,3	203,0	206,2	45,6	127,7
	Gesamt	155,9	179,4	206,5	191,9	44,0	159,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	26,5	31,2	41,6	52,8	10,8	25,3
	Frauen	40,7	51,2	56,4	63,1	19,7	40,2
	Gesamt	32,8	39,8	47,7	56,9	14,0	31,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>1.515,2</b>	<b>1.837,9</b>	<b>2.312,0</b>	<b>2.448,0</b>	<b>534,7</b>	<b>1.486,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>1.701,9</b>	<b>2.053,9</b>	<b>2.391,6</b>	<b>2.643,5</b>	<b>577,8</b>	<b>1.613,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.597,7</b>	<b>1.930,6</b>	<b>2.345,1</b>	<b>2.526,9</b>	<b>550,4</b>	<b>1.542,1</b>

A.6 BKK Mitgliederzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt und Anteil an Beschäftigten in Deutschland – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2015)

Wirtschaftsgruppe	WZ 2008 Schlüssel*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			Beschäftigte Gesamtdeutschland**			Anteil BKK in Prozent
		Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
Land- und Forstwirtschaft	1-3	9.355	9.922	15.278	167.901	79.610	247.511	6,2
Nahrung, Genuss	10-12	34.613	34.327	68.940	354.099	327.627	681.726	10,1
Textil, Bekleidung, Leder	13-15	7.544	8.064	15.607	57.888	65.417	123.305	12,7
Holz, Papier, Druck	16-18	38.338	13.445	51.783	276.602	96.391	372.993	13,9
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	16	7.701	1.846	9.547	89.115	17.795	106.910	8,9
Papiergewerbe	17	17.859	4.520	22.379	95.356	28.972	124.328	18,0
Druck	18	12.778	7.079	19.858	92.131	49.624	141.755	14,0
Chemie	19-22	125.244	50.209	175.453	607.037	254.100	861.137	20,4
Kokerei, Mineralölverarbeitung	19	4.896	974	5.870	20.741	4.685	25.426	23,1
Chemische Industrie	20-21	80.104	35.586	115.690	303.069	152.927	455.996	25,4
Gummi- und Kunststoffwaren	22	40.244	13.650	53.894	283.227	96.488	379.715	14,2
Glas, Keramik, Steine/Erden	23	18.656	5.343	24.000	161.398	39.067	200.465	12,0
Metallerzeugung	24-25	122.635	26.173	148.808	900.285	186.746	1.087.031	13,7
Metallerzeugung und -bearbeitung	24	49.542	6.356	55.898	261.203	35.741	296.944	18,8
Herstellung von Metallerzeugnissen	25	73.092	19.817	92.909	639.082	151.005	790.087	11,8
Metallverarbeitung	26-30	641.152	157.705	798.857	2.264.039	562.904	2.826.943	28,3
Elektronische und elektrotechnische Fertigung	26-27	128.589	54.940	183.528	537.281	223.206	760.487	24,1
Maschinenbau	28	162.865	33.764	196.628	850.782	167.772	1.018.554	19,3
Kfz-Bau	29	324.734	64.688	389.422	744.619	148.363	892.982	43,6
Sonstiger Fahrzeugbau	30	24.965	4.313	29.278	131.357	23.563	154.920	18,9
Möbel und sonstige Erzeugnisse	31-32	29.782	20.041	49.823	214.558	139.275	353.833	14,1
Energie- und Wasserwirtschaft	35-37	49.980	15.876	65.855	218.340	75.371	293.711	22,4
Abfallbeseitigung und Recycling	38-39	16.451	3.697	20.148	140.085	27.480	167.565	12,0
Baugewerbe	41-43	139.018	26.078	165.096	1.486.474	225.046	1.711.520	9,6
Handel	45-47	257.438	293.627	551.065	2.031.321	2.220.928	4.252.249	13,0
Kfz-Werkstätten	45	75.248	21.696	96.944	493.514	126.883	620.397	15,6
Großhandel	46	104.244	66.846	171.090	863.068	475.921	1.338.989	12,8
Einzelhandel	47	77.946	205.085	283.032	674.739	1.618.124	2.292.863	12,3
Verkehr	49-52	167.071	52.213	219.283	1.063.656	292.966	1.356.622	16,2
Landverkehr	49	86.085	18.101	104.186	504.509	90.288	594.797	17,5
Schiff- und Luftfahrt, sonstige	50-52	80.986	34.112	115.098	559.147	202.678	761.825	15,1
Postdienste	53	32.165	37.243	69.408	144.757	106.792	251.549	27,6
Gastgewerbe	55-56	34.366	52.405	86.770	439.091	555.278	994.369	8,7
Verlage und Medien	58-60	12.003	15.026	27.029	117.396	119.577	236.973	11,4
Telekommunikation	61	17.054	3.787	20.841	45.885	15.068	60.953	34,2
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	62-63	65.923	30.528	96.451	456.439	188.939	645.378	14,9
Kredit- und Versicherungsgewerbe	64-66	76.488	112.213	188.702	439.053	560.187	999.240	18,9
Dienstleistungen	68-82	293.153	281.638	574.791	2.358.601	2.056.673	4.415.274	13,0
Grundstücks- und Wohnungswesen	68	14.011	16.084	30.096	116.595	122.925	239.520	12,6
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	69-75	140.327	159.719	300.045	968.088	1.037.679	2.005.767	15,0
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	78	60.587	29.299	89.886	601.217	240.453	841.670	10,7
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	77, 79-82	78.228	76.537	154.765	672.701	655.616	1.328.317	11,7
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	84	67.574	121.774	189.348	616.361	1.081.879	1.698.240	11,1
Erziehung und Unterricht	85	35.323	99.475	134.798	338.159	831.713	1.169.872	11,5
Gesundheits- und Sozialwesen	86-88	79.350	373.989	453.339	1.003.260	3.381.428	4.384.688	10,3
Gesundheitswesen	86	39.823	220.848	260.671	437.677	1.862.469	2.300.146	11,3
Sozialwesen	87-88	39.527	153.141	192.668	565.583	1.518.959	2.084.542	9,2
Kultur, Sport und Unterhaltung	90-93	13.144	15.758	28.902	127.312	140.030	267.342	10,8
<b>Gesamt</b>		<b>2.455.580</b>	<b>1.939.845</b>	<b>4.395.425</b>	<b>16.504.172</b>	<b>14.267.125</b>	<b>30.771.297</b>	<b>14,3</b>

\* Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Statistisches Bundesamt

\*\* Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ2008); Stichtag: 30. Juni 2015, Bundesagentur für Arbeit

A.7 AU-Tage, Frauenanteil und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach BKK Wirtschaftsgruppen (Berichtsjahr 2015)

Wirtschaftsgruppe	AU-Tage je beschäftigtem Pflichtmitglied			AU-Tage je beschäftigtem Mitglied insgesamt			Frauenanteil in Prozent	Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt			
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt		Männer	Frauen	Gesamt	
	Land- und Forstwirtschaft	12,3	14,4	13,1	11,9	14,2		12,8	38,8	39,0	40,9
Nahrung, Genuss	17,5	18,2	17,9	16,8	18,1	17,5	49,8	41,4	42,0	41,7	
Textil, Bekleidung, Leder	19,1	16,9	17,9	17,4	16,9	17,1	51,7	43,8	43,6	43,7	
Holz, Papier, Druck	18,7	17,1	18,3	17,7	16,8	17,5	26,0	43,6	43,0	43,4	
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	17,6	15,6	17,2	17,2	15,4	16,9	19,3	41,1	41,9	41,2	
Papiergewerbe	19,2	16,7	18,6	17,8	16,1	17,5	20,2	44,6	43,2	44,3	
Druck	18,8	17,8	18,4	18,0	17,6	17,8	35,7	43,8	43,1	43,5	
Chemie	19,6	18,1	19,1	17,4	17,0	17,3	28,6	44,3	42,7	43,8	
Kokerei, Mineralölverarbeitung	16,7	15,6	16,5	15,0	15,5	15,1	16,6	45,3	41,6	44,7	
Chemische Industrie	20,0	17,7	19,2	17,4	16,5	17,1	30,8	44,8	42,4	44,1	
Gummi- und Kunststoffwaren	19,3	19,2	19,3	17,9	18,6	18,0	25,3	43,0	43,6	43,2	
Glas, Keramik, Steine/Erden	20,0	17,4	19,4	18,7	17,0	18,3	22,3	44,0	43,5	43,9	
Metallerzeugung	19,3	16,3	18,7	18,1	15,9	17,8	17,6	42,8	43,3	42,9	
Metallerzeugung und -bearbeitung	21,8	15,0	21,0	20,3	14,8	19,6	11,4	44,9	43,2	44,7	
Herstellung von Metallerzeugnissen	17,6	16,7	17,4	16,7	16,3	16,6	21,3	41,4	43,4	41,8	
Metallverarbeitung	18,5	18,7	18,5	15,9	17,3	16,1	19,7	43,4	41,7	43,0	
Elektronische und elektrotechnische Fertigung	16,2	19,8	17,5	13,2	18,4	14,8	29,9	43,5	44,0	43,7	
Maschinenbau	17,9	14,6	17,2	15,9	14,1	15,6	17,2	42,5	41,4	42,3	
Kfz-Bau	19,5	20,1	19,6	16,7	18,1	17,0	16,6	43,7	40,0	43,1	
Sonstiger Fahrzeugbau	21,5	17,1	20,8	17,9	15,7	17,6	14,7	43,9	41,6	43,6	
Möbel und sonstige Erzeugnisse	16,4	16,6	16,5	15,0	16,2	15,5	40,2	41,6	41,7	41,6	
Energie- und Wasserwirtschaft	15,7	15,8	15,7	14,0	15,5	14,4	24,1	45,4	42,4	44,7	
Abfallbeseitigung und Recycling	24,2	17,4	23,0	23,4	17,5	22,3	18,4	45,3	42,8	44,8	
Baugewerbe	17,5	12,5	16,7	17,2	12,5	16,4	15,8	39,8	42,2	40,2	
Handel	14,8	16,8	15,9	14,1	16,7	15,5	53,3	39,7	41,0	40,4	
Kfz-Werkstätten	15,8	14,8	15,5	15,4	14,7	15,2	22,4	38,3	39,0	38,5	
Großhandel	14,4	14,1	14,3	13,3	14,1	13,6	39,1	42,1	41,5	41,9	
Einzelhandel	14,3	17,8	16,8	13,9	17,7	16,7	72,5	37,9	41,1	40,2	
Verkehr	21,1	21,2	21,2	20,6	20,9	20,7	23,8	44,8	42,5	44,2	
Landverkehr	22,4	24,0	22,7	22,2	23,8	22,5	17,4	46,1	43,9	45,7	
Schiff- und Luftfahrt, sonstige	19,7	19,7	19,7	18,9	19,4	19,0	29,6	43,4	41,7	42,9	
Postdienste	21,6	30,3	26,3	21,5	30,2	26,2	53,7	43,6	48,9	46,4	
Gastgewerbe	11,7	16,7	14,7	11,6	16,7	14,7	60,4	36,9	39,4	38,4	
Verlage und Medien	8,8	10,8	10,0	8,2	10,8	9,6	55,6	41,4	41,4	41,4	
Telekommunikation	17,3	18,5	17,5	15,9	17,8	16,2	18,2	47,0	40,9	45,9	
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	9,4	13,1	10,9	8,6	12,9	10,0	31,7	40,7	40,6	40,7	
Kredit- und Versicherungsgewerbe	11,7	14,1	13,4	10,5	14,0	12,6	59,5	41,6	41,5	41,5	
Dienstleistungen	15,2	15,7	15,5	13,8	15,3	14,5	49,0	41,0	40,9	41,0	
Grundstücks- und Wohnungswesen	14,1	14,1	14,1	13,2	14,0	13,6	53,4	45,4	43,0	44,1	
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstleistungen	10,7	12,1	11,6	9,7	12,0	10,9	53,2	41,1	39,9	40,5	
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	17,9	19,9	18,6	17,8	19,8	18,5	32,6	37,9	38,8	38,2	
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	18,5	21,1	19,8	18,1	20,9	19,5	49,5	42,6	43,4	43,0	
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	20,2	20,6	20,5	19,5	20,6	20,2	64,3	45,3	44,0	44,5	
Erziehung und Unterricht	10,1	15,2	13,9	9,7	15,0	13,6	73,8	38,2	41,0	40,3	
Gesundheits- und Sozialwesen	15,5	17,8	17,4	14,9	17,7	17,2	82,5	40,9	40,8	40,8	
Gesundheitswesen	15,3	15,3	15,3	14,3	15,2	15,0	84,7	40,6	39,5	39,7	
Sozialwesen	15,7	21,5	20,3	15,5	21,4	20,2	79,5	41,1	42,6	42,3	
Kultur, Sport und Unterhaltung	12,7	15,3	14,1	12,4	15,2	13,9	54,5	39,8	41,0	40,5	
Gesamt	17,1	17,2	17,1	15,6	16,9	16,1	44,1	42,3	41,6	42,0	

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.1 Land- und Forstwirtschaft

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	790	4.476	8,44	47,8	5,7
	Frauen	572	3.781	9,66	63,8	6,6
	Gesamt	1.362	8.257	8,91	54,1	6,1
Neubildungen (C00-D48)	Männer	103	4.031	1,10	43,1	39,1
	Frauen	133	2.754	2,25	46,5	20,7
	Gesamt	236	6.785	1,54	44,4	28,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	47	479	0,50	5,1	10,2
	Frauen	38	573	0,64	9,7	15,1
	Gesamt	85	1.052	0,56	6,9	12,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	225	7.022	2,41	75,1	31,2
	Frauen	336	11.374	5,67	192,1	33,9
	Gesamt	561	18.396	3,67	120,4	32,8
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	146	3.075	1,56	32,9	21,1
	Frauen	186	2.149	3,14	36,3	11,6
	Gesamt	332	5.224	2,17	34,2	15,7
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	115	989	1,23	10,6	8,6
	Frauen	63	803	1,06	13,6	12,8
	Gesamt	178	1.792	1,17	11,7	10,1
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	92	1.157	0,98	12,4	12,6
	Frauen	58	361	0,98	6,1	6,2
	Gesamt	150	1.518	0,98	9,9	10,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	256	6.857	2,74	73,3	26,8
	Frauen	174	3.018	2,94	51,0	17,3
	Gesamt	430	9.875	2,81	64,6	23,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	2.212	14.271	23,64	152,5	6,5
	Frauen	1.782	11.859	30,09	200,2	6,7
	Gesamt	3.994	26.130	26,14	171,0	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	1.048	6.328	11,20	67,6	6,0
	Frauen	668	4.335	11,28	73,2	6,5
	Gesamt	1.716	10.663	11,23	69,8	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	168	2.365	1,80	25,3	14,1
	Frauen	87	810	1,47	13,7	9,3
	Gesamt	255	3.175	1,67	20,8	12,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	1.596	29.721	17,06	317,7	18,6
	Frauen	1.025	21.636	17,31	365,3	21,1
	Gesamt	2.621	51.357	17,16	336,2	19,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	102	1.178	1,09	12,6	11,6
	Frauen	255	2.236	4,31	37,8	8,8
	Gesamt	357	3.414	2,34	22,4	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	109	1.406	1,84	23,7	12,9
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	435	5.267	4,65	56,3	12,1
	Frauen	458	4.584	7,73	77,4	10,0
	Gesamt	893	9.851	5,85	64,5	11,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	1.304	21.929	13,94	234,4	16,8
	Frauen	614	10.383	10,37	175,3	16,9
	Gesamt	1.918	32.312	12,55	211,5	16,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	68	1.924	0,73	20,6	28,3
	Frauen	80	1.330	1,35	22,5	16,6
	Gesamt	148	3.254	0,97	21,3	22,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>8.717</b>	<b>111.153</b>	<b>93,18</b>	<b>1.188,1</b>	<b>12,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>6.664</b>	<b>83.790</b>	<b>112,52</b>	<b>1.414,8</b>	<b>12,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>15.381</b>	<b>194.943</b>	<b>100,68</b>	<b>1.276,0</b>	<b>12,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	716	11.021	7,65	117,8	15,4
	Frauen	271	4.304	4,58	72,7	15,9
	Gesamt	987	15.325	6,46	100,3	15,5



A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.2 Nahrung, Genuss

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.672	26.557	13,50	76,7	5,7
	Frauen	4.430	25.633	12,91	74,7	5,8
	Gesamt	9.102	52.190	13,20	75,7	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	537	14.823	1,55	42,8	27,6
	Frauen	681	21.496	1,98	62,6	31,6
	Gesamt	1.218	36.319	1,77	52,7	29,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	192	4.477	0,55	12,9	23,3
	Frauen	182	3.593	0,53	10,5	19,7
	Gesamt	374	8.070	0,54	11,7	21,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.672	58.843	4,83	170,0	35,2
	Frauen	2.432	96.104	7,08	280,0	39,5
	Gesamt	4.104	154.947	5,95	224,8	37,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	786	13.020	2,27	37,6	16,6
	Frauen	1.157	20.899	3,37	60,9	18,1
	Gesamt	1.943	33.919	2,82	49,2	17,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	480	3.613	1,39	10,4	7,5
	Frauen	420	3.380	1,22	9,9	8,1
	Gesamt	900	6.993	1,31	10,1	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	463	5.404	1,34	15,6	11,7
	Frauen	459	3.787	1,34	11,0	8,3
	Gesamt	922	9.191	1,34	13,3	10,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.239	26.822	3,58	77,5	21,7
	Frauen	1.229	23.005	3,58	67,0	18,7
	Gesamt	2.468	49.827	3,58	72,3	20,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	12.040	81.115	34,78	234,4	6,7
	Frauen	12.273	87.398	35,75	254,6	7,1
	Gesamt	24.313	168.513	35,27	244,4	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	4.644	32.624	13,42	94,3	7,0
	Frauen	4.477	27.218	13,04	79,3	6,1
	Gesamt	9.121	59.842	13,23	86,8	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	720	12.555	2,08	36,3	17,4
	Frauen	598	7.702	1,74	22,4	12,9
	Gesamt	1.318	20.257	1,91	29,4	15,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	8.908	170.563	25,74	492,8	19,2
	Frauen	7.067	166.612	20,59	485,4	23,6
	Gesamt	15.975	337.175	23,17	489,1	21,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	493	5.792	1,42	16,7	11,8
	Frauen	1.512	15.951	4,40	46,5	10,6
	Gesamt	2.005	21.743	2,91	31,5	10,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	833	8.984	2,43	26,2	10,8
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.361	23.957	6,82	69,2	10,2
	Frauen	3.027	31.920	8,82	93,0	10,6
	Gesamt	5.388	55.877	7,82	81,1	10,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.809	87.751	13,89	253,5	18,3
	Frauen	3.365	60.002	9,80	174,8	17,8
	Gesamt	8.174	147.753	11,86	214,3	18,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	466	10.018	1,35	28,9	21,5
	Frauen	709	15.505	2,07	45,2	21,9
	Gesamt	1.175	25.523	1,70	37,0	21,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>44.582</b>	<b>581.401</b>	<b>128,80</b>	<b>1.679,7</b>	<b>13,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>44.979</b>	<b>621.392</b>	<b>131,03</b>	<b>1.810,2</b>	<b>13,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>89.561</b>	<b>1.202.793</b>	<b>129,91</b>	<b>1.744,7</b>	<b>13,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.974	28.479	5,70	82,3	14,4
	Frauen	1.308	16.506	3,81	48,1	12,6
	Gesamt	3.282	44.985	4,76	65,3	13,7

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.3 Textil, Bekleidung, Leder

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	985	4.824	13,06	64,0	4,9
	Frauen	1.027	4.972	12,74	61,7	4,8
	Gesamt	2.012	9.796	12,89	62,8	4,9
Neubildungen (C00-D48)	Männer	135	5.605	1,79	74,3	41,5
	Frauen	237	8.244	2,94	102,2	34,8
	Gesamt	372	13.849	2,38	88,7	37,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	35	1.261	0,46	16,7	36,0
	Frauen	44	451	0,55	5,6	10,3
	Gesamt	79	1.712	0,51	11,0	21,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	413	13.276	5,47	176,0	32,2
	Frauen	565	19.595	7,01	243,0	34,7
	Gesamt	978	32.871	6,27	210,6	33,6
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	202	3.268	2,68	43,3	16,2
	Frauen	311	5.256	3,86	65,2	16,9
	Gesamt	513	8.524	3,29	54,6	16,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	122	659	1,62	8,7	5,4
	Frauen	120	1.237	1,49	15,3	10,3
	Gesamt	242	1.896	1,55	12,2	7,8
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	117	1.240	1,55	16,4	10,6
	Frauen	130	1.209	1,61	15,0	9,3
	Gesamt	247	2.449	1,58	15,7	9,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	278	5.675	3,69	75,2	20,4
	Frauen	285	5.242	3,53	65,0	18,4
	Gesamt	563	10.917	3,61	70,0	19,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	2.920	20.222	38,71	268,1	6,9
	Frauen	3.442	20.692	42,68	256,6	6,0
	Gesamt	6.362	40.914	40,76	262,1	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	1.149	8.700	15,23	115,3	7,6
	Frauen	1.199	5.170	14,87	64,1	4,3
	Gesamt	2.348	13.870	15,04	88,9	5,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	154	1.996	2,04	26,5	13,0
	Frauen	122	1.861	1,51	23,1	15,3
	Gesamt	276	3.857	1,77	24,7	14,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	2.059	37.214	27,29	493,3	18,1
	Frauen	1.605	36.325	19,90	450,5	22,6
	Gesamt	3.664	73.539	23,48	471,2	20,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	115	1.263	1,52	16,7	11,0
	Frauen	393	3.124	4,87	38,7	8,0
	Gesamt	508	4.387	3,25	28,1	8,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	162	2.286	2,01	28,4	14,1
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	584	7.713	7,74	102,2	13,2
	Frauen	721	6.059	8,94	75,1	8,4
	Gesamt	1.305	13.772	8,36	88,2	10,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	914	16.134	12,12	213,9	17,7
	Frauen	590	10.140	7,32	125,8	17,2
	Gesamt	1.504	26.274	9,64	168,3	17,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	83	1.405	1,10	18,6	16,9
	Frauen	152	3.665	1,88	45,5	24,1
	Gesamt	235	5.070	1,51	32,5	21,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>10.287</b>	<b>131.555</b>	<b>136,36</b>	<b>1.743,9</b>	<b>12,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>11.133</b>	<b>135.936</b>	<b>138,06</b>	<b>1.685,8</b>	<b>12,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>21.420</b>	<b>267.491</b>	<b>137,24</b>	<b>1.713,9</b>	<b>12,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	286	4.465	3,79	59,2	15,6
	Frauen	174	1.910	2,16	23,7	11,0
	Gesamt	460	6.375	2,95	40,9	13,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.4 Holz, Papier, Druck

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.409	30.763	14,11	80,2	5,7
	Frauen	1.870	10.023	13,91	74,6	5,4
	Gesamt	7.279	40.786	14,06	78,8	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	779	17.646	2,03	46,0	22,7
	Frauen	415	10.682	3,09	79,5	25,7
	Gesamt	1.194	28.328	2,31	54,7	23,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	223	4.793	0,58	12,5	21,5
	Frauen	102	1.117	0,76	8,3	11,0
	Gesamt	325	5.910	0,63	11,4	18,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.119	71.625	5,53	186,8	33,8
	Frauen	1.055	38.811	7,85	288,7	36,8
	Gesamt	3.174	110.436	6,13	213,3	34,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	990	13.276	2,58	34,6	13,4
	Frauen	539	5.815	4,01	43,3	10,8
	Gesamt	1.529	19.091	2,95	36,9	12,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	652	5.121	1,70	13,4	7,9
	Frauen	213	1.694	1,58	12,6	8,0
	Gesamt	865	6.815	1,67	13,2	7,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	610	6.334	1,59	16,5	10,4
	Frauen	219	2.173	1,63	16,2	9,9
	Gesamt	829	8.507	1,60	16,4	10,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.485	35.431	3,87	92,4	23,9
	Frauen	401	6.427	2,98	47,8	16,0
	Gesamt	1.886	41.858	3,64	80,8	22,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	15.202	98.707	39,65	257,5	6,5
	Frauen	5.870	38.394	43,66	285,6	6,5
	Gesamt	21.072	137.101	40,69	264,8	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	5.892	41.536	15,37	108,3	7,1
	Frauen	2.025	10.131	15,06	75,4	5,0
	Gesamt	7.917	51.667	15,29	99,8	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	787	10.513	2,05	27,4	13,4
	Frauen	207	1.464	1,54	10,9	7,1
	Gesamt	994	11.977	1,92	23,1	12,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.422	207.132	29,79	540,3	18,1
	Frauen	2.739	56.066	20,37	417,0	20,5
	Gesamt	14.161	263.198	27,35	508,3	18,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	607	8.461	1,58	22,1	13,9
	Frauen	644	6.776	4,79	50,4	10,5
	Gesamt	1.251	15.237	2,42	29,4	12,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	297	3.353	2,21	24,9	11,3
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.916	27.618	7,61	72,0	9,5
	Frauen	1.300	10.951	9,67	81,5	8,4
	Gesamt	4.216	38.569	8,14	74,5	9,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.126	86.386	13,37	225,3	16,9
	Frauen	993	16.418	7,39	122,1	16,5
	Gesamt	6.119	102.804	11,82	198,5	16,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	602	13.559	1,57	35,4	22,5
	Frauen	290	4.955	2,16	36,9	17,1
	Gesamt	892	18.514	1,72	35,8	20,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>54.916</b>	<b>679.942</b>	<b>143,24</b>	<b>1.773,5</b>	<b>12,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>19.224</b>	<b>226.141</b>	<b>142,98</b>	<b>1.682,0</b>	<b>11,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>74.140</b>	<b>906.083</b>	<b>143,17</b>	<b>1.749,8</b>	<b>12,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.827	25.965	4,77	67,7	14,2
	Frauen	291	4.030	2,16	30,0	13,9
	Gesamt	2.118	29.995	4,09	57,9	14,2

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.5 Chemie

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	18.481	109.002	14,76	87,0	5,9
	Frauen	7.436	42.640	14,81	84,9	5,7
	Gesamt	25.917	151.642	14,77	86,4	5,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.763	65.474	2,21	52,3	23,7
	Frauen	1.373	37.911	2,73	75,5	27,6
	Gesamt	4.136	103.385	2,36	58,9	25,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.058	17.886	0,84	14,3	16,9
	Frauen	407	5.678	0,81	11,3	14,0
	Gesamt	1.465	23.564	0,83	13,4	16,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	7.064	224.320	5,64	179,1	31,8
	Frauen	4.325	128.832	8,61	256,6	29,8
	Gesamt	11.389	353.152	6,49	201,3	31,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.596	54.049	2,87	43,2	15,0
	Frauen	2.331	22.584	4,64	45,0	9,7
	Gesamt	5.927	76.633	3,38	43,7	12,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.277	17.273	1,82	13,8	7,6
	Frauen	972	6.687	1,94	13,3	6,9
	Gesamt	3.249	23.960	1,85	13,7	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.137	20.501	1,71	16,4	9,6
	Frauen	973	9.759	1,94	19,4	10,0
	Gesamt	3.110	30.260	1,77	17,3	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.210	110.538	4,16	88,3	21,2
	Frauen	1.778	25.201	3,54	50,2	14,2
	Gesamt	6.988	135.739	3,98	77,4	19,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	56.543	391.098	45,15	312,3	6,9
	Frauen	25.581	167.406	50,95	333,4	6,5
	Gesamt	82.124	558.504	46,81	318,3	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	19.674	123.933	15,71	99,0	6,3
	Frauen	7.765	39.897	15,47	79,5	5,1
	Gesamt	27.439	163.830	15,64	93,4	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.948	35.744	2,35	28,5	12,1
	Frauen	841	8.468	1,67	16,9	10,1
	Gesamt	3.789	44.212	2,16	25,2	11,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	36.299	608.380	28,98	485,8	16,8
	Frauen	10.705	185.820	21,32	370,1	17,4
	Gesamt	47.004	794.200	26,79	452,7	16,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.271	24.774	1,81	19,8	10,9
	Frauen	2.460	21.431	4,90	42,7	8,7
	Gesamt	4.731	46.205	2,70	26,3	9,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.368	12.875	2,72	25,6	9,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	9.732	93.820	7,77	74,9	9,6
	Frauen	5.408	47.223	10,77	94,1	8,7
	Gesamt	15.140	141.043	8,63	80,4	9,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	13.687	240.619	10,93	192,1	17,6
	Frauen	3.781	66.523	7,53	132,5	17,6
	Gesamt	17.468	307.142	9,96	175,1	17,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.048	39.446	1,64	31,5	19,3
	Frauen	1.204	23.189	2,40	46,2	19,3
	Gesamt	3.252	62.635	1,85	35,7	19,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>186.179</b>	<b>2.183.512</b>	<b>148,65</b>	<b>1.743,4</b>	<b>11,7</b>
	<b>Frauen</b>	<b>78.892</b>	<b>854.914</b>	<b>157,13</b>	<b>1.702,7</b>	<b>10,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>265.071</b>	<b>3.038.426</b>	<b>151,08</b>	<b>1.731,8</b>	<b>11,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.463	45.707	2,77	36,5	13,2
	Frauen	887	10.275	1,77	20,5	11,6
	Gesamt	4.350	55.982	2,48	31,9	12,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.6 Glas, Keramik, Steine/Erden

