

BKK Gesundheitsreport 2009

# Gesundheit in Zeiten der Krise



**BKK Bundesverband**



**Impressum**

Der BKK Gesundheitsreport 2009 und die damit verbundenen Auswertungen wurden im Auftrag des BKK Bundesverbandes durch die spectrumIK GmbH (Abteilung Versorgungsanalyse) erstellt.

Redaktion: Erika Zoike  
Mitarbeit: Denise Drews  
Janett Ließmann  
Cornelia Mohr  
Gunnar Stark

Spezial-Beiträge: Dr. Wolfgang Bödeker  
Carola Bury  
Dr. Wolfgang Dunkel, Dr. Nick Kratzer und Dr. Wolfgang Menz  
Monique Faryn-Wewel  
Prof. Dr. Thomas Kieselbach  
Ina Kramer  
Janett Ließmann  
Prof. Dr. Marion Schaefer und Maike Schulz  
Dr. Matthias Stiehler

EDV-Programme: Karin Kliner

- Nachdruck nur mit Quellenangabe gestattet -

Berlin im Dezember 2009

Herausgeber: BKK Bundesverband,  
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

Fachliche Anfragen:  
Telefon: 030 / 21 23 36 – 235  
Telefax: 030 / 21 23 36 – 499  
Email: Gesundheitsberichte@spectrumk.de

Gestaltung, Satz: Typografischer Betrieb Lehmann GmbH, Essen  
www.typolehmann.de  
Bildnachweis: www.fotolia.com

ISSN 1434-1603

	Seite
Vorwort	
<b>1. Fehlzeiten und stationäre Behandlungen im Überblick</b>	<b>7</b>
1.1 Die Entwicklung des Krankenstands	9
1.2 Die wichtigsten Krankheitsgruppen bei Arbeitsunfähigkeit	12
■ Krisen und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und gesundheitliche Versorgung	14
1.3 Bestimmungsfaktoren für die Höhe des Krankenstandes – Diagnosen und Falldauern	16
1.4 Entwicklung der stationären Behandlungen	18
<b>2. Alter, Geschlecht und soziale Lage</b>	<b>23</b>
2.1 Fehlzeiten und stationäre Behandlungen nach Alter und Geschlecht	25
■ Lieber reich und gesund als arm, krank und weiblich	29
■ Männer in der Krise	32
2.2 Berufliche und soziale Lage	38
■ Betriebliche Gesundheitsförderung in wirtschaftlich schwierigen Zeiten – Ansätze für Beschäftigte in Kurzarbeit	43
<b>3. Arbeitswelt</b>	<b>51</b>
3.1 Fehlzeiten nach Branchen und Berufen	52
■ Arbeit und Gesundheit in schwierigen Zeiten: Ergebnisse aus dem Projekt PARGEMA	57
■ Gesundheit in der Unternehmensrestrukturierung Empfehlungen der EU-Expertengruppe HIRES (Health in Restructuring)	62
■ Berufe mit hoher Krankheitslast und hohen Belastungen	68
■ Betriebliche Gesundheitsförderung: Zusatzinvestition ohne Mehrwert oder Zukunftsinvestition?	70
3.2 Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit	81
3.3 Gesundheitliche Belastungen nach beruflichen Merkmalen	88
■ Psychische Erkrankungen in der Erwerbsbevölkerung	96
<b>4. Fehlzeiten und stationäre Behandlungen nach Regionen</b>	<b>105</b>
4.1 Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern	108
4.2 Stationäre Behandlung in den Bundesländern	116
<b>5. Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen</b>	<b>121</b>
5.1 Die häufigsten Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit	123
5.2 Die häufigsten Diagnosen bei stationären Behandlungen	131
Verzeichnis der Schaubilder und Tabellen	138
Anhang	
A Verzeichnis der Diagnosegruppen nach dem ICD-10-Schlüssel	A 2
B Tabellenteil	A 7
C Verzeichnis der Tabellen	A 136

## **Vorwort**

Liebe Leserinnen und Leser!

Die wirtschaftliche Krise hat uns im vergangenen Jahr in verschiedener Hinsicht beschäftigt, sie verstärkt auch die Finanzierungs- und damit letztlich die Versorgungsprobleme unseres Gesundheitswesens. Mit dem Gesundheitsfonds unter der alten Regierung wurden diese Probleme keineswegs gelöst, und auch die „neuen“ Ansätze gesundheitspolitischer Leitlinien lassen nicht erkennen, wie die sowohl aus soziodemografischen wie aus soziokulturellen Gründen gestiegenen Versorgungsbedarfe zukünftig gerecht und adäquat finanziert werden können. Dass die Versorgung einer alternierenden Gesellschaft eine Herausforderung darstellt, wird inzwischen breit erörtert. Dass die gesundheitliche Versorgung in einer „kriselnden“ Gesellschaft ebenso besondere Anforderungen impliziert, zeigen die Schwerpunktbeiträge dieses Berichts.

Jüngste Ereignisse haben dazu beigetragen, die eminente Bedeutung der psychischen Gesundheit für das soziale und wirtschaftliche Gelingen unserer Lebenswelten republikweit zu thematisieren, obgleich hier – wie häufig in vormals tabuisierten Zonen – die „Dosierung“ vielleicht nicht immer angemessen erschien. Jenseits des großen Getöses entwickeln sich die seelischen Krankheiten indessen „im Stillen“ weiter, wie die Ergebnisse des diesjährigen 33. BKK Gesundheitsreports leider belegen. Jeder zehnte Fehltag der beschäftigten BKK



Mitglieder – und jeder neunte Krankheitstag aller Erwerbspersonen (einschl. Arbeitslose) – ging 2008 auf das Konto Psychischer und Verhaltensstörungen, bei Frauen waren es sogar über 13 bzw. 14 Prozent der Krankheitstage. Viele Gruppen sind jedoch weit stärker von psychischen Gesundheitsstörungen betroffen. So stehen etwa bei Arbeitslosen die psychischen Krankheitsursachen nach Muskel- und Skelettleiden weit vorne an zweiter Stelle. Fast ein Viertel ihrer Krankheitstage, bei den ALG-I-Empfängerinnen sogar 29 Prozent, werden mit einer psychischen Diagnose gemeldet. Auch zahlreiche Berufsgruppen, wie Telefonist(inn)en, Schienenfahrzeugführer(!) oder Pflegekräfte, weisen starke Risiken psychischer Fehlbelastungen auf. Für Männer waren besonders im Sozialwesen wieder deutliche Zunahmen erkennbar. Die Verordnungen von Antidepressiva und anderen Psychopharmaka haben erneut in erschreckendem Umfang zugenommen (ausführliche Ergebnisse in Kapitel 3).

Im Krankenhaus sind die Behandlungsfälle wegen psychischer Erkrankungen seit 1986 um mehr als das Dreifache gestiegen. Zudem werden hier – im Unterschied zu den ambulanten Behandlungen – für Männer mehr stationäre Fälle als für Frauen gemeldet. In 2008 gehörte wie im Vorjahr die häufigste Einzeldiagnose bei stationärer Behandlung nicht wie zuvor zu den Herzerkrankungen (Herzinsuffizienz und Angina pectoris sind hier die häufigsten Einweisungsanlässe) sondern zu den psychischen Krankheits-

ursachen. Die Psychischen Störungen durch Alkohol bildeten im letzten wie im vorletzten Jahr den häufigsten Aufnahmegrund in den Krankenhäusern (mehr dazu in Kapitel 5).

Ansteigende Trends des Krankenstands und hierbei gerade auch der psychischen Krankheitsursachen waren in 2008 zudem bei Führungskräften und qualifizierten Fachkräften deutlicher erkennbar als bisher. So deuteten sich die Vorläufer der Wirtschaftskrise in einigen Bereichen – etwa bei Bankangestellten oder im Unternehmens- und technischem Management – offenbar bereits in 2008 in den Gesundheitsdaten an. Die gesundheitlichen Auswirkungen der Wirtschaftskrise und die Konsequenzen für die Versorgung und das betriebliche Gesundheitsmanagement sind Gegenstand der vielfältigen Spezialbeiträge dieses Reports. Steigende Leistungsanforderungen an zunehmend unsicheren Arbeitsplätzen, permanente Restrukturierungen der Unternehmen und die hiermit oftmals einhergehenden gesundheitlichen Belastungen werden ebenso thematisiert wie sinnvolle Bewältigungsstrategien in einer gerade auch in Krisenzeiten angesagten und lohnenden betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die BKK Gesundheitsberichte bildeten in den vergangenen 33 Jahren nicht nur in ihrer Kontinuität eine einzigartige Datengrundlage, sie greifen überdies immer wieder aktuelle Themen mit erweiterten Analysen auf. Auch unter neuen organisatorischen Rahmenbedingungen

wird die Gesundheitsberichterstattung für die BKK in gewohnter Qualität weitergehen.

Wir wünschen Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, am Jahresende eine hoffentlich versöhnliche Schlussbilanz dieses in vielerlei Hinsicht turbulenten Jahres und einen guten und vor allem gesunden Aufbruch in das nächste Jahrzehnt. Wenn wir Ihnen mit aktuellen Gesundheitsdaten und Hintergrundinformationen helfen können – ob in der Krankenversicherung, in den Unternehmen, bei den Tarifparteien oder in der Forschung – so stehen wir in guter BKK Tradition auch in 2010 gerne wieder an Ihrer Seite.

Fachliche Auskünfte zu den Daten und Fakten dieses Reports erhalten Sie über den BKK Bundesverband (Kontakt s. u.). Der BKK Bundesverband hat für den vorliegenden Report spectrumIK – Das BKK Gemeinschaftsunternehmen mit den auswertenden und fachlichen Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung für die Betriebskrankenkassen beauftragt.

Berlin im Dezember 2009

*Erika Zoike*

**BKK Bundesverband  
Gesundheitsberichterstattung**  
Mail: [ZoikeE@bkk-bv.de](mailto:ZoikeE@bkk-bv.de)  
[www.bkk.de](http://www.bkk.de)





# 1

## Fehlzeiten und stationäre Behandlungen im Überblick

## 1 Fehlzeiten und stationäre Behandlungen im Überblick

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die allgemeine Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit und der Krankenhausbehandlungen. Einzelbetrachtungen zu unterschiedlichen Versichertengruppen, tätigkeitsbezogene und regionale Analysen sowie die spezielle Betrachtung einzelner Diagnosegruppen erfolgen in den nächsten Kapiteln. Auch der diesjährige Report wird detailliert die Krankheitsentwicklungen der verschiedenen Erwerbsgruppen – besonders unter dem Aspekt möglicher Gesundheitsfolgen aus der wirtschaftlichen Krisenentwicklung – und hier insbesondere wieder die psychomentalen Belastungen und Krankheitsfolgen in den Blick nehmen. Verschiedene Spezialbeiträge werden gerade auch diese Aspekte vertieft aufgreifen. So gibt der Beitrag von Schaefer und Schulz in diesem Kapitel (S. 14 f.) einen Überblick über die vielfältigen Zusammenhänge zwischen den ökonomischen und sozialen Krisenerscheinungen mit der gesundheitlichen Lage.

Bei der Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit stehen die beschäftigten BKK Pflichtmitglieder (5,85 Mio. Beschäftigte) bzw. die Pflichtmitglieder insgesamt (6,04 Mio. einschließlich der ALG-II-Empfänger)<sup>1</sup> im Vordergrund. Die freiwillig Versicherten, die eine erheblich niedrigere Morbidität als die Gruppen der Pflichtversicherten aufweisen und deren Anzahl z. B. durch Kassenwechsel jahresweise stärkeren Schwankungen unterliegen kann, werden in die längerfristige Trendbeobachtung der Arbeitsunfähigkeit nicht eingeschlossen, wohl aber in Kapitel 2 gesondert betrachtet. Die Berichtsteile zu den Krankenhausbehandlungen umfassen dagegen alle Versichertengruppen (2008: 13,7 Mio. BKK Versicherte). Differenzierte Ergebnisse nach allen Mitglieder- bzw. Versichertengruppen enthält das Kapitel 2 für beide Leistungsbereiche.

Mit einer durchschnittlichen Krankenquote von 3,7 % war 2008 wie im Vorjahr wieder ein Anstieg der krankheitsbedingten Fehlzeiten zu verzeichnen, nachdem bis 2006 ein bereits seit 1990 durchgängig rückläufiger Trend vorherrschte. Dennoch bleibt auch in 2008 mit 13,4 AU-Tagen je beschäftigtes BKK Pflichtmitglied (2007: 12,8 Tage) ein insgesamt niedriges Niveau erhalten.

Die höchsten Krankenquoten der BKK Versicherten wurden 1980 mit gut 7 % (26 AU-Tage je Pflichtmitglied) und 1990 mit 6,8 % (25 AU-Tage je Pflichtmitglied) erreicht. Demgegenüber haben sich die Krankheitszeiten in den letzten Jahren etwa halbiert. Hinter dieser Entwicklung verbergen sich soziodemografische Veränderungen sowie grundlegende Wandlungsprozesse in der Arbeitswelt. Auch das Krankheitsspektrum hat sich unter den veränderten Rahmenbedingungen gewandelt – während z. B. Herz- und Kreislauferkrankungen als AU-Diagnosen eine immer geringere Rolle spielen, nehmen die durch psychische Störungen verursachten Krankheitstage zu (vgl. Kapitel 1.2).

Bei den Krankenhausbehandlungen ist gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme der Fälle und Tage bei nahezu gleichbleibenden Verweildauern zu beobachten. Mit 176 Krankenhausfällen je 1.000 Versicherte erhöhte sich die Fallzahl nach dem deutlichen Anstieg im Vorjahr noch einmal um 3,5 %. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen erhöhte sich die Anzahl der Krankenhaustage um gut 50 Tage. Patient(inn)en wurden 2008 im Mittel 9,4 Tage stationär behandelt.

Trotz des zu beobachtenden Anstiegs – zumindest im BKK Bereich – bewegen sich die durchschnittlichen Falldauern dennoch auf weiterhin sehr niedrigem Niveau. Die schon seit längerem mit

Einführung der ersten Fallpauschalen und Sonderentgelten zu beobachtende Verringerung der Verweildauern erhielt 2003 mit Einführung der DRGs weitere Schubkraft. In 2008 – dem letzten Jahr der Konvergenzphase zum fallbasierten Abrechnungssystem – wurden die Fallpauschalen durch die weitere Anpassung der krankhausindividuellen Fallkosten an die landesweiten Basisfallwerte noch stärker finanzwirksam als bisher.

In der längeren Betrachtung der letzten 20 Jahre hat sich zwar die Zahl der Krankenhausfälle um 6 % erhöht, gleichzeitig sanken aber die mittleren Verweildauern um 42 % und damit die Anzahl der Krankenhaustage trotz Zunahme der Fälle um 39 %.

Der BKK Gesundheitsreport basiert auf den Versicherten- und Leistungsdaten bei Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfällen und Krankenhausbehandlungen. 2008 waren dies 6,9 Mio. Arbeitsunfähigkeitsfälle von 7,0 Mio. Mitgliedern ohne Rentner<sup>2</sup> (i. W. sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und ALG-II-Empfänger sowie sonstige kleinere Gruppen) sowie 2,4 Mio. Krankenhausfälle von insgesamt 13,7 Mio. BKK Versicherten (Mitglieder, Rentner und Familienangehörige)<sup>3</sup>. Die zahlenmäßigen Besetzungen der Versichertengruppen sind der *Tabelle 0 im Anhang* zu entnehmen. Die Zahl der beschäftigten BKK Mitglieder (einschl. der freiwillig Versicherten) betrug 2008 6,5 Mio., was einem Anteil von 24 % an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (27,5 Mio. zum 30. Juni 2008) entspricht. Ihre Aufteilung nach Branchen ist in der *Anhangtabelle 4a* dokumentiert.

<sup>1</sup> ALG-II-Empfänger bleiben unberücksichtigt, da sie keinen Anspruch auf Krankengeld besitzen und somit kassenseitig i. d. R. keine diesbezüglichen Leistungsfälle (AU-Fälle) angelegt werden.

<sup>2</sup> Bei den AU-Analysen der Mitglieder ohne Rentner bleiben neben den ALG-II-Empfängern die Wehr- und Zivildienstleistenden, Studenten und sonstige Gruppen unberücksichtigt.

<sup>3</sup> In die Erhebung für das Berichtsjahr 2008 konnten nach den im Rahmen der Reporterstellung üblichen Plausibilitätsprüfungen der Datenlieferungen 98,9 % der BKK Versicherten (19,7 % der GKV Versicherten) einbezogen werden.

### 1.1 Die Entwicklung des Krankenstands

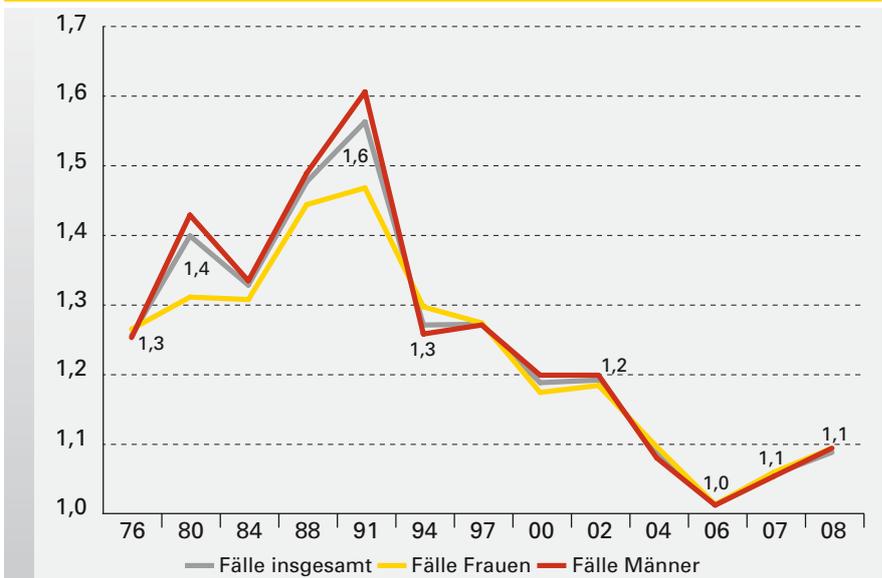
2008 sind die Fehlzeiten nach einer über Jahre rückläufigen Entwicklung bis 2006 zum zweiten Mal in Folge wieder angestiegen. Mit knapp 3,7 % Krankenstand wurde der Jahresdurchschnitt von 2007 um 0,2 %, der von 2006 um 0,3 % überschritten. Mit durchschnittlich 13,4 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage = Kalendertage) je beschäftigtes Pflichtmitglied liegen die Fehlzeiten jedoch immer noch auf relativ niedrigem Niveau. Im Jahr 2006 wurden hingegen nur 12,4 Krankheitstage gemeldet, 2007 waren es 12,8 Tage. Zuletzt lag die Zahl der AU-Tage in 2003 mit 13,5 Tagen ähnlich hoch wie 2008. In der langfristigen Betrachtung haben sich die durchschnittlichen Krankheitszeiten bei den BKK Mitgliedern seit Anfang der Neunzigerjahre nahezu halbiert.