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.405	14.136	12,89	75,8	5,9
	Frauen	724	3.643	13,55	68,2	5,0
	Gesamt	3.129	17.779	13,04	74,1	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	374	9.547	2,00	51,2	25,5
	Frauen	128	5.386	2,40	100,8	42,1
	Gesamt	502	14.933	2,09	62,2	29,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	143	2.136	0,77	11,5	14,9
	Frauen	39	854	0,73	16,0	21,9
	Gesamt	182	2.990	0,76	12,5	16,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	892	27.570	4,78	147,8	30,9
	Frauen	412	15.052	7,71	281,7	36,5
	Gesamt	1.304	42.622	5,43	177,6	32,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	431	7.722	2,31	41,4	17,9
	Frauen	220	2.694	4,12	50,4	12,3
	Gesamt	651	10.416	2,71	43,4	16,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	365	2.770	1,96	14,9	7,6
	Frauen	92	456	1,72	8,5	5,0
	Gesamt	457	3.226	1,90	13,4	7,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	274	2.064	1,47	11,1	7,5
	Frauen	93	924	1,74	17,3	9,9
	Gesamt	367	2.988	1,53	12,5	8,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	754	18.074	4,04	96,9	24,0
	Frauen	163	2.284	3,05	42,7	14,0
	Gesamt	917	20.358	3,82	84,8	22,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	7.087	48.282	37,99	258,8	6,8
	Frauen	2.328	14.490	43,57	271,2	6,2
	Gesamt	9.415	62.772	39,23	261,6	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.815	20.388	15,09	109,3	7,2
	Frauen	705	3.214	13,19	60,2	4,6
	Gesamt	3.520	23.602	14,67	98,3	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	414	6.317	2,22	33,9	15,3
	Frauen	102	1.015	1,91	19,0	10,0
	Gesamt	516	7.332	2,15	30,6	14,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	5.827	116.978	31,23	627,0	20,1
	Frauen	1.130	24.252	21,15	453,9	21,5
	Gesamt	6.957	141.230	28,99	588,5	20,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	286	3.320	1,53	17,8	11,6
	Frauen	219	1.832	4,10	34,3	8,4
	Gesamt	505	5.152	2,10	21,5	10,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	104	1.074	1,95	20,1	10,3
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.401	13.742	7,51	73,7	9,8
	Frauen	512	4.205	9,58	78,7	8,2
	Gesamt	1.913	17.947	7,97	74,8	9,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.624	48.521	14,07	260,1	18,5
	Frauen	402	6.827	7,52	127,8	17,0
	Gesamt	3.026	55.348	12,61	230,6	18,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	262	5.202	1,40	27,9	19,9
	Frauen	109	2.099	2,04	39,3	19,3
	Gesamt	371	7.301	1,55	30,4	19,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>26.424</b>	<b>347.982</b>	<b>141,64</b>	<b>1.865,3</b>	<b>13,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>7.496</b>	<b>90.551</b>	<b>140,28</b>	<b>1.694,6</b>	<b>12,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>33.920</b>	<b>438.533</b>	<b>141,34</b>	<b>1.827,3</b>	<b>12,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.043	15.025	5,59	80,5	14,4
	Frauen	128	1.529	2,40	28,6	12,0
	Gesamt	1.171	16.554	4,88	69,0	14,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.7 Metallerzeugung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	18.123	97.975	14,78	79,9	5,4
	Frauen	3.572	18.633	13,65	71,2	5,2
	Gesamt	21.695	116.608	14,58	78,4	5,4
Neubildungen (C00-D48)	Männer	2.476	60.948	2,02	49,7	24,6
	Frauen	634	20.617	2,42	78,8	32,5
	Gesamt	3.110	81.565	2,09	54,8	26,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	988	17.290	0,81	14,1	17,5
	Frauen	203	3.389	0,78	13,0	16,7
	Gesamt	1.191	20.679	0,80	13,9	17,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	6.227	211.387	5,08	172,4	34,0
	Frauen	1.914	68.443	7,31	261,5	35,8
	Gesamt	8.141	279.830	5,47	188,1	34,4
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	3.267	51.038	2,66	41,6	15,6
	Frauen	978	10.762	3,74	41,1	11,0
	Gesamt	4.245	61.800	2,85	41,5	14,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	2.419	16.332	1,97	13,3	6,8
	Frauen	474	2.827	1,81	10,8	6,0
	Gesamt	2.893	19.159	1,94	12,9	6,6
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1.925	16.527	1,57	13,5	8,6
	Frauen	379	3.292	1,45	12,6	8,7
	Gesamt	2.304	19.819	1,55	13,3	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	5.170	124.103	4,22	101,2	24,0
	Frauen	856	14.434	3,27	55,2	16,9
	Gesamt	6.026	138.537	4,05	93,1	23,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	51.761	346.890	42,21	282,9	6,7
	Frauen	11.488	70.851	43,89	270,7	6,2
	Gesamt	63.249	417.741	42,50	280,7	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	19.562	127.280	15,95	103,8	6,5
	Frauen	3.963	20.149	15,14	77,0	5,1
	Gesamt	23.525	147.429	15,81	99,1	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	3.047	40.450	2,48	33,0	13,3
	Frauen	435	4.380	1,66	16,7	10,1
	Gesamt	3.482	44.830	2,34	30,1	12,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	37.831	650.006	30,85	530,0	17,2
	Frauen	5.442	99.746	20,79	381,1	18,3
	Gesamt	43.273	749.752	29,08	503,8	17,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	2.032	25.343	1,66	20,7	12,5
	Frauen	1.204	10.524	4,60	40,2	8,7
	Gesamt	3.236	35.867	2,17	24,1	11,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	578	5.424	2,21	20,7	9,4
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	9.948	98.764	8,11	80,5	9,9
	Frauen	2.545	18.427	9,72	70,4	7,2
	Gesamt	12.493	117.191	8,40	78,8	9,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	18.397	298.625	15,00	243,5	16,2
	Frauen	2.033	33.278	7,77	127,2	16,4
	Gesamt	20.430	331.903	13,73	223,0	16,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.913	33.643	1,56	27,4	17,6
	Frauen	511	9.914	1,95	37,9	19,4
	Gesamt	2.424	43.557	1,63	29,3	18,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>185.482</b>	<b>2.223.891</b>	<b>151,25</b>	<b>1.813,4</b>	<b>12,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>37.303</b>	<b>417.315</b>	<b>142,53</b>	<b>1.594,5</b>	<b>11,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>222.785</b>	<b>2.641.206</b>	<b>149,71</b>	<b>1.774,9</b>	<b>11,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	7.427	95.936	6,06	78,2	12,9
	Frauen	530	6.435	2,03	24,6	12,1
	Gesamt	7.957	102.371	5,35	68,8	12,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.8 Metallverarbeitung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	89.943	483.568	14,03	75,4	5,4
	Frauen	23.782	129.918	15,08	82,4	5,5
	Gesamt	113.725	613.486	14,24	76,8	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	13.451	305.187	2,10	47,6	22,7
	Frauen	4.310	125.643	2,73	79,7	29,2
	Gesamt	17.761	430.830	2,22	53,9	24,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	4.639	70.871	0,72	11,1	15,3
	Frauen	1.401	20.792	0,89	13,2	14,8
	Gesamt	6.040	91.663	0,76	11,5	15,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	32.042	972.620	5,00	151,7	30,4
	Frauen	13.416	405.209	8,51	256,9	30,2
	Gesamt	45.458	1.377.829	5,69	172,5	30,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	15.742	214.099	2,46	33,4	13,6
	Frauen	7.096	77.295	4,50	49,0	10,9
	Gesamt	22.838	291.394	2,86	36,5	12,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	11.902	78.324	1,86	12,2	6,6
	Frauen	3.039	19.541	1,93	12,4	6,4
	Gesamt	14.941	97.865	1,87	12,3	6,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	10.497	92.185	1,64	14,4	8,8
	Frauen	3.013	24.278	1,91	15,4	8,1
	Gesamt	13.510	116.463	1,69	14,6	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	25.483	527.186	3,97	82,2	20,7
	Frauen	5.869	81.038	3,72	51,4	13,8
	Gesamt	31.352	608.224	3,92	76,1	19,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	282.066	1.811.355	43,99	282,5	6,4
	Frauen	81.269	514.450	51,53	326,2	6,3
	Gesamt	363.335	2.325.805	45,48	291,1	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	100.081	611.125	15,61	95,3	6,1
	Frauen	25.321	127.778	16,06	81,0	5,1
	Gesamt	125.402	738.903	15,70	92,5	5,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	13.541	169.249	2,11	26,4	12,5
	Frauen	2.843	27.421	1,80	17,4	9,7
	Gesamt	16.384	196.670	2,05	24,6	12,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	174.161	2.884.975	27,16	450,0	16,6
	Frauen	36.970	652.110	23,44	413,5	17,6
	Gesamt	211.131	3.537.085	26,43	442,8	16,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	10.669	109.178	1,66	17,0	10,2
	Frauen	8.321	67.243	5,28	42,6	8,1
	Gesamt	18.990	176.421	2,38	22,1	9,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	4.445	43.627	2,82	27,7	9,8
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	48.406	427.396	7,55	66,7	8,8
	Frauen	17.409	133.427	11,04	84,6	7,7
	Gesamt	65.815	560.823	8,24	70,2	8,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	72.794	1.218.256	11,35	190,0	16,7
	Frauen	13.142	206.027	8,33	130,6	15,7
	Gesamt	85.936	1.424.283	10,76	178,3	16,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	9.693	153.791	1,51	24,0	15,9
	Frauen	3.740	58.755	2,37	37,3	15,7
	Gesamt	13.433	212.546	1,68	26,6	15,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>917.033</b>	<b>10.159.677</b>	<b>143,03</b>	<b>1.584,6</b>	<b>11,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>256.005</b>	<b>2.727.280</b>	<b>162,33</b>	<b>1.729,4</b>	<b>10,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.173.038</b>	<b>12.886.957</b>	<b>146,84</b>	<b>1.613,2</b>	<b>11,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	19.129	237.673	2,98	37,1	12,4
	Frauen	3.086	35.906	1,96	22,8	11,6
	Gesamt	22.215	273.579	2,78	34,3	12,3



A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.9 Möbel u. sonstige Erzeugnisse

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	4.673	22.079	15,69	74,1	4,7
	Frauen	3.281	16.805	16,37	83,9	5,1
	Gesamt	7.954	38.884	15,96	78,0	4,9
Neubildungen (C00-D48)	Männer	579	15.499	1,94	52,0	26,8
	Frauen	546	14.664	2,72	73,2	26,9
	Gesamt	1.125	30.163	2,26	60,5	26,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	217	3.416	0,73	11,5	15,7
	Frauen	162	1.534	0,81	7,7	9,5
	Gesamt	379	4.950	0,76	9,9	13,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.564	49.305	5,25	165,6	31,5
	Frauen	1.652	51.512	8,24	257,0	31,2
	Gesamt	3.216	100.817	6,45	202,4	31,4
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	793	9.833	2,66	33,0	12,4
	Frauen	1.006	9.181	5,02	45,8	9,1
	Gesamt	1.799	19.014	3,61	38,2	10,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	591	3.501	1,98	11,8	5,9
	Frauen	363	2.292	1,81	11,4	6,3
	Gesamt	954	5.793	1,91	11,6	6,1
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	452	3.882	1,52	13,0	8,6
	Frauen	399	2.914	1,99	14,5	7,3
	Gesamt	851	6.796	1,71	13,6	8,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	1.086	23.403	3,65	78,6	21,6
	Frauen	716	7.719	3,57	38,5	10,8
	Gesamt	1.802	31.122	3,62	62,5	17,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	13.254	76.407	44,50	256,6	5,8
	Frauen	9.755	60.242	48,67	300,6	6,2
	Gesamt	23.009	136.649	46,18	274,3	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	4.730	27.035	15,88	90,8	5,7
	Frauen	3.228	15.837	16,11	79,0	4,9
	Gesamt	7.958	42.872	15,97	86,1	5,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	597	6.669	2,00	22,4	11,2
	Frauen	375	3.643	1,87	18,2	9,7
	Gesamt	972	10.312	1,95	20,7	10,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	7.665	117.936	25,74	396,0	15,4
	Frauen	4.369	75.277	21,80	375,6	17,2
	Gesamt	12.034	193.213	24,15	387,8	16,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	470	3.971	1,58	13,3	8,5
	Frauen	1.086	7.510	5,42	37,5	6,9
	Gesamt	1.556	11.481	3,12	23,0	7,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	522	4.861	2,60	24,3	9,3
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	2.395	16.460	8,04	55,3	6,9
	Frauen	2.158	14.525	10,77	72,5	6,7
	Gesamt	4.553	30.985	9,14	62,2	6,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	3.785	57.434	12,71	192,9	15,2
	Frauen	1.619	27.131	8,08	135,4	16,8
	Gesamt	5.404	84.565	10,85	169,7	15,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	461	7.329	1,55	24,6	15,9
	Frauen	418	7.465	2,09	37,3	17,9
	Gesamt	879	14.794	1,76	29,7	16,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>43.413</b>	<b>446.610</b>	<b>145,77</b>	<b>1.499,6</b>	<b>10,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>31.717</b>	<b>324.258</b>	<b>158,26</b>	<b>1.618,0</b>	<b>10,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>75.130</b>	<b>770.868</b>	<b>150,79</b>	<b>1.547,2</b>	<b>10,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.232	15.436	4,14	51,8	12,5
	Frauen	410	4.342	2,05	21,7	10,6
	Gesamt	1.642	19.778	3,30	39,7	12,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.10 Energie- und Wasserwirtschaft

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	6.258	34.616	12,52	69,3	5,5
	Frauen	2.314	12.286	14,58	77,4	5,3
	Gesamt	8.572	46.902	13,02	71,2	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.209	23.181	2,42	46,4	19,2
	Frauen	488	11.725	3,07	73,9	24,0
	Gesamt	1.697	34.906	2,58	53,0	20,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	361	5.602	0,72	11,2	15,5
	Frauen	110	2.140	0,69	13,5	19,5
	Gesamt	471	7.742	0,72	11,8	16,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.356	77.447	4,71	155,0	32,9
	Frauen	1.309	39.764	8,25	250,5	30,4
	Gesamt	3.665	117.211	5,57	178,0	32,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.170	16.582	2,34	33,2	14,2
	Frauen	707	8.365	4,45	52,7	11,8
	Gesamt	1.877	24.947	2,85	37,9	13,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	890	6.664	1,78	13,3	7,5
	Frauen	337	1.742	2,12	11,0	5,2
	Gesamt	1.227	8.406	1,86	12,8	6,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	832	7.538	1,66	15,1	9,1
	Frauen	328	2.517	2,07	15,9	7,7
	Gesamt	1.160	10.055	1,76	15,3	8,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.825	33.883	3,65	67,8	18,6
	Frauen	514	7.158	3,24	45,1	13,9
	Gesamt	2.339	41.041	3,55	62,3	17,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	19.699	128.943	39,41	258,0	6,6
	Frauen	8.347	52.268	52,58	329,2	6,3
	Gesamt	28.046	181.211	42,59	275,2	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.623	42.479	15,25	85,0	5,6
	Frauen	2.594	12.924	16,34	81,4	5,0
	Gesamt	10.217	55.403	15,51	84,1	5,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	929	11.003	1,86	22,0	11,8
	Frauen	247	1.803	1,56	11,4	7,3
	Gesamt	1.176	12.806	1,79	19,5	10,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.325	183.014	22,66	366,2	16,2
	Frauen	2.769	44.628	17,44	281,1	16,1
	Gesamt	14.094	227.642	21,40	345,7	16,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	751	8.730	1,50	17,5	11,6
	Frauen	881	6.750	5,55	42,5	7,7
	Gesamt	1.632	15.480	2,48	23,5	9,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	420	4.817	2,65	30,3	11,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.148	25.500	6,30	51,0	8,1
	Frauen	1.601	12.480	10,08	78,6	7,8
	Gesamt	4.749	37.980	7,21	57,7	8,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.800	82.892	9,60	165,9	17,3
	Frauen	1.137	17.449	7,16	109,9	15,4
	Gesamt	5.937	100.341	9,02	152,4	16,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	749	10.532	1,50	21,1	14,1
	Frauen	336	5.134	2,12	32,3	15,3
	Gesamt	1.085	15.666	1,65	23,8	14,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>64.063</b>	<b>700.159</b>	<b>128,18</b>	<b>1.400,9</b>	<b>10,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>24.499</b>	<b>245.497</b>	<b>154,32</b>	<b>1.546,4</b>	<b>10,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>88.562</b>	<b>945.656</b>	<b>134,48</b>	<b>1.436,0</b>	<b>10,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.280	16.849	2,56	33,7	13,2
	Frauen	189	2.133	1,19	13,4	11,3
	Gesamt	1.469	18.982	2,23	28,8	12,9

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.11 Baugewerbe

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	19.266	98.983	13,86	71,2	5,1
	Frauen	2.880	14.936	11,04	57,3	5,2
	Gesamt	22.146	113.919	13,41	69,0	5,1
Neubildungen (C00-D48)	Männer	2.202	57.299	1,58	41,2	26,0
	Frauen	628	19.816	2,41	76,0	31,6
	Gesamt	2.830	77.115	1,71	46,7	27,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	857	14.163	0,62	10,2	16,5
	Frauen	167	2.361	0,64	9,1	14,1
	Gesamt	1.024	16.524	0,62	10,0	16,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	5.151	172.158	3,71	123,8	33,4
	Frauen	1.639	63.294	6,28	242,7	38,6
	Gesamt	6.790	235.452	4,11	142,6	34,7
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	3.009	50.960	2,16	36,7	16,9
	Frauen	875	7.791	3,36	29,9	8,9
	Gesamt	3.884	58.751	2,35	35,6	15,1
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	2.282	15.473	1,64	11,1	6,8
	Frauen	356	2.481	1,37	9,5	7,0
	Gesamt	2.638	17.954	1,60	10,9	6,8
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	2.002	18.456	1,44	13,3	9,2
	Frauen	366	4.303	1,40	16,5	11,8
	Gesamt	2.368	22.759	1,43	13,8	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	4.608	114.432	3,31	82,3	24,8
	Frauen	644	10.468	2,47	40,1	16,3
	Gesamt	5.252	124.900	3,18	75,7	23,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	47.907	299.025	34,46	215,1	6,2
	Frauen	9.351	55.997	35,86	214,7	6,0
	Gesamt	57.258	355.022	34,68	215,0	6,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	20.478	133.093	14,73	95,7	6,5
	Frauen	3.244	17.122	12,44	65,7	5,3
	Gesamt	23.722	150.215	14,37	91,0	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	2.975	41.498	2,14	29,9	14,0
	Frauen	355	2.510	1,36	9,6	7,1
	Gesamt	3.330	44.008	2,02	26,7	13,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	38.754	788.019	27,88	566,9	20,3
	Frauen	3.415	56.076	13,10	215,0	16,4
	Gesamt	42.169	844.095	25,54	511,3	20,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	2.018	24.925	1,45	17,9	12,4
	Frauen	1.198	8.433	4,59	32,3	7,0
	Gesamt	3.216	33.358	1,95	20,2	10,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	531	5.185	2,04	19,9	9,8
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	10.040	90.769	7,22	65,3	9,0
	Frauen	2.116	16.116	8,11	61,8	7,6
	Gesamt	12.156	106.885	7,36	64,7	8,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	25.197	423.390	18,12	304,6	16,8
	Frauen	1.699	29.473	6,52	113,0	17,4
	Gesamt	26.896	452.863	16,29	274,3	16,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.942	36.240	1,40	26,1	18,7
	Frauen	519	7.800	1,99	29,9	15,0
	Gesamt	2.461	44.040	1,49	26,7	17,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>189.045</b>	<b>2.385.883</b>	<b>135,99</b>	<b>1.716,2</b>	<b>12,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>30.068</b>	<b>324.981</b>	<b>115,30</b>	<b>1.246,2</b>	<b>10,8</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>219.113</b>	<b>2.710.864</b>	<b>132,72</b>	<b>1.642,0</b>	<b>12,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	12.309	160.735	8,85	115,6	13,1
	Frauen	405	4.925	1,55	18,9	12,2
	Gesamt	12.714	165.660	7,70	100,3	13,0

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.12 Handel

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	37.032	193.961	14,38	75,3	5,2
	Frauen	39.149	220.697	13,33	75,2	5,6
	Gesamt	76.181	414.658	13,82	75,3	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.861	93.686	1,50	36,4	24,3
	Frauen	6.268	210.321	2,13	71,6	33,6
	Gesamt	10.129	304.007	1,84	55,2	30,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.431	22.673	0,56	8,8	15,8
	Frauen	1.987	34.157	0,68	11,6	17,2
	Gesamt	3.418	56.830	0,62	10,3	16,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	12.484	460.519	4,85	178,9	36,9
	Frauen	23.352	880.414	7,95	299,8	37,7
	Gesamt	35.836	1.340.933	6,50	243,3	37,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.966	79.577	2,32	30,9	13,3
	Frauen	10.634	137.429	3,62	46,8	12,9
	Gesamt	16.600	217.006	3,01	39,4	13,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.841	26.472	1,49	10,3	6,9
	Frauen	4.029	31.013	1,37	10,6	7,7
	Gesamt	7.870	57.485	1,43	10,4	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.664	32.048	1,42	12,5	8,8
	Frauen	4.547	41.587	1,55	14,2	9,2
	Gesamt	8.211	73.635	1,49	13,4	9,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	7.481	163.216	2,91	63,4	21,8
	Frauen	9.054	142.522	3,08	48,5	15,7
	Gesamt	16.535	305.738	3,00	55,5	18,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	97.756	596.967	37,97	231,9	6,1
	Frauen	118.662	773.454	40,41	263,4	6,5
	Gesamt	216.418	1.370.421	39,27	248,7	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	35.138	217.934	13,65	84,7	6,2
	Frauen	39.079	229.096	13,31	78,0	5,9
	Gesamt	74.217	447.030	13,47	81,1	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.837	58.620	1,88	22,8	12,1
	Frauen	4.314	48.646	1,47	16,6	11,3
	Gesamt	9.151	107.266	1,66	19,5	11,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	54.219	909.310	21,06	352,2	16,8
	Frauen	53.479	1.115.451	18,21	379,9	20,9
	Gesamt	107.698	2.024.761	19,54	367,4	18,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.563	35.768	1,38	13,9	10,0
	Frauen	13.640	120.242	4,65	41,0	8,8
	Gesamt	17.203	156.010	3,12	28,3	9,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	8.487	95.258	2,89	32,4	11,2
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	18.184	150.269	7,06	58,4	8,3
	Frauen	27.229	249.771	9,27	85,1	9,2
	Gesamt	45.413	400.040	8,24	72,6	8,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	30.640	505.275	11,90	196,3	16,5
	Frauen	23.219	401.483	7,91	136,7	17,3
	Gesamt	53.859	906.758	9,77	164,6	16,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.349	67.108	1,30	26,1	20,0
	Frauen	6.430	135.903	2,19	46,3	21,1
	Gesamt	9.779	203.011	1,77	36,8	20,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>324.091</b>	<b>3.626.018</b>	<b>125,89</b>	<b>1.408,5</b>	<b>11,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>394.625</b>	<b>4.888.519</b>	<b>134,40</b>	<b>1.664,9</b>	<b>12,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>718.716</b>	<b>8.514.537</b>	<b>130,42</b>	<b>1.545,1</b>	<b>11,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	10.748	138.106	4,17	53,7	12,9
	Frauen	7.186	89.346	2,45	30,4	12,4
	Gesamt	17.934	227.452	3,25	41,3	12,7

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.13 Großhandel

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	13.623	71.056	13,07	68,2	5,2
	Frauen	9.070	44.963	13,57	67,3	5,0
	Gesamt	22.693	116.019	13,26	67,8	5,1
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1.713	43.958	1,64	42,2	25,7
	Frauen	1.663	48.112	2,49	72,0	28,9
	Gesamt	3.376	92.070	1,97	53,8	27,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	631	10.647	0,61	10,2	16,9
	Frauen	426	5.855	0,64	8,8	13,7
	Gesamt	1.057	16.502	0,62	9,7	15,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	4.675	165.699	4,48	159,0	35,4
	Frauen	4.989	170.236	7,46	254,7	34,1
	Gesamt	9.664	335.935	5,65	196,4	34,8
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	2.185	31.431	2,10	30,2	14,4
	Frauen	2.552	26.354	3,82	39,4	10,3
	Gesamt	4.737	57.785	2,77	33,8	12,2
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.562	9.892	1,50	9,5	6,3
	Frauen	1.059	6.975	1,58	10,4	6,6
	Gesamt	2.621	16.867	1,53	9,9	6,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1.406	12.826	1,35	12,3	9,1
	Frauen	1.144	8.929	1,71	13,4	7,8
	Gesamt	2.550	21.755	1,49	12,7	8,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	3.231	74.136	3,10	71,1	23,0
	Frauen	1.923	24.928	2,88	37,3	13,0
	Gesamt	5.154	99.064	3,01	57,9	19,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	37.760	229.222	36,22	219,9	6,1
	Frauen	29.280	172.435	43,80	258,0	5,9
	Gesamt	67.040	401.657	39,18	234,8	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	13.749	80.181	13,19	76,9	5,8
	Frauen	9.231	47.777	13,81	71,5	5,2
	Gesamt	22.980	127.958	13,43	74,8	5,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	1.743	19.566	1,67	18,8	11,2
	Frauen	946	9.074	1,42	13,6	9,6
	Gesamt	2.689	28.640	1,57	16,7	10,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	21.354	352.219	20,48	337,9	16,5
	Frauen	10.745	181.977	16,07	272,2	16,9
	Gesamt	32.099	534.196	18,76	312,2	16,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.493	14.797	1,43	14,2	9,9
	Frauen	3.214	23.454	4,81	35,1	7,3
	Gesamt	4.707	38.251	2,75	22,4	8,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.805	17.042	2,70	25,5	9,4
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	6.821	56.673	6,54	54,4	8,3
	Frauen	6.281	47.386	9,40	70,9	7,5
	Gesamt	13.102	104.059	7,66	60,8	7,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	10.956	182.351	10,51	174,9	16,6
	Frauen	4.620	72.739	6,91	108,8	15,7
	Gesamt	15.576	255.090	9,10	149,1	16,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.375	25.728	1,32	24,7	18,7
	Frauen	1.422	27.915	2,13	41,8	19,6
	Gesamt	2.797	53.643	1,63	31,4	19,2
Gesamt	Männer	124.544	1.385.142	119,47	1.328,8	11,1
	Frauen	90.621	939.362	135,57	1.405,3	10,4
	Gesamt	215.165	2.324.504	125,76	1.358,6	10,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.797	53.197	3,64	51,0	14,0
	Frauen	1.156	14.437	1,73	21,6	12,5
	Gesamt	4.953	67.634	2,89	39,5	13,7

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.14 Einzelhandel

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	10.882	62.138	13,96	79,7	5,7
	Frauen	26.753	158.144	13,04	77,1	5,9
	Gesamt	37.635	220.282	13,30	77,8	5,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	939	21.829	1,20	28,0	23,3
	Frauen	4.104	147.998	2,00	72,2	36,1
	Gesamt	5.043	169.827	1,78	60,0	33,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	337	5.801	0,43	7,4	17,2
	Frauen	1.390	25.752	0,68	12,6	18,5
	Gesamt	1.727	31.553	0,61	11,2	18,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.269	172.791	5,48	221,7	40,5
	Frauen	16.619	642.217	8,10	313,2	38,6
	Gesamt	20.888	815.008	7,38	288,0	39,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.796	22.299	2,30	28,6	12,4
	Frauen	7.191	103.979	3,51	50,7	14,5
	Gesamt	8.987	126.278	3,18	44,6	14,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	960	7.871	1,23	10,1	8,2
	Frauen	2.611	21.784	1,27	10,6	8,3
	Gesamt	3.571	29.655	1,26	10,5	8,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.028	9.273	1,32	11,9	9,0
	Frauen	2.998	29.265	1,46	14,3	9,8
	Gesamt	4.026	38.538	1,42	13,6	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.003	38.509	2,57	49,4	19,2
	Frauen	6.507	110.224	3,17	53,8	16,9
	Gesamt	8.510	148.733	3,01	52,6	17,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	26.745	170.047	34,31	218,2	6,4
	Frauen	79.043	541.829	38,54	264,2	6,9
	Gesamt	105.788	711.876	37,38	251,5	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.846	67.507	12,63	86,6	6,9
	Frauen	26.454	164.516	12,90	80,2	6,2
	Gesamt	36.300	232.023	12,83	82,0	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.377	17.910	1,77	23,0	13,0
	Frauen	3.023	36.531	1,47	17,8	12,1
	Gesamt	4.400	54.441	1,55	19,2	12,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	14.381	260.922	18,45	334,8	18,1
	Frauen	39.375	879.485	19,20	428,8	22,3
	Gesamt	53.756	1.140.407	18,99	402,9	21,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	993	9.861	1,27	12,7	9,9
	Frauen	9.282	89.035	4,53	43,4	9,6
	Gesamt	10.275	98.896	3,63	34,9	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	6.051	70.760	2,95	34,5	11,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.394	51.252	6,92	65,8	9,5
	Frauen	18.619	186.177	9,08	90,8	10,0
	Gesamt	24.013	237.429	8,48	83,9	9,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.106	141.765	10,40	181,9	17,5
	Frauen	16.942	305.729	8,26	149,1	18,1
	Gesamt	25.048	447.494	8,85	158,1	17,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	987	22.009	1,27	28,2	22,3
	Frauen	4.539	99.733	2,21	48,6	22,0
	Gesamt	5.526	121.742	1,95	43,0	22,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>90.237</b>	<b>1.086.144</b>	<b>115,77</b>	<b>1.393,5</b>	<b>12,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>272.251</b>	<b>3.630.130</b>	<b>132,75</b>	<b>1.770,1</b>	<b>13,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>362.488</b>	<b>4.716.274</b>	<b>128,07</b>	<b>1.666,3</b>	<b>13,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.781	38.717	3,57	49,7	13,9
	Frauen	5.639	71.157	2,75	34,7	12,6
	Gesamt	8.420	109.874	2,97	38,8	13,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.15 Gastgewerbe

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.449	22.777	10,04	66,3	6,6
	Frauen	5.963	41.732	11,38	79,6	7,0
	Gesamt	9.412	64.509	10,85	74,3	6,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	277	9.616	0,81	28,0	34,7
	Frauen	809	30.103	1,54	57,4	37,2
	Gesamt	1.086	39.719	1,25	45,8	36,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	164	3.795	0,48	11,0	23,1
	Frauen	288	5.690	0,55	10,9	19,8
	Gesamt	452	9.485	0,52	10,9	21,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.526	59.824	4,44	174,1	39,2
	Frauen	3.833	144.851	7,31	276,4	37,8
	Gesamt	5.359	204.675	6,18	235,9	38,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	517	8.460	1,50	24,6	16,4
	Frauen	1.464	24.979	2,79	47,7	17,1
	Gesamt	1.981	33.439	2,28	38,5	16,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	260	1.713	0,76	5,0	6,6
	Frauen	546	4.580	1,04	8,7	8,4
	Gesamt	806	6.293	0,93	7,3	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	250	2.534	0,73	7,4	10,1
	Frauen	614	7.472	1,17	14,3	12,2
	Gesamt	864	10.006	1,00	11,5	11,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	798	19.634	2,32	57,1	24,6
	Frauen	1.488	27.334	2,84	52,2	18,4
	Gesamt	2.286	46.968	2,63	54,1	20,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	7.414	51.245	21,57	149,1	6,9
	Frauen	16.453	119.531	31,40	228,1	7,3
	Gesamt	23.867	170.776	27,51	196,8	7,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.341	28.716	9,72	83,6	8,6
	Frauen	5.770	40.817	11,01	77,9	7,1
	Gesamt	9.111	69.533	10,50	80,1	7,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	612	8.239	1,78	24,0	13,5
	Frauen	922	11.944	1,76	22,8	13,0
	Gesamt	1.534	20.183	1,77	23,3	13,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.563	93.287	13,28	271,5	20,4
	Frauen	9.499	222.609	18,13	424,8	23,4
	Gesamt	14.062	315.896	16,21	364,1	22,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	365	3.732	1,06	10,9	10,2
	Frauen	2.036	20.955	3,89	40,0	10,3
	Gesamt	2.401	24.687	2,77	28,5	10,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.355	16.889	2,59	32,2	12,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.778	18.267	5,17	53,2	10,3
	Frauen	4.351	43.791	8,30	83,6	10,1
	Gesamt	6.129	62.058	7,06	71,5	10,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.194	57.537	9,29	167,4	18,0
	Frauen	4.556	80.285	8,69	153,2	17,6
	Gesamt	7.750	137.822	8,93	158,8	17,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	394	8.599	1,15	25,0	21,8
	Frauen	1.068	24.284	2,04	46,3	22,7
	Gesamt	1.462	32.883	1,68	37,9	22,5
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>28.982</b>	<b>399.299</b>	<b>84,33</b>	<b>1.161,9</b>	<b>13,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>61.217</b>	<b>873.779</b>	<b>116,82</b>	<b>1.667,4</b>	<b>14,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>90.199</b>	<b>1.273.078</b>	<b>103,95</b>	<b>1.467,2</b>	<b>14,1</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.258	16.895	3,66	49,2	13,4
	Frauen	1.712	22.307	3,27	42,6	13,0
	Gesamt	2.970	39.202	3,42	45,2	13,2

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.16 Verkehr

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	21.151	142.415	12,66	85,2	6,7
	Frauen	7.540	45.807	14,44	87,7	6,1
	Gesamt	28.691	188.222	13,08	85,8	6,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.230	96.674	1,93	57,9	29,9
	Frauen	1.301	36.663	2,49	70,2	28,2
	Gesamt	4.531	133.337	2,07	60,8	29,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.907	40.730	1,14	24,4	21,4
	Frauen	543	8.847	1,04	16,9	16,3
	Gesamt	2.450	49.577	1,12	22,6	20,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	12.365	393.286	7,40	235,4	31,8
	Frauen	5.870	191.364	11,24	366,5	32,6
	Gesamt	18.235	584.650	8,32	266,6	32,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.560	88.533	2,73	53,0	19,4
	Frauen	2.300	29.313	4,41	56,1	12,7
	Gesamt	6.860	117.846	3,13	53,7	17,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.113	33.561	1,86	20,1	10,8
	Frauen	897	6.743	1,72	12,9	7,5
	Gesamt	4.010	40.304	1,83	18,4	10,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.516	30.313	1,51	18,1	12,1
	Frauen	1.221	12.104	2,34	23,2	9,9
	Gesamt	3.737	42.417	1,70	19,3	11,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	8.075	211.777	4,83	126,8	26,2
	Frauen	2.061	36.816	3,95	70,5	17,9
	Gesamt	10.136	248.593	4,62	113,4	24,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	61.081	497.686	36,56	297,9	8,2
	Frauen	25.488	193.127	48,82	369,9	7,6
	Gesamt	86.569	690.813	39,48	315,0	8,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	25.014	188.043	14,97	112,6	7,5
	Frauen	8.126	49.566	15,56	94,9	6,1
	Gesamt	33.140	237.609	15,11	108,4	7,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.463	50.181	2,07	30,0	14,5
	Frauen	997	10.970	1,91	21,0	11,0
	Gesamt	4.460	61.151	2,03	27,9	13,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	49.082	990.731	29,38	593,0	20,2
	Frauen	12.522	254.125	23,98	486,7	20,3
	Gesamt	61.604	1.244.856	28,09	567,7	20,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.990	41.049	1,79	24,6	13,7
	Frauen	2.641	25.527	5,06	48,9	9,7
	Gesamt	5.631	66.576	2,57	30,4	11,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.255	13.897	2,40	26,6	11,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	12.416	156.820	7,43	93,9	12,6
	Frauen	5.601	55.403	10,73	106,1	9,9
	Gesamt	18.017	212.223	8,22	96,8	11,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	19.926	401.988	11,93	240,6	20,2
	Frauen	4.885	89.262	9,36	171,0	18,3
	Gesamt	24.811	491.250	11,31	224,0	19,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.406	63.421	2,04	38,0	18,6
	Frauen	1.382	26.729	2,65	51,2	19,3
	Gesamt	4.788	90.150	2,18	41,1	18,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>234.785</b>	<b>3.437.777</b>	<b>140,53</b>	<b>2.057,7</b>	<b>14,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>84.849</b>	<b>1.090.353</b>	<b>162,51</b>	<b>2.088,3</b>	<b>12,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>319.634</b>	<b>4.528.130</b>	<b>145,76</b>	<b>2.065,0</b>	<b>14,2</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	8.744	152.144	5,23	91,1	17,4
	Frauen	1.721	26.777	3,30	51,3	15,6
	Gesamt	10.465	178.921	4,77	81,6	17,1



A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.17 Landverkehr

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	10.159	73.988	11,80	86,0	7,3
	Frauen	2.461	15.711	13,60	86,8	6,4
	Gesamt	12.620	89.699	12,11	86,1	7,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.716	53.676	1,99	62,4	31,3
	Frauen	435	12.459	2,40	68,8	28,6
	Gesamt	2.151	66.135	2,06	63,5	30,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.066	26.274	1,24	30,5	24,7
	Frauen	220	4.291	1,22	23,7	19,5
	Gesamt	1.286	30.565	1,23	29,3	23,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	7.412	237.721	8,61	276,2	32,1
	Frauen	2.315	77.732	12,79	429,4	33,6
	Gesamt	9.727	315.453	9,34	302,8	32,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.346	52.171	2,73	60,6	22,2
	Frauen	826	12.241	4,56	67,6	14,8
	Gesamt	3.172	64.412	3,04	61,8	20,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.728	20.640	2,01	24,0	11,9
	Frauen	308	2.857	1,70	15,8	9,3
	Gesamt	2.036	23.497	1,95	22,6	11,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.270	17.552	1,48	20,4	13,8
	Frauen	354	3.973	1,96	22,0	11,2
	Gesamt	1.624	21.525	1,56	20,7	13,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.462	125.632	5,18	145,9	28,2
	Frauen	770	15.296	4,25	84,5	19,9
	Gesamt	5.232	140.928	5,02	135,3	26,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	29.975	267.807	34,82	311,1	8,9
	Frauen	8.497	71.035	46,94	392,4	8,4
	Gesamt	38.472	338.842	36,93	325,2	8,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	12.775	100.348	14,84	116,6	7,9
	Frauen	2.832	20.326	15,65	112,3	7,2
	Gesamt	15.607	120.674	14,98	115,8	7,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.709	25.770	1,99	29,9	15,1
	Frauen	371	4.223	2,05	23,3	11,4
	Gesamt	2.080	29.993	2,00	28,8	14,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	25.025	541.747	29,07	629,3	21,7
	Frauen	4.584	103.633	25,32	572,5	22,6
	Gesamt	29.609	645.380	28,42	619,5	21,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.543	23.784	1,79	27,6	15,4
	Frauen	905	10.276	5,00	56,8	11,4
	Gesamt	2.448	34.060	2,35	32,7	13,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	363	3.926	2,01	21,7	10,8
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	6.192	86.609	7,19	100,6	14,0
	Frauen	1.801	20.920	9,95	115,6	11,6
	Gesamt	7.993	107.529	7,67	103,2	13,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	9.934	214.556	11,54	249,2	21,6
	Frauen	1.947	38.344	10,76	211,8	19,7
	Gesamt	11.881	252.900	11,40	242,7	21,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.899	35.847	2,21	41,6	18,9
	Frauen	538	10.786	2,97	59,6	20,1
	Gesamt	2.437	46.633	2,34	44,8	19,1
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>119.452</b>	<b>1.908.583</b>	<b>138,76</b>	<b>2.217,1</b>	<b>16,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>29.603</b>	<b>429.934</b>	<b>163,54</b>	<b>2.375,2</b>	<b>14,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>149.055</b>	<b>2.338.517</b>	<b>143,07</b>	<b>2.244,6</b>	<b>15,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.742	87.400	5,51	101,5	18,4
	Frauen	839	14.391	4,64	79,5	17,2
	Gesamt	5.581	101.791	5,36	97,7	18,2

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.18 Postdienste

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.788	27.211	11,78	84,6	7,2
	Frauen	4.058	34.032	10,90	91,4	8,4
	Gesamt	7.846	61.243	11,30	88,2	7,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	504	18.551	1,57	57,7	36,8
	Frauen	1.113	52.647	2,99	141,4	47,3
	Gesamt	1.617	71.198	2,33	102,6	44,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	242	5.598	0,75	17,4	23,1
	Frauen	320	7.740	0,86	20,8	24,2
	Gesamt	562	13.338	0,81	19,2	23,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.250	75.379	7,00	234,4	33,5
	Frauen	3.959	142.599	10,63	382,9	36,0
	Gesamt	6.209	217.978	8,95	314,1	35,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	714	14.828	2,22	46,1	20,8
	Frauen	1.261	30.394	3,39	81,6	24,1
	Gesamt	1.975	45.222	2,85	65,2	22,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	494	6.565	1,54	20,4	13,3
	Frauen	692	8.092	1,86	21,7	11,7
	Gesamt	1.186	14.657	1,71	21,1	12,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	406	3.865	1,26	12,0	9,5
	Frauen	629	8.113	1,69	21,8	12,9
	Gesamt	1.035	11.978	1,49	17,3	11,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.245	35.672	3,87	110,9	28,7
	Frauen	1.788	39.552	4,80	106,2	22,1
	Gesamt	3.033	75.224	4,37	108,4	24,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	10.543	88.204	32,78	274,2	8,4
	Frauen	14.822	141.380	39,80	379,6	9,5
	Gesamt	25.365	229.584	36,54	330,8	9,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	4.048	34.608	12,59	107,6	8,6
	Frauen	5.208	41.414	13,98	111,2	8,0
	Gesamt	9.256	76.022	13,34	109,5	8,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	635	9.798	1,97	30,5	15,4
	Frauen	704	10.290	1,89	27,6	14,6
	Gesamt	1.339	20.088	1,93	28,9	15,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	10.678	222.327	33,20	691,2	20,8
	Frauen	14.430	383.984	38,75	1.031,0	26,6
	Gesamt	25.108	606.311	36,17	873,6	24,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	574	7.418	1,78	23,1	12,9
	Frauen	1.590	25.049	4,27	67,3	15,8
	Gesamt	2.164	32.467	3,12	46,8	15,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	310	3.231	0,83	8,7	10,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.130	28.291	6,62	88,0	13,3
	Frauen	3.458	45.714	9,28	122,7	13,2
	Gesamt	5.588	74.005	8,05	106,6	13,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.877	100.740	15,16	313,2	20,7
	Frauen	5.780	125.139	15,52	336,0	21,7
	Gesamt	10.657	225.879	15,35	325,4	21,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	497	10.661	1,55	33,1	21,5
	Frauen	838	20.512	2,25	55,1	24,5
	Gesamt	1.335	31.173	1,92	44,9	23,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>43.732</b>	<b>691.596</b>	<b>135,96</b>	<b>2.150,2</b>	<b>15,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>61.150</b>	<b>1.123.956</b>	<b>164,19</b>	<b>3.017,9</b>	<b>18,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>104.882</b>	<b>1.815.552</b>	<b>151,11</b>	<b>2.615,8</b>	<b>17,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.217	35.285	6,89	109,7	15,9
	Frauen	3.042	56.048	8,17	150,5	18,4
	Gesamt	5.259	91.333	7,58	131,6	17,4

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.19 Telekommunikation

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	2.018	13.445	11,83	78,8	6,7
	Frauen	610	3.540	16,11	93,5	5,8
	Gesamt	2.628	16.985	12,61	81,5	6,5
Neubildungen (C00-D48)	Männer	410	9.834	2,40	57,7	24,0
	Frauen	119	2.611	3,14	69,0	21,9
	Gesamt	529	12.445	2,54	59,7	23,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	152	1.725	0,89	10,1	11,4
	Frauen	54	464	1,43	12,3	8,6
	Gesamt	206	2.189	0,99	10,5	10,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.040	30.986	6,10	181,7	29,8
	Frauen	432	12.717	11,41	335,8	29,4
	Gesamt	1.472	43.703	7,06	209,7	29,7
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	449	7.293	2,63	42,8	16,2
	Frauen	184	1.553	4,86	41,0	8,4
	Gesamt	633	8.846	3,04	42,4	14,0
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	390	4.488	2,29	26,3	11,5
	Frauen	79	369	2,09	9,7	4,7
	Gesamt	469	4.857	2,25	23,3	10,4
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	336	3.354	1,97	19,7	10,0
	Frauen	93	1.136	2,46	30,0	12,2
	Gesamt	429	4.490	2,06	21,5	10,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	757	15.981	4,44	93,7	21,1
	Frauen	152	2.203	4,01	58,2	14,5
	Gesamt	909	18.184	4,36	87,3	20,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	7.352	52.985	43,11	310,7	7,2
	Frauen	2.247	15.172	59,34	400,7	6,8
	Gesamt	9.599	68.157	46,06	327,0	7,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	2.507	15.535	14,70	91,1	6,2
	Frauen	655	3.698	17,30	97,7	5,7
	Gesamt	3.162	19.233	15,17	92,3	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	321	3.173	1,88	18,6	9,9
	Frauen	70	784	1,85	20,7	11,2
	Gesamt	391	3.957	1,88	19,0	10,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	3.987	63.602	23,38	372,9	16,0
	Frauen	779	11.269	20,57	297,6	14,5
	Gesamt	4.766	74.871	22,87	359,2	15,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	319	4.156	1,87	24,4	13,0
	Frauen	244	1.695	6,44	44,8	7,0
	Gesamt	563	5.851	2,70	28,1	10,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	125	1.719	3,30	45,4	13,8
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.144	11.262	6,71	66,0	9,8
	Frauen	455	3.131	12,02	82,7	6,9
	Gesamt	1.599	14.393	7,67	69,1	9,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	1.492	28.088	8,75	164,7	18,8
	Frauen	277	4.062	7,31	107,3	14,7
	Gesamt	1.769	32.150	8,49	154,3	18,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	301	4.680	1,76	27,4	15,6
	Frauen	83	943	2,19	24,9	11,4
	Gesamt	384	5.623	1,84	27,0	14,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>23.031</b>	<b>270.951</b>	<b>135,04</b>	<b>1.588,7</b>	<b>11,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>6.685</b>	<b>67.238</b>	<b>176,53</b>	<b>1.775,6</b>	<b>10,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>29.716</b>	<b>338.189</b>	<b>142,58</b>	<b>1.622,7</b>	<b>11,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	398	5.155	2,33	30,2	13,0
	Frauen	87	1.209	2,30	31,9	13,9
	Gesamt	485	6.364	2,33	30,5	13,1

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.20 Kredit- und Versicherungsgewerbe

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	9.802	48.355	12,82	63,2	4,9
	Frauen	15.235	82.465	13,58	73,5	5,4
	Gesamt	25.037	130.820	13,27	69,3	5,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.222	25.361	1,60	33,2	20,8
	Frauen	2.908	83.368	2,59	74,3	28,7
	Gesamt	4.130	108.729	2,19	57,6	26,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	416	6.531	0,54	8,5	15,7
	Frauen	762	8.490	0,68	7,6	11,1
	Gesamt	1.178	15.021	0,62	8,0	12,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.612	141.229	4,72	184,6	39,1
	Frauen	8.759	295.605	7,81	263,4	33,8
	Gesamt	12.371	436.834	6,56	231,5	35,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.523	18.397	1,99	24,1	12,1
	Frauen	4.162	41.697	3,71	37,2	10,0
	Gesamt	5.685	60.094	3,01	31,9	10,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.143	7.855	1,49	10,3	6,9
	Frauen	1.988	11.957	1,77	10,7	6,0
	Gesamt	3.131	19.812	1,66	10,5	6,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.163	10.239	1,52	13,4	8,8
	Frauen	2.261	19.061	2,01	17,0	8,4
	Gesamt	3.424	29.300	1,81	15,5	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.950	37.579	2,55	49,1	19,3
	Frauen	3.025	34.260	2,70	30,5	11,3
	Gesamt	4.975	71.839	2,64	38,1	14,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	31.184	176.482	40,77	230,7	5,7
	Frauen	56.552	342.600	50,40	305,3	6,1
	Gesamt	87.736	519.082	46,49	275,1	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.195	50.610	12,02	66,2	5,5
	Frauen	15.225	77.378	13,57	69,0	5,1
	Gesamt	24.420	127.988	12,94	67,8	5,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	977	8.787	1,28	11,5	9,0
	Frauen	1.624	13.111	1,45	11,7	8,1
	Gesamt	2.601	21.898	1,38	11,6	8,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	9.166	126.029	11,98	164,8	13,8
	Frauen	16.466	252.263	14,67	224,8	15,3
	Gesamt	25.632	378.292	13,58	200,5	14,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.064	9.358	1,39	12,2	8,8
	Frauen	5.561	38.662	4,96	34,5	7,0
	Gesamt	6.625	48.020	3,51	25,5	7,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	3.339	33.536	2,98	29,9	10,0
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.644	33.439	6,07	43,7	7,2
	Frauen	10.362	74.227	9,23	66,2	7,2
	Gesamt	15.006	107.666	7,95	57,1	7,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.374	81.069	7,03	106,0	15,1
	Frauen	7.555	117.991	6,73	105,2	15,6
	Gesamt	12.929	199.060	6,85	105,5	15,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	962	17.168	1,26	22,5	17,9
	Frauen	2.318	37.197	2,07	33,2	16,1
	Gesamt	3.280	54.365	1,74	28,8	16,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>83.557</b>	<b>800.317</b>	<b>109,24</b>	<b>1.046,3</b>	<b>9,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>158.507</b>	<b>1.568.834</b>	<b>141,25</b>	<b>1.398,1</b>	<b>9,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>242.064</b>	<b>2.369.151</b>	<b>128,28</b>	<b>1.255,5</b>	<b>9,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	741	8.566	0,97	11,2	11,6
	Frauen	1.317	14.728	1,17	13,1	11,2
	Gesamt	2.058	23.294	1,09	12,3	11,3

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.21 Verlage und Medien

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	1.119	5.263	9,32	43,9	4,7
	Frauen	1.705	8.182	11,35	54,5	4,8
	Gesamt	2.824	13.445	10,45	49,7	4,8
Neubildungen (C00-D48)	Männer	141	2.500	1,17	20,8	17,7
	Frauen	326	9.290	2,17	61,8	28,5
	Gesamt	467	11.790	1,73	43,6	25,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	52	736	0,43	6,1	14,2
	Frauen	89	1.016	0,59	6,8	11,4
	Gesamt	141	1.752	0,52	6,5	12,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	430	16.312	3,58	135,9	37,9
	Frauen	943	31.347	6,28	208,6	33,2
	Gesamt	1.373	47.659	5,08	176,3	34,7
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	183	2.891	1,52	24,1	15,8
	Frauen	453	3.153	3,01	21,0	7,0
	Gesamt	636	6.044	2,35	22,4	9,5
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	143	872	1,19	7,3	6,1
	Frauen	213	993	1,42	6,6	4,7
	Gesamt	356	1.865	1,32	6,9	5,2
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	131	826	1,09	6,9	6,3
	Frauen	236	2.276	1,57	15,2	9,6
	Gesamt	367	3.102	1,36	11,5	8,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	230	4.951	1,92	41,3	21,5
	Frauen	334	3.913	2,22	26,0	11,7
	Gesamt	564	8.864	2,09	32,8	15,7
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	3.754	20.500	31,28	170,8	5,5
	Frauen	6.126	35.817	40,77	238,4	5,9
	Gesamt	9.880	56.317	36,55	208,4	5,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	1.042	6.802	8,68	56,7	6,5
	Frauen	1.537	8.255	10,23	54,9	5,4
	Gesamt	2.579	15.057	9,54	55,7	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	138	1.808	1,15	15,1	13,1
	Frauen	145	1.421	0,96	9,5	9,8
	Gesamt	283	3.229	1,05	12,0	11,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	1.131	15.348	9,42	127,9	13,6
	Frauen	1.643	25.517	10,93	169,8	15,5
	Gesamt	2.774	40.865	10,26	151,2	14,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	133	1.373	1,11	11,4	10,3
	Frauen	535	2.887	3,56	19,2	5,4
	Gesamt	668	4.260	2,47	15,8	6,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	345	3.046	2,30	20,3	8,8
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	534	5.042	4,45	42,0	9,4
	Frauen	1.070	8.555	7,12	56,9	8,0
	Gesamt	1.604	13.597	5,93	50,3	8,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	627	10.251	5,22	85,4	16,4
	Frauen	766	11.588	5,10	77,1	15,1
	Gesamt	1.393	21.839	5,15	80,8	15,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	130	2.415	1,08	20,1	18,6
	Frauen	276	3.562	1,84	23,7	12,9
	Gesamt	406	5.977	1,50	22,1	14,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>9.933</b>	<b>98.132</b>	<b>82,76</b>	<b>817,6</b>	<b>9,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>16.788</b>	<b>162.281</b>	<b>111,72</b>	<b>1.080,0</b>	<b>9,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>26.721</b>	<b>260.413</b>	<b>98,86</b>	<b>963,5</b>	<b>9,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	126	1.815	1,05	15,1	14,4
	Frauen	145	1.697	0,96	11,3	11,7
	Gesamt	271	3.512	1,00	13,0	13,0

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.22 Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	7.198	38.510	10,92	58,4	5,4
	Frauen	3.848	20.181	12,61	66,1	5,2
	Gesamt	11.046	58.691	11,45	60,9	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	849	18.699	1,29	28,4	22,0
	Frauen	725	23.079	2,37	75,6	31,8
	Gesamt	1.574	41.778	1,63	43,3	26,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	326	3.200	0,49	4,9	9,8
	Frauen	227	3.802	0,74	12,5	16,8
	Gesamt	553	7.002	0,57	7,3	12,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.604	89.801	3,95	136,2	34,5
	Frauen	2.339	86.349	7,66	282,9	36,9
	Gesamt	4.943	176.150	5,12	182,6	35,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.213	11.257	1,84	17,1	9,3
	Frauen	1.062	10.183	3,48	33,4	9,6
	Gesamt	2.275	21.440	2,36	22,2	9,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	928	5.832	1,41	8,9	6,3
	Frauen	434	3.702	1,42	12,1	8,5
	Gesamt	1.362	9.534	1,41	9,9	7,0
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	956	8.372	1,45	12,7	8,8
	Frauen	522	3.967	1,71	13,0	7,6
	Gesamt	1.478	12.339	1,53	12,8	8,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.419	23.427	2,15	35,5	16,5
	Frauen	779	8.548	2,55	28,0	11,0
	Gesamt	2.198	31.975	2,28	33,2	14,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	23.738	133.908	36,01	203,1	5,6
	Frauen	13.782	82.217	45,15	269,3	6,0
	Gesamt	37.520	216.125	38,90	224,1	5,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.575	36.930	9,97	56,0	5,6
	Frauen	3.667	18.571	12,01	60,8	5,1
	Gesamt	10.242	55.501	10,62	57,5	5,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	768	7.119	1,16	10,8	9,3
	Frauen	355	2.767	1,16	9,1	7,8
	Gesamt	1.123	9.886	1,16	10,3	8,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	6.492	88.979	9,85	135,0	13,7
	Frauen	4.011	57.226	13,14	187,5	14,3
	Gesamt	10.503	146.205	10,89	151,6	13,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	807	6.094	1,22	9,2	7,6
	Frauen	1.306	8.951	4,28	29,3	6,9
	Gesamt	2.113	15.045	2,19	15,6	7,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	930	9.093	3,05	29,8	9,8
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.379	27.433	5,13	41,6	8,1
	Frauen	2.705	19.824	8,86	64,9	7,3
	Gesamt	6.084	47.257	6,31	49,0	7,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.431	53.248	5,20	80,8	15,5
	Frauen	1.684	23.738	5,52	77,8	14,1
	Gesamt	5.115	76.986	5,30	79,8	15,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	739	11.385	1,12	17,3	15,4
	Frauen	623	10.388	2,04	34,0	16,7
	Gesamt	1.362	21.773	1,41	22,6	16,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>61.526</b>	<b>565.112</b>	<b>93,33</b>	<b>857,2</b>	<b>9,2</b>
	<b>Frauen</b>	<b>39.091</b>	<b>394.093</b>	<b>128,05</b>	<b>1.290,9</b>	<b>10,1</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>100.617</b>	<b>959.205</b>	<b>104,32</b>	<b>994,5</b>	<b>9,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	614	7.195	0,93	10,9	11,7
	Frauen	343	4.030	1,12	13,2	11,8
	Gesamt	957	11.225	0,99	11,6	11,7

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.23 Dienstleistungen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	38.393	213.204	13,10	72,7	5,6
	Frauen	39.017	210.862	13,85	74,9	5,4
	Gesamt	77.410	424.066	13,47	73,8	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4.383	111.143	1,50	37,9	25,4
	Frauen	6.412	192.793	2,28	68,5	30,1
	Gesamt	10.795	303.936	1,88	52,9	28,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.984	33.380	0,68	11,4	16,8
	Frauen	2.107	31.381	0,75	11,1	14,9
	Gesamt	4.091	64.761	0,71	11,3	15,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	15.284	541.554	5,21	184,7	35,4
	Frauen	22.955	812.146	8,15	288,4	35,4
	Gesamt	38.239	1.353.700	6,65	235,5	35,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	6.385	88.882	2,18	30,3	13,9
	Frauen	11.160	122.154	3,96	43,4	11,0
	Gesamt	17.545	211.036	3,05	36,7	12,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4.372	32.828	1,49	11,2	7,5
	Frauen	4.536	29.956	1,61	10,6	6,6
	Gesamt	8.908	62.784	1,55	10,9	7,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	4.006	37.596	1,37	12,8	9,4
	Frauen	4.899	44.002	1,74	15,6	9,0
	Gesamt	8.905	81.598	1,55	14,2	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	9.206	212.375	3,14	72,5	23,1
	Frauen	8.548	121.330	3,04	43,1	14,2
	Gesamt	17.754	333.705	3,09	58,1	18,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	106.281	685.628	36,25	233,9	6,5
	Frauen	126.379	795.471	44,87	282,4	6,3
	Gesamt	232.660	1.481.099	40,48	257,7	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	37.856	244.277	12,91	83,3	6,5
	Frauen	39.027	212.482	13,86	75,4	5,4
	Gesamt	76.883	456.759	13,38	79,5	5,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.066	66.826	1,73	22,8	13,2
	Frauen	4.361	42.824	1,55	15,2	9,8
	Gesamt	9.427	109.650	1,64	19,1	11,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	57.501	969.665	19,61	330,8	16,9
	Frauen	47.368	845.938	16,82	300,4	17,9
	Gesamt	104.869	1.815.603	18,24	315,9	17,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	4.018	43.073	1,37	14,7	10,7
	Frauen	13.552	104.105	4,81	37,0	7,7
	Gesamt	17.570	147.178	3,06	25,6	8,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	8.014	81.590	2,85	29,0	10,2
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	19.922	184.905	6,80	63,1	9,3
	Frauen	27.695	229.051	9,83	81,3	8,3
	Gesamt	47.617	413.956	8,28	72,0	8,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	28.893	484.469	9,86	165,3	16,8
	Frauen	19.711	309.166	7,00	109,8	15,7
	Gesamt	48.604	793.635	8,46	138,1	16,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.862	69.572	1,32	23,7	18,0
	Frauen	6.032	115.665	2,14	41,1	19,2
	Gesamt	9.894	185.237	1,72	32,2	18,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>348.137</b>	<b>4.031.748</b>	<b>118,76</b>	<b>1.375,3</b>	<b>11,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>392.882</b>	<b>4.319.274</b>	<b>139,50</b>	<b>1.533,6</b>	<b>11,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>741.019</b>	<b>8.351.022</b>	<b>128,92</b>	<b>1.452,9</b>	<b>11,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	10.096	130.896	3,44	44,7	13,0
	Frauen	5.621	69.307	2,00	24,6	12,3
	Gesamt	15.717	200.203	2,73	34,8	12,7

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.24 Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	10.152	63.206	15,02	93,5	6,2
	Frauen	21.085	125.188	17,31	102,8	5,9
	Gesamt	31.237	188.394	16,50	99,5	6,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.630	35.284	2,41	52,2	21,7
	Frauen	3.789	106.574	3,11	87,5	28,1
	Gesamt	5.419	141.858	2,86	74,9	26,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	646	11.493	0,96	17,0	17,8
	Frauen	1.292	19.321	1,06	15,9	15,0
	Gesamt	1.938	30.814	1,02	16,3	15,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.790	168.166	7,09	248,9	35,1
	Frauen	14.291	457.571	11,74	375,8	32,0
	Gesamt	19.081	625.737	10,08	330,5	32,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.055	30.532	3,04	45,2	14,9
	Frauen	6.150	61.857	5,05	50,8	10,1
	Gesamt	8.205	92.389	4,33	48,8	11,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.552	11.941	2,30	17,7	7,7
	Frauen	3.088	21.335	2,54	17,5	6,9
	Gesamt	4.640	33.276	2,45	17,6	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.364	13.361	2,02	19,8	9,8
	Frauen	2.971	26.161	2,44	21,5	8,8
	Gesamt	4.335	39.522	2,29	20,9	9,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3.038	66.876	4,50	99,0	22,0
	Frauen	4.953	72.957	4,07	59,9	14,7
	Gesamt	7.991	139.833	4,22	73,9	17,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	31.300	224.038	46,32	331,5	7,2
	Frauen	74.234	506.558	60,96	416,0	6,8
	Gesamt	105.534	730.596	55,74	385,9	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	11.104	74.720	16,43	110,6	6,7
	Frauen	21.743	119.375	17,86	98,0	5,5
	Gesamt	32.847	194.095	17,35	102,5	5,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.689	20.298	2,50	30,0	12,0
	Frauen	2.309	22.569	1,90	18,5	9,8
	Gesamt	3.998	42.867	2,11	22,6	10,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	20.970	361.495	31,03	535,0	17,2
	Frauen	28.975	509.799	23,79	418,6	17,6
	Gesamt	49.945	871.294	26,38	460,2	17,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.329	14.863	1,97	22,0	11,2
	Frauen	7.359	60.410	6,04	49,6	8,2
	Gesamt	8.688	75.273	4,59	39,8	8,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	3.136	33.211	2,58	27,3	10,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.463	52.176	8,08	77,2	9,6
	Frauen	14.283	125.497	11,73	103,1	8,8
	Gesamt	19.746	177.673	10,43	93,8	9,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.321	140.949	12,31	208,6	16,9
	Frauen	10.605	175.404	8,71	144,0	16,5
	Gesamt	18.926	316.353	10,00	167,1	16,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.192	22.248	1,76	32,9	18,7
	Frauen	3.222	58.807	2,65	48,3	18,3
	Gesamt	4.414	81.055	2,33	42,8	18,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>106.845</b>	<b>1.316.724</b>	<b>158,11</b>	<b>1.948,6</b>	<b>12,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>224.083</b>	<b>2.512.740</b>	<b>184,02</b>	<b>2.063,5</b>	<b>11,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>330.928</b>	<b>3.829.464</b>	<b>174,77</b>	<b>2.022,5</b>	<b>11,6</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.876	38.311	4,26	56,7	13,3
	Frauen	2.532	31.809	2,08	26,1	12,6
	Gesamt	5.408	70.120	2,86	37,0	13,0



A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.25 Erziehung und Unterricht