Die insgesamt niedrigen Fehlzeiten der letzten Dekade hängen z.T. mit dem Beschäftigungsrückgang in dieser Zeit und den hiermit einhergehenden Selektionsprozessen zu jüngeren, vor allem aber gesünderen Belegschaften zusammen (vgl. auch Kapitel 1.3). Die Frage, ob mit der aktuell zu beobachtenden Beschäftigungszunahme und der Alterung der Erwerbsbevölkerung die Krankenstände wieder nachhaltig steigen werden, ist nicht eindeutig zu beantworten, da demografiebedingt schon seit den Neunzigerjahren das Durchschnittsalter der Beschäftigten um zweieinhalb Jahre stieg<sup>4</sup>, ohne dass dies mit zunehmenden Krankheitszeiten einherging. Im Gegenteil sank der Krankenstand, beeinflusst durch andere Komponenten wie z.B. die Veränderung der beruflichen Tätigkeiten oder auch Selektionseffekte durch die Arbeitsmarktentwicklung.

Diese Veränderungen schlagen sich deutlich in den sektoralen (branchenbezogenen) Entwicklungen nieder, etwa im Anwachsen der Dienstleistungsbranchen – besonders der wissensbasierten Dienstleistungsunternehmen. Tätigkeiten in technischen, wissenschaftlichen oder anderweitig spezialisierten Berufen zeichnen sich im Allgemeinen

Schaubild 1.1 – Fälle

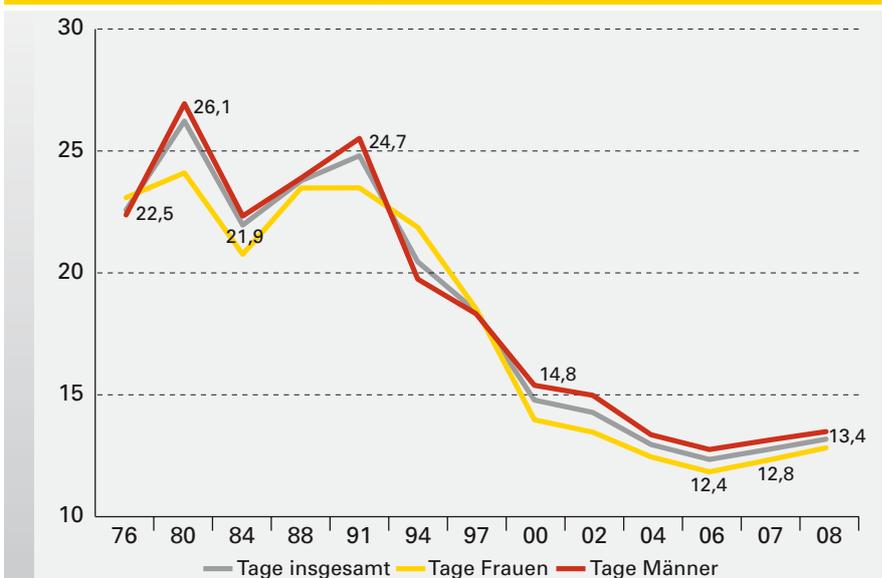
Arbeitsunfähigkeit seit 1976 (Fälle je beschäftigtes Mitglied)



bis 1995: Pflichtmitglieder – Bundesgebiet  
ab 1996: beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet

Schaubild 1.2 – Tage

Arbeitsunfähigkeit seit 1976 (Tage je beschäftigtes Mitglied)



bis 1995: Pflichtmitglieder – Bundesgebiet  
ab 1996: beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet

<sup>4</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt: Durchschnittsalter der Erwerbstätigen, Ergebnisse des Mikrozensus.

durch unterdurchschnittliche Krankenstände aus (vgl. *Kapitel 3.1*), obwohl sich auch bei diesen Gruppen die wachsenden Belastungen durch wirtschaftliche Umbruchsituationen bemerkbar machen (vgl. *Kapitel 3.1*).

Weiterhin beeinflusst der wachsende Frauenanteil an der Erwerbstätigkeit mit spezifischen Tätigkeitsschwerpunkten den allgemeinen Trend. In 2008 fielen für ein männliches BKK Pflichtmitglied durchschnittlich 13,7 Krankheitstage an, bei den pflichtversicherten Frauen waren es – bedingt durch andere Beschäftigungsstrukturen – lediglich 13 Tage. Fast die Hälfte (45,8 %) der beschäftigten Frauen sind als Angestellte in Dienstleistungsbranchen mit branchentypisch eher niedrigen Krankenständen tätig, während dies nur für ein Viertel der Männer gilt. Die männlichen beschäftigten BKK Mitglieder arbeiten dagegen immer noch verbreitet gewerblich in der Industrie (47,5 %), während nur 12,1 % der Frauen als Arbeiterinnen ausgewiesen werden. Auf der anderen Seite bilden Männer in der Gruppe der einkommensstarken freiwillig Versicherten mit 83 % eine starke Mehrheit - mit äußerst niedrigen Krankenquoten. Jeder siebte männliche Erwerbstätige ist bei den BKKn freiwillig versichert, aber nur eine von 26 erwerbstätigen Frauen. Näheres zu den Morbiditätsunterschieden nach Versichertengruppen findet sich in *Kapitel 2.2*.

Auch die Unternehmensgrößen wirken sich auf den Krankenstand aus. So fallen insbesondere in kleineren und Kleinstbetrieben deutlich niedrigere krankheitsbedingte Ausfälle an als in den größeren Unternehmen mit 200 und mehr Beschäftigten (*Schaubild 2*).

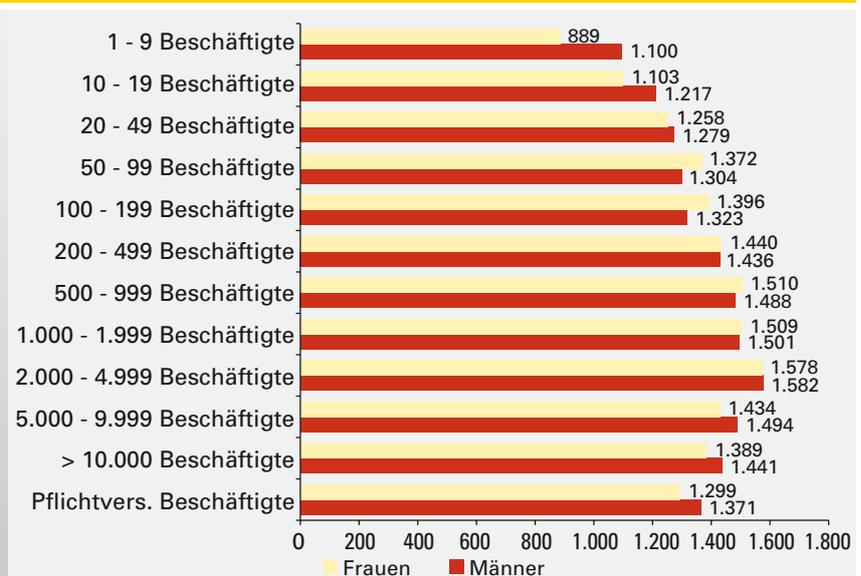
Bei den BKK Mitgliedern fielen wie schon in den Vorjahren auch 2008 im Osten wieder mehr AU-Tage als im Westen an (14,3 im Osten, 13,2 Tage im Westen). Die Gründe liegen v. a. bei den BKKn in den ungünstigeren Versichertenstrukturen in den neuen Bundesländern, die sich auch in erheblich längeren Falldauern von durchschnittlich 13,3 Tagen (12,0 im Westen) niederschlagen. Die durchschnittliche Falldauer insgesamt ist 2008 mit 12,2 Tagen fast unverändert gegenüber den Vorjahren (12,1 Tage in 2007 und 12,2 Tage in 2006).

Regionale Einflüsse prägen das Krankenstandsniveau zwar ebenfalls, allerdings weniger ausgeprägt als berufliche und soziale Faktoren. Extreme regionale Unterschiede, über die in den Neunzigerjahren noch regelmäßig berichtet wurde, haben sich in den letzten Jahren deutlich reduziert. Dennoch stehen nach wie vor das Saarland mit durchschnittlich 16,1 AU-Tagen sowie Berlin mit 16,0 AU-Tagen der beschäftigten Pflichtmitglieder an den ersten Plätzen. Gerade in Berlin ist jedoch wieder ein leichter Rückgang (-0,2Tage je Pflichtmitglied) zu vermelden. Im Osten bestätigt sich wie im Vorjahr das Land Brandenburg mit 14,9 AU-Tagen als „Problemregion“.

Die wenigsten Krankheitstage wurden auch 2008, trotz eines Anstiegs um jeweils einen halben Tag, in Baden-Württemberg mit 11,7 und Bayern mit 12,4 AU-Tagen gemeldet. Nähere Informationen zu den regionalen Verteilungen finden sich in *Kapitel 4*.

**Schaubild 2**

### Arbeitsunfähigkeit nach Betriebsgrößen



AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet 2008

**Entwicklung in 2009**

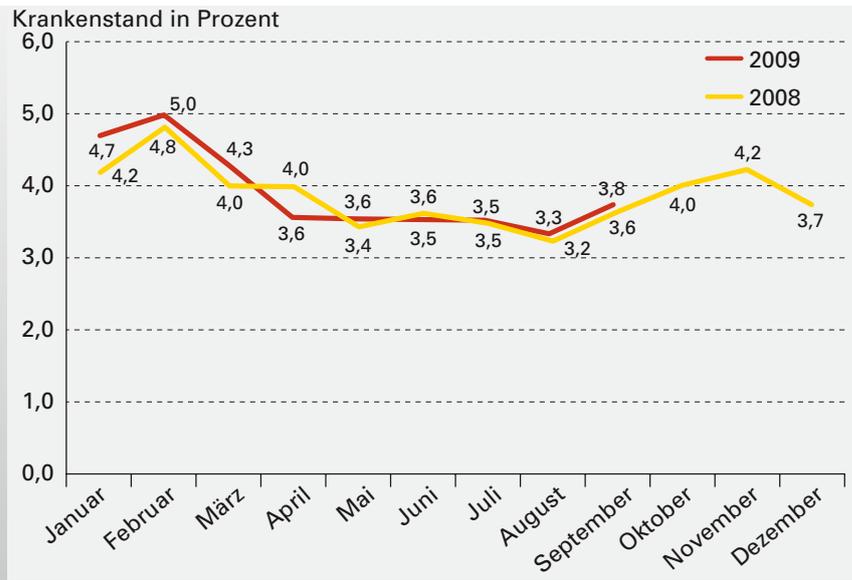
Schaubild 3 zeigt die aktuelle Krankenstandsentwicklung für einen Teil der erwerbstätigen BKK Pflichtmitglieder. Diese Daten werden von spectrumIK in einer Teilerhebung zur Ermittlung der monatsdurchschnittlichen Krankenstände ausgewertet. Derzeit sind hierin rund drei Mio. erwerbstätige BKK Mitglieder einbezogen (bei freiwilliger Teilnahme der beteiligten Kassen), dies sind 11 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Während die amtlichen Krankenstandsstatistiken der GKV Stichtagsergebnisse darstellen (jeweils bezogen auf den Monatsersten, auf den häufig Wochenend- und Feiertage fallen), spiegelt die BKK Statistik das AU-Geschehen des gesamten Monats wider. Die ungleiche Verteilung der Krankmeldungen über die Wochentage – und die damit verbundene mögliche Fehlerwahrscheinlichkeit bei Stichtagserhebungen – ist aus *Schaubild 4* erkennbar. Außerdem umfasst die BKK Statistik nur die Arbeitsunfähigkeitszeiten der Erwerbstätigen, während in der amtlichen Statistik auch die Krankmeldungen der Arbeitslosen enthalten sind. Beide genannten Bedingungen der amtlichen Statistik führen in der Regel zu einer Untererfassung des amtlichen Krankenstandes.

Die BKK Ergebnisse deuten wieder auf leicht zunehmende Krankenstände hin. Nennenswerte Differenzen gab es vor allem im Januar (+0,5 % gegenüber dem Vorjahr) und April (-0,4 %), die durch zeitliche Verschiebungen der Wellen von Atemwegserkrankungen („Grippewellen“) bedingt sind. Der Krankenstand über die ersten drei Quartale 2009 erreichte bei den BKK Mitgliedern mit 3,92 % ein geringfügig höheres Niveau als im Vorjahr (+0,1 %).

Die amtlichen Stichtagsergebnisse der GKV sind nur eingeschränkt interpretierbar, da sechs der neun Stichtage zum Monatsersten auf Sonn- und Feiertage fielen, an denen üblicherweise weniger Krankmeldungen als im Wochendurchschnitt vorliegen. Mit dieser methodisch problematischen Erhebung lag der GKV Krankenstand bis September 2009 bei nur 3,25 % (-0,07 % gegenüber dem Vorjahr).

**Schaubild 3**

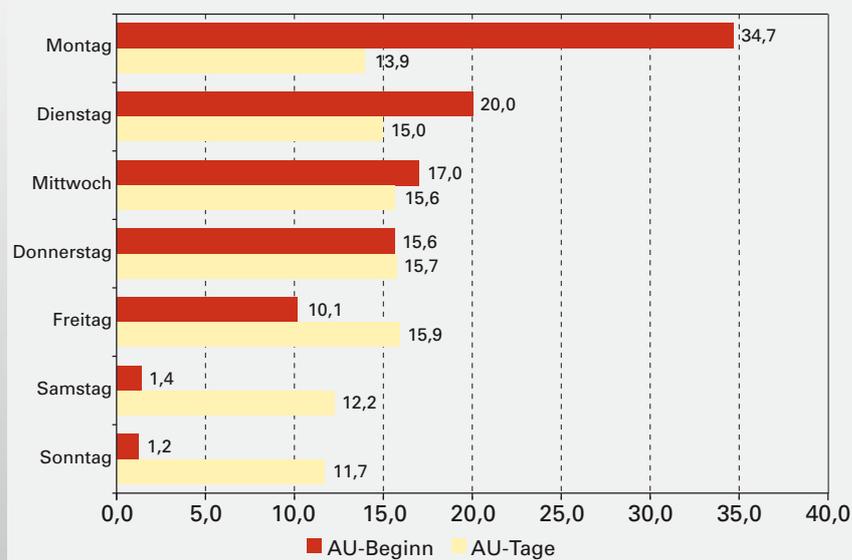
**BKK Krankenstand 2008 – 2009**



Monatsdurchschnitte der beschäftigten Pflichtmitglieder – Bundesgebiet

**Schaubild 4**

**Arbeitsunfähigkeit nach Wochentagen**



Anteile bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern – Bundesgebiet 2008

## 1.2 Die wichtigsten Krankheitsgruppen bei Arbeitsunfähigkeit

Sechs Krankheitsgruppen verursachen über drei Viertel (77 %) aller Arbeitsunfähigkeitstage der erwerbstätigen Pflichtmitglieder (vgl. *Schaubild 5*). In 2008 entfielen auf:

- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems 26,3 % (-0,1 gegenüber dem Vorjahr)
- Krankheiten des Atmungssystems 15,7 % ( $\pm 0$ )
- Verletzungen und Vergiftungen 14,1 % (-0,4)
- Psychische Störungen 10,0 % (+0,7)
- Krankheiten des Verdauungssystems 6,6 % (-0,1)
- Krankheiten des Kreislaufsystems 4,5 % ( $\pm 0$ ).

In den meisten Krankheitsgruppen gab es 2008 in Bezug auf die Anteile am Krankheitsgeschehen nur geringe Verschiebungen gegenüber dem Vorjahr. Lediglich die verletzungsbedingten Ausfalltage reduzierten sich nach einem deutlichen Rückgang in 2007 nochmals um etwa einen halben Tag. Die nach wie vor deutlichste Entwicklung verzeichnet erneut die Gruppe der psychischen Erkrankungen, deren Anstieg sich auch 2008 fortsetzte. Hier ist seit Jahren eine nahezu ununterbrochene Zunahme zu verfolgen (vgl. *Schaubild 6*).

Besonders auffällige Veränderungen werden in der langjährigen Betrachtung des Krankheitsspektrums sichtbar: Während 1976 durchschnittlich weniger als vier AU-Tage auf Muskel- und Skeletterkrankungen entfielen, erreichte diese Diagnosegruppe 1990 fast acht AU-Tage und nahm damit einen dominierenden Anteil von über 30 % am Krankheitsgeschehen ein. In der letzten Dekade verringerte sich zwar der Anteil dieser Krankheitsursache mit dem Wandel der Beschäftigungsstrukturen, dennoch bilden die Muskel- und Skelettleiden – hierunter überwiegend Rückenerkrankungen – mit gut 26 % der Tage weiterhin die bedeutsamste Krankheitsgruppe

bei Arbeitsunfähigkeit. Die Zahl der hierdurch verursachten AU-Tage hat sich jedoch deutlich reduziert, in 2008 waren es je BKK Pflichtmitglied (inkl. Arbeitslose) 3,7 Tage.

Die Atemwegserkrankungen bilden die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit, wobei sich ihr jeweiliger Anteil an den AU-Tagen stark durch die jahresspezifischen Ausprägungen der „Wintereffekte“ bestimmt. Hier lagen die Häufigkeiten in 2008 auf dem Vorjahresniveau.