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	4.802	23.583	13,59	66,8	4,9
	Frauen	17.386	89.187	17,48	89,7	5,1
	Gesamt	22.188	112.770	16,46	83,7	5,1
Neubildungen (C00-D48)	Männer	386	9.888	1,09	28,0	25,6
	Frauen	1.992	56.870	2,00	57,2	28,6
	Gesamt	2.378	66.758	1,76	49,5	28,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	180	3.178	0,51	9,0	17,7
	Frauen	689	11.918	0,69	12,0	17,3
	Gesamt	869	15.096	0,64	11,2	17,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.649	54.877	4,67	155,4	33,3
	Frauen	8.761	279.903	8,81	281,4	32,0
	Gesamt	10.410	334.780	7,72	248,4	32,2
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	880	8.854	2,49	25,1	10,1
	Frauen	3.630	37.000	3,65	37,2	10,2
	Gesamt	4.510	45.854	3,35	34,0	10,2
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	433	2.905	1,23	8,2	6,7
	Frauen	2.075	10.281	2,09	10,3	5,0
	Gesamt	2.508	13.186	1,86	9,8	5,3
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	462	4.689	1,31	13,3	10,2
	Frauen	2.103	17.156	2,11	17,3	8,2
	Gesamt	2.565	21.845	1,90	16,2	8,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	826	13.848	2,34	39,2	16,8
	Frauen	2.571	32.931	2,58	33,1	12,8
	Gesamt	3.397	46.779	2,52	34,7	13,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	12.994	71.807	36,79	203,3	5,5
	Frauen	54.817	329.518	55,11	331,3	6,0
	Gesamt	67.811	401.325	50,31	297,7	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	4.048	19.647	11,46	55,6	4,9
	Frauen	13.720	72.449	13,79	72,8	5,3
	Gesamt	17.768	92.096	13,18	68,3	5,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	510	6.045	1,44	17,1	11,9
	Frauen	1.384	11.665	1,39	11,7	8,4
	Gesamt	1.894	17.710	1,41	13,1	9,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	4.006	56.497	11,34	159,9	14,1
	Frauen	15.256	251.449	15,34	252,8	16,5
	Gesamt	19.262	307.946	14,29	228,5	16,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	416	4.334	1,18	12,3	10,4
	Frauen	4.623	34.849	4,65	35,0	7,5
	Gesamt	5.039	39.183	3,74	29,1	7,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	2.614	26.604	2,63	26,7	10,2
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	2.611	16.535	7,39	46,8	6,3
	Frauen	9.893	73.350	9,95	73,7	7,4
	Gesamt	12.504	89.885	9,28	66,7	7,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	2.781	38.104	7,87	107,9	13,7
	Frauen	7.126	109.450	7,16	110,0	15,4
	Gesamt	9.907	147.554	7,35	109,5	14,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	368	6.521	1,04	18,5	17,7
	Frauen	2.011	35.976	2,02	36,2	17,9
	Gesamt	2.379	42.497	1,76	31,5	17,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>37.448</b>	<b>342.351</b>	<b>106,02</b>	<b>969,2</b>	<b>9,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>151.050</b>	<b>1.487.318</b>	<b>151,85</b>	<b>1.495,2</b>	<b>9,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>188.498</b>	<b>1.829.669</b>	<b>139,84</b>	<b>1.357,3</b>	<b>9,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	751	8.792	2,13	24,9	11,7
	Frauen	2.115	24.276	2,13	24,4	11,5
	Gesamt	2.866	33.068	2,13	24,5	11,5

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.26 Gesundheits- und Sozialwesen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	11.349	64.854	14,30	81,7	5,7
	Frauen	56.719	313.754	15,17	83,9	5,5
	Gesamt	68.068	378.608	15,01	83,5	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.043	29.131	1,31	36,7	27,9
	Frauen	7.881	257.706	2,11	68,9	32,7
	Gesamt	8.924	286.837	1,97	63,3	32,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	421	8.441	0,53	10,6	20,1
	Frauen	2.792	47.761	0,75	12,8	17,1
	Gesamt	3.213	56.202	0,71	12,4	17,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.660	217.879	7,13	274,6	38,5
	Frauen	34.421	1.240.491	9,20	331,7	36,0
	Gesamt	40.081	1.458.370	8,84	321,7	36,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.758	28.736	2,22	36,2	16,4
	Frauen	14.079	176.137	3,76	47,1	12,5
	Gesamt	15.837	204.873	3,49	45,2	12,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.045	8.877	1,32	11,2	8,5
	Frauen	5.380	43.422	1,44	11,6	8,1
	Gesamt	6.425	52.299	1,42	11,5	8,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.103	11.762	1,39	14,8	10,7
	Frauen	6.199	56.619	1,66	15,1	9,1
	Gesamt	7.302	68.381	1,61	15,1	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.471	56.225	3,11	70,9	22,8
	Frauen	11.432	185.222	3,06	49,5	16,2
	Gesamt	13.903	241.447	3,07	53,3	17,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	30.854	200.055	38,88	252,1	6,5
	Frauen	170.064	1.104.854	45,47	295,4	6,5
	Gesamt	200.918	1.304.909	44,32	287,8	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.604	64.494	12,10	81,3	6,7
	Frauen	49.192	302.055	13,15	80,8	6,1
	Gesamt	58.796	366.549	12,97	80,9	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.299	18.216	1,64	23,0	14,0
	Frauen	6.069	71.072	1,62	19,0	11,7
	Gesamt	7.368	89.288	1,63	19,7	12,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	13.880	254.191	17,49	320,3	18,3
	Frauen	69.311	1.466.104	18,53	392,0	21,2
	Gesamt	83.191	1.720.295	18,35	379,5	20,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.133	12.614	1,43	15,9	11,1
	Frauen	16.972	152.223	4,54	40,7	9,0
	Gesamt	18.105	164.837	3,99	36,4	9,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	11.437	121.545	3,06	32,5	10,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.068	47.058	6,39	59,3	9,3
	Frauen	36.125	330.729	9,66	88,4	9,2
	Gesamt	41.193	377.787	9,09	83,3	9,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	7.337	129.572	9,25	163,3	17,7
	Frauen	30.256	556.845	8,09	148,9	18,4
	Gesamt	37.593	686.417	8,29	151,4	18,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.166	25.204	1,47	31,8	21,6
	Frauen	8.406	173.523	2,25	46,4	20,6
	Gesamt	9.572	198.727	2,11	43,8	20,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>95.378</b>	<b>1.180.608</b>	<b>120,20</b>	<b>1.487,9</b>	<b>12,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>538.243</b>	<b>6.628.920</b>	<b>143,92</b>	<b>1.772,5</b>	<b>12,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>633.621</b>	<b>7.809.528</b>	<b>139,77</b>	<b>1.722,7</b>	<b>12,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.104	28.921	2,65	36,5	13,8
	Frauen	8.586	113.777	2,30	30,4	13,3
	Gesamt	10.690	142.698	2,36	31,5	13,4

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.27 Abfallbeseitigung und Recycling

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	2.296	16.248	13,96	98,8	7,1
	Frauen	491	2.523	13,28	68,2	5,1
	Gesamt	2.787	18.771	13,83	93,2	6,7
Neubildungen (C00-D48)	Männer	391	16.077	2,38	97,7	41,1
	Frauen	111	3.867	3,00	104,6	34,8
	Gesamt	502	19.944	2,49	99,0	39,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	169	2.118	1,03	12,9	12,5
	Frauen	27	481	0,73	13,0	17,8
	Gesamt	196	2.599	0,97	12,9	13,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.125	39.260	6,84	238,7	34,9
	Frauen	312	11.129	8,44	301,0	35,7
	Gesamt	1.437	50.389	7,13	250,1	35,1
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	417	8.292	2,53	50,4	19,9
	Frauen	203	1.597	5,49	43,2	7,9
	Gesamt	620	9.889	3,08	49,1	16,0
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	343	3.313	2,08	20,1	9,7
	Frauen	58	263	1,57	7,1	4,5
	Gesamt	401	3.576	1,99	17,8	8,9
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	301	2.639	1,83	16,0	8,8
	Frauen	81	1.467	2,19	39,7	18,1
	Gesamt	382	4.106	1,90	20,4	10,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	883	18.895	5,37	114,9	21,4
	Frauen	124	2.100	3,35	56,8	16,9
	Gesamt	1.007	20.995	5,00	104,2	20,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	6.350	51.649	38,60	314,0	8,1
	Frauen	1.770	11.972	47,88	323,8	6,8
	Gesamt	8.120	63.621	40,30	315,8	7,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	2.761	20.671	16,78	125,7	7,5
	Frauen	620	3.425	16,77	92,6	5,5
	Gesamt	3.381	24.096	16,78	119,6	7,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	410	6.547	2,49	39,8	16,0
	Frauen	62	572	1,68	15,5	9,2
	Gesamt	472	7.119	2,34	35,3	15,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	5.718	116.978	34,76	711,1	20,5
	Frauen	736	13.477	19,91	364,5	18,3
	Gesamt	6.454	130.455	32,03	647,5	20,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	351	4.498	2,13	27,3	12,8
	Frauen	209	1.476	5,65	39,9	7,1
	Gesamt	560	5.974	2,78	29,7	10,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	67	778	1,81	21,0	11,6
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.369	17.301	8,32	105,2	12,6
	Frauen	361	2.550	9,76	69,0	7,1
	Gesamt	1.730	19.851	8,59	98,5	11,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	2.641	52.676	16,05	320,2	20,0
	Frauen	326	4.998	8,82	135,2	15,3
	Gesamt	2.967	57.674	14,73	286,3	19,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	291	6.393	1,77	38,9	22,0
	Frauen	97	1.725	2,62	46,7	17,8
	Gesamt	388	8.118	1,93	40,3	20,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>25.869</b>	<b>384.823</b>	<b>157,25</b>	<b>2.339,2</b>	<b>14,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>5.668</b>	<b>64.503</b>	<b>153,31</b>	<b>1.744,7</b>	<b>11,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>31.537</b>	<b>449.326</b>	<b>156,53</b>	<b>2.230,1</b>	<b>14,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.330	21.833	8,08	132,7	16,4
	Frauen	90	1.191	2,43	32,2	13,2
	Gesamt	1.420	23.024	7,05	114,3	16,2

A.8 AU-Kennzahlen der beschäftigten Mitglieder insgesamt – nach BKK Wirtschaftsgruppen – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.8.28 Kultur, Sport und Unterhaltung

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.307	8.240	9,94	62,7	6,3
	Frauen	1.772	10.714	11,25	68,0	6,1
	Gesamt	3.079	18.954	10,65	65,6	6,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	174	5.846	1,32	44,5	33,6
	Frauen	337	10.255	2,14	65,1	30,4
	Gesamt	511	16.101	1,77	55,7	31,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	63	1.320	0,48	10,0	21,0
	Frauen	100	2.574	0,63	16,3	25,7
	Gesamt	163	3.894	0,56	13,5	23,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	590	22.212	4,49	169,0	37,7
	Frauen	1.291	47.919	8,19	304,1	37,1
	Gesamt	1.881	70.131	6,51	242,7	37,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	198	3.076	1,51	23,4	15,5
	Frauen	412	5.059	2,61	32,1	12,3
	Gesamt	610	8.135	2,11	28,2	13,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	149	1.264	1,13	9,6	8,5
	Frauen	200	2.663	1,27	16,9	13,3
	Gesamt	349	3.927	1,21	13,6	11,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	149	1.386	1,13	10,5	9,3
	Frauen	219	2.073	1,39	13,2	9,5
	Gesamt	368	3.459	1,27	12,0	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	346	5.171	2,63	39,3	15,0
	Frauen	462	6.430	2,93	40,8	13,9
	Gesamt	808	11.601	2,80	40,1	14,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	3.950	27.732	30,05	211,0	7,0
	Frauen	6.022	41.331	38,22	262,3	6,9
	Gesamt	9.972	69.063	34,50	239,0	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	1.227	8.162	9,34	62,1	6,7
	Frauen	1.850	11.667	11,74	74,0	6,3
	Gesamt	3.077	19.829	10,65	68,6	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	182	2.170	1,38	16,5	11,9
	Frauen	234	2.985	1,48	18,9	12,8
	Gesamt	416	5.155	1,44	17,8	12,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	2.120	37.186	16,13	282,9	17,5
	Frauen	2.433	46.855	15,44	297,3	19,3
	Gesamt	4.553	84.041	15,75	290,8	18,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	148	1.724	1,13	13,1	11,7
	Frauen	674	6.631	4,28	42,1	9,8
	Gesamt	822	8.355	2,84	28,9	10,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	350	3.039	2,22	19,3	8,7
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	665	7.315	5,06	55,7	11,0
	Frauen	1.363	12.185	8,65	77,3	8,9
	Gesamt	2.028	19.500	7,02	67,5	9,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.463	26.555	11,13	202,0	18,2
	Frauen	1.219	20.439	7,74	129,7	16,8
	Gesamt	2.682	46.994	9,28	162,6	17,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	141	3.324	1,07	25,3	23,6
	Frauen	296	5.589	1,88	35,5	18,9
	Gesamt	437	8.913	1,51	30,8	20,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>12.898</b>	<b>162.970</b>	<b>98,13</b>	<b>1.239,9</b>	<b>12,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>19.284</b>	<b>239.007</b>	<b>122,38</b>	<b>1.516,7</b>	<b>12,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>32.182</b>	<b>401.977</b>	<b>111,35</b>	<b>1.390,8</b>	<b>12,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	694	10.879	5,28	82,8	15,7
	Frauen	413	5.180	2,62	32,9	12,5
	Gesamt	1.107	16.059	3,83	55,6	14,5

A.9 BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Wirtschaftsabschnitten und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008 (Berichtsjahr 2015)

A.9 (Teil 1)

Wirtschaftsabschnitt/Wirtschaftsabteilung	WZ 2008 Schlüssel*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			AU-Tage je beschäftigtem Mitglied			Durchschnittsalter	Krankenstand in %
		Männer	Frauen	Gesamt**	Männer	Frauen	Gesamt		
Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	1	8.205	5.568	13.772	11,5	14,4	12,6	39,6	3,46
Forstwirtschaft und Holzeinschlag	2	1.074	316	1.390	14,8	10,1	13,7	41,1	3,76
<b>ABSCHNITT A – LAND- UND FORSTWIRTSCHAFT, FISCHEREI</b>		<b>9.355</b>	<b>5.922</b>	<b>15.278</b>	<b>11,9</b>	<b>14,2</b>	<b>12,8</b>	<b>39,7</b>	<b>3,50</b>
Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau	8	2.937	559	3.496	18,8	11,6	17,7	44,7	4,84
<b>ABSCHNITT B – BERGBAU UND GEWINNUNG VON STEINEN UND ERDEN</b>		<b>4.066</b>	<b>856</b>	<b>4.922</b>	<b>16,9</b>	<b>11,6</b>	<b>16,0</b>	<b>43,5</b>	<b>4,37</b>
Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	10	28.701	32.029	60.729	16,7	18,3	17,6	41,6	4,82
Getränkeherstellung	11	5.252	1.920	7.172	16,9	13,4	16,0	42,5	4,38
Tabakverarbeitung	12	660	378	1.039	18,9	22,3	20,2	42,0	5,52
Herstellung von Textilien	13	5.515	3.743	9.257	19,8	18,6	19,3	44,7	5,28
Herstellung von Bekleidung	14	1.268	3.387	4.656	9,7	14,5	13,2	42,0	3,60
Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	15	761	934	1.695	13,7	18,8	16,5	42,8	4,51
Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	16	7.701	1.846	9.547	17,2	15,4	16,9	41,2	4,62
Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	17	17.859	4.520	22.379	17,8	16,1	17,5	44,3	4,79
Herstellung von Druckerzeugnissen	18	12.778	7.079	19.858	18,0	17,6	17,8	43,5	4,89
Kokerei und Mineralölverarbeitung	19	4.896	974	5.870	15,0	15,5	15,1	44,7	4,12
Herstellung von chemischen Erzeugnissen	20	60.983	18.789	79.772	18,0	15,5	17,4	44,7	4,76
Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	21	19.121	16.797	35.918	15,4	17,6	16,4	42,8	4,50
Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	22	40.244	13.650	53.894	17,9	18,6	18,0	43,2	4,94
Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik	23	18.656	5.344	24.000	18,7	17,0	18,3	43,9	5,01
Metallerzeugung und -bearbeitung	24	49.542	6.356	55.898	20,3	14,8	19,6	44,7	5,38
Herstellung von Metallerzeugnissen	25	73.092	19.817	92.909	16,7	16,3	16,6	41,8	4,55
Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektron. u. optischen Erzeugnissen	26	59.894	28.381	88.275	11,3	17,1	13,1	43,4	3,59
Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	27	68.695	26.559	95.254	14,9	19,9	16,3	43,9	4,47
Maschinenbau	28	162.865	33.764	196.628	15,9	14,1	15,6	42,3	4,27
Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	29	324.734	64.688	389.422	16,7	18,1	17,0	43,1	4,64
Sonstiger Fahrzeugbau	30	24.965	4.313	29.278	17,9	15,7	17,6	43,6	4,81
Herstellung von Möbeln	31	9.419	3.163	12.582	16,1	14,8	15,8	41,7	4,32
Herstellung von sonstigen Waren	32	20.362	16.878	37.240	14,5	16,4	15,4	41,6	4,21
Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen	33	21.522	4.515	26.037	16,0	16,5	16,1	42,7	4,41
<b>ABSCHNITT C – VERARBEITENDES GEWERBE</b>		<b>1.039.485</b>	<b>319.822</b>	<b>1.359.307</b>	<b>16,5</b>	<b>17,1</b>	<b>16,6</b>	<b>43,0</b>	<b>4,55</b>
Energieversorgung	35	44.059	13.885	57.944	13,5	15,1	13,9	44,8	3,80
<b>ABSCHNITT D – ENERGIEVERSORGUNG</b>		<b>44.059</b>	<b>13.885</b>	<b>57.944</b>	<b>13,5</b>	<b>15,1</b>	<b>13,9</b>	<b>44,8</b>	<b>3,80</b>
Wasserversorgung	36	3.266	1.329	4.594	17,9	20,0	18,5	44,4	5,07
Abwasserentsorgung	37	2.655	662	3.317	17,7	14,3	17,0	43,6	4,67
Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen, Rückgewinnung	38	16.261	3.650	19.911	23,5	17,4	22,4	44,9	6,12
<b>ABSCHNITT E – WASSERVERSORGUNG, ABFALLBESEITIGUNG</b>		<b>22.371</b>	<b>5.688</b>	<b>28.059</b>	<b>21,9</b>	<b>17,7</b>	<b>21,1</b>	<b>44,6</b>	<b>5,77</b>
Hochbau	41	19.814	4.373	24.187	17,3	12,0	16,3	42,1	4,47
Tiefbau	42	18.551	2.256	20.807	20,0	12,6	19,2	43,6	5,26
Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation	43	100.653	19.449	120.102	16,6	12,6	16,0	39,2	4,37
<b>ABSCHNITT F – BAUGEWERBE</b>		<b>139.018</b>	<b>26.078</b>	<b>165.096</b>	<b>17,2</b>	<b>12,5</b>	<b>16,4</b>	<b>40,2</b>	<b>4,50</b>
Handel mit Kraftfahrzeugen, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	45	75.248	21.696	96.944	15,4	14,7	15,2	38,5	4,16
Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	46	104.244	66.846	171.090	13,3	14,1	13,6	41,9	3,72
Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	47	77.946	205.086	283.032	13,9	17,7	16,7	40,2	4,56
<b>ABSCHNITT G – HANDEL, INSTANDHALTUNG UND REPARATUR VON KRAFTFAHRZEUGEN</b>		<b>257.438</b>	<b>293.627</b>	<b>551.065</b>	<b>14,1</b>	<b>16,7</b>	<b>15,5</b>	<b>40,4</b>	<b>4,23</b>
Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	49	86.085	18.101	104.186	22,2	23,8	22,5	45,7	6,15
Schifffahrt	50	1.124	778	1.902	12,8	11,5	12,3	41,4	3,37
Luffahrt	51	2.428	4.704	7.133	14,6	20,6	18,6	40,4	5,09
Lagererei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	52	77.433	28.630	106.063	19,1	19,4	19,2	43,1	5,25
Post-, Kurier- und Expressdienste	53	32.165	37.243	69.408	21,5	30,2	26,2	46,4	7,17
<b>ABSCHNITT H – VERKEHR UND LAGEREI</b>		<b>199.236</b>	<b>89.456</b>	<b>288.692</b>	<b>20,7</b>	<b>24,8</b>	<b>22,0</b>	<b>44,8</b>	<b>6,02</b>
Beherbergung	55	9.941	18.278	28.220	12,5	15,6	14,5	36,5	3,96
Gastronomie	56	24.424	34.126	58.551	11,3	17,3	14,8	39,3	4,05
<b>ABSCHNITT I – GASTGEWERBE</b>		<b>34.366</b>	<b>52.405</b>	<b>86.770</b>	<b>11,6</b>	<b>16,7</b>	<b>14,7</b>	<b>38,4</b>	<b>4,02</b>

\* Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Statistisches Bundesamt

\*\* Wirtschaftszweige mit weniger als 1.000 beschäftigten Mitgliedern insgesamt werden nicht gesondert ausgewiesen, sind aber in den Summenwerten enthalten

A.9 BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Wirtschaftsabschnitten und Wirtschaftsabteilungen aus WZ 2008 (Berichtsjahr 2015)

A.9 (Teil 2)

Wirtschaftsabschnitt/Wirtschaftsabteilung	WZ 2008 Schlüssel*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			AU-Tage je beschäftigtem Mitglied			Durchschnittsalter	Krankenstand in %
		Männer	Frauen	Gesamt**	Männer	Frauen	Gesamt		
Verlagswesen	58	7.388	10.032	17.420	8,4	11,2	10,0	42,7	2,74
Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen	59	2.256	2.187	4.443	9,0	9,2	9,1	37,2	2,48
Rundfunkveranstalter	60	2.358	2.808	5.166	6,7	10,8	8,9	40,8	2,45
Telekommunikation	61	17.054	3.787	20.841	15,9	17,8	16,2	45,9	4,45
Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie	62	61.665	26.994	88.659	8,3	12,5	9,6	40,7	2,63
Informationsdienstleistungen	63	4.258	3.534	7.792	12,1	16,1	13,9	39,8	3,81
<b>ABSCHNITT J – INFORMATION UND KOMMUNIKATION</b>		94.980	49.341	144.321	9,8	12,6	10,8	41,5	2,96
Erbringung von Finanzdienstleistungen	64	50.611	76.516	127.127	9,4	13,6	11,9	41,5	3,27
Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen	65	16.698	18.492	35.190	13,5	16,1	14,9	41,5	4,07
Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	66	9.180	17.206	26.385	10,9	13,4	12,5	41,7	3,42
<b>ABSCHNITT K – ERBRINGUNG VON FINANZ- UND VERSICHERUNGSDIENSTLEISTUNGEN</b>		76.488	112.213	188.702	10,5	14,0	12,6	41,5	3,44
Grundstücks- und Wohnungswesen	68	14.011	16.084	30.096	13,2	14,0	13,6	44,1	3,73
<b>ABSCHNITT L – GRUNDSTÜCKS- UND WOHNUNGSWESEN</b>		14.011	16.084	30.096	13,2	14,0	13,6	44,1	3,73
Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	69	15.239	51.122	66.361	6,7	10,5	9,7	39,4	2,64
Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben, Unternehmensberatung	70	55.202	56.197	111.399	10,2	13,7	12,0	41,6	3,28
Architektur- und Ingenieurbüros, techn., physikal. u. chem. Untersuchung	71	44.427	24.126	68.553	10,1	11,7	10,6	40,7	2,91
Forschung und Entwicklung	72	14.853	11.338	26.190	9,7	12,5	10,9	41,2	2,99
Werbung und Marktforschung	73	7.060	9.922	16.982	8,6	10,8	9,9	37,3	2,70
Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	74	3.318	3.993	7.311	10,7	10,6	10,6	38,6	2,91
Veterinärwesen	75	228	3.022	3.250	9,7	10,5	10,4	32,5	2,85
<b>ABSCHNITT M – ERBRINGUNG VON FREIBERUFL., WISSENSCHAFTL. U. TECHN. DIENSTLEISTUNGEN</b>		140.327	159.719	300.045	9,7	12,0	10,9	40,5	2,98
Vermietung von beweglichen Sachen	77	6.027	3.594	9.621	13,9	15,4	14,5	41,2	3,97
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	78	60.587	29.299	89.886	17,8	19,8	18,5	38,2	5,05
Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	79	3.063	8.679	11.741	12,7	12,5	12,6	39,8	3,45
Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	80	15.110	5.014	20.124	20,3	25,8	21,7	44,9	5,94
Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	81	33.187	34.502	67.689	19,1	22,0	20,6	44,3	5,64
Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	82	20.841	24.748	45.590	16,7	22,2	19,7	41,3	5,40
<b>ABSCHNITT N – ERBRINGUNG VON SONSTIGEN WIRTSCHAFTLICHEN DIENSTLEISTUNGEN</b>		138.815	105.836	244.651	17,9	20,6	19,1	41,2	5,23
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	84	67.574	121.774	189.348	19,5	20,6	20,2	44,5	5,54
<b>ABSCHNITT O – ÖFFENTLICHE VERWALTUNG, VERTEIDIGUNG, SOZIALVERSICHERUNG</b>		67.574	121.774	189.348	19,5	20,6	20,2	44,5	5,54
Erziehung und Unterricht	85	35.323	99.475	134.798	9,7	15,0	13,6	40,3	3,72
<b>ABSCHNITT P – ERZIEHUNG UND UNTERRICHT</b>		35.323	99.475	134.798	9,7	15,0	13,6	40,3	3,72
Gesundheitswesen	86	39.823	220.848	260.671	14,3	15,2	15,0	39,7	4,12
Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	87	20.872	83.561	104.434	16,5	23,0	21,7	42,6	5,95
Sozialwesen (ohne Heime)	88	18.655	69.580	88.234	14,3	19,5	18,4	42,0	5,04
<b>ABSCHNITT Q – GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN</b>		79.350	373.989	453.339	14,9	17,7	17,2	40,8	4,72
Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten	90	3.661	3.001	6.661	13,4	12,6	13,0	43,0	3,57
Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	91	1.450	2.264	3.715	16,4	17,8	17,3	45,2	4,73
Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	92	1.639	3.964	5.603	11,4	18,4	16,3	42,0	4,48
Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	93	6.394	6.529	12.923	11,2	13,5	12,3	37,1	3,38
<b>ABSCHNITT R – KUNST, UNTERHALTUNG UND ERHOLUNG</b>		13.144	15.758	28.902	12,4	15,2	13,9	40,5	3,81
Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen	94	15.529	37.048	52.577	10,7	14,4	13,3	43,9	3,64
Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	95	3.199	1.295	4.494	13,6	14,2	13,8	41,5	3,78
Erbringung von sonstigen – überwiegend persönlichen Dienstleistungen	96	8.341	27.040	35.380	15,2	15,1	15,2	38,7	4,15
<b>ABSCHNITT S – ERBRINGUNG VON SONSTIGEN DIENSTLEISTUNGEN</b>		27.069	65.383	92.452	12,4	14,7	14,0	41,8	3,84
Private Haushalte mit Hauspersonal	97	523	3.690	4.213	11,3	12,0	11,9	48,9	3,27
<b>ABSCHNITT T – PRIVATE HAUSHALTE MIT HAUSPERSONAL</b>		551	3.721	4.272	12,5	12,0	12,1	48,8	3,30
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	99	1.119	739	1.858	21,7	17,5	20,0	47,5	5,49
<b>ABSCHNITT U – EXTERRITORIALE ORGANISATIONEN UND KÖRPERSCHAFTEN</b>		1.119	739	1.858	21,7	17,5	20,0	47,5	5,49
<b>ALLE WIRTSCHAFTSABSCHNITTE</b>		2.455.580	1.939.845	4.395.425	15,6	16,9	16,1	42,0	4,42

\* Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008), Statistisches Bundesamt

\*\* Wirtschaftszweige mit weniger als 1.000 beschäftigten Mitgliedern insgesamt werden nicht gesondert ausgewiesen, sind aber in den Summenwerten enthalten

A.10 BKK Mitgliederzahlen, AU-Tage und Durchschnittsalter der beschäftigten Mitglieder insgesamt – mit Gliederung nach Berufssektoren, -segmenten und -hauptgruppen aus der KldB 2010 (Berichtsjahr 2015)

Berufsbezeichnung	Beruf nach KldB 2010*	Beschäftigte Mitglieder insgesamt			AU-Tage je beschäftigtem Mitglied			Durchschnittsalter	Krankenstand in %
		Männer	Frauen	Gesamt**	Männer	Frauen	Gesamt		
<b>Produktionsberufe</b>	S1	1.189.269	174.039	1.363.309	16,8	19,6	17,2	41,97	4,70
Land-, Forst- und Gartenbauberufe	S11	23.138	11.807	34.945	15,6	17,0	16,1	38,87	4,41
Land-, Tier- und Forstwirtschaftsberufe	11	10.092	4.794	14.886	12,4	16,9	13,9	38,25	3,80
Gartenbauberufe und Floristik	12	13.046	7.013	20.059	18,1	17,2	17,8	39,32	4,87
Fertigungsberufe	S12	290.363	51.676	342.039	19,9	20,8	20,0	41,97	5,48
Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikerstellung und -verarbeitung	21	10.014	1.709	11.722	20,8	23,3	21,1	43,77	5,79
Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung	22	53.221	9.779	63.000	19,9	26,0	20,9	41,40	5,72
Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung	23	25.894	12.542	38.436	17,4	16,0	17,0	41,29	4,65
Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe	24	190.028	16.149	206.177	20,2	23,6	20,5	42,14	5,62
Textil- und Lederberufe	28	7.154	7.610	14.764	20,5	19,7	20,0	43,68	5,49
Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	93	4.052	3.887	7.939	14,5	12,7	13,7	39,47	3,74
Fertigungstechnische Berufe	S13	703.123	98.726	801.848	15,3	19,9	15,9	42,06	4,35
Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe	25	343.446	37.779	381.225	17,6	23,9	18,2	41,90	4,98
Mechatronik, Energie- und Elektroberufe	26	175.271	22.347	197.617	14,4	21,4	15,2	40,55	4,15
Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe	27	184.406	38.600	223.006	12,0	15,1	12,6	43,68	3,44
Bau- und Ausbauberufe	S14	172.646	11.831	184.477	17,9	14,7	17,7	42,17	4,86
Bauplanungs-, Architektur- und Vermessungsberufe	31	17.028	6.229	23.257	10,7	11,0	10,8	43,05	2,96
Hoch- und Tiefbauberufe	32	45.970	719	46.689	19,7	16,2	19,7	41,49	5,39
(Innen-)Ausbauberufe	33	30.985	1.152	32.137	17,8	18,9	17,8	38,83	4,88
Gebäude- und versorgungstechnische Berufe	34	78.663	3.730	82.393	18,5	19,4	18,6	43,60	5,09
<b>Personenbezogene Dienstleistungsberufe</b>	S2	177.780	582.139	759.918	12,8	16,5	15,6	39,60	4,29
Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe	S21	59.985	85.572	145.557	14,3	18,1	16,6	39,32	4,54
Lebensmittelherstellung und -verarbeitung	29	38.618	31.857	70.474	15,8	22,5	18,8	40,89	5,16
Tourismus-, Hotel- und Gaststättenberufe	63	21.367	53.716	75.083	11,6	15,6	14,5	37,84	3,96
Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe	S22	51.438	300.116	351.554	14,3	16,4	16,1	38,86	4,41
Medizinische Gesundheitsberufe	81	36.239	226.086	262.326	14,2	15,1	15,0	38,87	4,10
Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik	82	15.199	74.030	89.228	14,5	20,3	19,3	38,82	5,29
Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe	S23	66.357	196.450	262.807	10,3	16,0	14,6	40,74	3,99
Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	83	26.717	151.697	178.413	13,2	17,6	17,0	41,09	4,65
Lehrende und auszubildende Berufe	84	29.327	36.000	65.327	7,3	10,1	8,9	39,98	2,43
Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe	91	3.666	5.417	9.083	9,7	12,5	11,4	40,85	3,12
Darstellende und unterhaltende Berufe	94	6.648	3.336	9.984	12,0	11,1	11,7	39,44	3,20
<b>Kaufmännische und unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe</b>	S3	528.318	944.343	1.472.661	10,7	14,6	13,2	41,87	3,62
<b>Handelsberufe</b>	S31	152.778	249.563	402.341	11,2	17,0	14,8	40,92	4,05
Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe	61	85.762	60.635	146.397	9,9	13,0	11,2	41,73	3,06
Verkaufsberufe	62	67.015	188.929	255.944	12,9	18,3	16,8	40,46	4,62
Berufe in Unternehmensführung und -organisation	S32	219.859	399.645	619.504	10,1	13,3	12,2	42,68	3,33
Berufe in Unternehmensführung und -organisation	71	219.859	399.645	619.504	10,1	13,3	12,2	42,68	3,33
Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe	S33	155.681	295.134	450.816	11,0	14,4	13,2	41,60	3,63
Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung	72	92.778	157.720	250.498	9,6	12,7	11,5	41,47	3,16
Berufe in Recht und Verwaltung	73	25.654	90.562	116.216	13,4	16,2	15,6	42,83	4,28
Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe	92	37.248	46.853	84.102	12,6	16,9	15,0	40,30	4,11
<b>IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe</b>	S4	139.035	44.410	183.445	11,3	15,2	12,3	41,20	3,36
IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe	S41	139.035	44.410	183.445	11,3	15,2	12,3	41,20	3,36
Mathematik, Biologie-, Chemie- und Physikberufe	41	49.073	24.701	73.775	17,0	17,5	17,2	42,36	4,71
Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe	42	3.311	1.265	4.576	10,7	12,2	11,1	38,83	3,04
Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe	43	86.650	18.444	105.094	8,1	12,4	8,9	40,49	2,43
<b>Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungsberufe</b>	S5	378.988	177.917	556.905	20,6	24,9	22,0	45,30	6,02
Sicherheitsberufe	S51	32.390	11.998	44.389	19,1	24,0	20,5	45,78	5,61
Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe	53	32.268	11.900	44.168	19,1	24,1	20,5	45,80	5,60
Verkehrs- und Logistikberufe	S52	329.042	109.858	438.900	20,7	25,6	22,0	44,86	6,02
Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	51	207.715	102.415	310.130	20,2	25,4	21,9	44,02	6,01
Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten	52	121.327	7.442	128.769	21,6	27,7	22,0	46,89	6,03
Reinigungsberufe	S53	17.556	56.061	73.617	21,0	23,6	23,0	23,0	6,30
Reinigungsberufe	54	17.556	56.061	73.617	21,0	23,6	23,0	47,66	6,30
<b>Alle</b>	S9	2.455.580	1.939.845	4.395.425	15,6	16,8	16,1	41,99	4,42

\* Klassifikation der Berufe, Ausgabe 2010 (KldB 2010), Bundesagentur für Arbeit

\*\* Berufsgruppen mit weniger als 1.000 beschäftigten Mitgliedern insgesamt werden nicht gesondert ausgewiesen, sind aber in den Summenwerten enthalten.



A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.1 Baden-Württemberg

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	56.110	299.595	13,25	70,7	5,3
	Frauen	46.237	241.819	13,52	70,7	5,2
	Gesamt	102.347	541.414	13,37	70,7	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	6.870	159.165	1,62	37,6	23,2
	Frauen	6.794	219.043	1,99	64,1	32,2
	Gesamt	13.664	378.208	1,79	49,4	27,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.304	37.864	0,54	8,9	16,4
	Frauen	1.940	30.176	0,57	8,8	15,6
	Gesamt	4.244	68.040	0,55	8,9	16,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	18.136	623.527	4,28	147,2	34,4
	Frauen	23.140	789.078	6,77	230,8	34,1
	Gesamt	41.276	1.412.605	5,39	184,5	34,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	8.577	124.140	2,03	29,3	14,5
	Frauen	10.961	124.157	3,21	36,3	11,3
	Gesamt	19.538	248.297	2,55	32,4	12,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	6.017	43.975	1,42	10,4	7,3
	Frauen	4.391	30.684	1,28	9,0	7,0
	Gesamt	10.408	74.659	1,36	9,8	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	5.570	48.159	1,32	11,4	8,7
	Frauen	4.925	39.732	1,44	11,6	8,1
	Gesamt	10.495	87.891	1,37	11,5	8,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	11.662	255.491	2,75	60,3	21,9
	Frauen	8.462	114.685	2,47	33,5	13,6
	Gesamt	20.124	370.176	2,63	48,4	18,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	160.083	988.237	37,80	233,3	6,2
	Frauen	141.803	863.142	41,47	252,4	6,1
	Gesamt	301.886	1.851.379	39,44	241,9	6,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	50.187	303.405	11,85	71,6	6,1
	Frauen	37.002	204.010	10,82	59,7	5,5
	Gesamt	87.189	507.415	11,39	66,3	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	7.185	83.792	1,70	19,8	11,7
	Frauen	4.389	43.648	1,28	12,8	9,9
	Gesamt	11.574	127.440	1,51	16,7	11,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	85.188	1.430.643	20,11	337,8	16,8
	Frauen	52.246	1.001.901	15,28	293,0	19,2
	Gesamt	137.434	2.432.544	17,95	317,8	17,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	5.680	56.544	1,34	13,4	10,0
	Frauen	14.061	111.512	4,11	32,6	7,9
	Gesamt	19.741	168.056	2,58	22,0	8,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	8.041	79.481	2,35	23,2	9,9
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	25.741	211.544	6,08	50,0	8,2
	Frauen	27.615	217.092	8,08	63,5	7,9
	Gesamt	53.356	428.636	6,97	56,0	8,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	42.455	690.882	10,02	163,1	16,3
	Frauen	22.448	360.402	6,56	105,4	16,1
	Gesamt	64.903	1.051.284	8,48	137,3	16,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	5.241	89.350	1,24	21,1	17,1
	Frauen	6.219	115.003	1,82	33,6	18,5
	Gesamt	11.460	204.353	1,50	26,7	17,8
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>497.932</b>	<b>5.460.823</b>	<b>117,57</b>	<b>1.289,4</b>	<b>11,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>421.764</b>	<b>4.608.306</b>	<b>123,34</b>	<b>1.347,6</b>	<b>10,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>919.696</b>	<b>10.069.129</b>	<b>120,15</b>	<b>1.315,4</b>	<b>11,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	12.775	164.195	3,02	38,8	12,9
	Frauen	5.344	66.236	1,56	19,4	12,4
	Gesamt	18.119	230.431	2,37	30,1	12,7



A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.2 Bayern

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	74.375	385.509	12,15	63,0	5,2
	Frauen	62.373	321.486	12,73	65,6	5,2
	Gesamt	136.748	706.995	12,41	64,2	5,2
Neubildungen (C00-D48)	Männer	9.746	246.317	1,59	40,3	25,3
	Frauen	9.540	308.745	1,95	63,0	32,4
	Gesamt	19.286	555.062	1,75	50,4	28,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	3.346	61.328	0,55	10,0	18,3
	Frauen	3.037	48.611	0,62	9,9	16,0
	Gesamt	6.383	109.939	0,58	10,0	17,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	27.700	990.458	4,53	161,9	35,8
	Frauen	35.244	1.262.130	7,20	257,7	35,8
	Gesamt	62.944	2.252.588	5,71	204,5	35,8
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	13.253	189.283	2,17	30,9	14,3
	Frauen	17.533	197.577	3,58	40,3	11,3
	Gesamt	30.786	386.860	2,79	35,1	12,6
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	8.383	60.141	1,37	9,8	7,2
	Frauen	6.307	46.150	1,29	9,4	7,3
	Gesamt	14.690	106.291	1,33	9,7	7,2
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	8.361	75.317	1,37	12,3	9,0
	Frauen	7.562	62.616	1,54	12,8	8,3
	Gesamt	15.923	137.933	1,45	12,5	8,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	18.124	394.014	2,96	64,4	21,7
	Frauen	12.993	179.611	2,65	36,7	13,8
	Gesamt	31.117	573.625	2,82	52,1	18,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	224.178	1.350.725	36,63	220,7	6,0
	Frauen	203.062	1.211.871	41,46	247,4	6,0
	Gesamt	427.240	2.562.596	38,78	232,6	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	74.975	482.905	12,25	78,9	6,4
	Frauen	56.953	314.146	11,63	64,1	5,5
	Gesamt	131.928	797.051	11,97	72,3	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	10.568	130.211	1,73	21,3	12,3
	Frauen	6.562	67.164	1,34	13,7	10,2
	Gesamt	17.130	197.375	1,55	17,9	11,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	135.300	2.346.131	22,11	383,4	17,3
	Frauen	79.803	1.541.161	16,29	314,6	19,3
	Gesamt	215.103	3.887.292	19,52	352,8	18,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	8.433	92.468	1,38	15,1	11,0
	Frauen	20.515	154.758	4,19	31,6	7,5
	Gesamt	28.948	247.226	2,63	22,4	8,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	12.709	132.246	2,59	27,0	10,4
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	43.768	365.068	7,15	59,7	8,3
	Frauen	46.891	360.404	9,57	73,6	7,7
	Gesamt	90.659	725.472	8,23	65,9	8,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	69.824	1.195.836	11,41	195,4	17,1
	Frauen	36.386	626.871	7,43	128,0	17,2
	Gesamt	106.210	1.822.707	9,64	165,4	17,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	6.898	129.302	1,13	21,1	18,7
	Frauen	8.607	165.133	1,76	33,7	19,2
	Gesamt	15.505	294.435	1,41	26,7	19,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>738.719</b>	<b>8.520.631</b>	<b>120,72</b>	<b>1.392,4</b>	<b>11,5</b>
	<b>Frauen</b>	<b>627.671</b>	<b>7.032.614</b>	<b>128,14</b>	<b>1.435,8</b>	<b>11,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.366.390</b>	<b>15.553.245</b>	<b>124,02</b>	<b>1.411,7</b>	<b>11,4</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	22.508	297.440	3,68	48,6	13,2
	Frauen	9.658	123.410	1,97	25,2	12,8
	Gesamt	32.166	420.850	2,92	38,2	13,1

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.3 Berlin

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	13.496	94.601	10,80	75,7	7,0
	Frauen	14.419	104.221	13,39	96,8	7,2
	Gesamt	27.915	198.822	12,00	85,5	7,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.712	45.666	1,37	36,6	26,7
	Frauen	2.357	71.763	2,19	66,7	30,5
	Gesamt	4.069	117.429	1,75	50,5	28,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	735	16.259	0,59	13,0	22,1
	Frauen	846	15.946	0,79	14,8	18,9
	Gesamt	1.581	32.205	0,68	13,8	20,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	7.151	250.475	5,72	200,5	35,0
	Frauen	11.199	411.969	10,40	382,6	36,8
	Gesamt	18.350	662.444	7,89	284,8	36,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.466	40.359	1,97	32,3	16,4
	Frauen	3.892	53.251	3,61	49,5	13,7
	Gesamt	6.358	93.610	2,73	40,2	14,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.874	15.403	1,50	12,3	8,2
	Frauen	2.148	16.681	1,99	15,5	7,8
	Gesamt	4.022	32.084	1,73	13,8	8,0
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.528	16.250	1,22	13,0	10,6
	Frauen	1.922	20.012	1,79	18,6	10,4
	Gesamt	3.450	36.262	1,48	15,6	10,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.454	105.837	3,57	84,7	23,8
	Frauen	3.926	66.783	3,65	62,0	17,0
	Gesamt	8.380	172.620	3,60	74,2	20,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	38.679	308.559	30,96	247,0	8,0
	Frauen	47.512	381.732	44,13	354,5	8,0
	Gesamt	86.191	690.291	37,05	296,8	8,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	14.660	112.836	11,73	90,3	7,7
	Frauen	14.915	99.945	13,85	92,8	6,7
	Gesamt	29.575	212.781	12,71	91,5	7,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.869	28.155	1,50	22,5	15,1
	Frauen	1.708	21.144	1,59	19,6	12,4
	Gesamt	3.577	49.299	1,54	21,2	13,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	22.193	466.944	17,76	373,7	21,0
	Frauen	20.105	443.695	18,67	412,1	22,1
	Gesamt	42.298	910.639	18,18	391,5	21,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.582	20.169	1,27	16,1	12,8
	Frauen	5.091	49.260	4,73	45,8	9,7
	Gesamt	6.673	69.429	2,87	29,9	10,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.832	31.901	2,63	29,6	11,3
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	7.249	77.330	5,80	61,9	10,7
	Frauen	10.013	104.337	9,30	96,9	10,4
	Gesamt	17.262	181.667	7,42	78,1	10,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	10.892	216.857	8,72	173,6	19,9
	Frauen	7.844	154.932	7,28	143,9	19,8
	Gesamt	18.736	371.789	8,05	159,8	19,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.732	33.846	1,39	27,1	19,5
	Frauen	2.497	53.134	2,32	49,4	21,3
	Gesamt	4.229	86.980	1,82	37,4	20,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>132.598</b>	<b>1.855.948</b>	<b>106,13</b>	<b>1.485,5</b>	<b>14,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>153.693</b>	<b>2.110.250</b>	<b>142,74</b>	<b>1.959,8</b>	<b>13,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>286.291</b>	<b>3.966.198</b>	<b>123,08</b>	<b>1.705,1</b>	<b>13,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.849	78.721	3,88	63,0	16,2
	Frauen	3.264	46.821	3,03	43,5	14,3
	Gesamt	8.113	125.542	3,49	54,0	15,5

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.4 Bremen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	3.137	18.823	14,10	84,6	6,0
	Frauen	2.315	12.930	15,19	84,9	5,6
	Gesamt	5.452	31.753	14,54	84,7	5,8
Neubildungen (C00-D48)	Männer	329	7.445	1,48	33,5	22,6
	Frauen	326	8.376	2,14	55,0	25,7
	Gesamt	655	15.821	1,75	42,2	24,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	150	1.427	0,67	6,4	9,5
	Frauen	110	1.658	0,72	10,9	15,1
	Gesamt	260	3.085	0,69	8,2	11,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.399	41.124	6,29	184,8	29,4
	Frauen	1.322	50.375	8,68	330,6	38,1
	Gesamt	2.721	91.499	7,26	244,1	33,6
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	486	8.183	2,18	36,8	16,8
	Frauen	514	6.042	3,37	39,7	11,8
	Gesamt	1.000	14.225	2,67	38,0	14,2
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	373	2.157	1,68	9,7	5,8
	Frauen	217	2.484	1,42	16,3	11,5
	Gesamt	590	4.641	1,57	12,4	7,9
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	280	2.294	1,26	10,3	8,2
	Frauen	219	2.066	1,44	13,6	9,4
	Gesamt	499	4.360	1,33	11,6	8,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	664	14.270	2,98	64,1	21,5
	Frauen	373	5.977	2,45	39,2	16,0
	Gesamt	1.037	20.247	2,77	54,0	19,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	7.417	47.055	33,34	211,5	6,3
	Frauen	6.061	39.350	39,78	258,3	6,5
	Gesamt	13.478	86.405	35,96	230,5	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	3.183	19.335	14,31	86,9	6,1
	Frauen	2.071	11.000	13,59	72,2	5,3
	Gesamt	5.254	30.335	14,02	80,9	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	430	5.790	1,93	26,0	13,5
	Frauen	247	2.731	1,62	17,9	11,1
	Gesamt	677	8.521	1,81	22,7	12,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	5.391	87.722	24,23	394,3	16,3
	Frauen	2.949	61.757	19,35	405,3	20,9
	Gesamt	8.340	149.479	22,25	398,8	17,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	301	2.841	1,35	12,8	9,4
	Frauen	664	6.233	4,36	40,9	9,4
	Gesamt	965	9.074	2,57	24,2	9,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	322	3.220	2,11	21,1	10,0
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.799	14.691	8,09	66,0	8,2
	Frauen	1.618	12.718	10,62	83,5	7,9
	Gesamt	3.417	27.409	9,12	73,1	8,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	2.328	37.687	10,46	169,4	16,2
	Frauen	1.182	20.974	7,76	137,7	17,7
	Gesamt	3.510	58.661	9,36	156,5	16,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	312	6.263	1,40	28,2	20,1
	Frauen	334	6.067	2,19	39,8	18,2
	Gesamt	646	12.330	1,72	32,9	19,1
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>28.038</b>	<b>317.780</b>	<b>126,02</b>	<b>1.428,4</b>	<b>11,3</b>
	<b>Frauen</b>	<b>20.912</b>	<b>254.795</b>	<b>137,24</b>	<b>1.672,2</b>	<b>12,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>48.950</b>	<b>572.575</b>	<b>130,58</b>	<b>1.527,5</b>	<b>11,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	763	10.081	3,43	45,3	13,2
	Frauen	328	4.243	2,15	27,9	12,9
	Gesamt	1.091	14.324	2,91	38,2	13,1

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.5 Hamburg

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.009	22.387	11,14	62,2	5,6
	Frauen	3.967	23.822	12,91	77,5	6,0
	Gesamt	7.976	46.209	11,96	69,3	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	422	13.340	1,17	37,1	31,6
	Frauen	510	18.032	1,66	58,7	35,4
	Gesamt	932	31.372	1,40	47,0	33,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	207	2.753	0,58	7,7	13,3
	Frauen	192	2.875	0,62	9,4	15,0
	Gesamt	399	5.628	0,60	8,4	14,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.937	83.324	5,38	231,6	43,0
	Frauen	2.692	120.349	8,76	391,7	44,7
	Gesamt	4.629	203.673	6,94	305,4	44,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	710	10.412	1,97	28,9	14,7
	Frauen	1.012	12.772	3,29	41,6	12,6
	Gesamt	1.722	23.184	2,58	34,8	13,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	438	4.150	1,22	11,5	9,5
	Frauen	387	2.272	1,26	7,4	5,9
	Gesamt	825	6.422	1,24	9,6	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	407	3.417	1,13	9,5	8,4
	Frauen	467	4.089	1,52	13,3	8,8
	Gesamt	874	7.506	1,31	11,3	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	923	21.762	2,57	60,5	23,6
	Frauen	720	11.422	2,34	37,2	15,9
	Gesamt	1.643	33.184	2,46	49,8	20,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	11.275	71.463	31,34	198,6	6,3
	Frauen	12.172	74.700	39,62	243,1	6,1
	Gesamt	23.447	146.163	35,15	219,1	6,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.718	22.404	10,33	62,3	6,0
	Frauen	3.257	16.560	10,60	53,9	5,1
	Gesamt	6.975	38.964	10,46	58,4	5,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	517	8.257	1,44	23,0	16,0
	Frauen	389	5.019	1,27	16,3	12,9
	Gesamt	906	13.276	1,36	19,9	14,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	6.065	115.173	16,86	320,1	19,0
	Frauen	4.227	79.496	13,76	258,7	18,8
	Gesamt	10.292	194.669	15,43	291,9	18,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	423	3.860	1,18	10,7	9,1
	Frauen	1.164	8.202	3,79	26,7	7,1
	Gesamt	1.587	12.062	2,38	18,1	7,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	881	8.401	2,87	27,3	9,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.174	21.535	6,04	59,9	9,9
	Frauen	2.715	24.799	8,84	80,7	9,1
	Gesamt	4.889	46.334	7,33	69,5	9,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.769	50.720	7,70	141,0	18,3
	Frauen	1.860	34.163	6,05	111,2	18,4
	Gesamt	4.629	84.883	6,94	127,3	18,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	489	9.573	1,36	26,6	19,6
	Frauen	682	11.809	2,22	38,4	17,3
	Gesamt	1.171	21.382	1,76	32,1	18,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>36.552</b>	<b>465.186</b>	<b>101,60</b>	<b>1.293,0</b>	<b>12,7</b>
	<b>Frauen</b>	<b>37.379</b>	<b>460.940</b>	<b>121,66</b>	<b>1.500,2</b>	<b>12,3</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>73.931</b>	<b>926.126</b>	<b>110,84</b>	<b>1.388,5</b>	<b>12,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.000	13.317	2,78	37,0	13,3
	Frauen	547	7.385	1,78	24,0	13,5
	Gesamt	1.547	20.702	2,32	31,0	13,4

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.6 Hessen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	24.359	137.526	12,25	69,1	5,7
	Frauen	20.794	118.758	12,46	71,2	5,7
	Gesamt	45.153	256.284	12,34	70,1	5,7
Neubildungen (C00-D48)	Männer	3.068	77.804	1,54	39,1	25,4
	Frauen	3.471	115.379	2,08	69,2	33,2
	Gesamt	6.539	193.183	1,79	52,8	29,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	1.512	26.409	0,76	13,3	17,5
	Frauen	1.310	22.101	0,79	13,3	16,9
	Gesamt	2.822	48.510	0,77	13,3	17,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	9.989	335.934	5,02	168,9	33,6
	Frauen	13.248	453.393	7,94	271,7	34,2
	Gesamt	23.237	789.327	6,35	215,8	34,0
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	4.834	68.471	2,43	34,4	14,2
	Frauen	6.592	81.082	3,95	48,6	12,3
	Gesamt	11.426	149.553	3,12	40,9	13,1
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	3.034	23.482	1,53	11,8	7,7
	Frauen	2.521	16.775	1,51	10,1	6,7
	Gesamt	5.555	40.257	1,52	11,0	7,3
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	3.020	30.413	1,52	15,3	10,1
	Frauen	2.929	26.914	1,76	16,1	9,2
	Gesamt	5.949	57.327	1,63	15,7	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	6.550	147.041	3,29	73,9	22,5
	Frauen	4.671	66.881	2,80	40,1	14,3
	Gesamt	11.221	213.922	3,07	58,5	19,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	76.784	509.312	38,60	256,0	6,6
	Frauen	73.353	476.881	43,96	285,8	6,5
	Gesamt	150.137	986.193	41,05	269,6	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	26.346	179.703	13,24	90,3	6,8
	Frauen	21.046	122.883	12,61	73,7	5,8
	Gesamt	47.392	302.586	12,96	82,7	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	3.607	46.404	1,81	23,3	12,9
	Frauen	2.527	27.566	1,51	16,5	10,9
	Gesamt	6.134	73.970	1,68	20,2	12,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	44.572	777.906	22,41	391,1	17,5
	Frauen	28.719	553.990	17,21	332,0	19,3
	Gesamt	73.291	1.331.896	20,04	364,1	18,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	2.760	29.115	1,39	14,6	10,6
	Frauen	7.222	64.682	4,33	38,8	9,0
	Gesamt	9.982	93.797	2,73	25,6	9,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	4.692	48.587	2,81	29,1	10,4
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	14.175	131.490	7,13	66,1	9,3
	Frauen	15.792	134.097	9,46	80,4	8,5
	Gesamt	29.967	265.587	8,19	72,6	8,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	20.081	342.708	10,09	172,3	17,1
	Frauen	11.633	201.057	6,97	120,5	17,3
	Gesamt	31.714	543.765	8,67	148,7	17,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	2.815	54.499	1,42	27,4	19,4
	Frauen	3.470	71.044	2,08	42,6	20,5
	Gesamt	6.285	125.543	1,72	34,3	20,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>247.990</b>	<b>2.930.777</b>	<b>124,66</b>	<b>1.473,3</b>	<b>11,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>224.589</b>	<b>2.612.163</b>	<b>134,61</b>	<b>1.565,6</b>	<b>11,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>472.579</b>	<b>5.542.940</b>	<b>129,20</b>	<b>1.515,4</b>	<b>11,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	6.585	88.119	3,31	44,3	13,4
	Frauen	3.088	38.819	1,85	23,3	12,6
	Gesamt	9.673	126.938	2,64	34,7	13,1

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.7 Niedersachsen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	35.788	194.626	13,80	75,1	5,4
	Frauen	27.266	145.628	14,76	78,8	5,3
	Gesamt	63.054	340.254	14,20	76,6	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4.490	116.274	1,73	44,9	25,9
	Frauen	3.839	122.576	2,08	66,4	31,9
	Gesamt	8.329	238.850	1,88	53,8	28,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.688	26.745	0,65	10,3	15,8
	Frauen	1.282	19.039	0,69	10,3	14,9
	Gesamt	2.970	45.784	0,67	10,3	15,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	14.353	494.774	5,54	190,8	34,5
	Frauen	16.542	588.533	8,96	318,6	35,6
	Gesamt	30.895	1.083.307	6,96	244,0	35,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.783	97.995	2,23	37,8	17,0
	Frauen	6.947	79.758	3,76	43,2	11,5
	Gesamt	12.730	177.753	2,87	40,0	14,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.936	33.339	1,52	12,9	8,5
	Frauen	2.674	19.029	1,45	10,3	7,1
	Gesamt	6.610	52.368	1,49	11,8	7,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.940	40.261	1,52	15,5	10,2
	Frauen	3.222	30.411	1,74	16,5	9,4
	Gesamt	7.162	70.672	1,61	15,9	9,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	9.213	210.709	3,55	81,3	22,9
	Frauen	5.534	86.215	3,00	46,7	15,6
	Gesamt	14.747	296.924	3,32	66,9	20,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	93.847	606.619	36,20	234,0	6,5
	Frauen	77.901	491.495	42,17	266,1	6,3
	Gesamt	171.748	1.098.114	38,68	247,3	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	38.550	236.135	14,87	91,1	6,1
	Frauen	26.436	146.184	14,31	79,1	5,5
	Gesamt	64.986	382.319	14,64	86,1	5,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.227	76.452	2,02	29,5	14,6
	Frauen	2.962	35.143	1,60	19,0	11,9
	Gesamt	8.189	111.595	1,84	25,1	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	66.804	1.192.881	25,77	460,1	17,9
	Frauen	36.418	725.539	19,72	392,8	19,9
	Gesamt	103.222	1.918.420	23,25	432,1	18,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.948	43.222	1,52	16,7	11,0
	Frauen	8.539	71.915	4,62	38,9	8,4
	Gesamt	12.487	115.137	2,81	25,9	9,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	4.923	50.153	2,67	27,2	10,2
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	17.937	172.169	6,92	66,4	9,6
	Frauen	17.726	159.333	9,60	86,3	9,0
	Gesamt	35.663	331.502	8,03	74,7	9,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	28.445	479.858	10,97	185,1	16,9
	Frauen	14.464	240.780	7,83	130,4	16,7
	Gesamt	42.909	720.638	9,66	162,3	16,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.625	67.220	1,40	25,9	18,5
	Frauen	4.119	74.126	2,23	40,1	18,0
	Gesamt	7.744	141.346	1,74	31,8	18,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>338.392</b>	<b>4.102.987</b>	<b>130,52</b>	<b>1.582,5</b>	<b>12,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>261.601</b>	<b>3.100.241</b>	<b>141,62</b>	<b>1.678,3</b>	<b>11,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>599.993</b>	<b>7.203.228</b>	<b>135,14</b>	<b>1.622,4</b>	<b>12,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	9.957	128.001	3,84	49,4	12,9
	Frauen	4.525	52.362	2,45	28,4	11,6
	Gesamt	14.482	180.363	3,26	40,6	12,5

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.8 Nordrhein-Westfalen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	63.552	355.565	12,08	67,6	5,6
	Frauen	51.376	283.790	12,60	69,6	5,5
	Gesamt	114.928	639.355	12,30	68,5	5,6
Neubildungen (C00-D48)	Männer	9.108	229.213	1,73	43,6	25,2
	Frauen	9.586	299.031	2,35	73,3	31,2
	Gesamt	18.694	528.244	2,00	56,6	28,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	3.690	68.116	0,70	13,0	18,5
	Frauen	3.031	47.305	0,74	11,6	15,6
	Gesamt	6.721	115.421	0,72	12,4	17,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	27.681	1.084.867	5,26	206,2	39,2
	Frauen	33.318	1.329.008	8,17	325,8	39,9
	Gesamt	60.999	2.413.875	6,53	258,4	39,6
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	12.314	181.954	2,34	34,6	14,8
	Frauen	14.373	174.562	3,52	42,8	12,2
	Gesamt	26.687	356.516	2,86	38,2	13,4
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	8.802	62.465	1,67	11,9	7,1
	Frauen	6.531	43.979	1,60	10,8	6,7
	Gesamt	15.333	106.444	1,64	11,4	6,9
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	7.015	65.665	1,33	12,5	9,4
	Frauen	6.681	60.369	1,64	14,8	9,0
	Gesamt	13.696	126.034	1,47	13,5	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	18.484	412.982	3,51	78,5	22,3
	Frauen	11.352	180.573	2,78	44,3	15,9
	Gesamt	29.836	593.555	3,19	63,6	19,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	185.941	1.231.883	35,34	234,1	6,6
	Frauen	168.893	1.071.383	41,41	262,7	6,3
	Gesamt	354.834	2.303.266	37,99	246,6	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	69.539	448.921	13,22	85,3	6,5
	Frauen	53.146	294.896	13,03	72,3	5,6
	Gesamt	122.685	743.817	13,13	79,6	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	9.677	122.105	1,84	23,2	12,6
	Frauen	5.977	63.877	1,47	15,7	10,7
	Gesamt	15.654	185.982	1,68	19,9	11,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	118.936	2.144.248	22,60	407,5	18,0
	Frauen	71.785	1.417.616	17,60	347,5	19,8
	Gesamt	190.721	3.561.864	20,42	381,3	18,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	8.268	90.740	1,57	17,3	11,0
	Frauen	17.722	149.089	4,34	36,6	8,4
	Gesamt	25.990	239.829	2,78	25,7	9,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	10.048	107.356	2,46	26,3	10,7
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	34.101	360.533	6,48	68,5	10,6
	Frauen	35.658	335.323	8,74	82,2	9,4
	Gesamt	69.759	695.856	7,47	74,5	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	52.085	900.215	9,90	171,1	17,3
	Frauen	29.147	502.131	7,15	123,1	17,2
	Gesamt	81.232	1.402.346	8,70	150,1	17,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	8.638	158.984	1,64	30,2	18,4
	Frauen	9.529	187.476	2,34	46,0	19,7
	Gesamt	18.167	346.460	1,94	37,1	19,1
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>639.220</b>	<b>7.946.323</b>	<b>121,49</b>	<b>1.510,3</b>	<b>12,4</b>
	<b>Frauen</b>	<b>539.601</b>	<b>6.575.894</b>	<b>132,29</b>	<b>1.612,1</b>	<b>12,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>1.178.821</b>	<b>14.522.217</b>	<b>126,20</b>	<b>1.554,7</b>	<b>12,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	17.829	241.301	3,39	45,9	13,5
	Frauen	7.697	100.394	1,89	24,6	13,0
	Gesamt	25.526	341.695	2,73	36,6	13,4