Besonders erwähnenswert ist die seit Beginn der Statistik 1976 stark rückläufige Bedeutung der Verdauungserkrankungen, deren Anteil sich in diesem Zeitraum halbiert hat (1976: 13,1 %; 2008: 6,6 %), sowie der noch stärkere Rückgang der Herz- und Kreislauferleiden bei den Erkrankten. Ihr Anteil an den Krankheitstagen hat sich sogar um fast zwei Drittel reduziert (1976: 12,4 %; 2008: 4,5 %). Die Erkrankungen

des Verdauungssystems verursachten 1976 bis 1980 noch knapp drei AU-Tage je Pflichtmitglied, heute sind es nur noch 0,9 AU-Tage. Deutlicher noch sind die Krankheitstage durch Herz- und Kreislauferkrankungen von 2,8 auf 0,6 Tage zurückgegangen.

Während die bis Anfang der Neunzigerjahre dominierenden Krankheitsgruppen – Muskel-/Skelett-, Atemwegs-, Herz-/Kreislauf- und Verdauungserkrankungen – in den letzten Jahren immer weniger Fehltagetage verursachten, wächst seit der Bedeutung der psychischen Störungen kontinuierlich. Die hierdurch ausgelösten Krankheitstage haben sich bei den BKK Pflichtmitgliedern insgesamt (einschl. Arbeitslose) von 1976 bis 1990 verdoppelt und sind seit 1991 (erstes Jahr mit Daten auch aus den neuen Bundesländern) um weitere 62 % auf aktuell 1,5 AU-Tage je Pflichtmitglied angestiegen. Ihr Anteil an den Krankheitszeiten der beschäftigten Pflichtmitglieder (2008: 10,0 %) hat sich

**Schaubild 5**

### Die häufigsten Krankheitsarten

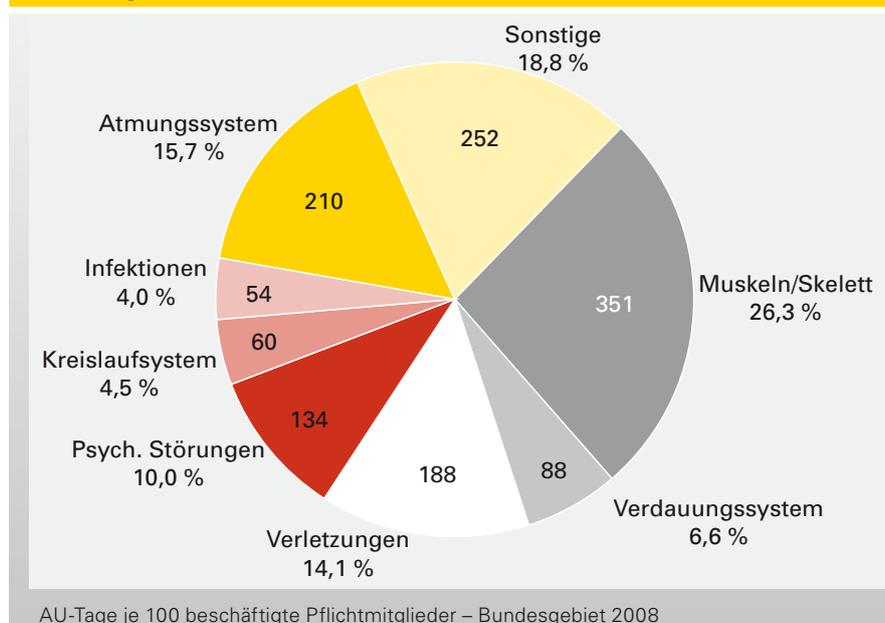
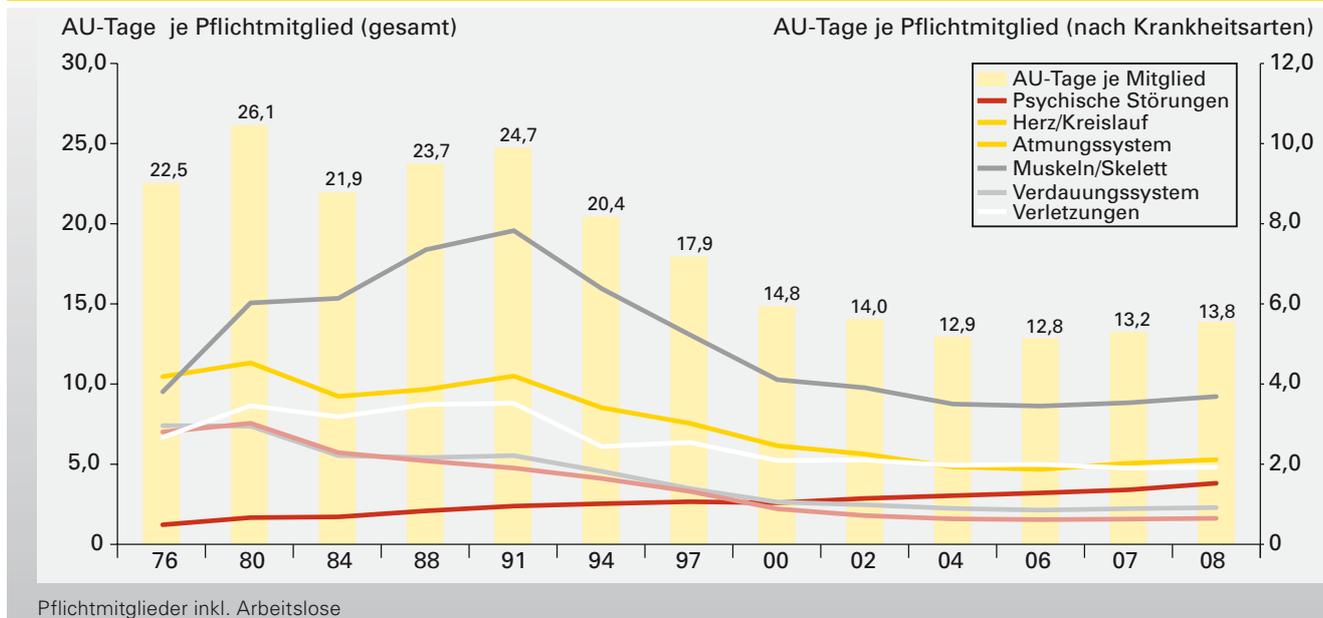


Schaubild 6

## Arbeitsunfähigkeit und Krankheitsarten – Trends seit 1976



seit 1976 (zu Beginn dieser Statistik 2 %) sogar verfünffacht und ist seit der ersten gesamtdeutschen Datenerhebung 1991 (3,8 %) um den Faktor 2,6 gestiegen.

Heute bilden die psychischen Erkrankungen die viertwichtigste Krankheitsgruppe, während sie Anfang der Neunzigerjahre nur den siebten Rang einnahmen und vorher nahezu bedeutungslos waren. Bei den Frauen steht diese Krankheitsursache mit 13,3 % sogar an dritter Stelle – bei Männern mit 7,3 % mittlerweile auf dem vierten Platz (vgl. hierzu das *Spezial von Stiehler: Männer in der Krise*, S. 32 f.). Die Bedeutung der einzelnen Krankheitsgruppen differiert im Geschlechtervergleich, wofür in *Kapitel 2* ausführlicher eingegangen wird.

Drei Komponenten bilden die Hauptursachen für die bisher beschriebenen Veränderungen der Krankheitsschwerpunkte bei Arbeitsunfähigkeit:

- veränderte Beschäftigungsstrukturen durch Verlagerung hin zu Dienstleistungstätigkeiten,
- höhere Frauenanteile und
- Selektionseffekte am Arbeitsmarkt bei hoher Arbeitslosigkeit.

Die Effekte der ersten beiden Faktoren wurden bei den BKK Versicherten durch

die starke Dynamik der Mitgliederzuwächse zwischen 1996 und 2004 noch verstärkt, diese Sondereffekte kamen indes in den letzten Jahren nicht mehr zum Tragen.

Zusätzlich schlug sich die deutsche Wiedervereinigung zunächst in den Krankheitsstatistiken nieder: Während die Krankheitszeiten im Osten in den ersten Jahren deutlich unter denen des Westens lagen, kehrte sich das Verhältnis in den folgenden Jahren, besonders auf Grund der Altersstruktur, um. Auch gab es unterschiedliche Entwicklungen nach Diagnosegruppen. Während z. B. der Anteil der durch Muskel- und Skeletterkrankungen begründeten Krankheitstage im Westen um fast fünfzehn Prozentpunkte spürbar gesunken ist, nahm er im Osten – nicht zuletzt im Zuge der Angleichung der fachmedizinischen Versorgungsstrukturen<sup>5</sup> ausgehend von einem wesentlich niedrigeren Niveau – inzwischen um zehn Prozentpunkte erheblich zu. Die Zahl der Krankheitstage unterscheidet sich aktuell kaum noch.

Da die Morbiditätsunterschiede zwischen Ost und West insgesamt abnehmen, wird hier auf eine detailliertere Berichterstattung verzichtet. Die Gründe für die Angleichung dürften außer in der einheit-

licheren medizinischen Versorgung und der hiermit verbundenen Konvergenz ärztlicher Diagnosestellungen nicht zuletzt in einer stärkeren Angleichung der Lebensverhältnisse zu suchen sein. Geringe Unterschiede bestehen noch bei den Krankheiten des Atmungs- und Kreislaufsystems sowie bei Verletzungen, die in den neuen Ländern im Schnitt aber nur bis zu maximal 0,3 Tagen längeren Fehlzeiten führen (vgl. *Tabelle 1* im Anhang).

Im Osten wie im Westen liegt die versorgungspolitisch bedeutsamste Entwicklung im ungebrochenen Anwachsen der psychischen Störungen als Krankheitsursache. Gerade in Zeiten der wirtschaftlichen Krise steigen die psychischen Belastungen durch zunehmenden Druck in den Betrieben und die Sorge um den Arbeitsplatz. Dem zu begegnen stellt eine vordringliche Aufgabe u. a. der gesetzlichen Krankenkassen, aber auch anderer Akteure im Gesundheitswesen dar (vgl. nachfolgendes *Spezial von Schaefer und Schulz*).

<sup>5</sup> So hat sich die Zahl der Orthopäden in den neuen Bundesländern von 1991 auf 2008 um 114 % erhöht (2008: 1.472 gegenüber 1991: 688).

## Krisen und ihre Auswirkungen auf Gesundheit und gesundheitliche Versorgung

Von Prof. Dr. Marion Schaefer, Masterstudiengang Consumer Health Care Care, Charité Universitätsmedizin Berlin und Maike Schulz, Institut für Soziologie, Friedrich-Schiller Universität Jena

Periodisch wiederkehrende Finanz- und Wirtschaftskrisen wie sie offenbar für die entwickelten Industrieländer in den letzten hundert Jahren typisch sind, gehen in der Regel mit zunehmenden gesellschaftlichen Spannungen und sozialen Verwerfungen unterschiedlicher Ausprägung einher. Anders als bei Naturkatastrophen, von denen im Prinzip alle Einwohner einer bestimmten Region in annähernd gleicher Weise betroffen sind, beeinflussen Finanz- und Wirtschaftskrisen das Leben der einzelnen Mitglieder der Gesellschaft eher selektiv und mit höchst unterschiedlichen Konsequenzen. Zudem muss zwischen kurzfristigen und langfristigen Folgen krisenhafter Ereignisse unterschieden werden, wobei hier nur auf diejenigen Auswirkungen eingegangen werden soll, die die Gesundheit direkt oder indirekt betreffen.

Kurzfristige gesundheitliche Konsequenzen von Krisen sind eher selten, dann aber oft sehr schwerwiegend, wie zum Beispiel eine Reihe von Suiziden beim französischen Telefonkonzern France Télécom, wo sich mit Hinweis auf die dramatische Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und den ständigen Erfolgsdruck innerhalb von 18 Monaten 24 Mitarbeiter das Leben nahmen (1). Gleichzeitig muss man aber wohl davon ausgehen, dass nur ein geringer Teil krisenbedingter Suizide als solche öffentlich wahrgenommen wird. Individuell weniger dramatisch, aber gesellschaftlich bedeutsamer sind deshalb die langfristigen Krisenerscheinungen, die von den mittelbar oder unmittelbar Betroffenen häufig als persönliches Versagen erlebt werden. So steht die Angst vor Arbeitslosigkeit nach jüngsten Umfrageergebnissen der GfK bei den Deutschen an erster Stelle der Zukunftsängste (2).

Droht die Arbeitslosigkeit erst, wird meist auf zweierlei Weise versucht, ihr zu begegnen: durch zunehmendes berufliches Engagement und durch einen

stärkeren Wettbewerbsdruck untereinander. „Mobbing“ und „Bashing“ sind inzwischen allgemein bekannte Schlagworte, die mit einem entsprechenden Verhalten in Verbindung gebracht werden und fast regelhaft mit gesundheitlichen Störungen derjenigen einhergehen, die entsprechenden Angriffen ausgesetzt sind. Eine krisenbedingte erhöhte Leistungsbereitschaft drückt sich zwar zunächst in niedrigen Krankenständen aus, wird aber nicht selten zum Nachteil der eigenen Gesundheit praktiziert, wenn es keine inneren oder äußeren Korrekturen gibt.

Dieses Phänomen, das auch früher schon zu beobachten war, aber nicht in gleicher Weise wahrgenommen wurde, wird heute als „Präsentismus“ bezeichnet: So vermeldet der aktuelle Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung, dass fast jeder zweite Beschäftigte in den vergangenen zwölf Monaten mindestens zweimal trotz Krankheit die Arbeitsstelle aufgesucht hat. Allerdings profitiert weder der Kranke selbst, noch die bei einer etwaigen Infektion gefährdeten Kollegen und auch nicht das Unternehmen von diesem Verhalten. Denn unangebrachter Präsentismus kann neben der reduzierten Leistungsfähigkeit die Krankheitsdauer verlängern und dadurch höhere Kosten verursachen.

Tritt die gefürchtete Arbeitslosigkeit dennoch ein und mit ihr eine soziale Entwertung der Person, erfolgt häufig ein Rückzug – nicht selten auch in die Depression mit all ihren psychischen und physischen Konsequenzen, die häufig durch latente Ängste noch verstärkt wird. Die Ausgrenzung aus der Arbeitswelt führt zudem in vielen Fällen in die soziale Isolation, was mit einer weiteren Abwertung des sozialen Status und in der Regel mit einem Verlust von sozialen Beziehungen verbunden ist. Mittlerweile gilt es empirisch als gut belegt, dass der soziale Status von Personen, aber auch

ihr soziales Kapital, d. h. die Anzahl und die Qualität bzw. Intensität ihrer sozialen Bindungen, einen nachweislichen Einfluss auf deren Gesundheit oder zumindest auf ihr gesundheitliches Verhalten hat (3) (4).

Auf Grund der zeitlichen Nähe gibt es bezüglich der aktuellen Finanz- und Wirtschaftskrise noch kein vergleichbares empirisches Material. Dennoch ist man bezüglich der Abschätzung gesundheitlicher Auswirkungen nicht auf bloße Spekulation angewiesen, da sie sachlogisch durch die empirische Sozialforschung vergleichsweise gut begründet werden können. Unbefriedigende oder belastende Arbeitsumstände stellen demnach einen wichtigen Stressfaktor dar, der mittel- oder langfristig zu erheblichen gesundheitlichen Störungen führen kann. Dazu gehören neben psychischen Erkrankungen unterschiedlicher Ausprägung auch physische Beeinträchtigungen wie Schlaflosigkeit, Bluthochdruck, Rückenschmerzen oder auch manifeste organische Schädigungen, die z. B. mit Myokardinfarkt oder Schlaganfall einhergehen können.

Gesundheitsschädigender Stress entsteht immer dann, wenn die betroffenen Personen das Gefühl haben, ihre persönlichen Ressourcen reichen nicht mehr aus, um konfliktbeladene Situationen befriedigend auflösen zu können. Gerade in Zeiten der aktuellen Krise kann aber dem drohenden Arbeitsplatzverlust oft nicht aus eigener Kraft begegnet werden, wenn die Firma Insolvenz anmelden muss oder Arbeitsplätze auf Grund von Fusionen oder Rationalisierungsmaßnahmen gestrichen werden. Entlassungen folgen dabei häufig formal rechtlichen Kriterien und berücksichtigen nur bedingt die bisherige Leistung am Arbeitsplatz oder die Qualifikation. Das dadurch verstärkte Gefühl einer ungerechten Behandlung verstärkt wiederum Versagensängste und den Stress als ge-



sundheitlichen Risikofaktor. Verschärfend kommt hinzu, dass das Schüren von sehr konkreten, aber auch diffusen Ängsten ein lang erprobtes Mittel der politischen Einflussnahme ist, dem Depressive besonders hilflos gegenüberstehen.

Insofern verwundert es nicht, dass inzwischen auch „Doping für den Job“ (ARTE-Sendung vom 17.11.09) betrieben wird, um den steigenden Anforderungen im Beruf zu genügen. Neben Antidepressiva, ß-Blockern, Kokain und Amphetaminen spielen dabei auch die sogenannten Neuroenhancer Ritalin und Modaphenil eine Rolle, die zumindest kurzfristig die Konzentrationsfähigkeit verbessern sollen. Welche Langzeitfolgen ihre Anwendung hat, ist hingegen noch weitgehend unbekannt. Dass sie die Ausprägung eines Burnouts beschleunigen, muss aber befürchtet werden.

Ein Blick in die Tagespresse gibt zudem Aufschluss über individuelle Anpassungsstrategien, um finanzielle Einbußen zu kompensieren. Gespart wird demnach an der Ernährung („Wir kaufen jetzt nur noch bei Aldi und Lidl“), bei Haustieren („Noch nie wurden so viele Tiere im Heim abgegeben wie zurzeit“), an Taxifahrten („Die Standzeiten werden immer länger“) und nicht zuletzt an der Kultur („Künstler leben heute oft unter dem Existenzminimum“). In der Summe reflektieren derartige Aussagen einen äußeren Zwang zur Veränderung bisheriger Lebensgewohnheiten und können langfristig die Gesundheit beeinträchtigen.

Deutliche Einkommenseinschränkungen resultieren auch nach allen bisher vorliegenden Erfahrungen nicht selten in zum Teil dramatischen familiären Spannungen – oft in Verbindung mit einer erhöhten Aggression und Gewaltbereitschaft gegenüber den Schwächeren, nämlich den Frauen, aber insbesondere auch den Kindern. Dabei beschreiben die Presseberichte über tödliche Familien-

dramen wegen einer bevorstehenden Zwangsäumung sicher nur die Spitze des Eisberges bezüglich des Ausmaßes von häuslicher Gewalt. Prekäre Einkommens- und Familiensituationen begünstigen darüber hinaus die Flucht in die Krankheit, die oft die einzig verbleibende sozial akzeptierte Rollenalternative darstellt – im unseligen Verein mit Alkohol oder Drogen droht im Einzelfall auch der soziale Abstieg.

Dieses Worst-Case-Szenario wird sicherlich nur auf einen Teil von Personen zutreffen, die von der Finanz- und Wirtschaftskrise in Mitleidenschaft gezogen werden, aber man kann davon ausgehen, dass es über kurz oder lang zu spürbaren Veränderungen in der Morbiditätsstruktur und dem korrespondierenden Arzneimittelverbrauch kommen wird, der allerdings von anderen regulativ ausgelösten Effekten überlagert sein kann.

Grundsätzlich muss man aber davon ausgehen, dass auch an gesundheitlichen Leistungen gespart wird. So ist seit längerem bekannt, dass Arztbesuche verschoben werden, weil man sich die Praxisgebühr nicht leisten kann oder Rezepte nicht eingelöst, weil die Rezeptgebühr nicht mehr erübrigt werden kann. Auch dass die Zahl der Abtreibungen wieder ansteigt, kann mit der Geldknappheit jüngerer arbeitsloser Frauen zusammenhängen.

Individuelle Abwehrstrategien müssen deshalb auch durch gesellschaftliche Anstrengungen ergänzt und begleitet werden. Dazu gehören die noch immer unzureichend umgesetzte Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensweise ebenso wie Trainingsprogramme zur wirksamen Stressbewältigung. Ob der im Jahre 2000 in den USA propagierte „Lifestyle of Health and Sustainability“ (LOHAS) das Gesundheitsverhalten und die Einstellung zur ökologischen Nachhaltigkeit auch in Deutschland we-

sentlich verändern wird, wäre in diesem Zusammenhang zu hoffen, bleibt aber abzuwarten.

Gerade mit Blick auf die betriebliche Situation sollte jedoch auch die sogenannte Verhältnisprävention nicht außer Acht gelassen werden. Hier sind auch die Politik und die Organe der Mitbestimmung gefragt, die Arbeitssituation für einen Großteil der Bevölkerung so zu gestalten, dass sie nicht per se gesundheitsgefährdend ist. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist mit der Aufnahme der psychischen Belastungen in die Gefährdungsbeurteilung nach § 5 des Arbeitsschutzgesetzes getan worden. Allerdings werden Aspekte des langfristigen Gesundheitsschutzes bezüglich der unmittelbaren Arbeitsumgebung gerade in Krisenzeiten oft hinter die Belange einer kurzfristigen Effektivitätssteigerung zurückgestellt.

Krankenkassen können Krisen nicht verhindern, aber sie müssen auf die Konsequenzen gefasst sein und sollten – wo immer es sich anbietet – individuelle und gesellschaftliche Abwehrstrategien im Rahmen ihrer Möglichkeiten unterstützen. Das betrifft die Präventionsprogramme ebenso wie die Einmischung in die politische Debatte, wenn die Rechte ihrer Versicherten dies erfordern.

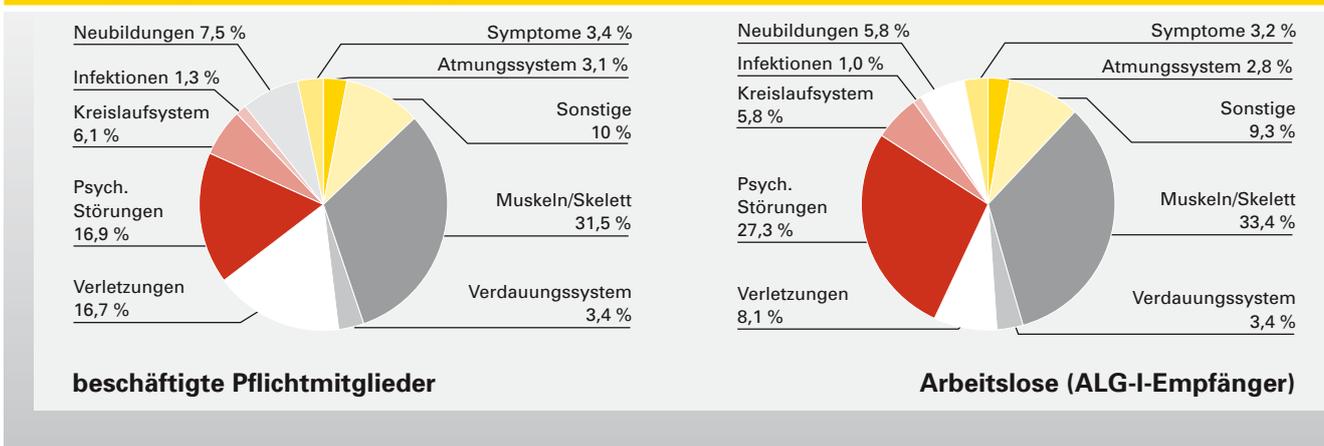
#### Literatur

- (1) <http://www.tagesschau.de/wirtschaft/francetelecom100.html>.
- (2) GfK „Challenges of Europe, 2009“ [http://www.gfk.com/groupe/press-information/press\\_releases/003977/index.de.htm](http://www.gfk.com/groupe/press-information/press_releases/003977/index.de.htm)
- (3) Adler, N. E. /Ostrove, J. M. (1999): Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't. In: Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 896. (Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations: Social, Psychological and Biological Pathways), S. 3-15.
- (4) Richter, M./Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

### 1.3 Bestimmungsfaktoren für die Höhe des Krankenstandes – Diagnosen und Falldauern

Schaubild 7

#### Krankengeldtage nach Krankheitsgruppen



Für Krankenstandsanalysen ist die Betrachtung der Erkrankungsdauern und ihrer Anteile am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aufschlussreich. Die durchschnittlichen Falldauern einer Arbeitsunfähigkeit variieren naturgemäß nach Krankheitsarten.

Während Infektionen, Atemwegs- und Verdauungserkrankungen stets nur eine durchschnittliche AU-Dauer von rund sechs Tagen zuzurechnen ist, dauern Fälle mit Herz- und Kreislauferkrankungen, Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Verletzungen mit 19 bis 20 Krankheitstagen bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern<sup>6</sup> je Fall im Mittel deutlich länger. Wesentlich längere Krankheitszeiten verursachen die Neubildungen (Tumorerkrankungen) mit etwa 36 und die psychischen Störungen mit fast 33 Krankheitstagen je Fall.

Die mit längeren AU-Dauern einhergehenden Diagnosegruppen dominieren erwartungsgemäß auch die Krankheitsbilder bei Krankengeldleistungen. So wurden bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern die meisten Krankengeldtage durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursacht (31,5 %, vgl. *Schaubild 7*), gefolgt von den psychischen Erkrankungen (16,9 %, +1,2) und den Verletzungen (16,7 %, -0,8). Mit einigem Abstand auf Grund der geringeren Fallhäufigkeiten folgten Neubildungen (7,5 %, +0,3) sowie Herz- und Kreislauferkrankungen (6,1 %). Alleine durch diese fünf Krankheitsgruppen wurden 78,7 % aller Krankengeldtage ausgelöst.

Insgesamt wurde 2008 für 24,2 % (+1,0 %) der Arbeitsunfähigkeitstage der beschäftigten Pflichtmitglieder Krankengeld gezahlt (3,2 Tage je Mitglied). In

Zeiten wachsenden Risikos der Arbeitslosigkeit interessiert insbesondere auch die AU-Morbidität dieser Gruppe. Im Vergleich zu den Beschäftigten fielen bei den ALG-I-Empfängern<sup>7</sup> mit fast 26 Krankheitstagen doppelt so viele Arbeitsunfähigkeitstage (vgl. *Kapitel 2.2*) und mehr als dreimal so viele Krankengeldtage an (11,1 Tage je Mitglied). Der Anteil der Krankengeldtage bei Arbeitsunfähigkeit betrug bei Arbeitslosen 43 %, bei den Beschäftigten weniger als ein Viertel. Dies hängt mit der höheren Morbidität der Arbeitslosen, zum Teil mit einer geringeren Inanspruchnahme ärztlicher AU-Bescheinigungen bei Kurzeiterkrankungen zusammen (vgl. *Kapitel 2.2*). Beachtenswert ist zudem, dass über ein Viertel der Krankengeldtage (27,3 %) von ALG-I-Empfängern durch psychische Störungen verursacht wurden. Nachdem sich die Krankengeldfälle

<sup>6</sup> Unter Einbeziehung der Arbeitslosen erhöhen sich die Durchschnittsdauern jeweils (vgl. Tabelle 2 im Anhang).

<sup>7</sup> Hier sind nur die ALG-I-Empfänger zu betrachten, da nur diese krankengeldberechtigt sind und in der AU-Statistik geführt werden.

und -tage im Gesamten längere Zeit bis 2005 rückläufig entwickelt hatten, sind seit 2006 wieder Zunahmen der Leistungstage zu verzeichnen.

In den Diskussionen zum betrieblichen Krankenstand werden häufig die kürzeren Arbeitsunfähigkeitsfälle thematisiert, weil sie vordergründig einen hohen Anteil der Fälle ausmachen. Der Anteil der Arbeitsunfähigkeitsfälle bis zu einer dreitägigen Dauer erreichte 2008 mit rund 36 % einen relativ hohen Stand, obwohl nicht alle Arbeitnehmer/-innen hierfür eine ärztliche Bescheinigung vorlegen müssen. Dennoch blieb – auf Grund der nur kurzen Dauern – der Anteil dieser Fälle an den Krankheitstagen, aus denen sich letztlich der Krankenstand berechnet, mit rund 6 % gering (vgl. *Schaubild 8* und *Tabelle 8 im Anhang*). Nach Häufigkeit dominieren fraglos kürzere Krankheitsepisoden: So waren zwei Drittel aller Fälle spätestens nach einer Woche beendet, sie machten aber insgesamt weniger als ein Fünftel der krankheitsbedingten Fehltage (17,6 %) in den Betrieben aus.

Für die Höhe des Krankenstandes entscheidender bleiben die Langzeitfälle mit einer mehr als 6-wöchigen Arbeitsunfähigkeit. Obwohl sie 2008 nur 4 % aller Fälle ausmachten, verursachten sie 44,6 % der Arbeitsunfähigkeitstage. Dieser hohe Anteil der Langzeiterkrankungen an der gesamten Arbeitsunfähigkeit hat

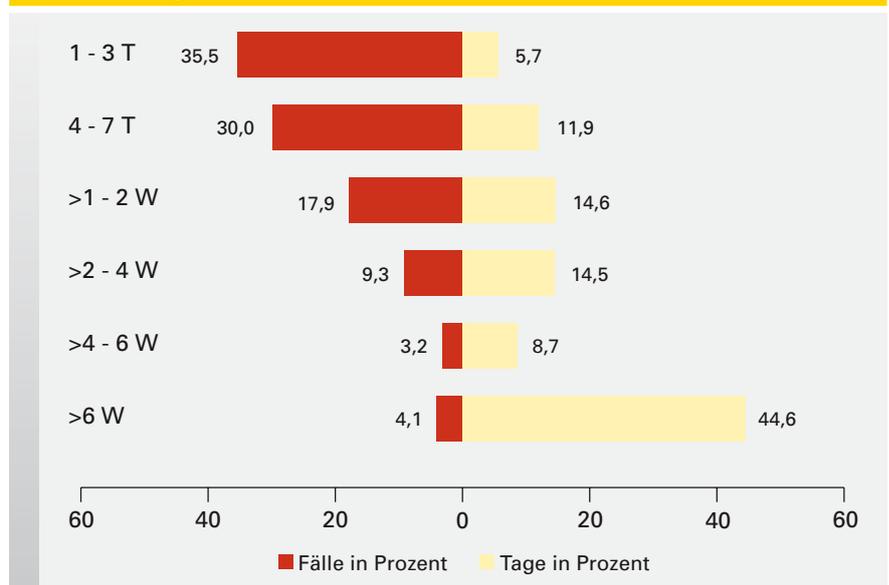
sich gegenüber dem Vorjahr um 2,7 % erhöht und korrespondiert mit den oben beschriebenen Zunahmen der Krankengeldleistungen.

In Zeiten generell niedriger Krankenstände sind die „Blaumacher“-Diskussionen spürbar abgeebbt. Auch der „blaue Montag“ ist seit geraumer Zeit kein Thema mehr, und dies zu Recht: denn die Verteilung des AU-Beginns

nach Wochentagen belegt nach wie vor, dass zu Wochenbeginn ärztliche AU-Bescheinigungen keineswegs häufiger eingeholt werden. Im Gegenteil ist der Montag, an dem ja auch die bereits am Wochenende einsetzenden Fälle in der ärztlichen Versorgung (in ohnehin überfüllten Arztpraxen) auftauchen, gemessen an den Inzidenzen über drei Tage eher unterdurchschnittlich belegt (s. auch *Schaubild 4 in Kap. 1.1*).

**Schaubild 8**

**Arbeitsunfähigkeit nach Dauer**



Anteile bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern – Bundesgebiet 2008 (T = Tage, W = Wochen)

## 1.4 Entwicklung der stationären Behandlungen

Krankenhausdaten bieten die Möglichkeit, die (stationäre) Morbidität aller Versicherten abzubilden und sind nicht wie die Arbeitsunfähigkeit auf bestimmte Mitgliedergruppen (Pflicht- und freiwillige Mitglieder ohne Rentner) beschränkt. Erfasst werden die stationären Behandlungen aller Versicherten, einschließlich der Familienangehörigen – darunter Kinder und Jugendliche – und Rentner. Speziell der Anteil der über 65-jährigen Versicherten mit einer stationären Behandlung steigt kontinuierlich an. Krankenhausdaten erlauben allerdings auch nur begrenzte Aussagen zur Morbidität, da sie lediglich ein Morbiditätsspektrum mit vorwiegend pflege- oder therapieintensivem Behandlungsbedarf abbilden.

2008 wurden 13,74 Mio. Versicherte in die Statistik einbezogen. Insgesamt 2,41 Mio. voll- oder teilstationäre Krankenhausfälle (ohne Entbindungsfälle und ohne ambulante Operationen) bilden die Datenbasis dieses Reports. Da bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus ebenso wie bei einem Wechsel der Krankenkasse aus administrativen Gründen jeweils ein neuer Krankenhausfall angelegt wird, spiegeln die Fallzahlen und Verweildauern nur bedingt die Krankheitsepisoden wider. Die tatsächlichen Verweildauern werden tendenziell unterschätzt, die Fallhäufigkeiten überschätzt. Andererseits begründen Wiederaufnahmen innerhalb der Grenzverweildauer in der Regel keinen neuen Krankenhausfall.

Schaubild 9 veranschaulicht die Entwicklung der Fallzahl und Verweildauer je 100 Versicherte seit 1987. Die mittlere Verweildauer bewegt sich in etwa auf dem Niveau des Vorjahres. Seit 1987 hat sie sich jedoch verringert, von durchschnittlich 16,8 Tagen in 1987 auf zuletzt 9,4 Tage je Fall. Auch auf Bundesebene ist die durchschnittliche Verweildauer stark rückläufig. Seit 1991 hat sich die Verweildauer im Bundesdurchschnitt um 42 % von 14 auf 8,1 Tage verringert.<sup>8</sup>

Die Bemühungen um kürzere Liegezeiten haben lange vor Einführung der DRGs eingesetzt, erhielten aber mit dem neuen Entgeltsystem eine zusätzliche Dynamik, da die Behandlungskosten im Allgemeinen bereits mit den DRG abgegolten sind. Nach den Einführungsjahren 2003 und 2004, in denen ein krankenhausespezifischer Basisfallwert Finanzierungsrisiken der Krankenhäuser abfedern sollte, wurden ab 2005 bis 2008 alle Krankenhäuser, die unter das Krankenhausentgelt-Gesetz (KHEntG) fallen, an den landesweiten Basisfallwert herangeführt. Vom DRG-System ausgenommen sind Krankenhäuser, die unter die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) fallen. Dies sind psychiatrische Einrichtungen sowie Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin. Die Vergütung erfolgt dort zurzeit noch auf Basis tagesgleicher Pflegesätze, wenngleich der Gesetzgeber durch das Krankenhausfinanzierungs-

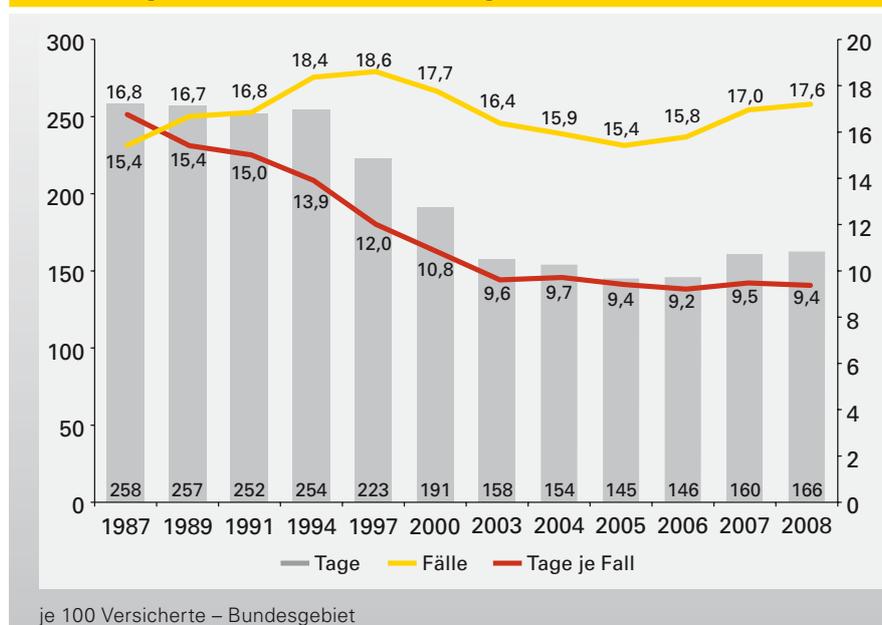
Reformgesetz (KHRG) die Einführung eines eigenständigen pauschalierten Vergütungssystems ab dem Jahr 2013 vorschreibt.