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.9 Rheinland-Pfalz

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	21.940	116.474	18,18	96,5	5,3
	Frauen	15.917	87.787	17,41	96,0	5,5
	Gesamt	37.857	204.261	17,85	96,3	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.235	57.833	1,85	47,9	25,9
	Frauen	1.928	55.288	2,11	60,5	28,7
	Gesamt	4.163	113.121	1,96	53,3	27,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	969	15.919	0,80	13,2	16,4
	Frauen	723	11.695	0,79	12,8	16,2
	Gesamt	1.692	27.614	0,80	13,0	16,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	7.368	239.056	6,11	198,1	32,5
	Frauen	8.530	270.259	9,33	295,5	31,7
	Gesamt	15.898	509.315	7,50	240,1	32,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.930	49.714	3,26	41,2	12,7
	Frauen	4.162	44.646	4,55	48,8	10,7
	Gesamt	8.092	94.360	3,82	44,5	11,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.247	16.580	1,86	13,7	7,4
	Frauen	1.569	11.810	1,72	12,9	7,5
	Gesamt	3.816	28.390	1,80	13,4	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.286	20.854	1,89	17,3	9,1
	Frauen	1.716	15.266	1,88	16,7	8,9
	Gesamt	4.002	36.120	1,89	17,0	9,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.879	103.180	4,04	85,5	21,2
	Frauen	3.213	44.218	3,51	48,4	13,8
	Gesamt	8.092	147.398	3,82	69,5	18,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	59.402	388.591	49,23	322,1	6,5
	Frauen	48.371	306.818	52,89	335,5	6,3
	Gesamt	107.773	695.409	50,81	327,9	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	18.259	121.279	15,13	100,5	6,6
	Frauen	13.034	76.526	14,25	83,7	5,9
	Gesamt	31.293	197.805	14,75	93,3	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.842	33.261	2,36	27,6	11,7
	Frauen	1.678	16.978	1,83	18,6	10,1
	Gesamt	4.520	50.239	2,13	23,7	11,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	33.354	546.546	27,64	453,0	16,4
	Frauen	18.223	333.292	19,93	364,5	18,3
	Gesamt	51.577	879.838	24,32	414,8	17,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.017	21.542	1,67	17,9	10,7
	Frauen	4.818	40.797	5,27	44,6	8,5
	Gesamt	6.835	62.339	3,22	29,4	9,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.584	28.578	2,83	31,3	11,1
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	10.652	95.236	8,83	78,9	8,9
	Frauen	10.625	88.250	11,62	96,5	8,3
	Gesamt	21.277	183.486	10,03	86,5	8,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	15.663	252.748	12,98	209,5	16,1
	Frauen	7.704	122.982	8,42	134,5	16,0
	Gesamt	23.367	375.730	11,02	177,1	16,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.515	27.601	1,26	22,9	18,2
	Frauen	1.782	33.146	1,95	36,2	18,6
	Gesamt	3.297	60.747	1,55	28,6	18,4
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>189.934</b>	<b>2.112.004</b>	<b>157,42</b>	<b>1.750,4</b>	<b>11,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>146.979</b>	<b>1.596.042</b>	<b>160,72</b>	<b>1.745,3</b>	<b>10,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>336.913</b>	<b>3.708.046</b>	<b>158,84</b>	<b>1.748,2</b>	<b>11,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.608	57.441	3,82	47,6	12,5
	Frauen	1.918	22.381	2,10	24,5	11,7
	Gesamt	6.526	79.822	3,08	37,6	12,2



A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.10 Saarland

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	2.671	17.304	13,74	89,0	6,5
	Frauen	1.655	9.688	14,25	83,4	5,9
	Gesamt	4.326	26.992	13,93	86,9	6,2
Neubildungen (C00-D48)	Männer	318	9.510	1,64	48,9	29,9
	Frauen	262	7.223	2,26	62,2	27,6
	Gesamt	580	16.733	1,87	53,9	28,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	118	2.749	0,61	14,1	23,3
	Frauen	62	950	0,53	8,2	15,3
	Gesamt	180	3.699	0,58	11,9	20,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	1.206	50.916	6,20	261,9	42,2
	Frauen	1.020	39.944	8,78	344,0	39,2
	Gesamt	2.226	90.860	7,17	292,6	40,8
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	464	7.434	2,39	38,2	16,0
	Frauen	384	5.136	3,31	44,2	13,4
	Gesamt	848	12.570	2,73	40,5	14,8
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	423	2.858	2,18	14,7	6,8
	Frauen	226	1.233	1,95	10,6	5,5
	Gesamt	649	4.091	2,09	13,2	6,3
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	287	2.764	1,48	14,2	9,6
	Frauen	162	1.758	1,39	15,1	10,9
	Gesamt	449	4.522	1,45	14,6	10,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	735	23.778	3,78	122,3	32,4
	Frauen	342	6.757	2,94	58,2	19,8
	Gesamt	1.077	30.535	3,47	98,3	28,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	7.775	57.687	39,99	296,7	7,4
	Frauen	4.828	34.275	41,57	295,1	7,1
	Gesamt	12.603	91.962	40,58	296,1	7,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	2.748	20.360	14,14	104,7	7,4
	Frauen	1.398	9.458	12,04	81,4	6,8
	Gesamt	4.146	29.818	13,35	96,0	7,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	440	5.159	2,26	26,5	11,7
	Frauen	186	2.845	1,60	24,5	15,3
	Gesamt	626	8.004	2,02	25,8	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	4.808	95.211	24,73	489,8	19,8
	Frauen	2.064	47.353	17,77	407,8	22,9
	Gesamt	6.872	142.564	22,13	459,1	20,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	303	3.837	1,56	19,7	12,7
	Frauen	479	5.164	4,12	44,5	10,8
	Gesamt	782	9.001	2,52	29,0	11,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	298	3.561	2,57	30,7	12,0
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	1.406	17.195	7,23	88,5	12,2
	Frauen	1.075	13.188	9,26	113,6	12,3
	Gesamt	2.481	30.383	7,99	97,8	12,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	2.282	41.402	11,74	213,0	18,1
	Frauen	1.008	18.957	8,68	163,2	18,8
	Gesamt	3.290	60.359	10,59	194,4	18,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	349	7.187	1,80	37,0	20,6
	Frauen	242	5.215	2,08	44,9	21,6
	Gesamt	591	12.402	1,90	39,9	21,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>26.398</b>	<b>366.404</b>	<b>135,79</b>	<b>1.884,8</b>	<b>13,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>15.737</b>	<b>214.017</b>	<b>135,51</b>	<b>1.842,9</b>	<b>13,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>42.135</b>	<b>580.421</b>	<b>135,69</b>	<b>1.869,1</b>	<b>13,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	659	9.500	3,39	48,9	14,4
	Frauen	312	4.172	2,69	35,9	13,4
	Gesamt	971	13.672	3,13	44,0	14,1

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.11 Schleswig-Holstein

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	7.185	39.533	12,89	70,9	5,5
	Frauen	6.523	34.582	13,71	72,7	5,3
	Gesamt	13.708	74.115	13,27	71,7	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	889	25.791	1,59	46,3	29,0
	Frauen	1.027	36.693	2,16	77,1	35,7
	Gesamt	1.916	62.484	1,85	60,5	32,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	389	5.912	0,70	10,6	15,2
	Frauen	342	5.717	0,72	12,0	16,7
	Gesamt	731	11.629	0,71	11,3	15,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.883	121.862	5,17	218,6	42,3
	Frauen	4.152	181.394	8,73	381,3	43,7
	Gesamt	7.035	303.256	6,81	293,5	43,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.211	18.440	2,17	33,1	15,2
	Frauen	1.782	21.025	3,75	44,2	11,8
	Gesamt	2.993	39.465	2,90	38,2	13,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	733	4.681	1,31	8,4	6,4
	Frauen	644	5.241	1,35	11,0	8,1
	Gesamt	1.377	9.922	1,33	9,6	7,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	731	6.396	1,31	11,5	8,8
	Frauen	722	6.654	1,52	14,0	9,2
	Gesamt	1.453	13.050	1,41	12,6	9,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.670	40.219	3,00	72,1	24,1
	Frauen	1.157	20.360	2,43	42,8	17,6
	Gesamt	2.827	60.579	2,74	58,6	21,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	17.893	111.722	32,09	200,4	6,2
	Frauen	18.663	119.206	39,23	250,6	6,4
	Gesamt	36.556	230.928	35,38	223,5	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.124	45.180	12,78	81,0	6,3
	Frauen	6.130	37.841	12,89	79,5	6,2
	Gesamt	13.254	83.021	12,83	80,4	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	995	12.137	1,78	21,8	12,2
	Frauen	659	6.107	1,39	12,8	9,3
	Gesamt	1.654	18.244	1,60	17,7	11,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	12.038	229.346	21,59	411,4	19,1
	Frauen	8.589	190.562	18,05	400,6	22,2
	Gesamt	20.627	419.908	19,96	406,4	20,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	780	7.717	1,40	13,8	9,9
	Frauen	1.858	14.820	3,91	31,2	8,0
	Gesamt	2.638	22.537	2,55	21,8	8,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.090	12.453	2,29	26,2	11,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.542	36.186	6,35	64,9	10,2
	Frauen	4.224	40.213	8,88	84,5	9,5
	Gesamt	7.766	76.399	7,52	73,9	9,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.902	104.412	10,59	187,3	17,7
	Frauen	3.628	64.000	7,63	134,5	17,6
	Gesamt	9.530	168.412	9,22	163,0	17,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	900	13.037	1,61	23,4	14,5
	Frauen	1.077	23.128	2,26	48,6	21,5
	Gesamt	1.977	36.165	1,91	35,0	18,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>65.029</b>	<b>824.928</b>	<b>116,64</b>	<b>1.479,6</b>	<b>12,7</b>
	<b>Frauen</b>	<b>62.426</b>	<b>822.299</b>	<b>131,22</b>	<b>1.728,5</b>	<b>13,2</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>127.455</b>	<b>1.647.227</b>	<b>123,35</b>	<b>1.594,2</b>	<b>12,9</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.260	29.884	4,05	53,6	13,2
	Frauen	1.141	14.553	2,40	30,6	12,8
	Gesamt	3.401	44.437	3,29	43,0	13,1

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.12 Brandenburg

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	8.769	62.998	10,57	75,9	7,2
	Frauen	8.593	62.970	12,70	93,1	7,3
	Gesamt	17.362	125.968	11,53	83,6	7,3
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1.703	39.888	2,05	48,1	23,4
	Frauen	1.833	59.202	2,71	87,5	32,3
	Gesamt	3.536	99.090	2,35	65,8	28,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	775	16.309	0,93	19,7	21,0
	Frauen	684	13.455	1,01	19,9	19,7
	Gesamt	1.459	29.764	0,97	19,8	20,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	4.946	164.341	5,96	198,1	33,2
	Frauen	7.878	287.498	11,65	425,0	36,5
	Gesamt	12.824	451.839	8,51	300,0	35,2
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	1.656	30.385	2,00	36,6	18,4
	Frauen	2.768	41.181	4,09	60,9	14,9
	Gesamt	4.424	71.566	2,94	47,5	16,2
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.602	15.743	1,93	19,0	9,8
	Frauen	1.475	12.667	2,18	18,7	8,6
	Gesamt	3.077	28.410	2,04	18,9	9,2
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	1.212	14.329	1,46	17,3	11,8
	Frauen	1.357	13.689	2,01	20,2	10,1
	Gesamt	2.569	28.018	1,71	18,6	10,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	3.938	90.906	4,75	109,6	23,1
	Frauen	3.257	61.358	4,82	90,7	18,8
	Gesamt	7.195	152.264	4,78	101,1	21,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	27.758	228.076	33,46	274,9	8,2
	Frauen	30.612	258.988	45,26	382,9	8,5
	Gesamt	58.370	487.064	38,76	323,4	8,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	12.544	88.358	15,12	106,5	7,0
	Frauen	10.915	74.276	16,14	109,8	6,8
	Gesamt	23.459	162.634	15,58	108,0	6,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	1.618	25.090	1,95	30,2	15,5
	Frauen	1.264	14.029	1,87	20,7	11,1
	Gesamt	2.882	39.119	1,91	26,0	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	19.848	394.755	23,92	475,8	19,9
	Frauen	15.764	346.044	23,31	511,6	22,0
	Gesamt	35.612	740.799	23,65	491,9	20,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	1.248	17.578	1,50	21,2	14,1
	Frauen	3.667	40.718	5,42	60,2	11,1
	Gesamt	4.915	58.296	3,26	38,7	11,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.793	22.183	2,65	32,8	12,4
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	4.412	50.177	5,32	60,5	11,4
	Frauen	5.699	59.120	8,43	87,4	10,4
	Gesamt	10.111	109.297	6,71	72,6	10,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	9.280	185.949	11,19	224,1	20,0
	Frauen	5.653	111.558	8,36	164,9	19,7
	Gesamt	14.933	297.507	9,92	197,5	19,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	1.396	25.208	1,68	30,4	18,1
	Frauen	1.685	38.349	2,49	56,7	22,8
	Gesamt	3.081	63.557	2,05	42,2	20,6
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>102.903</b>	<b>1.454.759</b>	<b>124,03</b>	<b>1.753,4</b>	<b>14,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>105.180</b>	<b>1.521.477</b>	<b>155,50</b>	<b>2.249,4</b>	<b>14,5</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>208.083</b>	<b>2.976.236</b>	<b>138,16</b>	<b>1.976,2</b>	<b>14,3</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.712	59.464	4,47	71,7	16,0
	Frauen	2.117	32.127	3,13	47,5	15,2
	Gesamt	5.829	91.591	3,87	60,8	15,7

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.13 Mecklenburg-Vorpommern

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.428	28.850	11,16	72,7	6,5
	Frauen	4.816	33.318	13,38	92,6	6,9
	Gesamt	9.244	62.168	12,22	82,2	6,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	925	22.847	2,33	57,6	24,7
	Frauen	1.301	33.672	3,61	93,5	25,9
	Gesamt	2.226	56.519	2,94	74,7	25,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	315	5.347	0,79	13,5	17,0
	Frauen	304	5.993	0,84	16,7	19,7
	Gesamt	619	11.340	0,82	15,0	18,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.198	80.491	5,54	202,9	36,6
	Frauen	4.205	147.673	11,68	410,2	35,1
	Gesamt	6.403	228.164	8,46	301,5	35,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	903	15.787	2,28	39,8	17,5
	Frauen	1.394	20.089	3,87	55,8	14,4
	Gesamt	2.297	35.876	3,04	47,4	15,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	876	5.563	2,21	14,0	6,4
	Frauen	789	6.753	2,19	18,8	8,6
	Gesamt	1.665	12.316	2,20	16,3	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	617	7.890	1,56	19,9	12,8
	Frauen	690	8.434	1,92	23,4	12,2
	Gesamt	1.307	16.324	1,73	21,6	12,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.920	44.998	4,84	113,4	23,4
	Frauen	1.620	27.625	4,50	76,7	17,1
	Gesamt	3.540	72.623	4,68	96,0	20,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	12.632	102.010	31,84	257,1	8,1
	Frauen	15.677	127.061	43,55	353,0	8,1
	Gesamt	28.309	229.071	37,41	302,7	8,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.871	43.953	17,32	110,8	6,4
	Frauen	6.772	38.887	18,81	108,0	5,7
	Gesamt	13.643	82.840	18,03	109,5	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	847	14.172	2,13	35,7	16,7
	Frauen	711	9.055	1,98	25,2	12,7
	Gesamt	1.558	23.227	2,06	30,7	14,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	10.197	198.854	25,70	501,2	19,5
	Frauen	8.236	167.173	22,88	464,4	20,3
	Gesamt	18.433	366.027	24,36	483,7	19,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	614	7.501	1,55	18,9	12,2
	Frauen	1.967	18.834	5,46	52,3	9,6
	Gesamt	2.581	26.335	3,41	34,8	10,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	910	10.349	2,53	28,8	11,4
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.305	28.138	5,81	70,9	12,2
	Frauen	3.279	40.616	9,11	112,8	12,4
	Gesamt	5.584	68.754	7,38	90,9	12,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.683	95.890	11,80	241,7	20,5
	Frauen	2.866	55.222	7,96	153,4	19,3
	Gesamt	7.549	151.112	9,98	199,7	20,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	667	12.399	1,68	31,3	18,6
	Frauen	968	18.863	2,69	52,4	19,5
	Gesamt	1.635	31.262	2,16	41,3	19,1
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>51.134</b>	<b>718.062</b>	<b>128,89</b>	<b>1.810,0</b>	<b>14,0</b>
	<b>Frauen</b>	<b>56.676</b>	<b>771.749</b>	<b>157,43</b>	<b>2.143,8</b>	<b>13,6</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>107.810</b>	<b>1.489.811</b>	<b>142,47</b>	<b>1.968,8</b>	<b>13,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.024	31.375	5,10	79,1	15,5
	Frauen	1.068	16.160	2,97	44,9	15,1
	Gesamt	3.092	47.535	4,09	62,8	15,4

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.14 Sachsen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	6.269	39.029	11,37	70,8	6,2
	Frauen	4.999	31.933	12,19	77,9	6,4
	Gesamt	11.268	70.962	11,72	73,8	6,3
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1.199	31.250	2,17	56,7	26,1
	Frauen	1.281	35.957	3,12	87,7	28,1
	Gesamt	2.480	67.207	2,58	69,9	27,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	525	7.908	0,95	14,3	15,1
	Frauen	412	7.243	1,00	17,7	17,6
	Gesamt	937	15.151	0,97	15,8	16,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	2.909	90.294	5,28	163,8	31,0
	Frauen	4.314	149.872	10,52	365,4	34,7
	Gesamt	7.223	240.166	7,51	249,8	33,3
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	1.151	18.566	2,09	33,7	16,1
	Frauen	1.666	21.429	4,06	52,2	12,9
	Gesamt	2.817	39.995	2,93	41,6	14,2
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	1.212	8.453	2,20	15,3	7,0
	Frauen	999	7.357	2,44	17,9	7,4
	Gesamt	2.211	15.810	2,30	16,4	7,2
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	806	7.940	1,46	14,4	9,9
	Frauen	719	7.830	1,75	19,1	10,9
	Gesamt	1.525	15.770	1,59	16,4	10,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	2.449	56.482	4,44	102,5	23,1
	Frauen	1.733	28.679	4,22	69,9	16,6
	Gesamt	4.182	85.161	4,35	88,6	20,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	20.307	154.064	36,83	279,4	7,6
	Frauen	19.115	147.364	46,60	359,3	7,7
	Gesamt	39.422	301.428	41,00	313,5	7,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	9.276	63.265	16,82	114,8	6,8
	Frauen	7.315	41.933	17,83	102,2	5,7
	Gesamt	16.591	105.198	17,25	109,4	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	1.142	16.097	2,07	29,2	14,1
	Frauen	782	7.364	1,91	18,0	9,4
	Gesamt	1.924	23.461	2,00	24,4	12,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	12.532	232.566	22,73	421,8	18,6
	Frauen	8.779	183.646	21,40	447,7	20,9
	Gesamt	21.311	416.212	22,16	432,9	19,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	859	10.134	1,56	18,4	11,8
	Frauen	2.415	24.499	5,89	59,7	10,1
	Gesamt	3.274	34.633	3,41	36,0	10,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.082	12.230	2,64	29,8	11,3
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	3.005	31.363	5,45	56,9	10,4
	Frauen	3.336	32.370	8,13	78,9	9,7
	Gesamt	6.341	63.733	6,59	66,3	10,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	6.364	115.305	11,54	209,1	18,1
	Frauen	3.487	65.339	8,50	159,3	18,7
	Gesamt	9.851	180.644	10,25	187,9	18,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	587	11.638	1,06	21,1	19,8
	Frauen	754	15.239	1,84	37,2	20,2
	Gesamt	1.341	26.877	1,39	28,0	20,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>70.740</b>	<b>897.174</b>	<b>128,31</b>	<b>1.627,3</b>	<b>12,7</b>
	<b>Frauen</b>	<b>63.362</b>	<b>824.193</b>	<b>154,47</b>	<b>2.009,3</b>	<b>13,0</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>134.102</b>	<b>1.721.367</b>	<b>139,47</b>	<b>1.790,3</b>	<b>12,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.242	31.415	4,07	57,0	14,0
	Frauen	1.187	17.415	2,89	42,5	14,7
	Gesamt	3.429	48.830	3,57	50,8	14,2

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.15 Sachsen-Anhalt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.413	29.896	10,52	71,3	6,8
	Frauen	3.792	25.671	11,47	77,7	6,8
	Gesamt	8.205	55.567	10,94	74,1	6,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.025	25.539	2,44	60,9	24,9
	Frauen	1.144	36.142	3,46	109,4	31,6
	Gesamt	2.169	61.681	2,89	82,2	28,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	509	9.436	1,21	22,5	18,5
	Frauen	436	7.401	1,32	22,4	17,0
	Gesamt	945	16.837	1,26	22,5	17,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.338	67.441	5,57	160,8	28,9
	Frauen	3.565	115.132	10,79	348,4	32,3
	Gesamt	5.903	182.573	7,87	243,4	30,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	958	17.878	2,28	42,6	18,7
	Frauen	1.373	17.170	4,15	52,0	12,5
	Gesamt	2.331	35.048	3,11	46,7	15,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	945	7.625	2,25	18,2	8,1
	Frauen	693	5.222	2,10	15,8	7,5
	Gesamt	1.638	12.847	2,18	17,1	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	733	9.252	1,75	22,1	12,6
	Frauen	725	8.993	2,19	27,2	12,4
	Gesamt	1.458	18.245	1,94	24,3	12,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.417	58.075	5,76	138,4	24,0
	Frauen	1.840	35.791	5,57	108,3	19,5
	Gesamt	4.257	93.866	5,68	125,2	22,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	14.697	122.335	35,03	291,6	8,3
	Frauen	15.131	128.079	45,78	387,5	8,5
	Gesamt	29.828	250.414	39,77	333,9	8,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.553	48.415	18,00	115,4	6,4
	Frauen	6.380	41.012	19,30	124,1	6,4
	Gesamt	13.933	89.427	18,58	119,2	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	979	15.708	2,33	37,4	16,0
	Frauen	689	7.465	2,08	22,6	10,8
	Gesamt	1.668	23.173	2,22	30,9	13,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.376	220.978	27,11	526,7	19,4
	Frauen	8.008	167.118	24,23	505,6	20,9
	Gesamt	19.384	388.096	25,84	517,4	20,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	760	11.773	1,81	28,1	15,5
	Frauen	1.947	21.628	5,89	65,4	11,1
	Gesamt	2.707	33.401	3,61	44,5	12,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	973	11.297	2,94	34,2	11,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.663	34.221	6,35	81,6	12,9
	Frauen	3.069	33.531	9,29	101,5	10,9
	Gesamt	5.732	67.752	7,64	90,3	11,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.300	98.358	12,63	234,4	18,6
	Frauen	2.943	56.458	8,90	170,8	19,2
	Gesamt	8.243	154.816	10,99	206,4	18,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	570	12.754	1,36	30,4	22,4
	Frauen	738	14.362	2,23	43,5	19,5
	Gesamt	1.308	27.116	1,74	36,2	20,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>57.367</b>	<b>791.954</b>	<b>136,73</b>	<b>1.887,6</b>	<b>13,8</b>
	<b>Frauen</b>	<b>53.615</b>	<b>734.487</b>	<b>162,22</b>	<b>2.222,3</b>	<b>13,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>110.982</b>	<b>1.526.441</b>	<b>147,97</b>	<b>2.035,1</b>	<b>13,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.928	28.590	4,60	68,1	14,8
	Frauen	1.021	15.653	3,09	47,4	15,3
	Gesamt	2.949	44.243	3,93	59,0	15,0

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.16 Thüringen

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	5.200	32.910	11,24	71,2	6,3
	Frauen	5.027	33.262	13,16	87,1	6,6
	Gesamt	10.227	66.172	12,11	78,4	6,5
Neubildungen (C00-D48)	Männer	1.175	31.094	2,54	67,2	26,5
	Frauen	1.403	36.451	3,67	95,4	26,0
	Gesamt	2.578	67.545	3,05	80,0	26,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	546	10.945	1,18	23,7	20,1
	Frauen	394	7.261	1,03	19,0	18,4
	Gesamt	940	18.206	1,11	21,6	19,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	2.368	73.845	5,12	159,7	31,2
	Frauen	3.894	135.161	10,19	353,8	34,7
	Gesamt	6.262	209.006	7,42	247,5	33,4
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	1.129	22.111	2,44	47,8	19,6
	Frauen	1.691	25.216	4,43	66,0	14,9
	Gesamt	2.820	47.327	3,34	56,0	16,8
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	865	6.817	1,87	14,7	7,9
	Frauen	777	7.238	2,03	19,0	9,3
	Gesamt	1.642	14.055	1,94	16,6	8,6
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	747	7.503	1,62	16,2	10,0
	Frauen	734	8.281	1,92	21,7	11,3
	Gesamt	1.481	15.784	1,75	18,7	10,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	2.366	56.258	5,12	121,7	23,8
	Frauen	1.819	29.830	4,76	78,1	16,4
	Gesamt	4.185	86.088	4,96	102,0	20,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	16.479	131.359	35,63	284,1	8,0
	Frauen	17.506	143.570	45,83	375,8	8,2
	Gesamt	33.985	274.929	40,24	325,6	8,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	7.726	55.194	16,71	119,4	7,1
	Frauen	7.163	42.305	18,75	110,7	5,9
	Gesamt	14.889	97.499	17,63	115,5	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	1.088	16.402	2,35	35,5	15,1
	Frauen	817	9.267	2,14	24,3	11,3
	Gesamt	1.905	25.669	2,26	30,4	13,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	12.164	235.176	26,30	508,6	19,3
	Frauen	9.194	187.262	24,07	490,2	20,4
	Gesamt	21.358	422.438	25,29	500,3	19,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	719	10.817	1,55	23,4	15,0
	Frauen	2.224	24.696	5,82	64,7	11,1
	Gesamt	2.943	35.513	3,49	42,1	12,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	1.231	15.057	3,22	39,4	12,2
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	2.703	30.850	5,84	66,7	11,4
	Frauen	3.419	34.501	8,95	90,3	10,1
	Gesamt	6.122	65.351	7,25	77,4	10,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	5.700	107.829	12,33	233,2	18,9
	Frauen	3.168	60.938	8,29	159,5	19,2
	Gesamt	8.868	168.767	10,50	199,9	19,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	575	11.003	1,24	23,8	19,1
	Frauen	723	15.842	1,89	41,5	21,9
	Gesamt	1.298	26.845	1,54	31,8	20,7
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>61.703</b>	<b>841.838</b>	<b>133,43</b>	<b>1.820,4</b>	<b>13,6</b>
	<b>Frauen</b>	<b>61.339</b>	<b>819.075</b>	<b>160,57</b>	<b>2.144,2</b>	<b>13,4</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>123.042</b>	<b>1.660.913</b>	<b>145,71</b>	<b>1.966,9</b>	<b>13,5</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.185	30.147	4,72	65,2	13,8
	Frauen	1.093	15.482	2,86	40,5	14,2
	Gesamt	3.278	45.629	3,88	54,0	13,9

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.17 Bund West

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	307.169	1.685.161	12,76	70,0	5,5
	Frauen	253.167	1.386.551	13,33	73,0	5,5
	Gesamt	560.336	3.071.712	13,01	71,3	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	39.279	994.859	1,63	41,3	25,3
	Frauen	39.689	1.265.778	2,09	66,6	31,9
	Gesamt	78.968	2.260.637	1,83	52,5	28,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	15.154	266.381	0,63	11,1	17,6
	Frauen	12.902	206.901	0,68	10,9	16,0
	Gesamt	28.056	473.282	0,65	11,0	16,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	120.133	4.326.712	4,99	179,7	36,0
	Frauen	150.657	5.505.819	7,93	289,8	36,6
	Gesamt	270.790	9.832.531	6,29	228,3	36,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	54.170	799.025	2,25	33,2	14,8
	Frauen	68.243	800.855	3,59	42,2	11,7
	Gesamt	122.413	1.599.880	2,84	37,1	13,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	36.373	270.034	1,51	11,2	7,4
	Frauen	27.668	196.697	1,46	10,4	7,1
	Gesamt	64.041	466.731	1,49	10,8	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	33.505	312.639	1,39	13,0	9,3
	Frauen	30.576	270.219	1,61	14,2	8,8
	Gesamt	64.081	582.858	1,49	13,5	9,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	77.589	1.738.970	3,22	72,2	22,4
	Frauen	52.858	785.922	2,78	41,4	14,9
	Gesamt	130.447	2.524.892	3,03	58,6	19,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	885.535	5.688.907	36,78	236,3	6,4
	Frauen	803.924	5.080.089	42,32	267,4	6,3
	Gesamt	1.689.459	10.768.996	39,22	250,0	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	309.970	1.998.147	12,87	83,0	6,5
	Frauen	235.755	1.335.920	12,41	70,3	5,7
	Gesamt	545.725	3.334.067	12,67	77,4	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	43.455	552.870	1,80	23,0	12,7
	Frauen	27.324	292.669	1,44	15,4	10,7
	Gesamt	70.779	845.539	1,64	19,6	12,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	536.678	9.470.869	22,29	393,4	17,7
	Frauen	325.880	6.414.647	17,16	337,7	19,7
	Gesamt	862.558	15.885.516	20,03	368,8	18,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	34.609	373.451	1,44	15,5	10,8
	Frauen	82.290	678.269	4,33	35,7	8,2
	Gesamt	116.899	1.051.720	2,71	24,4	9,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	48.498	507.041	2,55	26,7	10,5
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	163.146	1.511.535	6,78	62,8	9,3
	Frauen	174.396	1.494.799	9,18	78,7	8,6
	Gesamt	337.542	3.006.334	7,84	69,8	8,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	253.387	4.327.783	10,52	179,8	17,1
	Frauen	137.553	2.353.164	7,24	123,9	17,1
	Gesamt	390.940	6.680.947	9,08	155,1	17,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	32.893	602.372	1,37	25,0	18,3
	Frauen	38.742	748.310	2,04	39,4	19,3
	Gesamt	71.635	1.350.682	1,66	31,4	18,9
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>2.949.219</b>	<b>35.030.803</b>	<b>122,49</b>	<b>1.454,9</b>	<b>11,9</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.516.901</b>	<b>29.455.122</b>	<b>132,50</b>	<b>1.550,6</b>	<b>11,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>5.466.120</b>	<b>64.485.925</b>	<b>126,90</b>	<b>1.497,1</b>	<b>11,8</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	83.997	1.121.293	3,49	46,6	13,4
	Frauen	37.883	481.440	1,99	25,3	12,7
	Gesamt	121.880	1.602.733	2,83	37,2	13,2