Trotz der Fallpauschalierung zeigt sich auf der Vergütungs- und Verhandlungsebene im DRG-Bereich folgendes Bild: Neben den inhaltlich festgelegten und bewerteten DRG-Fallpauschalen gibt es einige DRG-Fallpauschalen, die sich einer Kalkulation von Relativgewichten entzogen haben. Beispielhaft sind dies Leistungen aus dem Spektrum der Krankheiten und Störungen des Nervensystems, oder, im teilstationären Bereich, Leistungen zur Behandlung von Krankheiten und Störungen der Harnorgane. Für diese Leistungen können entweder tages- oder fallbezogene Vergütungen in Betracht kommen.

Während Verweildauern eher die Versorgungslandschaft abbilden, weisen Fall-

Schaubild 9

### Entwicklung der Krankenhausbehandlungen seit 1987



<sup>8</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, vorläufige Ergebnisse Krankenhäuser bis 2008, [www.destatis.de](http://www.destatis.de) ... Statistiken/Gesundheit/Krankenhäuser (September 2009).

häufigkeiten stärker auf Entwicklungen des Krankheitsgeschehens hin, sofern sie nicht in einer veränderten Versicherungsstruktur begründet sind. Auch könnte die Fallzahlentwicklung mittelfristig durch die Umstellung auf ein pauschaliertes Entgeltsystem beeinflusst werden. Durch verschiedene Methoden der Fallzusammenführung wird versucht, einem „künstlichen“ Fallsplitting (Entlassung und Wiederaufnahme) vorzubeugen. Es ist bisher jedoch nicht absehbar, ob sich die Fallzahl auf Grund von Nischen in den Regeln zum Fallsplitting erhöhen oder auf Grund dessen sogar verringern wird, da es bei der Abrechnung nach tagesgleichen Pflegesätzen keine Fallzusammenführung gab.

Die meisten stationären Behandlungen fallen naturgemäß bei den Rentnern und ihren Angehörigen an. Mit einem Anteil von 18,7 % an allen BKK Versicherten verursachten sie 43,4 % der Krankenhausfälle und gut die Hälfte aller Krankenhaustage. Dabei war die Hospitalisierungsrate der Frauen etwas niedriger als die der Männer, allerdings dauerte ein Krankenhausaufenthalt bei rentenversicherten Frauen mit 11,2 Tagen im Durchschnitt einen halben Tag länger als bei Männern in dieser Gruppe (10,7 Tage). Dies liegt im Wesentlichen an dem hohen Anteil älterer Frauen und den hohen Verweildauern gerade der älteren Versicherten. Insgesamt dauerte ein Krankenhausaufenthalt bei Rentnern zweieinhalb Tage länger als bei den AKV-Versicherten (vgl. *Tabelle 10 im Anhang*).

Am häufigsten führten auch im Jahr 2008 *Erkrankungen des Kreislaufsystems* (I00-I99) zu einem Krankenhausaufenthalt, 14,2 % aller Fälle wurden auf Grund dieser Erkrankungen aus der stationären Behandlung entlassen, gefolgt von *Neubildungen* (C00-D48) mit 11,8 % und *Krankheiten des Verdauungssystems* (K00-J93) mit 10,7 %. Die meisten Krankenhaustage entfielen allerdings

Schaubild 10.1

**Krankenhausfälle nach Krankheitsarten**

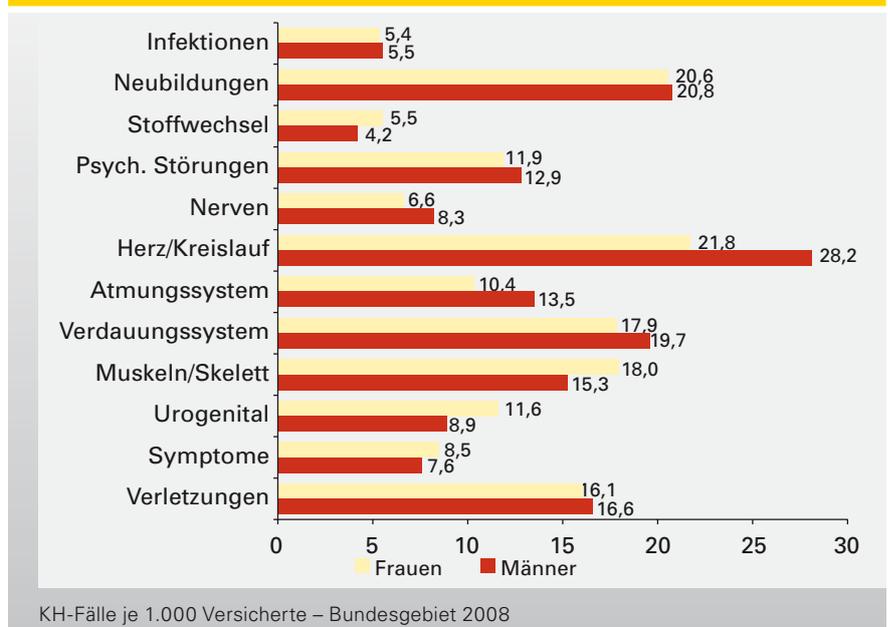


Schaubild 10.2

**Krankenhaustage nach Krankheitsarten**

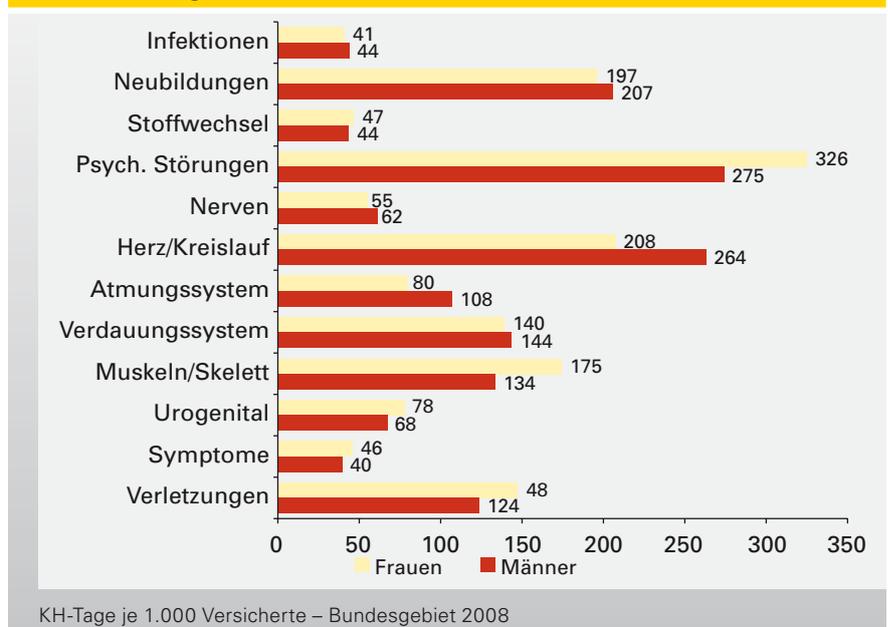
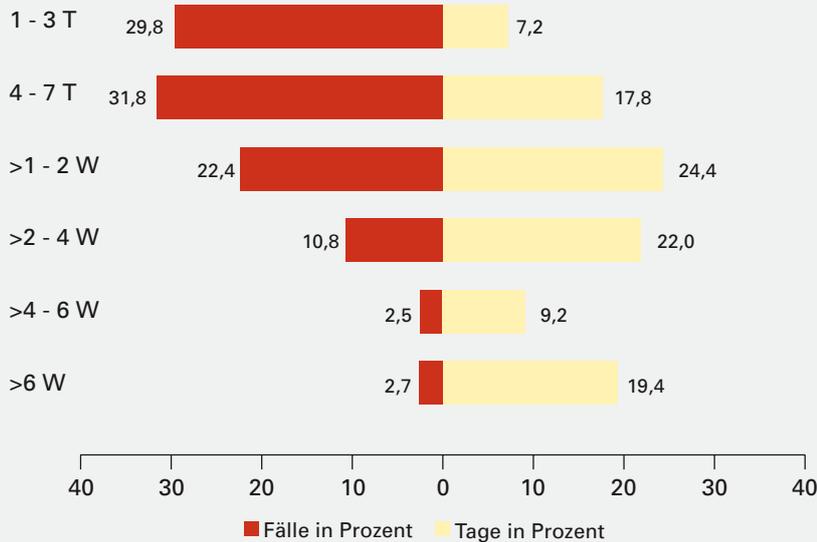


Schaubild 11

## Krankenhausbehandlung nach Dauer



Anteile der Versicherten – Bundesgebiet 2008

(T = Tage, W = Wochen)

auf *Psychische und Verhaltensstörungen* (F00-F99), die mit 301 Tagen und einem Anteil von 18,2 % hiernach erstmals den ersten Rang einnahmen (vgl. *Tabelle 10 im Anhang*). Dies resultierte aus der langen mittleren Verweildauer von nunmehr 24,3 Tagen bei *psychischen Erkrankungen* (+0,2 gegenüber dem Vorjahr), die das Zweieinhalbfache der mittleren Liegezeit umfasst. Auf *Krankheiten des Kreislaufsystems* entfielen 236 Tage je 1.000 Versicherte, was einem Anteil

an allen Tagen von 14,2 % entsprach. Die *Schaubilder 10.1 und 10.2* veranschaulichen die häufigsten Krankheitsarten nach Fällen und Tagen getrennt für Männer und Frauen. Während Frauen weniger häufig wegen einer Herz-/Kreislaufkrankung stationär behandelt wurden als männliche Versicherte, war das Verhältnis bei Urogenital- und Muskel-/Skeletterkrankungen umgekehrt.

Ähnlich wie im Vorjahr wurden 62 % aller stationären Fälle innerhalb einer Woche abgeschlossen, 29,8 % (2007: 28,8 %) bereits innerhalb von 3 Tagen. In 2,7 % der Fälle (+0,2) lagen die Patienten jedoch länger als 6 Wochen im Krankenhaus (vgl. *Schaubild 11*). Die Hauptursachen für eine überdurchschnittlich lange Verweildauer waren vor allem *psychische und Verhaltensstörungen*.

*Schaubild 12* zeigt die Entwicklung der Fallhäufigkeiten der in der stationären Behandlung wichtigsten Diagnosegruppen seit 1987. Veränderungen des Krankheitsspektrums schlugen sich vor allem bei den psychischen Störungen, Krankheiten des Muskel-/Skelettsystems, Neubildungen, Urogenital- sowie Stoffwechselerkrankungen nieder. Während sich seit 1987 Krankenhauseinweisungen auf Grund von Urogenitalerkrankungen um 18 % und wegen Stoffwechselerkrankungen immerhin noch um 9 % verringert haben, nahmen die Krankenhausfälle mit Neubildungen um 25 %, die Muskel- und Skelettleiden in dieser Zeit um 27 % zu. Stationäre



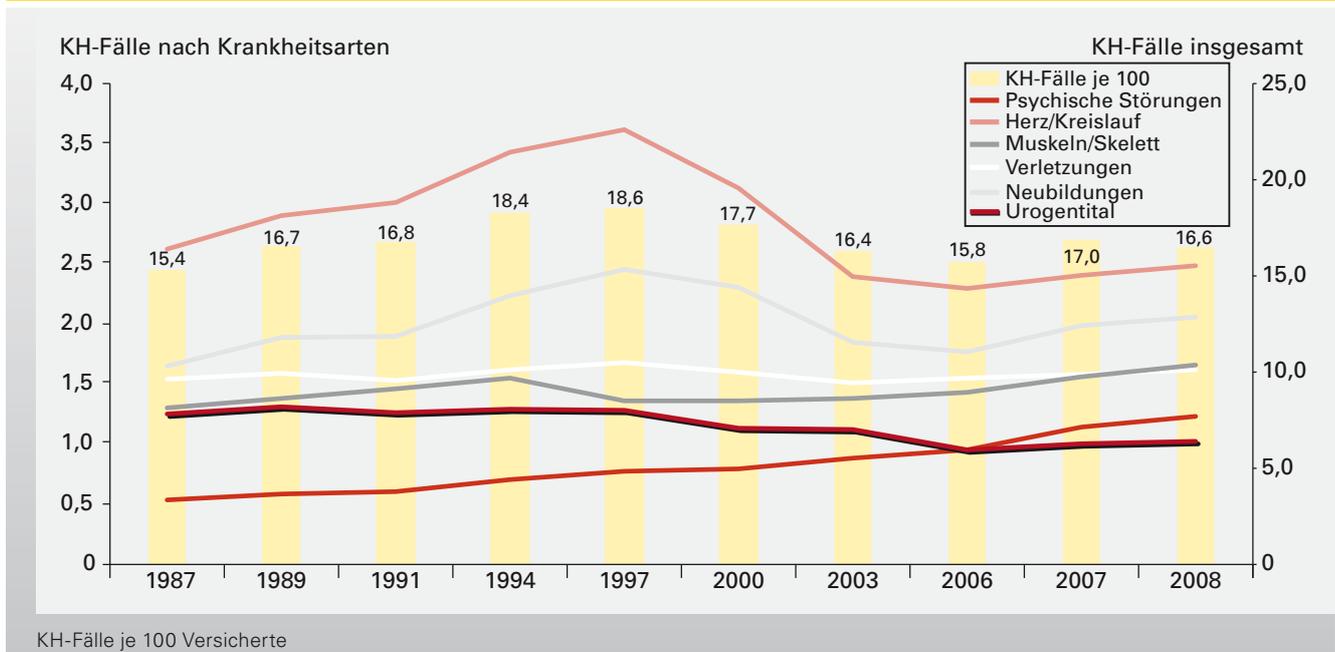
Behandlungen mit psychischen Ursachen haben sich im gleichen Zeitraum sogar mehr als verdoppelt. Dieser Befund deckt sich mit der Entwicklung in anderen Bereichen (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Arzneimittel) und bestätigt die wachsende Bedeutung der psychischen Störungen für das Versorgungsgeschehen.

Die Ursachen für psychische Fehlbelastungen sind vielfältiger Art und um-

fassen sowohl endogene Dispositionen wie äußere, von der Lebenslage bestimmte Faktoren. Als wichtigste äußere Stressoren sind berufliche Fehlbelastungen am Arbeitsplatz (Zeitdruck, Über- oder Unterforderung, Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen), soziale Verunsicherungen wie Arbeitsplatzunsicherheit, Arbeitslosigkeit und Armut sowie Vereinsamung oder Belastungen im privaten Umfeld zu nennen.<sup>9</sup>

**Schaubild 12**

**Krankenhausbehandlung nach Krankheitsarten – Trends seit 1987**



<sup>9</sup> Ausführliche Kommentierungen und Hintergründe zur Entwicklung der psychischen Krankheiten sind im BKK Gesundheitsreport 2008 „Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen“ enthalten.





# 2

Alter, Geschlecht  
und soziale Lage

## 2 Alter, Geschlecht und soziale Lage

Die Gesundheits- und Sozialberichterstattung steht unter dem Zeichen älter werdender Gesellschaften, nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern in fast allen europäischen und auch anderen Ländern weltweit. Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt einerseits durch die zunehmende Lebenserwartung, andererseits verstärkende bzw. anhaltend niedrige Geburtenraten die demografischen Veränderungen.

Für den Bereich der Krankenversicherung werden die Folgen des demografischen Wandels insbesondere mit Blick auf die Ausgabenentwicklung kontrovers diskutiert. Der „Medikalisierungsthese“, wonach eine mit dem Alter steigende Morbidität und Zunahme chronischer Erkrankungen mit steigenden Gesundheitskosten im Zuge der Alterung der Bevölkerung einhergehen<sup>1</sup>, stehen gegenteilige Annahmen gegenüber, wonach sich mit einer steigenden Lebenserwartung ein Zugewinn an relativ gesunden Lebensjahren verbindet und die Lebensphase mit den höchsten Gesundheitsausgaben in ein höheres Alter verschiebt (Kompressionstheorie)<sup>2</sup>. Zugleich wird in diesem Ansatz von einer relativen Absenkung der i. d. R. hohen Versorgungsausgaben im Sterbejahr durch ein im Mittel späteres Sterbealter ausgegangen.

Auch für das Wirtschaftsleben bleibt die Altersentwicklung nicht ohne Folgen. Wie in fast allen Industrieländern kann es sich auch die Wirtschaft in Deutschland nicht leisten, auf die Älteren im Arbeitsmarkt zu verzichten. Bereits seit 1998 stieg lt. Mikrozensus die Anzahl der über 50-jährigen Erwerbstätigen von 8,0 auf gut 10,5 Mio. (2008) an, während der Anteil der unter 40-Jährigen in diesem Zeitraum von 52,5 % auf 43,1 % sank. Allein von 2002 bis 2008 ist die Beschäftigungsquote der über 55-Jährigen um über ein Drittel von 38,9 auf 53,8 % gestiegen (Eurostat 2008). Schon in 2007 wurde in Deutschland das für 2010 gesetzte Lissabon-Ziel der Europäischen Union – eine Beschäftigungsquote von

mindestens der Hälfte dieser Altersgruppe zu erreichen – mit 51,5 % überschritten. Gleichzeitig beschleunigt sich der wirtschaftliche Wandel – die Veränderungen der beruflichen Tätigkeiten haben in den letzten Jahren zugenommen. Der Übergang von der Industrie- zur Wissensgesellschaft führt zu mehr Dienstleistungsaufgaben und zu veränderten Arbeitsinhalten und -formen.<sup>3</sup> Lebenslanges Lernen und Weiterbilden werden zu einer persönlichen, betrieblichen und bildungspolitischen Herausforderung.

Gleichzeitig werden in absehbarer Zeit die Belegschaften in den Betrieben altern und angesichts rückläufiger Geburtenraten Nachwuchskräfte in bestimmten Qualifikationsbereichen rar werden. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Schaffung gesundheitlicher Voraussetzungen für eine erfolgreiche berufliche Tätigkeit jenseits des 60. Lebensjahres für Wirtschaft und Politik einen wachsenden Stellenwert. Der demografische Wandel stellt somit nicht nur an das Gesundheitswesen, sondern auch an die Gesundheitsvorsorge in der Arbeitswelt erhebliche Anforderungen. Vertiefende Analysen der durch das Lebensalter geprägten Morbiditätsunterschiede unter Einbeziehung sozialer und beruflicher Einflussgrößen bilden hierbei wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung geeigneter Handlungsinstrumente.

Im vorliegenden Kapitel werden im ersten Teil alters- und geschlechtsspezifische Grundmuster der Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlungen aufgezeigt. Im zweiten Teil steht das Erkrankungsgeschehen nach sozialen und beruflichen Statusmerkmalen im Vordergrund. Zwischen Arbeitern und Angestellten, freiwillig Versicherten und Arbeitslosen lassen sich sowohl hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeiten und -dauern wie auch hinsichtlich der Morbiditätsstrukturen deutliche Differenzen beobachten, die auf besondere gesundheitliche Belastungen im beruflichen und sozialen Umfeld dieser Gruppen hinweisen.

<sup>1</sup> Beske, F. u. a. (2009): Morbiditätsprognose 2050. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung, Schriftenreihe Band 114, Kiel.

<sup>2</sup> Kühn, H. (2005): Demografischer Wandel und GKV – Kein Grund zur Panik, in: Die Krankenversicherung 6/7-05 sowie Rürup, B. (2007): Was kostet Gesundheit 2030. In G+G Gesundheit und Gesellschaft, Heft 3-2007, wo der Autor die Finanzierungsprobleme der GKV i. V. auf die Einnahmeproblematiken (Beitragsentwicklungen, Lastenverschiebungen) zurückführt.

<sup>3</sup> Der Strukturwandel wurde ausführlich thematisiert im BKK Gesundheitsreport 2004 „Gesundheit und sozialer Wandel“, S. 62, sowie im BKK Gesundheitsreport 2006 „Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen“, S. 76.

## 2.1 Fehlzeiten und stationäre Behandlungen nach Alter und Geschlecht

### Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht

In die folgenden Betrachtungen werden anders als in den *Kapiteln 1* und *3* alle versicherungspflichtigen Erwerbspersonen – Beschäftigte und ALG-I-Empfänger – eingeschlossen. Dieses Vorgehen erlaubt, auch für die Gruppe der Arbeitslosen (ohne ALG-II-Empfänger)<sup>4</sup>, detaillierte Aussagen zu gesundheitlichen Belastungen zu treffen, die insbesondere mit Blick auf mögliche gesundheitliche Hinderungsgründe für die Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit Erkenntnisse liefern können. Die gesundheitlichen Belastungen der Arbeitslosen können sowohl die Ursache als auch die Folge der Arbeitslosigkeit bilden.

Die Altersverteilung der Arbeitsunfähigkeit ist zunächst durch hohe Erkrankungshäufigkeiten der unter 25-Jährigen gekennzeichnet. In der Phase des beruflichen Einstiegs ist die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle dabei am höchsten. Ein unter 20-jähriges BKK Pflicht-

mitglied fehlte im Jahre 2008 durchschnittlich 1,7-mal, ein 20- bis 24-jähriges Pflichtmitglied im Durchschnitt gut 1,3-mal wegen Krankheit (vgl. *Tabelle 7 im Anhang*). Auch die 50- bis unter 60-Jährigen fehlten überdurchschnittlich oft (1,2 AU-Fälle). In den übrigen Altersklassen lagen die Durchschnittswerte nur bei 0,9 bis 1,1 Fällen je Mitglied. Im Vergleich zu 2007 waren in allen Altersgruppen etwas höhere Fallhäufigkeiten zu beobachten.

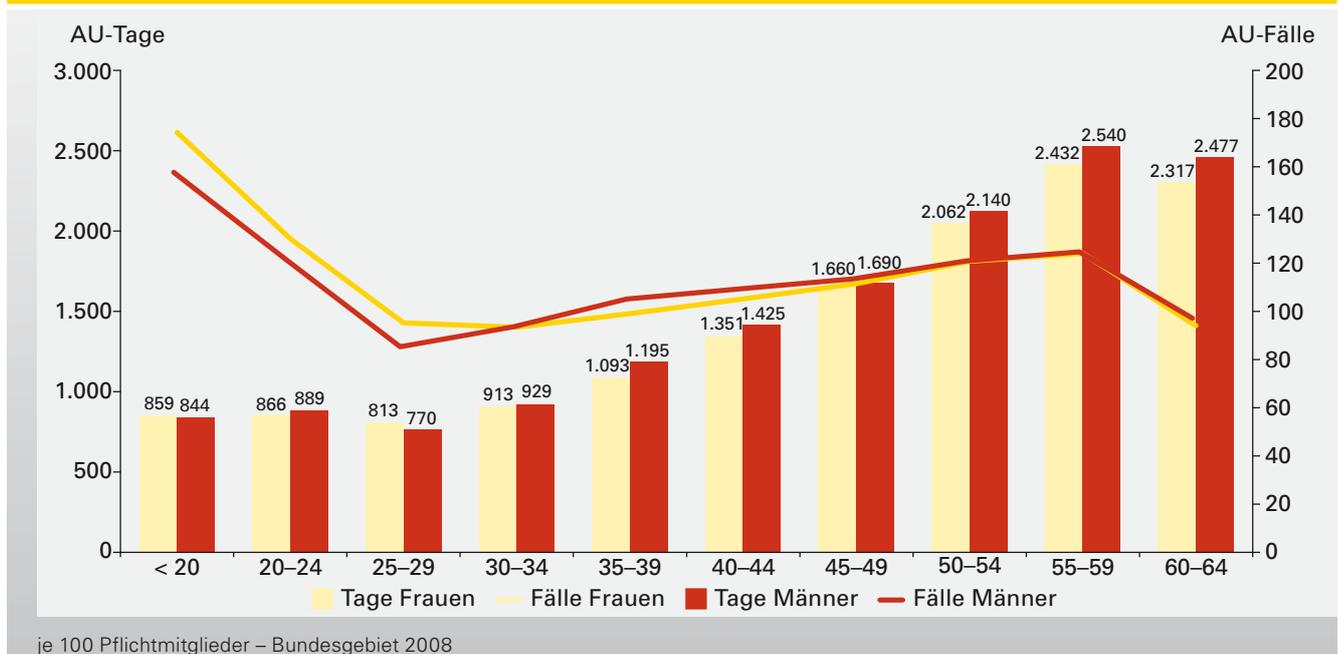
Die Zahl der Krankheitstage nimmt mit dem Alter zu (vgl. *Schaubild 13*), was auf die Schwere der zu Grunde liegenden Erkrankungen und den hiermit einhergehenden längeren Krankheitsdauern zurückzuführen ist. Eine durchschnittliche Erkrankung dauerte bei den unter 25-Jährigen 2008 etwas mehr als eine Woche, bei den über 40-Jährigen zwei, bei den über 50-Jährigen drei Wochen (*Tabelle 7 im Anhang*). In den älteren Gruppen konzentrieren sich dement-

sprechend auch die Langzeitfälle über sechs Wochen: etwa 7 % aller AU-Fälle der über 55-Jährigen dauerten länger als 6 Wochen, während der Anteil im Durchschnitt aller Pflichtmitglieder mit rund 4 % erheblich niedriger ausfiel. Dieser allgemeine Trend differenziert sich allerdings deutlich nach der beruflichen bzw. sozialen Lage (s. u.).

Männer wiesen in den meisten Altersgruppen mehr Krankheitstage als Frauen auf. Ausgenommen davon waren lediglich die Gruppe der unter 20-Jährigen sowie die 25- bis unter 30-jährigen männlichen Pflichtversicherten, die geringere Krankheitszeiten als die Frauen gleichen Alters verzeichneten. Die höheren Krankheitszeiten der Männer hängen wie bereits im Eingangskapitel angesprochen mit einer anderen Berufverteilung, insbesondere der höheren Anteile der Männer in gewerblichen Tätigkeiten zusammen.

Schaubild 13

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht



<sup>4</sup> Für arbeitslose ALG-II-Empfänger liegen auf Grund der fehlenden Krankengeldansprüche keine AU-Daten vor.

### Arbeitsunfähigkeit älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nach Tätigkeit

Wie in fast allen Industrieländern reicht auch in Deutschland die Geburtenrate nicht aus, um die Bevölkerungszahl zu halten. Es verbreitet sich die Erkenntnis, dass auf die Älteren im Arbeitsmarkt nicht verzichtet werden kann, und in Deutschland steigt die Erwerbstätigkeit der über 50-Jährigen bereits spürbar an – in den letzten zehn Jahren hat sie um fast ein Drittel zugenommen. Wie stark die gesundheitlichen Belastungen der älteren Erwerbstätigen durch die berufliche Lage beeinflusst sind, lässt sich exemplarisch im Vergleich einiger Berufsgruppen zeigen. Ausführlichere Darstellungen der Morbiditätsunterschiede nach der beruflichen Tätigkeit finden sich in Kapitel 3.

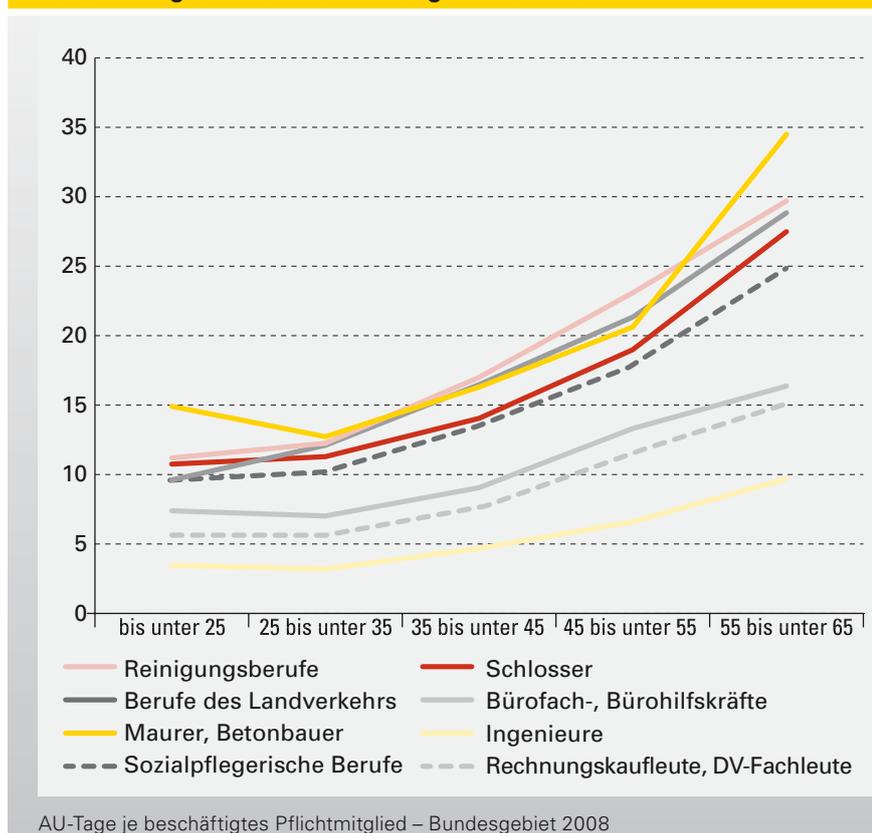
Auswertungen der BKK-Daten nach Alters- und Berufsgruppen (vgl. *Schaubild 14*) verdeutlichen die bei einer angestrebten Verlängerung der Lebensarbeitszeit tätigkeitsspezifisch unterschiedlichen gesundheitlichen Situationen der Beschäftigten. In Berufen mit hohen körperlichen Belastungen – bei z. T. geringer Qualifikation – liegen für die über 55-Jährigen durchschnittliche Krankheitszeiten von vier und mehr Wochen vor. Dies betrifft bei den Männern Bau- und verwandte Tätigkeiten, Verkehrsberufe, Montierer und Metallberufe, Hilfsarbeiter und Lagerarbeiter (vgl. Einzelergebnisse in *Tabelle 7a* im Anhang). Bei den älteren weiblichen Beschäftigten

treten ebenfalls die Metallberufe und Montiererrinnen mit langen Krankheitszeiten in Erscheinung. Auch die über 55-jährigen Hilfsarbeiterinnen, Warenprüferinnen, Speisensbereiterinnen und Reinigungskräfte fehlten krankheitsbedingt durchschnittlich vier Wochen und mehr am Arbeitsplatz, hauswirtschaftliche Betreuerinnen und Sozialpflegerinnen in dieser Altersgruppe wiesen durchschnittlich noch 26 bis 27 AU-Tage im Jahr 2008 auf. Außerdem verzeichneten die weiblichen Beschäftigten im Allgemeinen – auch in den höher qualifizierten Tätigkeitsfeldern (s. unten) – jeweils mehr Ausfalltage als die Männer in derselben Alters- und Berufsgruppe.

Bei beiden Geschlechtern gehörten die Metallberufe, die als Hilfsarbeiter oder Reinigungskräfte Beschäftigten sowie die Verkehrsberufe zu den Berufsfeldern mit den höchsten Ausfallzeiten bei den über 55-Jährigen (durchschnittlich vier und mehr Krankheitswochen). Dagegen fehlten Führungskräfte im Management, Ingenieure, Lehrer, Techniker oder Rechnungsaufleute durchschnittlich zwar nur etwa ein bis zwei Wochen im Jahr, allerdings verzeichneten diese Gruppen infolge wachsender Stressbelastungen in einer sich anbahnenden Krisensituation ebenfalls im Vergleich zu den Vorjahren höhere Krankheitsausfälle (vgl. *Spezial von Stiehler*, S. 32 f.).

Schaubild 14

#### Arbeitsunfähigkeit nach Alter in ausgewählten Berufen



## Bessere Gesundheit der Älteren bei höherer Qualifikation

### – vor allen Dingen bei Männern

Von besonderer Bedeutung für die gesundheitliche Lage älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind die Faktoren Qualifikation und Bildung. Dies spiegelt sich auch in der Arbeitsunfähigkeit wider. Gut qualifizierte, in ihrer Arbeit weitgehend selbstbestimmte Berufsgruppen weisen wesentlich geringere altersbezogene Zunahmen der Krankheitstage auf als im Durchschnitt zu erwarten wären. So ist jeder achte männliche Ingenieur über 55 Jahre alt und erkrankte 2008 im Schnitt lediglich rund neuneinhalb Tage im Jahr. Dies bedeutet allerdings gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme um etwa einen Tag und könnte mit gesundheitlichen Belastungen durch zunehmende Arbeitsplatzunsicherheit in wirtschaftlichen Umbruchzeiten bei gleichzeitig wachsenden Leistungsanforderungen zusammenhängen. Die 25- bis 35-jährigen Ingenieure bildeten mit durchschnittlich rund drei AU-Tagen die „gesündeste“ Altersgruppe. Auch die jüngeren Ingenieurinnen nahmen mit rund viereinhalb AU-Tagen nur selten eine krankheitsbedingte Auszeit. Jedoch überschritten die Krankheitszeiten der weiblichen Ingenieurinnen die ihrer männlichen Kollegen in allen Altersklassen. So lagen die Ausfallzeiten der über 55-jährigen Frauen dieser Berufsgruppe (15,1 Tage) mit rund sechs Tagen deutlich über denen der Männer (9,4 Tage).

Spezialisten wie Rechnungskaufleute oder DV-Fachleute verzeichneten in der ältesten Gruppe der über 55-Jährigen mit 15,2 Arbeitsunfähigkeitstagen ebenfalls einen Anstieg von etwa zwei Tagen gegenüber dem Vorjahr, was ähnlich wie bei Ingenieuren mit den veränderten Rahmenbedingungen dieser Branchen und Tätigkeitsfelder einhergeht. Die älteste Gruppe der Männer lag hier mit 10,9 AU-Tagen aber noch immer unter dem Durchschnitt, während die weiblichen Beschäftigten in dieser Alters- und Tätigkeitsgruppe mit durchschnittlich 19 Krankheitstagen wieder einen weit aus stärkeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeit über 55 Jahre aufwiesen.

Diese Befunde einer höheren Morbidität der älteren Arbeitnehmerinnen auch in höher qualifizierten Berufen dürften aus mehreren Faktoren resultieren. Neben biologischen Unterschieden – z. B. in Zusammenhang mit Wechseljahresbeschwerden – können sich hier auch kumulierende Effekte aus beruflichen und familiären Mehrfachbelastungen in der Biografie der Frauen niederschlagen. Nachwirkende Überlastungen aus vorhergehenden Lebensphasen (Kindererziehung) verbinden sich dabei u. U. mit neuen Anforderungen, etwa durch die Pflege älterer oder kranker Angehöriger. Diese Aspekte wären bei Maßnahmen einer zielgruppen-, gender- und altersgerechten betrieblichen Gesundheitsförderung zu berücksichtigen.

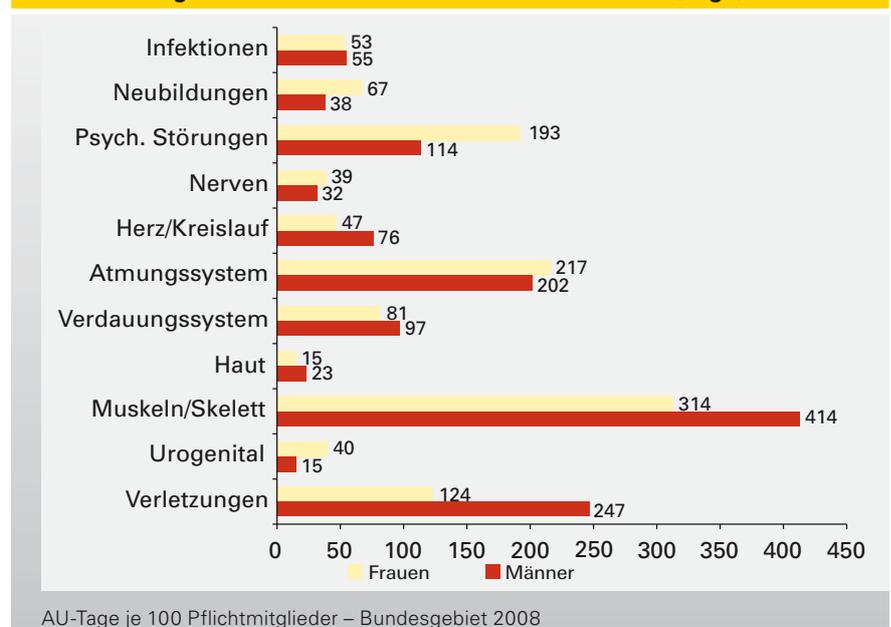
## AU-Diagnosen bei Männern und Frauen

Das Krankheitsgeschehen unterscheidet sich nicht nur nach Alter, sondern auch deutlich nach Geschlecht. Die Ausprägung der Krankheitsursachen von Männern und Frauen zeigt typische Unterschiede (Schaubild 15). So wiesen Männer wie auch in den vorjährigen Ergebnissen gegenüber Frauen doppelt so viele Erkrankungstage auf Grund von Verletzungen auf und auch die Zahl der AU-Tage durch Muskel- und Skeletterkrankungen lag um ein Drittel höher als der Vergleichswert für Frauen.