A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) –  
mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.18 Bund Ost

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Männer	29.079	193.683	10,92	72,7	6,7
	Frauen	27.227	187.154	12,60	86,6	6,9
	Gesamt	56.306	380.837	11,67	79,0	6,8
Neubildungen (C00-D48)	Männer	6.027	150.618	2,26	56,6	25,0
	Frauen	6.962	201.424	3,22	93,2	28,9
	Gesamt	12.989	352.042	2,69	73,0	27,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Männer	2.670	49.945	1,00	18,8	18,7
	Frauen	2.230	41.353	1,03	19,1	18,5
	Gesamt	4.900	91.298	1,02	18,9	18,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Männer	14.759	476.412	5,54	178,9	32,3
	Frauen	23.856	835.336	11,04	386,7	35,0
	Gesamt	38.615	1.311.748	8,01	272,0	34,0
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Männer	5.797	104.727	2,18	39,3	18,1
	Frauen	8.892	125.085	4,12	57,9	14,1
	Gesamt	14.689	229.812	3,05	47,7	15,7
Krankheiten des Auges (H00-H59)	Männer	5.500	44.201	2,07	16,6	8,0
	Frauen	4.733	39.237	2,19	18,2	8,3
	Gesamt	10.233	83.438	2,12	17,3	8,2
Krankheiten des Ohres (H60-H95)	Männer	4.115	46.914	1,55	17,6	11,4
	Frauen	4.225	47.227	1,96	21,9	11,2
	Gesamt	8.340	94.141	1,73	19,5	11,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Männer	13.090	306.719	4,92	115,2	23,4
	Frauen	10.269	183.283	4,75	84,8	17,9
	Gesamt	23.359	490.002	4,84	101,6	21,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	Männer	91.873	737.844	34,50	277,1	8,0
	Frauen	98.041	805.062	45,38	372,7	8,2
	Gesamt	189.914	1.542.906	39,38	319,9	8,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Männer	43.970	299.185	16,51	112,4	6,8
	Frauen	38.545	238.413	17,84	110,4	6,2
	Gesamt	82.515	537.598	17,11	111,5	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Männer	5.674	87.469	2,13	32,9	15,4
	Frauen	4.263	47.180	1,97	21,8	11,1
	Gesamt	9.937	134.649	2,06	27,9	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	Männer	66.117	1.282.329	24,83	481,6	19,4
	Frauen	49.981	1.051.243	23,14	486,6	21,0
	Gesamt	116.098	2.333.572	24,07	483,8	20,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Männer	4.200	57.803	1,58	21,7	13,8
	Frauen	12.220	130.375	5,66	60,4	10,7
	Gesamt	16.420	188.178	3,40	39,0	11,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Männer	-	-	-	-	-
	Frauen	5.989	71.116	2,77	32,9	11,9
	Gesamt	-	-	-	-	-
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99)	Männer	15.088	174.749	5,67	65,6	11,6
	Frauen	18.802	200.138	8,70	92,6	10,6
	Gesamt	33.890	374.887	7,03	77,7	11,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)	Männer	31.327	603.331	11,77	226,6	19,3
	Frauen	18.117	349.515	8,39	161,8	19,3
	Gesamt	49.444	952.846	10,25	197,6	19,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Männer	3.795	73.002	1,43	27,4	19,2
	Frauen	4.868	102.655	2,25	47,5	21,1
	Gesamt	8.663	175.657	1,80	36,4	20,3
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>343.847</b>	<b>4.703.787</b>	<b>129,13</b>	<b>1.766,6</b>	<b>13,7</b>
	<b>Frauen</b>	<b>340.172</b>	<b>4.670.981</b>	<b>157,46</b>	<b>2.162,1</b>	<b>13,7</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>684.019</b>	<b>9.374.768</b>	<b>141,82</b>	<b>1.943,7</b>	<b>13,7</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	12.091	180.991	4,54	68,0	15,0
	Frauen	6.486	96.837	3,00	44,8	14,9
	Gesamt	18.577	277.828	3,85	57,6	15,0

A.11 AU-Kennzahlen der Mitglieder ohne Renter – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Diagnosehauptgruppen und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)

A.11.19 Bund Gesamt

Diagnosehauptgruppe	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	336.248	1.878.844	12,57	70,3	5,6
	Frauen	280.394	1.573.705	13,25	74,4	5,6
	Gesamt	616.642	3.452.549	12,87	72,1	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	45.306	1.145.477	1,69	42,8	25,3
	Frauen	46.651	1.467.202	2,21	69,4	31,5
	Gesamt	91.957	2.612.679	1,92	54,6	28,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	17.824	316.326	0,67	11,8	17,8
	Frauen	15.132	248.254	0,72	11,7	16,4
	Gesamt	32.956	564.580	0,69	11,8	17,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	134.892	4.803.124	5,04	179,6	35,6
	Frauen	174.513	6.341.155	8,25	299,7	36,3
	Gesamt	309.405	11.144.279	6,46	232,7	36,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	59.967	903.752	2,24	33,8	15,1
	Frauen	77.135	925.940	3,65	43,8	12,0
	Gesamt	137.102	1.829.692	2,86	38,2	13,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	41.873	314.235	1,57	11,8	7,5
	Frauen	32.401	235.934	1,53	11,2	7,3
	Gesamt	74.274	550.169	1,55	11,5	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	37.620	359.553	1,41	13,5	9,6
	Frauen	34.801	317.446	1,64	15,0	9,1
	Gesamt	72.421	676.999	1,51	14,1	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	90.679	2.045.689	3,39	76,5	22,6
	Frauen	63.127	969.205	2,98	45,8	15,4
	Gesamt	153.806	3.014.894	3,21	63,0	19,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	977.408	6.426.751	36,55	240,3	6,6
	Frauen	901.965	5.885.151	42,63	278,2	6,5
	Gesamt	1.879.373	12.311.902	39,24	257,1	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	353.940	2.297.332	13,24	85,9	6,5
	Frauen	274.300	1.574.333	12,97	74,4	5,7
	Gesamt	628.240	3.871.665	13,12	80,8	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	49.129	640.339	1,84	24,0	13,0
	Frauen	31.587	339.849	1,49	16,1	10,8
	Gesamt	80.716	980.188	1,69	20,5	12,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	602.795	10.753.198	22,54	402,1	17,8
	Frauen	375.861	7.465.890	17,77	352,9	19,9
	Gesamt	978.656	18.219.088	20,43	380,4	18,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	38.809	431.254	1,45	16,1	11,1
	Frauen	94.510	808.644	4,47	38,2	8,6
	Gesamt	133.319	1.239.898	2,78	25,9	9,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	54.487	578.157	2,58	27,3	10,6
	Gesamt	–	–	–	–	–
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	178.234	1.686.284	6,67	63,1	9,5
	Frauen	193.198	1.694.937	9,13	80,1	8,8
	Gesamt	371.432	3.381.221	7,75	70,6	9,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	284.714	4.931.114	10,65	184,4	17,3
	Frauen	155.670	2.702.679	7,36	127,8	17,4
	Gesamt	440.384	7.633.793	9,19	159,4	17,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	36.688	675.374	1,37	25,3	18,4
	Frauen	43.610	850.965	2,06	40,2	19,5
	Gesamt	80.298	1.526.339	1,68	31,9	19,0
<b>Gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>3.293.066</b>	<b>39.734.590</b>	<b>123,15</b>	<b>1.486,0</b>	<b>12,1</b>
	<b>Frauen</b>	<b>2.857.073</b>	<b>34.126.103</b>	<b>135,05</b>	<b>1.613,0</b>	<b>11,9</b>
	<b>Gesamt</b>	<b>6.150.139</b>	<b>73.860.693</b>	<b>128,41</b>	<b>1.542,1</b>	<b>12,0</b>
davon Arbeitsunfälle	Männer	96.088	1.302.284	3,59	48,7	13,6
	Frauen	44.369	578.277	2,10	27,3	13,0
	Gesamt	140.457	1.880.561	2,93	39,3	13,4

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2015)

A.12.1 Landkreise Baden-Württemberg

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Stuttgart	8111	41.882	11,56	3,17	12,48	3,42
Böblingen	8115	31.635	12,00	3,29	12,09	3,31
Esslingen	8116	41.002	11,10	3,04	11,22	3,07
Göppingen	8117	18.805	14,10	3,86	13,98	3,83
Ludwigsburg	8118	52.752	12,65	3,46	12,77	3,50
Rems-Murr-Kreis	8119	26.819	12,35	3,38	12,40	3,40
Heilbronn	8121	9.253	13,76	3,77	14,15	3,88
Heilbronn	8125	36.375	13,13	3,60	13,25	3,63
Hohenlohekreis	8126	7.628	12,79	3,51	13,96	3,82
Schwäbisch Hall	8127	9.411	12,97	3,55	13,23	3,62
Main-Tauber-Kreis	8128	5.601	12,84	3,52	12,98	3,56
Heidenheim	8135	17.087	15,25	4,18	14,99	4,11
Ostalbkreis	8136	20.642	15,18	4,16	14,97	4,10
Baden-Baden	8211	2.893	13,97	3,83	14,31	3,92
Karlsruhe	8212	19.518	13,09	3,59	13,31	3,65
Karlsruhe	8215	33.694	14,15	3,88	14,04	3,85
Rastatt	8216	22.235	15,38	4,21	15,40	4,22
Heidelberg	8221	5.190	10,18	2,79	11,15	3,05
Mannheim	8222	20.623	15,64	4,28	16,13	4,42
Neckar-Odenwald-Kreis	8225	10.071	16,23	4,45	16,23	4,45
Rhein-Neckar-Kreis	8226	34.349	14,49	3,97	14,51	3,98
Pforzheim	8231	4.074	14,49	3,97	14,48	3,97
Calw	8235	8.922	13,31	3,65	13,25	3,63
Enzkreis	8236	10.587	12,31	3,37	12,09	3,31
Freudenstadt	8237	5.719	12,89	3,53	12,69	3,48
Freiburg im Breisgau	8311	8.827	10,46	2,87	10,71	2,93
Breisgau-Hochschwarzwald	8315	12.456	11,67	3,20	11,61	3,18
Emmendingen	8316	7.535	11,90	3,26	11,71	3,21
Ortenaukreis	8317	18.649	13,20	3,62	13,06	3,58
Rottweil	8325	10.621	13,18	3,61	13,07	3,58
Schwarzwald-Baar-Kreis	8326	20.191	13,37	3,66	13,27	3,64
Tuttlingen	8327	12.732	13,43	3,68	13,46	3,69
Konstanz	8335	15.902	13,48	3,69	13,33	3,65
Lörrach	8336	11.021	12,36	3,39	12,34	3,38
Waldshut	8337	7.662	11,40	3,12	11,39	3,12
Reutlingen	8415	17.465	13,41	3,67	13,41	3,67
Tübingen	8416	10.962	11,89	3,26	12,11	3,32
Zollernalbkreis	8417	8.071	13,31	3,65	13,41	3,67
Ulm	8421	9.855	13,04	3,57	13,40	3,67
Alb-Donau-Kreis	8425	15.949	14,10	3,86	14,02	3,84
Biberach	8426	18.562	12,84	3,52	12,85	3,52
Bodenseekreis	8435	30.203	14,33	3,93	14,21	3,89
Ravensburg	8436	25.723	12,28	3,36	12,43	3,40
Sigmaringen	8437	6.325	12,46	3,41	12,44	3,41
alle Kreise	8999	765.475	13,15	3,60	13,24	3,63

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2015)

A.12.2 Landkreise Bayern

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Ingolstadt	9161	30.688	14,24	3,90	14,97	4,10
München, Landeshauptstadt	9162	109.316	11,45	3,14	12,35	3,38
Rosenheim	9163	3.826	12,28	3,37	12,61	3,46
Altötting	9171	4.587	15,29	4,19	15,27	4,18
Berchtesgadener Land	9172	2.173	13,96	3,83	14,49	3,97
Bad Tölz-Wolfratshausen	9173	7.199	12,04	3,30	11,91	3,26
Dachau	9174	20.801	13,78	3,77	13,80	3,78
Ebersberg	9175	11.012	10,66	2,92	10,69	2,93
Eichstätt	9176	35.461	12,74	3,49	13,12	3,60
Erding	9177	9.833	12,52	3,43	12,67	3,47
Freising	9178	13.072	12,30	3,37	12,64	3,46
Fürstenfeldbruck	9179	16.764	11,87	3,25	11,87	3,25
Garmisch-Partenkirchen	9180	2.881	11,95	3,27	12,10	3,32
Landsberg am Lech	9181	7.490	11,84	3,24	11,75	3,22
Miesbach	9182	5.336	12,29	3,37	12,31	3,37
Mühldorf a.Inn	9183	5.755	14,83	4,06	14,92	4,09
München	9184	23.730	10,72	2,94	10,78	2,95
Neuburg-Schrobenhausen	9185	18.985	14,93	4,09	15,46	4,24
Pfaffenhofen a.d.Ilm	9186	21.387	13,74	3,76	13,94	3,82
Rosenheim	9187	16.875	12,71	3,48	12,79	3,50
Starnberg	9188	7.020	9,54	2,62	9,40	2,58
Traunstein	9189	11.644	13,93	3,82	13,86	3,80
Weilheim-Schongau	9190	8.824	13,80	3,78	13,55	3,71
Landshut	9261	5.285	14,19	3,89	14,75	4,04
Passau	9262	2.948	15,39	4,22	15,70	4,30
Straubing	9263	3.493	17,03	4,66	17,63	4,83
Deggendorf	9271	10.292	14,70	4,03	14,67	4,02
Freyung-Grafenau	9272	6.048	16,48	4,51	16,66	4,56
Kelheim	9273	11.957	13,97	3,83	14,41	3,95
Landshut	9274	19.305	13,60	3,73	13,69	3,75
Passau	9275	14.146	15,14	4,15	14,86	4,07
Regen	9276	7.888	15,65	4,29	15,88	4,35
Rottal-Inn	9277	9.270	13,31	3,65	13,36	3,66
Straubing-Bogen	9278	9.411	14,73	4,04	14,68	4,02
Dingolfing-Landau	9279	21.351	14,22	3,89	14,34	3,93
Amberg	9361	4.512	15,58	4,27	15,32	4,20
Regensburg	9362	12.654	13,30	3,64	14,50	3,97
Weiden i.d.OPf.	9363	3.216	16,74	4,59	16,59	4,54
Amberg-Weizsach	9371	10.380	14,73	4,04	14,67	4,02
Cham	9372	8.120	15,80	4,33	15,95	4,37
Neumarkt i.d.OPf.	9373	13.574	13,66	3,74	13,90	3,81
Neustadt a.d.Waldnaab	9374	7.358	17,15	4,70	16,96	4,65
Regensburg	9375	23.232	14,66	4,02	14,87	4,07
Schwandorf	9376	13.570	16,48	4,52	16,66	4,56
Tirschenreuth	9377	5.405	17,18	4,71	16,72	4,58
Bamberg	9461	5.005	14,75	4,04	15,44	4,23
Bayreuth	9462	1.984	14,18	3,88	14,87	4,07
Coburg	9463	4.128	17,91	4,91	17,94	4,92
Hof	9464	2.220	20,66	5,66	20,37	5,58
Bamberg	9471	17.379	17,25	4,73	17,47	4,79
Bayreuth	9472	4.517	15,65	4,29	15,44	4,23
Coburg	9473	12.417	17,93	4,91	17,67	4,84
Forchheim	9474	17.286	14,69	4,02	14,65	4,01
Hof	9475	4.082	16,13	4,42	15,74	4,31
Kronach	9476	3.222	17,86	4,89	17,42	4,77
Kulmbach	9477	2.186	14,11	3,87	13,71	3,76

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2015)

Fortsetzung: A.12.2 Landkreise Bayern

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Lichtenfels	9478	4.589	17,74	4,86	17,90	4,91
Wunsiedel i.Fichtelgebirge	9479	3.298	16,86	4,62	15,94	4,37
Ansbach	9561	3.816	16,62	4,55	16,76	4,59
Erlangen	9562	16.707	12,01	3,29	12,06	3,30
Fürth	9563	10.229	14,97	4,10	15,21	4,17
Nürnberg	9564	35.932	14,20	3,89	14,77	4,05
Schwabach	9565	-	-	-	-	-
Ansbach	9571	12.785	14,49	3,97	15,04	4,12
Erlangen-Höchstadt	9572	17.149	12,63	3,46	12,37	3,39
Fürth	9573	9.915	14,36	3,94	14,26	3,91
Nürnberger Land	9574	10.492	14,47	3,96	14,30	3,92
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	9575	5.129	14,84	4,06	15,10	4,14
Roth	9576	14.025	14,44	3,95	14,33	3,93
Weißenburg-Gunzenhausen	9577	6.399	16,99	4,66	16,87	4,62
Aschaffenburg	9661	5.632	15,75	4,31	16,30	4,46
Schweinfurt	9662	3.828	17,21	4,71	17,02	4,66
Würzburg	9663	6.658	11,97	3,28	12,50	3,42
Aschaffenburg	9671	15.219	15,42	4,22	15,22	4,17
Bad Kissingen	9672	6.117	16,97	4,65	16,95	4,64
Rhön-Grabfeld	9673	6.378	17,82	4,88	18,16	4,98
Haßberge	9674	10.640	18,07	4,95	18,17	4,98
Kitzingen	9675	4.249	14,65	4,01	14,74	4,04
Miltenberg	9676	16.656	16,62	4,55	16,65	4,56
Main-Spessart	9677	11.169	16,13	4,42	16,23	4,45
Schweinfurt	9678	12.847	18,02	4,94	17,47	4,79
Würzburg	9679	11.188	14,54	3,98	14,42	3,95
Augsburg	9761	29.709	15,47	4,24	15,66	4,29
Kaufbeuren	9762	1.474	12,74	3,49	13,11	3,59
Kempten (Allgäu)	9763	3.078	14,47	3,96	14,71	4,03
Memmingen	9764	1.552	11,50	3,15	11,28	3,09
Aichach-Friedberg	9771	16.745	13,80	3,78	13,99	3,83
Augsburg	9772	28.616	14,84	4,07	14,85	4,07
Dillingen a.d.Donau	9773	6.885	16,42	4,50	16,47	4,51
Günzburg	9774	6.115	15,10	4,14	15,34	4,20
Neu-Ulm	9775	16.322	15,55	4,26	15,53	4,26
Lindau (Bodensee)	9776	5.313	12,48	3,42	12,53	3,43
Ostallgäu	9777	6.809	13,00	3,56	12,99	3,56
Unterallgäu	9778	5.826	13,62	3,73	14,09	3,86
Donau-Ries	9779	7.151	14,42	3,95	15,20	4,16
Oberallgäu	9780	12.601	12,60	3,45	12,66	3,47
alle Kreise	9999	1.101.744	14,12	3,87	14,31	3,92

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2015)

A.12.3 Landkreise Berlin

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Berlin, Stadt	11000	232.611	17,05	4,67	17,25	4,73
alle Kreise	11999	232.611	17,05	4,67	17,25	4,73

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.4 Landkreise Bremen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Bremen, Stadt	4011	34.292	14,98	4,10	15,09	4,13
Bremerhaven, Stadt	4012	3.193	18,46	5,06	18,02	4,94
alle Kreise	4999	37.485	15,27	4,18	15,36	4,21

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.5 Landkreise Hamburg

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Hamburg, Freie und Hansestadt	2000	66.701	13,88	3,80	15,13	4,14
alle Kreise	2999	66.701	13,88	3,80	15,13	4,14

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.6 Landkreise Hessen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Darmstadt, Wissenschaftsstadt	6411	9.080	14,42	3,95	14,88	4,08
Frankfurt am Main, Stadt	6412	34.173	11,93	3,27	12,87	3,52
Offenbach am Main, Stadt	6413	5.032	15,41	4,22	16,08	4,41
Wiesbaden, Landeshauptstadt	6414	13.534	13,80	3,78	14,07	3,85
Bergstraße	6431	22.140	15,18	4,16	14,97	4,10
Darmstadt-Dieburg	6432	19.660	15,62	4,28	15,60	4,27
Groß-Gerau	6433	15.123	15,82	4,33	16,21	4,44
Hochtaunuskreis	6434	11.002	11,48	3,15	11,23	3,08
Main-Kinzig-Kreis	6435	29.181	15,98	4,38	16,12	4,42
Main-Taunus-Kreis	6436	12.479	12,42	3,40	12,49	3,42
Odenwaldkreis	6437	4.124	16,88	4,63	16,73	4,58
Offenbach	6438	17.124	13,75	3,77	13,74	3,76
Rheingau-Taunus-Kreis	6439	9.402	14,15	3,88	14,06	3,85
Wetteraukreis	6440	14.652	15,83	4,34	15,83	4,34
Gießen	6531	8.423	17,30	4,74	17,31	4,74
Lahn-Dill-Kreis	6532	7.608	15,08	4,13	14,97	4,10
Limburg-Weilburg	6533	6.292	15,77	4,32	15,97	4,38
Marburg-Biedenkopf	6534	6.930	15,14	4,15	15,18	4,16
Vogelsbergkreis	6535	4.292	17,14	4,69	16,52	4,53
Kassel, documenta-Stadt	6611	19.047	15,39	4,22	15,69	4,30
Fulda	6631	15.520	15,44	4,23	15,59	4,27
Hersfeld-Rotenburg	6632	7.108	17,86	4,89	17,84	4,89
Kassel	6633	27.778	16,27	4,46	15,82	4,33
Schwalm-Eder-Kreis	6634	20.823	18,25	5,00	17,84	4,89
Waldeck-Frankenberg	6635	10.269	16,90	4,63	16,67	4,57
Werra-Meißner-Kreis	6636	14.979	15,79	4,32	15,53	4,26
alle Kreise	6999	365.775	15,15	4,15	15,21	4,17

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2015)

A.12.7 Landkreise Niedersachsen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Braunschweig, Stadt	3101	19.890	14,65	4,01	15,32	4,20
Salzgitter, Stadt	3102	7.977	19,34	5,30	19,82	5,43
Wolfsburg, Stadt	3103	28.729	15,57	4,26	15,85	4,34
Gifhorn	3151	26.741	16,14	4,42	15,84	4,34
Göttingen	3152	10.432	16,42	4,50	16,27	4,46
Goslar	3153	3.882	15,84	4,34	15,45	4,23
Helmstedt	3154	12.957	19,18	5,26	18,84	5,16
Northeim	3155	7.802	18,71	5,13	17,89	4,90
Osterode am Harz	3156	2.155	18,92	5,18	18,25	5,00
Peine	3157	9.148	19,33	5,30	19,22	5,26
Wolfenbüttel	3158	9.419	16,37	4,49	15,90	4,36
Region Hannover	3241	72.465	16,03	4,39	16,02	4,39
Diepholz	3251	10.844	15,54	4,26	15,11	4,14
Hamelin-Pyrmont	3252	4.067	16,47	4,51	16,45	4,51
Hildesheim	3254	14.900	17,53	4,80	17,41	4,77
Holzmissen	3255	2.974	15,58	4,27	15,09	4,13
Nienburg (Weser)	3256	5.461	17,07	4,68	16,64	4,56
Schaumburg	3257	7.380	17,18	4,71	16,80	4,60
Celle	3351	5.415	15,21	4,17	14,77	4,05
Cuxhaven	3352	6.034	16,59	4,55	16,02	4,39
Harburg	3353	11.645	15,55	4,26	15,51	4,25
Lüchow-Dannenberg	3354	2.203	16,83	4,61	16,16	4,43
Lüneburg	3355	4.972	14,66	4,02	14,86	4,07
Osterholz	3356	8.250	16,47	4,51	16,16	4,43
Rotenburg (Wümme)	3357	5.901	17,08	4,68	16,82	4,61
Soltau-Fallingb. Bstl.	3358	5.445	17,95	4,92	17,41	4,77
Stade	3359	6.630	14,04	3,85	14,18	3,89
Uelzen	3360	2.177	17,28	4,73	16,97	4,65
Verden	3361	8.155	14,99	4,11	14,56	3,99
Delmenhorst, Stadt	3401	4.266	17,83	4,89	17,30	4,74
Emden, Stadt	3402	5.008	15,14	4,15	15,26	4,18
Oldenburg (Oldenburg), Stadt	3403	7.745	12,61	3,45	12,61	3,46
Osnabrück, Stadt	3404	8.660	15,46	4,23	15,88	4,35
Wilhelmshaven, Stadt	3405	1.919	15,50	4,25	15,41	4,22
Ammerland	3451	5.168	14,56	3,99	14,45	3,96
Aurich	3452	15.234	17,25	4,73	16,62	4,55
Cloppenburg	3453	4.184	14,87	4,07	15,40	4,22
Emsland	3454	10.342	15,33	4,20	15,42	4,22
Friesland	3455	3.582	15,38	4,21	14,92	4,09
Grafschaft Bentheim	3456	4.779	14,96	4,10	14,98	4,10
Leer	3457	6.913	16,65	4,56	16,22	4,44
Oldenburg	3458	6.587	14,05	3,85	13,54	3,71
Osnabrück	3459	22.198	16,56	4,54	16,55	4,53
Vechta	3460	3.582	13,33	3,65	13,67	3,75
Wesermarsch	3461	7.678	17,71	4,85	16,98	4,65
Wittmund	3462	2.099	17,45	4,78	17,28	4,74
alle Kreise	3999	443.993	16,22	4,44	16,07	4,40

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2015)

A.12.8 Landkreise Nordrhein-Westfalen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Düsseldorf, Stadt	5111	32.059	12,54	3,43	13,08	3,58
Duisburg, Stadt	5112	30.863	18,74	5,14	18,68	5,12
Essen, Stadt	5113	26.627	16,23	4,45	16,07	4,40
Krefeld, Stadt	5114	14.634	16,72	4,58	16,60	4,55
Mönchengladbach, Stadt	5116	9.929	17,42	4,77	17,34	4,75
Mülheim an der Ruhr, Stadt	5117	8.822	14,98	4,10	14,87	4,07
Oberhausen, Stadt	5119	8.593	17,45	4,78	17,45	4,78
Remscheid, Stadt	5120	12.994	17,21	4,71	17,01	4,66
Solingen, Stadt	5122	11.279	13,78	3,77	13,64	3,74
Wuppertal, Stadt	5124	22.365	15,31	4,19	15,05	4,12
Kleve	5154	9.475	15,25	4,18	15,17	4,16
Mettmann	5158	27.856	14,40	3,95	14,08	3,86
Rhein-Kreis Neuss	5162	29.324	15,27	4,18	15,00	4,11
Viersen	5166	15.208	17,01	4,66	16,39	4,49
Wesel	5170	20.886	16,52	4,53	16,26	4,46
Bonn, Stadt	5314	12.900	11,04	3,02	11,76	3,22
Köln, Stadt	5315	77.745	14,73	4,04	15,23	4,17
Leverkusen, Stadt	5316	24.067	16,07	4,40	15,54	4,26
Städteregion Aachen	5334	24.213	15,26	4,18	15,18	4,16
Düren	5358	16.259	18,70	5,12	18,52	5,07
Rhein-Erft-Kreis	5362	30.525	15,29	4,19	15,11	4,14
Euskirchen	5366	9.237	15,80	4,33	15,39	4,22
Heinsberg	5370	12.655	16,81	4,60	16,85	4,62
Oberbergischer Kreis	5374	20.444	14,77	4,05	14,47	3,97
Rheinisch-Bergischer Kreis	5378	26.521	13,90	3,81	13,46	3,69
Rhein-Sieg-Kreis	5382	34.383	14,32	3,92	14,15	3,88
Bottrop, Stadt	5512	3.571	18,37	5,03	18,37	5,03
Gelsenkirchen, Stadt	5513	7.295	18,97	5,20	18,77	5,14
Münster, Stadt	5515	10.456	12,53	3,43	13,02	3,57
Borken	5554	11.961	13,44	3,68	13,66	3,74
Coesfeld	5558	7.126	15,24	4,18	14,90	4,08
Recklinghausen	5562	16.258	16,50	4,52	16,16	4,43
Steinfurt	5566	18.461	15,26	4,18	15,13	4,15
Warendorf	5570	13.911	15,35	4,21	15,08	4,13
Bielefeld, Stadt	5711	25.763	15,20	4,17	15,04	4,12
Gütersloh	5754	34.980	15,30	4,19	14,83	4,06
Herford	5758	17.720	15,33	4,20	14,90	4,08
Höxter	5762	5.576	13,80	3,78	13,74	3,76
Lippe	5766	16.076	14,27	3,91	14,07	3,86
Minden-Lübbecke	5770	23.350	15,02	4,12	14,69	4,02
Paderborn	5774	16.754	14,79	4,05	14,86	4,07
Bochum, Stadt	5911	11.359	18,22	4,99	18,15	4,97
Dortmund, Stadt	5913	18.855	16,73	4,58	17,16	4,70
Hagen, Stadt	5914	7.238	18,30	5,01	17,82	4,88
Hamm, Stadt	5915	4.793	16,54	4,53	16,45	4,51
Herne, Stadt	5916	6.065	21,58	5,91	21,19	5,81
Ennepe-Ruhr-Kreis	5954	16.456	16,86	4,62	16,24	4,45
Hochsauerlandkreis	5958	7.945	14,24	3,90	14,03	3,84
Märkischer Kreis	5962	15.388	17,22	4,72	16,64	4,56
Olpe	5966	4.207	14,57	3,99	14,67	4,02
Siegen-Wittgenstein	5970	17.020	16,50	4,52	16,47	4,51
Soest	5974	10.148	14,13	3,87	14,19	3,89
Unna	5978	15.462	17,93	4,91	17,65	4,83
alle Kreise	5999	934.058	15,55	4,26	15,40	4,22