Dies ist zum einen den an anderer Stelle schon angesprochenen Beschäftigungs-

Schaubild 15

### Arbeitsunfähigkeit nach Geschlecht und Krankheitsarten (Tage)



strukturen und typischen Beschäftigungsfeldern von Männern geschuldet, die – trotz des sektoralen Strukturwandels – nach wie vor verbreitet in der industriellen Produktion und in körperlich beanspruchenden Berufen tätig sind (vgl. *Kapitel 2.2*). Zum anderen spiegeln sich hierin unterschiedliche Verhaltens- und Lebensmuster wider ("soziales" Geschlecht), die sich z. B. auf die Risikobereitschaft oder den Umgang mit Schwächen beziehen. Zu Muskel- und Skeletterkrankungen ist zu ergänzen, dass sie bei Frauen zwar weniger häufig als bei Männern auftreten und infolgedessen insgesamt weniger Krankheitstage verursachen, aber trotzdem mit höheren durchschnittlichen Falldauern einhergehen. So dauerten Erkrankungen des Bewegungsapparates bei pflichtversicherten Frauen im Schnitt 20,5 Tage gegenüber 18,9 Tagen bei Männern.

Neben den zuvor genannten zählen auch Herz- und Kreislauferkrankungen sowie

die Verdauungserkrankungen zu den Krankheitsgruppen, bei denen Männer mehr AU-Tage aufweisen als Frauen. Für Atemwegserkrankungen fallen hingegen in der Regel etwas mehr Krankheitstage bei Frauen als bei Männern an.

Kleinere Krankheitsgruppen mit typischerweise höheren Arbeitsunfähigkeitszeiten der Frauen sind Neubildungen und Urogenitalerkrankungen. Die Krankheitszeiten durch Neubildungen lagen 2008 bei Frauen um rund drei Viertel höher, und Urogenitalerkrankungen verursachten bei ihnen etwa zweieinhalbmal so viel Krankheitstage wie bei Männern. Auch die Erkrankungen des Nervensystems sind bei Frauen häufiger Gründe für Fehlzeiten als bei Männern.

Quantitativ bedeutsamer sind die Unterschiede bei psychischen Störungen, wo die Krankheitstage der Frauen die der Männer regelmäßig mit großem Abstand übersteigen – 2008 um mehr als

zwei Drittel. Dies weist zum einen auf eine höhere psychische Vulnerabilität der Frauen hin, hängt aber auf der anderen Seite auch mit ärztlichen Diagnosegewohnheiten zusammen, wonach Männer eher organbezogene Krankheitsdiagnosen und Frauen häufiger psychische Störungen attestiert bekommen.

Während psychische Erkrankungen gemessen an den Krankheitstagen bei Männern auch 2008 an vierter Stelle standen, bildeten sie bei Frauen die drittwichtigste Diagnosegruppe. Mehr Krankheitstage wurden bei Frauen nur durch Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems hervorgerufen. Bei Männern verursachten ebenfalls Muskel- und Skeletterkrankungen, vor allem aber auch Verletzungen sowie nachfolgend Atemwegserkrankungen mehr Krankheitstage.

Die Bedeutung der psychischen Erkrankungen hat über drei Jahrzehnte der BKK-Statistik erheblich zugenommen. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage bei psychischen Diagnosen betrug 1976 zu Beginn dieser Statistik gerade einmal 46 und bei Frauen 61 Tage je 100 Pflichtmitglieder, 1980 waren es 64 (Frauen 82) und 1990 bereits 93, bei Frauen sogar 135(!) AU-Tage. Hiermit hatten sich bereits zu diesem Zeitpunkt die psychisch verursachten Krankheitstage bei Frauen mehr als verdoppelt und bei Männern um immerhin 83 % zugenommen.

Im Jahr 2000 wurden in den alten Bundesländern schon 104 Arbeitsunfähigkeitstage insgesamt und bei den Frauen 127 Arbeitsunfähigkeitstage gemeldet, in Gesamtdeutschland la-

gen in diesem Jahr auf Grund der niedrigeren ostdeutschen Werte 101 Tage bei allen Pflichtmitgliedern und 124 Tage bei Frauen vor. Seither stiegen die Krankheitszeiten durch psychische Störungen in Gesamtdeutschland bis 2008 um weitere 49 % auf 150 Tage bei allen und um 55 % bei Frauen auf 193 Tage je 100 weibliche Pflichtmitglieder.

Im Vergleich zu 1980 haben sich demnach die psychisch bedingten Fehltagelänge der BKK Mitglieder – auch auf Grund eines wachsenden Frauenanteils – mehr als verdoppelt. Bei den Frauen allein betrug die Zunahme immerhin 135 %, bei den Männern 95 %. Nähere Ausführungen zu den psychischen Diagnosen im Einzelnen finden sich in *Kapitel 5*. Der langfristige Anstieg ist vor dem Hintergrund tief greifen-

der sozialer Veränderungen – sowohl im Arbeitsleben wie im privaten oder familiären Umfeld – zu sehen.

Außer Acht gelassen werden darf hierbei allerdings nicht, dass die Zunahme der psychischen Störungen vermutlich auch aus einer verstärkten Diagnostik und Dokumentation seitens der behandelnden Ärzte resultiert.<sup>5</sup> Der Anteil dieser AU-Tage an allen gemeldeten Fehltagen der Pflichtmitglieder insgesamt betrug 10,9 %, im Vorjahr hatte er bei 10,1 % gelegen. Die Bedeutung ist in den vergangenen Jahren um ein Vielfaches gewachsen, so lagen die Anteile der psychisch verursachten Krankheitstage 1980 bei nur 2,5 %, 1990 bei 3,7 % und 2000 bereits bei 6,9 %.

<sup>5</sup> Bemerkenswert ist auch die kontinuierliche Zunahme der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie: Nach Angaben der Bundesärztekammer waren Ende 2008 über 8.700 Ärzte dieser Fachrichtung registriert, während es 1999 auf gleicher Zählbasis nur rund 4.500 waren.



## Lieber reich und gesund als arm, krank und weiblich

Carola Bury  
Arbeitnehmerkammer Bremen

„Armut, Arbeitslosigkeit und prekäre Arbeitsverhältnisse können krank machen“ – diese mittlerweile verbreitete Erkenntnis trifft Männer und Frauen gleichermaßen. Besonders drohender Arbeitsplatzverlust und mangelnde gesellschaftliche Anerkennung bringen psychische Belastungen und hiermit einhergehende Erkrankungsrisiken mit sich. Sie nur aktuell mit Blick auf die bestehende Finanz- und Wirtschaftskrise zu diskutieren, würde sicherlich zu kurz greifen. Denn mehr noch als situations- und lebenslagenbezogene Reaktionen auf zeitlich begrenzte Krisensituationen erscheinen lang anhaltende und systemische Verschlechterungen der Arbeits- und Lebensbedingungen die gesundheitliche Lage der Betroffenen nachhaltig anzugreifen und dauerhaft zu schwächen – insbesondere dann, wenn die betroffenen Gruppen keine Perspektiven sehen. Dies gilt für bildungsferne Schichten, langzeitarbeitslose Männer und Frauen, ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Ungelernte oder junge Menschen ohne Ausbildung. Und es betrifft darüber hinaus Frauen in besonderem Maße, weil bei ihnen neben ihrer strukturell schwächeren Arbeitsmarktposition noch weitere Faktoren zum Tragen kommen, die die sozialen Ungleichheiten verstärken.

### Frauenarbeit – vielseitig und gering geschätzt

Frauen haben häufig niedrigere Einkommen, leben sogar öfter an oder unter der Armutsgrenze und dies in nahezu allen Lebensphasen. Denn sie liegen trotz vergleichsweise guter schulischer Abschlüsse in Bezug auf ihre „Bildungsrenditen“ weit hinter den Männern. Trotz besserer Ausbildung verdienen sie in der gewerblichen Wirtschaft durchschnittlich 20-30 Prozent weniger als Männer. Sie arbeiten häufiger in Teilzeit und in Niedriglohnbranchen und haben branchen- und arbeitsorganisationsabhängig geringere Entwicklungs- und Aufstiegschancen.<sup>1</sup> Zudem haben sie seltener Möglichkeiten zur beruflichen Weiterbildung als Männer.<sup>2</sup> Überdurchschnittlich viele Frauen können trotz Erwerbstätigkeit kein ausreichendes Einkommen erzielen. Viele dieser Frauen haben Betreuungspflichten als Mütter oder in der Pflege von Angehörigen und leisten private und ehrenamtliche Arbeiten, die nicht entlohnt werden. Zudem verfügen Frauen infolge ihrer Erwerbsbiografien über schlechtere Leistungen aus den Sozialversicherungen. Im Jahre 2007 waren 7,68 Millionen Menschen atypisch Beschäftigte, davon 71 Prozent Frauen. Seit 1997 hat sich nach den Daten der Hans-Böckler-Stiftung ihre Zahl stärker erhöht als die der Männer – plus 1,6 Millionen im Vergleich zu plus 980 Tsd. prekär beschäftigte Männer – für beide Geschlechter bedeutet dies beträchtliche Zunahmen.<sup>3</sup> Die Armutsquoten liegen für Frauen bei 21 Prozent, für Männer bei 16 Prozent.<sup>4</sup>

Für die finanzielle Situation von verheirateten Frauen ist oft weniger das eigene

Einkommen als das ihres Partners ausschlaggebend. Dass die im Durchschnitt viel geringeren Einkommen von Frauen dennoch nicht unbedeutend sind, ist daran zu erkennen, dass Familien vor allem dann in prekären Einkommensverhältnissen leben, wenn Mütter nur geringfügig beschäftigt oder nicht erwerbstätig sind. Um „Armut zu vermeiden“ besteht in Zwei-Eltern-Familien also vielfach die Notwendigkeit, ein zusätzliches Einkommen zu erzielen – unter welchen Bedingungen auch immer.<sup>5</sup>

In einigen Frauen-Beschäftigungsfeldern gelten Mini-Jobs und Niedriglöhne bereits als „weibliche Normalarbeitsverhältnisse“ (zum Beispiel im Verkauf, im Friseurwesen, der Reinigung oder in der Pflege, vgl. auch die Ausführungen zur Teilzeitbeschäftigung und *Tabelle 3*, S. 38). Aus den staatlich gewollten – steuerrechtlich privilegierten Mini-Jobs – sind massenhaft prekäre Arbeitsverhältnisse für Frauen entstanden. Frauen erhalten darüber in der Regel auch keinen eigenen Zugang zu Leistungen der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, weder zum Zeitpunkt der prekären Arbeitsverhältnisse, noch, wenn sie den Wiedereinstieg in die sozialversicherungspflichtige Erwerbsarbeit wünschen.

Diese Benachteiligung in prekären Arbeitsverhältnissen setzt sich leider auch in nahezu allen Bereichen des Sozialversicherungssystems fort. So erhielten im Land Bremen Frauen im Durchschnitt etwas mehr als zwei Drittel des Arbeitslosengeldes der Männer (Frauen 620 Euro/Männer 890 Euro), da die Höhe an das vorherige Einkommen aus Erwerbsarbeit gekoppelt ist. Mehr als die Hälfte der arbeitslosen Frauen im SGB III erhielt 2007

<sup>1</sup> Gottschall, K. (2009): Trotz Abschluss arm? Mangelnde Bildungsrenditen als Armutsrisiko, in: Programmierte Frauenarmut? Armutsrisiken von Frauen im Lebensverlauf: Problemanalysen und Lösungsstrategien, Bremen, S. 11 f.

<sup>2</sup> Stat. Bundesamt (2008), S. 65 ff.

<sup>3</sup> Dinse, A. (2009): Das Prekariat ist eine Frau, in: Der ver.di Report die besonderen Nr. 02/2009, S. 6.

<sup>4</sup> Bundesregierung (2008): DS 16/9915, S. 17 (auf Basis des Sozioökonomischen Panels SOEP).

<sup>5</sup> Bury, C.: Beschäftigung am Existenzminimum. Armut und prekäre Beschäftigung im Land Bremen. In: Gesundheit Berlin (Hrsg. 2007): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress, Armut und Gesundheit, Berlin.



keine Geldleistungen, bei den Männern waren es 39 Prozent.<sup>6</sup> Frauen können sowohl im SGB III (Arbeitsförderung) als auch im SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) in die Kategorie der Nichtleistungsempfängerinnen und damit in ein Abhängigkeitsverhältnis vom Partner geraten. Das Konstrukt der „Bedarfsgemeinschaft“ verweigert Frauen häufig den eigenständigen Zugang zu Arbeitsmarktmaßnahmen und –instrumenten. Die Wirtschafts- und Finanzkrise und der Abbau von Arbeitnehmer-Schutzrechten werden diese Entwicklung vermutlich weiter beschleunigen und sich zunehmend auch auf die Arbeitsplatzsituation von Männern auswirken.

So bleibt das klassische Bild der Familienfrau bzw. der dazuverdienenden Ehefrau auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts in den Arbeitsmarktbestimmungen prägend und wird über die nachgelagerten Sozialversicherungssysteme sogar noch ausgeweitet. Welche gesundheitlichen Auswirkungen für Frauen dadurch entstehen, dass sie statt auf das System der „öffentlichen Fürsorge“ auf das System der „familiären Fürsorge“ angewiesen sind, ist bislang gesellschaftlich kein Thema.

Frauen können also in sehr unterschiedlichen Lebenssituationen von finanziellen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Abstiegsrisiken betroffen sein: Alleinerziehende oder in Paarhaushalten lebende Frauen, Frauen in Patchworkfamilien, Migrantinnen, alte Frauen. Abstiegsrisiken sind besonders häufig mit Erziehungs- und Familienarbeit sowie Veränderungen des Familienstandes

(Heirat, Scheidung, Tod des Partners) verbunden. Weitere gesundheitlich relevante Problemlagen, wie ungünstige Wohnverhältnisse, familiäre oder psychische Belastungen bis hin zu Gewalterfahrungen, können hinzukommen. Ein sich veränderndes System von Familienstrukturen und familiärer Absicherung, die Risiken auf dem Arbeitsmarkt und im Sozialversicherungssystem können sich in ihren Wirkungen verbinden und verstärken – unter dem Einfluss der Finanz- und Wirtschaftskrise ist zu befürchten, dass sie sich zunehmend verschärfen und beschleunigen.

### Frauen und Gesundheit

Dabei ist offenkundig, dass nicht nur ökonomische und materielle Fragen, sondern auch gesundheitliche Probleme bei vielen erwerbstätigen Frauen virulent sind, da sie auch bei vergleichbaren Tätigkeiten in der Regel höhere Krankheitslasten aufweisen als Männer (vgl. *Kapitel 2.2*). Denn wie auch immer die sehr unterschiedlichen Lebenslagen aussehen, häufig müssen Frauen „flexibel“ Belastungen sowohl aus der Familienarbeit wie auch zugleich die Risiken aus einer unsicheren Erwerbsarbeit tragen.<sup>7</sup>

Gesundheitliche Belastungen bei erwerbstätigen Müttern sind vor allem auf unflexible Arbeitszeiten, fehlende Entlastungen und fehlende Zeit, sich der eigenen Gesundheit zu widmen, zurückzuführen. Oftmals sind psychische Erkrankungen die Folgen von Stress, Überforderung sowie die Geringschätzung der eigenen Arbeitsleistung.<sup>8</sup>

Die an vielen Frauenarbeitsplätzen bestehenden Flexibilisierungen und Arbeitszeitstrukturen sowie deren Verteilung über Tag und Woche schaffen nur scheinbar individuelle Freiräume, oft führen sie auch zu neuen Belastungen und Gesundheitsrisiken. Hierbei spielen insbesondere häufige Überstunden, kurzfristige Verfügbarkeit und eine ungünstige Lage der Arbeitszeiten eine große Rolle. Bereits der Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland wies auf die hohen psychomentalen Belastungsfaktoren (u. a. Zeitdruck) hin und forderte weitere Untersuchungen.<sup>9</sup> Daher verwundert es nicht, wenn mehr als 40 Prozent der Arbeitnehmerinnen die Voraussetzung zur Weiterarbeit bis zur neuen Altersgrenze von 67 Jahren negativ einschätzen. Als Gründe werden vor allem fehlende gesundheitliche Voraussetzungen und belastende Arbeitsbedingungen angegeben.<sup>10</sup>

Bei nicht erwerbstätigen Müttern stehen mangelnde persönliche Anerkennung und ökonomische Problemlagen im Vordergrund. Diese Frauen definieren u. U. ihren Selbstwert über die Entwicklung und den Gesundheitszustand ihrer Kinder.

Innerhalb der Familie sehen sich Frauen ständigen Anforderungen ausgesetzt, die nicht selten zur Überforderung führen. Vielen Müttern fehlt es an Entspannungs- und Regenerationsmöglichkeiten – zeitlich und finanziell. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, starkes Unter- oder Übergewicht, häufige Infekte, Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Angst und Nervosität sind häufige Symptome im

<sup>6</sup> Senator für Arbeit, Hrsg. Lebenslagen in Bremen (2008), S. 278 ff.

<sup>7</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Bundes-Frauengesundheitsbericht: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (2001).

<sup>8</sup> Bury, C.: Frauengesundheit – hohe Hürden für arme Frauen. Am Beispiel von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen (Mutter-Kind-Kuren), in: Gesundheit Berlin (Hrsg. 2008): Dokumentation 14. bundesweiter Kongress, Armut und Gesundheit, Berlin.

<sup>9</sup> Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland (2001), S. 370ff.