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation



A.12.9 Landkreise Rheinland-Pfalz

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Koblenz, kreisfreie Stadt	7111	3.762	15,04	4,12	15,78	4,32
Ahrweiler	7131	4.857	16,90	4,63	16,65	4,56
Altenkirchen (Westerwald)	7132	5.415	19,27	5,28	19,42	5,32
Bad Kreuznach	7133	6.747	17,40	4,77	17,29	4,74
Birkenfeld	7134	1.767	16,56	4,54	16,62	4,55
Cochem-Zell	7135	2.146	17,63	4,83	17,37	4,76
Mayen-Koblenz	7137	8.599	16,84	4,61	16,77	4,60
Neuwied	7138	8.828	17,29	4,74	17,17	4,70
Rhein-Hunsrück-Kreis	7140	4.549	17,75	4,86	17,51	4,80
Rhein-Lahn-Kreis	7141	4.783	19,62	5,38	19,41	5,32
Westerwaldkreis	7143	6.158	18,08	4,95	17,98	4,93
Trier, kreisfreie Stadt	7211	2.598	17,04	4,67	17,25	4,73
Bernkastel-Wittlich	7231	2.787	17,02	4,66	17,44	4,78
Eifelkreis Bitburg-Prüm	7232	2.136	15,93	4,36	15,88	4,35
Vulkaneifel	7233	1.999	18,33	5,02	17,86	4,89
Trier-Saarburg	7235	3.850	16,56	4,54	16,44	4,50
Frankenthal (Pfalz), kreisfreie Stadt	7311	4.273	18,89	5,17	18,89	5,18
Kaiserslautern, kreisfreie Stadt	7312	5.463	14,81	4,06	14,54	3,98
Landau in der Pfalz, kreisfreie Stadt	7313	-	-	-	-	-
Ludwigshafen am Rhein, kreisfreie Stadt	7314	18.347	19,43	5,32	19,40	5,31
Mainz, kreisfreie Stadt	7315	7.517	13,38	3,67	14,53	3,98
Neustadt an der Weinstraße, kreisfreie Stadt	7316	2.230	15,37	4,21	15,24	4,18
Pirmasens, kreisfreie Stadt	7317	785	19,01	5,21	19,34	5,30
Speyer, kreisfreie Stadt	7318	3.951	18,27	5,01	18,08	4,95
Worms, kreisfreie Stadt	7319	4.588	18,29	5,01	18,34	5,02
Zweibrücken, kreisfreie Stadt	7320	-	-	-	-	-
Alzey-Worms	7331	6.363	18,67	5,11	18,75	5,14
Bad Dürkheim	7332	13.274	17,48	4,79	16,89	4,63
Donnersbergkreis	7333	5.048	19,68	5,39	19,07	5,22
Germersheim	7334	11.538	17,80	4,88	17,73	4,86
Kaiserslautern	7335	8.117	14,77	4,05	14,58	3,99
Kusel	7336	4.086	19,75	5,41	19,74	5,41
Südliche Weinstraße	7337	10.140	16,69	4,57	16,73	4,58
Rhein-Pfalz-Kreis	7338	17.654	17,75	4,86	17,24	4,72
Mainz-Bingen	7339	10.833	16,57	4,54	16,32	4,47
Südwestpfalz	7340	6.917	18,64	5,11	18,14	4,97
alle Kreise	7999	212.107	17,48	4,79	17,31	4,74

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2015)

A.12.10 Landkreise Saarland

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Regionalverband Saarbrücken	10041	8.087	19,39	5,31	19,41	5,32
Merzig-Wadern	10042	2.629	18,40	5,04	18,27	5,01
Neunkirchen	10043	3.068	18,97	5,20	20,00	5,48
Saarlouis	10044	9.185	17,99	4,93	18,21	4,99
Saarpfalz-Kreis	10045	6.112	18,76	5,14	18,52	5,07
St. Wendel	10046	1.973	18,85	5,16	17,83	4,88
alle Kreise	10999	31.053	18,69	5,12	18,72	5,13

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.11 Landkreise Schleswig-Holstein

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Flensburg, Stadt	1001	1.886	13,20	3,62	14,08	3,86
Kiel, Landeshauptstadt	1002	6.621	14,06	3,85	15,22	4,17
Lübeck, Hansestadt	1003	8.047	19,19	5,26	19,01	5,21
Neumünster, Stadt	1004	2.342	19,45	5,33	19,93	5,46
Dithmarschen	1051	6.762	16,29	4,46	16,05	4,40
Herzogtum Lauenburg	1053	7.443	15,50	4,25	15,58	4,27
Nordfriesland	1054	4.440	16,22	4,44	16,43	4,50
Ostholstein	1055	5.476	17,26	4,73	16,91	4,63
Pinneberg	1056	11.037	14,00	3,84	14,17	3,88
Plön	1057	3.203	17,01	4,66	16,94	4,64
Rendsburg-Eckernförde	1058	13.759	17,08	4,68	16,70	4,58
Schleswig-Flensburg	1059	5.690	15,09	4,13	14,89	4,08
Segeberg	1060	8.811	15,79	4,33	16,09	4,41
Steinburg	1061	10.452	15,20	4,16	14,93	4,09
Stormarn	1062	7.358	14,86	4,07	15,02	4,12
alle Kreise	1999	103.327	15,94	4,37	15,95	4,37

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2015)

A.12.12 Landkreise Brandenburg

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Brandenburg an der Havel, Stadt	12051	4.128	19,79	5,42	19,15	5,25
Cottbus, Stadt	12052	3.837	19,43	5,32	18,88	5,17
Frankfurt (Oder), Stadt	12053	1.839	16,27	4,46	15,84	4,34
Potsdam, Stadt	12054	10.528	16,28	4,46	16,35	4,48
Barnim	12060	14.008	21,13	5,79	19,95	5,47
Dahme-Spreewald	12061	10.057	20,31	5,56	19,55	5,36
Elbe-Elster	12062	3.620	20,51	5,62	19,45	5,33
Havelland	12063	11.754	20,41	5,59	19,49	5,34
Märkisch-Oderland	12064	15.124	20,73	5,68	19,57	5,36
Oberhavel	12065	14.687	20,38	5,58	19,68	5,39
Oberspreewald-Lausitz	12066	5.179	20,29	5,56	19,94	5,46
Oder-Spree	12067	12.730	18,21	4,99	17,14	4,70
Ostprignitz-Ruppin	12068	4.325	20,80	5,70	19,84	5,44
Potsdam-Mittelmark	12069	13.808	18,62	5,10	17,81	4,88
Prignitz	12070	3.297	21,47	5,88	20,22	5,54
Spree-Neiße	12071	3.954	21,70	5,94	20,26	5,55
Teltow-Fläming	12072	11.724	20,06	5,49	19,65	5,38
Uckermark	12073	6.010	19,25	5,27	18,54	5,08
alle Kreise	12999	150.608	19,76	5,41	18,92	5,18

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.13 Landkreise Mecklenburg-Vorpommern

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Rostock	13003	10.619	17,56	4,81	17,38	4,76
Schwerin	13004	5.883	17,58	4,82	16,88	4,62
Landkreis Mecklenburgische Seenplatte	13071	10.568	21,21	5,81	19,78	5,42
Landkreis Rostock	13072	12.030	19,62	5,38	18,67	5,11
Landkreis Vorpommern-Rügen	13073	9.583	19,61	5,37	18,65	5,11
Landkreis Nordwestmecklenburg	13074	6.410	18,98	5,20	18,02	4,94
Landkreis Vorpommern-Greifswald	13075	8.559	20,80	5,70	19,48	5,34
Landkreis Ludwigslust-Parchim	13076	12.021	20,97	5,74	19,75	5,41
alle Kreise	13999	75.673	19,69	5,39	18,71	5,13

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2015)

A.12.14 Landkreise Sachsen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Chemnitz, Stadt	14511	5.509	18,47	5,06	18,23	5,00
Erzgebirgskreis	14521	4.388	19,13	5,24	18,39	5,04
Mittelsachsen	14522	5.369	18,38	5,04	17,52	4,80
Vogtlandkreis	14523	3.132	18,61	5,10	17,84	4,89
Zwickau	14524	10.993	18,68	5,12	17,99	4,93
Dresden, Stadt	14612	16.756	15,07	4,13	15,15	4,15
Bautzen	14625	5.519	19,82	5,43	18,78	5,15
Görlitz	14626	4.457	21,97	6,02	20,31	5,57
Meißen	14627	7.349	19,20	5,26	17,89	4,90
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	14628	4.940	18,22	4,99	17,21	4,72
Leipzig, Stadt	14713	17.581	16,05	4,40	16,95	4,64
Leipzig	14729	5.551	20,15	5,52	19,60	5,37
Nordsachsen	14730	4.580	19,22	5,27	18,28	5,01
alle Kreise	14999	96.152	17,90	4,90	17,48	4,79

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12.15 Landkreise Sachsen-Anhalt

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Dessau-Roßlau, Stadt	15001	2.845	19,90	5,45	18,69	5,12
Halle (Saale), Stadt	15002	9.036	19,21	5,26	19,12	5,24
Magdeburg, Landeshauptstadt	15003	7.400	17,97	4,92	18,18	4,98
Altmarkkreis Salzwedel	15081	2.302	19,09	5,23	18,50	5,07
Anhalt-Bitterfeld	15082	4.898	21,03	5,76	19,92	5,46
Börde	15083	7.513	20,99	5,75	20,89	5,72
Burgenlandkreis	15084	6.120	21,01	5,76	20,13	5,51
Harz	15085	6.508	21,17	5,80	20,23	5,54
Jerichower Land	15086	3.529	20,53	5,62	19,62	5,38
Mansfeld-Südharz	15087	3.342	22,24	6,09	21,28	5,83
Saalekreis	15088	9.005	19,63	5,38	19,00	5,21
Salzlandkreis	15089	5.418	21,01	5,76	19,91	5,46
Stendal	15090	3.169	22,46	6,15	20,86	5,71
Wittenberg	15091	3.912	21,36	5,85	19,96	5,47
alle Kreise	15999	75.005	20,35	5,58	19,60	5,37

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

A.12 AU-Kennzahlen – der Mitglieder ohne Rentner – nach Bundesland (Wohnort) – mit Gliederung nach Landkreisen (Berichtsjahr 2015)

A.12.16 Landkreise Thüringen

Name	Kreis Schlüssel	Anzahl Mitglieder	AU-Tage je Mitglied	Krankenstand	AU-Tage je Mitglied standardisiert *	Krankenstand standardisiert *
Erfurt, Stadt	16051	12.420	18,12	4,96	17,78	4,87
Gera, Stadt	16052	2.167	18,44	5,05	17,81	4,88
Jena, Stadt	16053	2.329	13,26	3,63	14,21	3,89
Suhl, Stadt	16054	1.070	17,05	4,67	15,30	4,19
Weimar, Stadt	16055	1.587	16,48	4,52	16,43	4,50
Eisenach, Stadt	16056	2.626	20,47	5,61	19,58	5,36
Eichsfeld	16061	3.511	18,55	5,08	18,12	4,96
Nordhausen	16062	3.495	20,22	5,54	19,98	5,47
Wartburgkreis	16063	6.295	21,20	5,81	20,10	5,51
Unstrut-Hainich-Kreis	16064	4.499	20,17	5,53	19,19	5,26
Kyffhäuserkreis	16065	1.533	22,17	6,07	22,77	6,24
Schmalkalden-Meiningen	16066	5.408	20,33	5,57	19,21	5,26
Gotha	16067	6.448	21,18	5,80	19,98	5,47
Sömmerda	16068	3.686	21,29	5,83	20,04	5,49
Hildburghausen	16069	3.170	22,20	6,08	21,38	5,86
Ilm-Kreis	16070	4.274	18,91	5,18	18,00	4,93
Weimarer Land	16071	2.919	20,87	5,72	19,85	5,44
Sonneberg	16072	3.836	19,79	5,42	18,41	5,04
Saalfeld-Rudolstadt	16073	3.676	19,88	5,45	18,64	5,11
Saale-Holzland-Kreis	16074	2.062	19,84	5,44	18,68	5,12
Saale-Orla-Kreis	16075	2.804	19,03	5,21	17,62	4,83
Greiz	16076	2.043	19,78	5,42	18,78	5,15
Altenburger Land	16077	2.589	20,14	5,52	19,08	5,23
alle Kreise	16999	84.445	19,67	5,39	18,81	5,15

\* Direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht – mit GKV Mitgliederzahlen als Standardpopulation

Diagnosehauptgruppen und Diagnoseuntergruppen nach dem ICD-10-GM Schlüssel

Gliederungsebene	Anzahl	ICD-10-Code
Diagnosehauptgruppen/Kapitel	21	Kapitel I–XXI
Diagnoseuntergruppen/Gruppen	234	A00–Z99

ICD-10-Code	Bezeichnung
<b>Kapitel I</b>	<b>Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)</b>
A00–A09	Infektiöse Darmkrankheiten
A15–A19	Tuberkulose
A20–A28	Bestimmte bakterielle Zoonosen
A30–A49	Sonstige bakterielle Krankheiten
A50–A64	Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden
A65–A69	Sonstige Spirochätenkrankheiten
A70–A74	Sonstige Krankheiten durch Chlamydien
A75–A79	Rickettsiosen
A80–A89	Virusinfektionen des Zentralnervensystems
A90–A99	Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber
B00–B09	Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind
B15–B19	Virushepatitis
B20–B24	HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B25–B34	Sonstige Viruskrankheiten
B35–B49	Mykosen
B50–B64	Protozoenkrankheiten
B65–B83	Helminthosen
B85–B89	Pedikulose [Läusebefall], Akarinose [Milbenbefall] und sonstiger Parasitenbefall der Haut
B90–B94	Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten
B95–B98	Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
B99–B99	Sonstige Infektionskrankheiten
<b>Kapitel II</b>	<b>Neubildungen (C00–D48)</b>
C00–C14	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
C15–C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
C30–C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
C40–C41	Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels
C43–C44	Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C45–C49	Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes
C50–C50	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse [Mamma]
C51–C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane
C60–C63	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
C64–C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane
C69–C72	Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems
C73–C75	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
C76–C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81–C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet

ICD-10-Code	Bezeichnung
C97–C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D00–D09	In-situ-Neubildungen
D10–D36	Gutartige Neubildungen
D37–D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens
<b>Kapitel III</b>	<b>Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D90)</b>
D50–D53	Alimentäre Anämien
D55–D59	Hämolytische Anämien
D60–D64	Aplastische und sonstige Anämien
D65–D69	Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
D70–D77	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
D80–D90	Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
<b>Kapitel IV</b>	<b>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)</b>
E00–E07	Krankheiten der Schilddrüse
E10–E14	Diabetes mellitus
E15–E16	Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas
E20–E35	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
E40–E46	Mangelernährung
E50–E64	Sonstige alimentäre Mangelzustände
E65–E68	Adipositas und sonstige Überernährung
E70–E90	Stoffwechselstörungen
<b>Kapitel V</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)</b>
F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30–F39	Affektive Störungen
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70–F79	Intelligenzstörung
F80–F89	Entwicklungsstörungen
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99–F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
<b>Kapitel VI</b>	<b>Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)</b>
G00–G09	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
G10–G14	Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
G20–G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G30–G32	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
G35–G37	Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
G50–G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
G60–G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
G70–G73	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
G80–G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
G90–G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems

ICD-10-Code	Bezeichnung
<b>Kapitel VII</b>	<b>Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)</b>
H00–H06	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
H10–H13	Affektionen der Konjunktiva
H15–H22	Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
H25–H28	Affektionen der Linse
H30–H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut
H40–H42	Glaukom
H43–H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels
H46–H48	Affektionen des Nervus opticus und der Sehbahn
H49–H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
H53–H54	Sehstörungen und Blindheit
H55–H59	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde
<b>Kapitel VIII</b>	<b>Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)</b>
H60–H62	Krankheiten des äußeren Ohres
H65–H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
H80–H83	Krankheiten des Innenohres
H90–H95	Sonstige Krankheiten des Ohres
<b>Kapitel IX</b>	<b>Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)</b>
I00–I02	Akutes rheumatisches Fieber
I05–I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
I10–I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten
I26–I28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
I30–I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit
I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
I70–I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
I80–I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert
I95–I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
<b>Kapitel X</b>	<b>Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)</b>
J00–J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege
J09–J18	Grippe und Pneumonie
J20–J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege
J30–J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
J40–J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
J60–J70	Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen
J80–J84	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
J85–J86	Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege
J90–J94	Sonstige Krankheiten der Pleura
J95–J99	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems
<b>Kapitel XI</b>	<b>Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)</b>
K00–K14	Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer
K20–K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums
K35–K38	Krankheiten der Appendix
K40–K46	Hernien



ICD-10-Code	Bezeichnung
K50–K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis
K55–K64	Sonstige Krankheiten des Darmes
K65–K67	Krankheiten des Peritoneums
K70–K77	Krankheiten der Leber
K80–K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas
K90–K93	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
<b>Kapitel XII</b>	<b>Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)</b>
L00–L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut
L10–L14	Bullöse Dermatosen
L20–L30	Dermatitis und Ekzem
L40–L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten
L50–L54	Urtikaria und Erythem
L55–L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
L60–L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde
L80–L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut
<b>Kapitel XIII</b>	<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)</b>
M00–M03	Infektiöse Arthropathien
M05–M14	Entzündliche Polyarthropathien
M15–M19	Arthrose
M20–M25	Sonstige Gelenkrankheiten
M30–M36	Systemkrankheiten des Bindegewebes
M40–M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M45–M49	Spondylopathien
M50–M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M60–M63	Krankheiten der Muskeln
M65–M68	Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
M70–M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
M80–M85	Veränderungen der Knochendichte und -struktur
M86–M90	Sonstige Osteopathien
M91–M94	Chondropathien
M95–M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
<b>Kapitel XIV</b>	<b>Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)</b>
N00–N08	Glomeruläre Krankheiten
N10–N16	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
N17–N19	Niereninsuffizienz
N20–N23	Urolithiasis
N25–N29	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters
N30–N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
N40–N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane
N60–N64	Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
N70–N77	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
N80–N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
N99–N99	Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems

ICD-10-Code	Bezeichnung
<b>Kapitel XV</b>	<b>Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)</b>
O00–O08	Schwangerschaft mit abortivem Ausgang
O09–O09	Schwangerschaftsdauer
O10–O16	Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
O20–O29	Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
O30–O48	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
O60–O75	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
O80–O82	Entbindung
O85–O92	Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
O94–O99	Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind
<b>Kapitel XVI</b>	<b>Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)</b>
P00–P04	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung
P05–P08	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum
P10–P15	Geburtstrauma
P20–P29	Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P35–P39	Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P50–P61	Hämorrhagische und hämatologische Krankheiten beim Feten und Neugeborenen
P70–P74	Transitorische endokrine und Stoffwechselstörungen, die für den Feten und das Neugeborene spezifisch sind
P75–P78	Krankheiten des Verdauungssystems beim Feten und Neugeborenen
P80–P83	Krankheitszustände mit Beteiligung der Haut und der Temperaturregulation beim Feten und Neugeborenen
P90–P96	Sonstige Störungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
<b>Kapitel XVII</b>	<b>Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)</b>
Q00–Q07	Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
Q10–Q18	Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses
Q20–Q28	Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
Q30–Q34	Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
Q35–Q37	Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte
Q38–Q45	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems
Q50–Q56	Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane
Q60–Q64	Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems
Q65–Q79	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems
Q80–Q89	Sonstige angeborene Fehlbildungen
Q90–Q99	Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert
<b>Kapitel XVIII</b>	<b>Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)</b>
R00–R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen
R10–R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen
R20–R23	Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen
R25–R29	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
R30–R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen
R40–R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen
R47–R49	Symptome, die die Sprache und die Stimme betreffen
R50–R69	Allgemeinsymptome
R70–R79	Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose

ICD-10-Code	Bezeichnung
R80-R82	Abnorme Urinuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
R83-R89	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei der Untersuchung anderer Körperflüssigkeiten, Substanzen und Gewebe
R90-R94	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen
R95-R99	Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen
<b>Kapitel XIX</b>	<b>Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)</b>
S00-S09	Verletzungen des Kopfes
S10-S19	Verletzungen des Halses
S20-S29	Verletzungen des Thorax
S30-S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40-S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50-S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60-S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70-S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80-S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90-S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00-T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen
T15-T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung
T20-T25	Verbrennungen oder Verätzungen der äußeren Körperoberfläche, Lokalisation bezeichnet
T26-T28	Verbrennungen oder Verätzungen, die auf das Auge und auf innere Organe begrenzt sind
T29-T32	Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und nicht näher bezeichneter Körperregionen
T33-T35	Erfrierungen
T36-T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T51-T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
T66-T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen
T79-T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas
T80-T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
T89-T89	Sonstige Komplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert
T90-T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen
<b>Kapitel XX</b>	<b>Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y84)</b>
V01-X59	Unfälle
X60-X84	Vorsätzliche Selbstbeschädigung
X85-Y09	Tätlicher Angriff
Y10-Y34	Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind
Y35-Y36	Gesetzliche Maßnahmen und Kriegshandlungen
Y40-Y84	Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung
<b>Kapitel XXI</b>	<b>Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)</b>
Z00-Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen
Z20-Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten
Z30-Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen
Z40-Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen
Z55-Z65	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
Z70-Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
Z80-Z99	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen

**ATC-Hauptgruppen und ATC-Untergruppen nach der ATC Klassifikation**

Gliederungsebene	Anzahl	ICD-10-Code
anatomische Hauptgruppen	15	A–V
therapeutische Untergruppen	99	A01–V90

ATC-Code	Bezeichnung
<b>A</b>	<b>Alimentäres System und Stoffwechsel</b>
A01	Stomatologika
A02	Mittel bei säurebedingten Erkrankungen
A03	Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen
A04	Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit
A05	Gallen- und Lebertherapie
A06	Mittel gegen Obstipation
A07	Antidiarrhoika und Intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva
A08	Antiadiposita, exklusive Diätetika
A09	Digestiva, inklusive Enzyme
A10	Antidiabetika
A11	Vitamine
A12	Mineralstoffe
A13	Tonika
A14	Anabolika zur systemischen Anwendung
A15	Appetit stimulierende Mittel
A16	Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel
<b>B</b>	<b>Blut und blutbildende Organe</b>
B01	Antithrombotische Mittel
B02	Antihämorrhagika
B03	Antianämika
B05	Blutersatzmittel und Perfusionslösungen
B06	Andere Hämatologika
<b>C</b>	<b>Kardiovaskuläres System</b>
C01	Herztherapie
C02	Antihypertensiva
C03	Diuretika
C04	Periphere Vasodilatoren
C05	Vasoprotektoren
C06	Andere Herz- und Kreislaufmittel
C07	Beta-Adrenorezeptoren-Antagonisten
C08	Calciumkanalblocker
C09	Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System
C10	Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen

ATC-Code	Bezeichnung
<b>D</b>	<b>Dermatika</b>
D01	Antimykotika zur dermatologischen Anwendung
D02	Emollientia und Hautschutzmittel
D03	Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren
D04	Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc.
D05	Antipsoriatika
D06	Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen
D08	Antiseptika und Desinfektionsmittel
D09	Medizinische Verbände
D10	Aknemittel
D11	Andere Dermatika
<b>G</b>	<b>Urogenitalsystem und Sexualhormone</b>
G01	Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika
G02	Andere Gynäkologika
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems
G04	Urologika
<b>H</b>	<b>Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline</b>
H01	Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga
H02	Corticosteroide zur systemischen Anwendung
H03	Schilddrüsenherapie
H04	Pankreashormone
H05	Calciumhomöostase
<b>J</b>	<b>Antiinfektiva zur systemischen Anwendung</b>
J01	Antibiotika zur systemischen Anwendung
J02	Antimykotika zur systemischen Anwendung
J04	Mittel gegen Mykobakterien
J05	Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung
J06	Immunsera und Immunglobuline
J07	Impfstoffe
<b>L</b>	<b>Antineoplastische und immunmodulierende Mittel</b>
L01	Antineoplastische Mittel
L02	Endokrine Therapie
L03	Immunstimulanzien
L04	Immunsuppressiva
<b>M</b>	<b>Muskel- und Skelettsystem</b>
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika
M02	Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen
M03	Muskelrelaxanzien
M04	Gichtmittel
M05	Mittel zur Behandlung von Knochenkrankungen
M09	Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems

ATC-Code	Bezeichnung
<b>N</b>	<b>Nervensystem</b>
N01	Anästhetika
N02	Analgetika
N03	Antiepileptika
N04	Antiparkinsonmittel
N05	Psycholeptika
N06	Psychoanaleptika
N07	Andere Mittel für das Nervensystem
<b>P</b>	<b>Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien</b>
P01	Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen
P02	Anthelmintika
P03	Mittel gegen Ektoparasiten, inklusive Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien
<b>R</b>	<b>Respirationstrakt</b>
R01	Rhinologika
R02	Hals- und Rachentherapeutika
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
R04	Brusteinreibungen und andere Inhalate
R05	Husten- und Erkältungsmittel
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung
R07	Andere Mittel für den Respirationstrakt
<b>S</b>	<b>Sinnesorgane</b>
S01	Ophthalmika
S02	Otologika
S03	Ophthalmologische und otologische Zubereitungen
<b>V</b>	<b>Verschiedene</b>
V01	Allergene
V03	Alle übrigen therapeutischen Mittel
V04	Diagnostika
V06	Allgemeine Diätetika
V07	Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel
V08	Kontrastmittel
V09	Radiodiagnostika
V10	Radiotherapeutika
V20	Wundverbände
V60	Homöopathika und Anthroposophika
V70	Rezepturen
V90	Sondergruppen
<b>X</b>	<b>Ohne ATC-Angabe</b>

**Wirtschaftsgruppen nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008)**

Gliederungsebene	Anzahl	WZ-Schlüssel
Wirtschaftshauptgruppen/Abschnitte	21	A-U
Wirtschaftsgruppen/Abteilungen	88	01-99

WZ-Schlüssel	Bezeichnung
<b>Abschnitt A</b>	<b>Land- und Forstwirtschaft, Fischerei</b>
01	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag
03	Fischerei und Aquakultur
<b>Abschnitt B</b>	<b>Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden</b>
05	Kohlenbergbau
06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas
07	Erzbergbau
08	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau
09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden
<b>Abschnitt C</b>	<b>Verarbeitendes Gewerbe</b>
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln
11	Getränkeherstellung
12	Tabakverarbeitung
13	Herstellung von Textilien
14	Herstellung von Bekleidung
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen
16	Herstellung von Holz , Flecht , Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton , Bild- und Datenträgern
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden
24	Metallerzeugung und -bearbeitung
25	Herstellung von Metallerzeugnissen
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen
28	Maschinenbau
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen
30	Sonstiger Fahrzeugbau
31	Herstellung von Möbeln
32	Herstellung von sonstigen Waren
33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen
<b>Abschnitt D</b>	<b>Energieversorgung</b>
35	Energieversorgung

WZ-Schlüssel	Bezeichnung
<b>Abschnitt E</b>	<b>Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen</b>
36	Wasserversorgung
37	Abwasserentsorgung
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung
39	Beseitigung von Umweltverschmutzungen und sonstige Entsorgung
<b>Abschnitt F</b>	<b>Baugewerbe</b>
41	Hochbau
42	Tiefbau
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe
<b>Abschnitt G</b>	<b>Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen</b>
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
<b>Abschnitt H</b>	<b>Verkehr und Lagerei</b>
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen
50	Schifffahrt
51	Luftfahrt
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr
53	Post, Kurier- und Expressdienste
<b>Abschnitt I</b>	<b>Gastgewerbe</b>
55	Beherbergung
56	Gastronomie
<b>Abschnitt J</b>	<b>Information und Kommunikation</b>
58	Verlagswesen
59	Herstellung, Verleih und Vertrieb von Filmen und Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios und Verlegen von Musik
60	Rundfunkveranstalter
61	Telekommunikation
62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie
63	Informationsdienstleistungen
<b>Abschnitt K</b>	<b>Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen</b>
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten
<b>Abschnitt L</b>	<b>Grundstücks- und Wohnungswesen</b>
68	Grundstücks- und Wohnungswesen
<b>Abschnitt M</b>	<b>Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen</b>
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung
72	Forschung und Entwicklung
73	Werbung und Marktforschung
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten
75	Veterinärwesen



WZ-Schlüssel	Bezeichnung
<b>Abschnitt N</b>	<b>Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen</b>
77	Vermietung von beweglichen Sachen
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.
<b>Abschnitt O</b>	<b>Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung</b>
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung
<b>Abschnitt P</b>	<b>Erziehung und Unterricht</b>
85	Erziehung und Unterricht
<b>Abschnitt Q</b>	<b>Gesundheits- und Sozialwesen</b>
86	Gesundheitswesen
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
88	Sozialwesen (ohne Heime)
<b>Abschnitt R</b>	<b>Kunst, Unterhaltung und Erholung</b>
90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten
92	Spiel , Wett- und Lotteriewesen
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung
<b>Abschnitt S</b>	<b>Erbringung von sonstigen Dienstleistungen</b>
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern
96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen
<b>Abschnitt T</b>	<b>Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt</b>
97	Private Haushalte mit Hauspersonal
98	Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
<b>Abschnitt U</b>	<b>Exterritoriale Organisationen und Körperschaften</b>
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften

**Berufssektoren, -segmente und Berufshauptgruppen nach der Klassifikation der Berufe (KldB 2010)**

Gliederungsebene	Anzahl	KldB-Code
Berufssektor	5	S1-S5
Berufssegment	14	S11-S53
Berufshauptgruppen	37	01-99

KldB-Code	Bezeichnung
<b>S1</b>	<b>Produktionsberufe</b>
S11	Land , Forst- und Gartenbauberufe
11	Land , Tier- und Forstwirtschaftsberufe
12	Gartenbauberufe und Floristik
S12	Fertigungsberufe
21	Rohstoffgewinnung und -aufbereitung, Glas- und Keramikherstellung und -verarbeitung
22	Kunststoffherstellung und -verarbeitung, Holzbe- und -verarbeitung
23	Papier- und Druckberufe, technische Mediengestaltung
24	Metallerzeugung und -bearbeitung, Metallbauberufe
28	Textil- und Lederberufe
93	Produktdesign und kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau
S13	Fertigungstechnische Berufe
25	Maschinen- und Fahrzeugtechnikberufe
26	Mechatronik , Energie- und Elektroberufe
27	Technische Forschungs , Entwicklungs , Konstruktions- u. Produktionssteuerungsberufe
S14	Bau- und Ausbauberufe
31	Bauplanungs , Architektur- und Vermessungsberufe
32	Hoch- und Tiefbauberufe
33	(Innen )Ausbauberufe
34	Gebäude- und versorgungstechnische Berufe
<b>S2</b>	<b>Personenbezogene Dienstleistungsberufe</b>
S21	Lebensmittel- und Gastgewerbeberufe
29	Lebensmittelherstellung und -verarbeitung
63	Tourismus , Hotel- und Gaststättenberufe
S22	Medizinische u. nicht-medizinische Gesundheitsberufe
81	Medizinische Gesundheitsberufe
82	Nichtmedizinische Gesundheits , Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik
S23	Soziale und kulturelle Dienstleistungsberufe
83	Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie
84	Lehrende und ausbildende Berufe
91	Sprach , literatur , geistes , gesellschafts- und wirtschaftswissenschaftliche Berufe
94	Darstellende und unterhaltende Berufe

KldB-Code	Bezeichnung
<b>S3</b>	<b>Kaufmännische und unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe</b>
S31	Handelsberufe
61	Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe
62	Verkaufsberufe
S32	Berufe in Unternehmensführung und -organisation
71	Berufe in Unternehmensführung und -organisation
S33	Unternehmensbezogene Dienstleistungsberufe
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen und Steuerberatung
73	Berufe in Recht und Verwaltung
92	Werbung, Marketing, kaufmännische und redaktionelle Medienberufe
<b>S4</b>	<b>IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe</b>
S41	IT- und naturwissenschaftliche Dienstleistungsberufe
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- und Physikberufe
42	Geologie-, Geografie- und Umweltschutzberufe
43	Informatik-, Informations- und Kommunikationstechnologieberufe
<b>S5</b>	<b>Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungsberufe</b>
S51	Sicherheitsberufe
53	Schutz-, Sicherheits- und Überwachungsberufe
01	Angehörige der regulären Streitkräfte
S52	Verkehrs- und Logistikberufe
51	Verkehrs- und Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)
52	Führer/innen von Fahrzeug- und Transportgeräten
S53	Reinigungsberufe
54	Reinigungsberufe