<sup>10</sup> „Rente mit 67“ – Voraussetzungen für die Weiterbeschäftigung älterer Arbeitnehmerinnen. Dortmund 2008, S. 186 ff.



komplexen Krankheitsgeschehen, auch die vergleichsweise häufigen Krankenhauseinweisungen familienversicherter Frauen (vgl. *Kapitel 2.2*) belegen die gesundheitlichen Probleme dieser Gruppe. Oft wird die eigene Gesundheit und Gesunderhaltung zu Gunsten der Familie oder aus Angst um den Arbeitsplatz zurückgestellt.<sup>11</sup>

Dies trifft in besonderem Maße bei Alleinerziehenden zu. Dabei handelt es sich hier um eine sehr heterogene Gruppe, deren Zahl in den letzten Jahren kontinuierlich und stark angestiegen ist. Zu den besonderen Belastungen gehören dabei die fehlenden beruflichen oder finanziellen Perspektiven verbunden mit den Problemen durch geringe, zeitlich eingeschränkte und außerdem teure Betreuungsmöglichkeiten für Kinder in nahezu allen Altersstufen.

Alleinerziehende sind besonders hohem ökonomischem Druck ausgesetzt und haben mit durchschnittlich 35 Prozent das höchste Armutsrisiko. Alleinerziehende Mütter leiden häufiger unter Allgemeinbeschwerden und Schmerzen und sind in ihrer psychischen Befindlichkeit sowie ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität eher beeinträchtigt.<sup>12</sup>

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens trifft insbesondere Gruppen, die nur über begrenzte finanzielle Ressourcen verfügen. Neben den Arbeitsmarktreformen wirken sich daher auch die Folgen der Gesundheitsreformen und insbesondere des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (2004) aus. Kernpunkte waren die

- Ausgrenzung und Streichung von Leistungen,
- Erhöhung von Zuzahlungen und neue Zuzahlungen,
- Belastungsgrenzen statt Sozialklausel (keine vollständige Befreiung mehr),
- Privatisierung einzelner Leistungen aus dem bisherigen Leistungsangebot.

Mit der schleichenden Abkehr vom Solidarprinzip begann der Paradigmenwechsel in der gesetzlichen Krankenversicherung: Gesunde werden entlastet, Patient(inn)en zahlen mehr.

### Fazit

Frauen gehören aus mehreren Gründen zu den Verliererinnen der Agenda 2010: sowohl durch die gravierenden Veränderungen infolge der Arbeitsmarkt-, sowie der Rentenreformen und durch die veränderten Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die gesundheitlichen Folgen prekärer Arbeitsbedingungen oder von Arbeitslosigkeit, aber auch die Frage des Zugangs zu Leistungen wurden bisher unzureichend untersucht – hier besteht nach wie vor sozialepidemiologischer Forschungsbedarf. Dabei sollten auch die Leistungen der GKV und der sozialen Sicherungssysteme unter Genderaspekten auf den Prüfstand – auch im Hinblick auf ihre jeweiligen Wechselwirkungen.

Gesundheit bzw. Krankheit sind weniger eine unmittelbare Reaktion auf aktuelle Krisenerscheinungen, aber Krankheit ist zweifellos eine soziale Frage und eine

Frage der Gerechtigkeit und Teilhabemöglichkeit. Insofern betrifft sie beide Geschlechter. Sie verstärkt sich für viele Frauen jedoch erheblich, wenn sich die soziale Lage und die Geschlechterlage strukturell verstärken. Dies wiederum wird in ökonomischen Krisen sichtbarer, weil Fälle sozialen Abstiegs weniger im System „familiärer Fürsorge“ verdeckt bleiben, sondern vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Krisenfolgen auch für Männer verstärkt zu Tage treten.

<sup>11</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1996) Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Mütter mit Kindern: Der Beitrag von Mütterkursen zur Frauengesundheit. Kohlhammer Stuttgart Berlin Köln.

<sup>12</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut (Hrsg. 2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter, H.14, April 2003.



## Männer in der Krise

Dr. Matthias Stiehler

Vorstand Politik und Soziales der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit e.V.

In den vergangenen Monaten gingen zahlreiche Meldungen durch die Medien, die den Ernst der derzeitigen weltweiten Finanz- und Wirtschaftskrise aufzeigten. Dabei handelt es sich nicht nur um Wirtschaftsnachrichten, sondern ebenso um die Auswirkungen der Krise auf den Einzelnen. Da ist von sozialem Abstieg die Rede, von dem viele Menschen auf Grund von Arbeitslosigkeit oder auch schon durch Kurzarbeit beziehungsweise durch die Verschlechterung von Kreditbedingungen betroffen sind. Ängste nehmen zu. Eine Untersuchung berichtet beispielsweise von ansteigenden Schlafstörungen<sup>1</sup>, eine andere von einem Anstieg der Vasektomie-Operationen (Durchtrennung der Samenstränge des Mannes zum Zweck der Empfängnisverhütung) in den USA um 50 %.<sup>2</sup> Als Ursache wird die Verunsicherung auf Grund der Finanz- und Wirtschaftskrise gesehen, wegen der viele Familien ihre Familienplanung überdenken. Insgesamt ist anzunehmen, dass insbesondere die psychischen Erkrankungen auf Grund der seelischen Belastungen zunehmen. Die Sorge um den Arbeitsplatz und um sich zuspitzenden finanziellen Druck lasten auf Männern wie auf Frauen und führt zu schlechtem Schlaf, zu Ängsten und Depressionen.

Diese aktuelle Situation trifft auf ein anderes Thema, das Mediziner und Gesundheitswissenschaftler seit Jahren in seiner speziellen Problematik beschäftigt

– auch wenn Öffentlichkeit und Politik erst allmählich davon Kenntnis nehmen: die Männergesundheit. Dass Männer im Durchschnitt sechs Jahre eher als Frauen sterben, ist bekannt. Weniger bekannt ist, dass von diesen sechs nur ein Jahr als biologisch bedingt angesehen werden kann.<sup>3</sup> Fünf Jahre haben demnach ihre Ursache in der spezifischen gesellschaftlichen Situation der Männer – und das, obwohl doch die Männer als die Macher, als die Mächtigen, als die gesellschaftlich Bevorteilten angesehen werden.

Das Thema „Männergesundheit“ macht auf diesen Widerspruch aufmerksam und versucht die Ursachen zu ergründen.<sup>4</sup> Dabei fällt auf, dass das Machersein zwar dem männlichen Ego guttut und oft auch gesellschaftliche Anerkennung einbringt, dass dafür aber ein Preis zu zahlen ist. Dieser liegt in dem, was in der Geschlechterforschung als „Externalität“ beschrieben wird.<sup>5</sup> Demnach orientieren sich Männer viel mehr als an den eigenen Bedürfnissen an dem, was von ihnen erwartet wird. Sie gewinnen die Maßstäbe ihres Handelns im Außen. Wo Frauen eher bereit sind, sich an den eigenen Empfindungen, an den eigenen körperlichen wie seelischen Bedürfnissen zu orientieren, wollen Männer entstehende Belastungen dadurch bewältigen, dass sie sich noch mehr anstrengen. Die eigene Not wird dabei eher beiseite geschoben und als hinderlich angesehen. Auch möchte Mann möglichst

niemand anderen mit seinen Problemen belasten.

Dieses Macherimage wird nicht nur im Berufsleben, sondern auch gegenüber der Familie umgesetzt. Männer fühlen sich immer noch verpflichtet, der (Haupt-)Versorger der Familie zu sein und dieser Anforderung ohne Schwäche gerecht zu werden.<sup>6</sup> An dieser Einstellung änderte sich auch durch die gesellschaftliche Entwicklung der letzten Jahrzehnte kaum etwas. Zwar ist durch die Individualisierung der Lebenslagen die reale Versorgungsnotwendigkeit der Familie durch den Mann längst nicht mehr lückenlos gegeben. Aber an dem eigenen Anspruch hat sich wenig geändert. Unter ihm stehend können sich Männer eigenes Schwachsein und eigene Niederlagen kaum zugestehen – und wenn, dann müssen sie zumindest eine „handfeste“ Krankheit vorweisen können.<sup>7</sup>

Doch es wäre falsch, die Stärkerwartung allein den Männern selbst zuzurechnen. Sie wird auch von außen an sie herangetragen: von den Partnerinnen, von den Arbeitgebern und von weiten Teilen der Gesellschaft.<sup>8</sup> Das zeigt sich selbst in der Gesundheitsdiskussion, in der bis heute das ganz und gar nicht wissenschaftliche Verständnis vorherrscht, Männer müssen sich nur ein wenig zusammenreißen und mehr auf ihre Gesundheit achten, dann würde es schon besser werden. Auch hinter dieser, von Medizinern und Ge-

<sup>1</sup> <http://www.blogspan.net/presse/wirtschaftskrise-verursacht-schlafstorungen/mitteilung/28630>; Stand: 31.8.2009.

<sup>2</sup> <http://www.urosources.com/home/breaking-news/breaking-news/view/article/urologists-note-50-rise-in-vasectomies-due-to-economic-crisis/>; Stand: 31.8.2009

<sup>3</sup> Luy, M. (2002): Warum Frauen länger leben. Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft. Heft 106/2002.

<sup>4</sup> Stiehler, M.: Männergesundheit in der Gesellschaft. In: Stiehler, M., Klotz, T. (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim: Juventa Verlag. S. 280 - 286.

<sup>5</sup> Böhnisch, L., Winter, R. (1993): Männliche Sozialisation. Bewältigungsprobleme männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf. Weinheim: Juventa Verlag

<sup>6</sup> Volz, R., Zulehner, P. (2009): Männer in Bewegung. Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlag.

<sup>7</sup> Stiehler, M. (2007): Geschlechtsspezifische Gesundheitspolitik - sinnvoll oder überflüssig? In: Blickpunkt Der Mann 2/2007, 4 - 5.

<sup>8</sup> Döge, P. (2009): Alles nur Konstruktion? Männer- und Frauenbilder zwischen Biologie und Kultur. In: Volz, R., Zulehner, P. (2009): Männer in Bewegung. Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlag, 325 - 345.



sundheitswissenschaftlern immer wieder geäußerten Meinung steckt die Vorstellung, Männer seien Macher und könnten mit ihren Problemen auf einfache Weise fertig werden.

Doch auch Männer können in Problemen versinken, können nicht mehr weiterwissen und Hilfe brauchen. Dass Männer ihre Probleme eher verstecken, dass sie nicht gelernt haben, mit ihnen offen umzugehen und sich auch mal Hilfslosigkeit zuzugestehen, gewinnt in einer Finanz- und Wirtschaftskrise an Brisanz. Zwar liegen verlässliche Gesundheitsdaten für 2008/2009 noch nicht vor, aber erste Untersuchungen zeigen, dass sich typische Männergesundheitsprobleme verstärken. So ergab beispielsweise eine Studie der Oxford University und der London School of Hygiene and Tropical Medicine, die Daten aus 26 EU-Ländern einbezog und im Juli 2009 veröffentlicht wurde<sup>9</sup>, dass bei einem Anstieg der Arbeitslosigkeit von 3% die Zahl der Herzattacken bei Männern zwischen 30 und 44 Jahren um 2,7% zunehmen. Die Zahl der Toten durch Alkoholmissbrauch steige in solch einer Situation gar um 28%. Morde und Selbstmorde nehmen bei Menschen unter 64 Jahren um 2,4% zu – ein Phänomen, von dem ebenfalls deut-

lich mehr Männer betroffen sind. Von sieben Männern, die von Arbeitsplatzverlust betroffen sind, leidet einer

innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn der Arbeitslosigkeit unter einer Depression.

Dass die Finanz- und Wirtschaftskrise auch in ihren gesundheitlichen Folgen Männer besonders trifft, liegt an mehreren Faktoren, von denen der erste bereits angeführt wurde: Männer versuchen ihre Stärke im Außen zu gewinnen. Ihre Aufopferung für die Firma und ihre Sorge um die finanzielle Situation der Familie gibt ihnen Halt und Lebenssicherheit. Bei drohender Arbeitslosigkeit oder auch bei finanziellen Engpässen geht dieser Halt verloren. Verstärkend wirkt, dass die aus solchen Situationen resultierenden seelischen Belastungen oft zu wenig kommuniziert werden. Viele Männer versuchen, das eigene Unwohlsein mit sich allein auszumachen.<sup>10</sup> Dabei strengen sie sich noch mehr an, um aus den Problemen herauszufinden. Hieraus kann sich eine Abwärtsspirale entwickeln. Nicht ohne Grund nehmen sich dreimal so viele Männer das Leben wie Frauen.<sup>11</sup>

Doch es sind noch weitere Faktoren wahrzunehmen. So gehören zwar mehr Männer zu den Spitzenverdienern, zu den Führungsetagen, zu den Gesellschafts-

gestaltern. Es sind aber auch viele Männer auf der anderen Seite der sozialen Schichtung zu finden. Da die derzeitige Wirtschaftskrise vor allem das produzierende Gewerbe und damit die traditionellen Männerberufe trifft, sind viele Männer unmittelbar von Arbeitslosigkeit und vom sozialen Abstieg betroffen. Die verstärkte Zunahme der Arbeitslosenzahl, mit der in den nächsten Monaten gerechnet wird, wird Männer unter anderem auch in stärkere gesundheitliche Probleme führen.

Ein weiterer Punkt betrifft die andere Seite der Gesellschaft. Die Finanz- und Wirtschaftskrise zeigt, dass gesellschaftlich einiges aus dem Ruder gelaufen ist. Die Vorstellungen von einem Leben auf der Überholspur, in dem es nur Wachstum gibt und Niederlagen als persönliche Schwäche angesehen werden, haben zu Finanz- und Wirtschaftsstrukturen geführt, die notwendig kollabieren mussten und müssen. In diesem System haben sich vor allem Männer eingerichtet und ihre Aufopferung für Firmendividenden wurde reichlich belohnt. Die durch die Krise provozierten Brüche mancher Lebensläufe können krank machen.<sup>12</sup> Doch natürlich enthalten solche Brüche auch Chancen, die gesundheitsfördernd wirken können. Gerade für die Männergesundheit scheint es als Folge der Finanz- und Wirtschaftskrise zentral zu sein, dass sich Männer mehr als bisher fragen, was sie für ein erfülltes Leben wirklich brauchen und welcher Preis ihnen das wert ist.

<sup>9</sup> [http://www.ox.ac.uk/media/news\\_stories/2009/090708.html](http://www.ox.ac.uk/media/news_stories/2009/090708.html); Stand: 31.8.2009.

<sup>10</sup> Neumann, W., Süfke, B. (2004): Den Mann zur Sprache bringen: Psychotherapie mit Männern. Tübingen: DGVT-Verlag.

<sup>11</sup> Statistisches Bundesamt (2008): Todesursachen in Deutschland. Gestorbene in Deutschland nach ausgewählten Todesursachen. Fachserie 12, Reihe 4. <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1022600>; Stand: 31.8.2009.

<sup>12</sup> [http://presse.philips.de/apps/n\\_dir/e1231501.nsf/0/64D3F3B5FA8E98B4C12575BA0041D1D3?opendocument](http://presse.philips.de/apps/n_dir/e1231501.nsf/0/64D3F3B5FA8E98B4C12575BA0041D1D3?opendocument); Stand: 31.8.2009.

### AU-Diagnosen nach Alter

Neben geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Morbidität zeigen sich naturgemäß auch altersspezifische Besonderheiten, die in den *Schaubildern 16.1 und 16.2* wiedergegeben sind. In jüngeren Altersgruppen stellen Krankheiten des Atmungssystems, des Verdauungssystems sowie Verletzungen gemessen an den Fallzahlen die häufigsten Krankheitsursachen dar. Trotz steigender

Falldauern verringerten sich die mit diesen Diagnosegruppen verbundenen Fallhäufigkeiten und Fehlzeiten bei den Versicherten zwischen 25 und 35 Jahren.

Herz- und Kreislauferkrankungen sowie in weit höherem Umfang Muskel- und Skeletterkrankungen gehören zu den Krankheitsgruppen, die mit zunehmendem Alter nicht nur häufiger

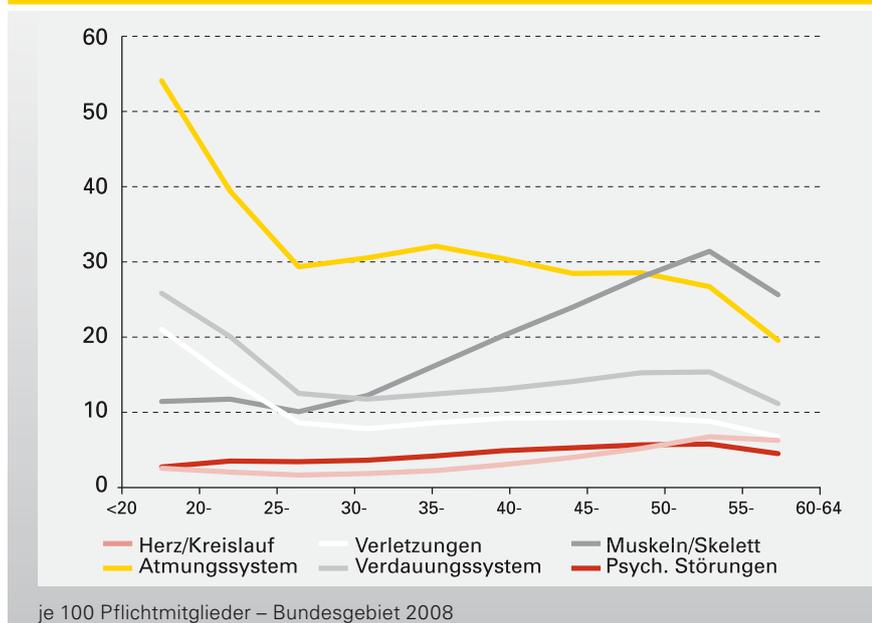
auftreten, sondern bedingt durch die Krankheitsschwere zunehmend länger dauernde Arbeitsunfähigkeiten auslösen. Die durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursachten AU-Tage liegen bei den über 60-Jährigen mehr als siebenmal so hoch wie bei den jungen Versicherten unter 25 Jahren.

Die psychischen Störungen nehmen bereits ab den mittleren Altersgruppen über 35 Jahren zu, bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Die höchsten Erkrankungs Häufigkeiten und Ausfallzeiten treten bei Männern und Frauen zwischen 55 und 60 Jahren auf, bei denen hierdurch etwa doppelt so lange Fehlzeiten entstehen wie bei den unter 40-Jährigen. Die Falldauern erreichen bei den über 55-Jährigen etwa sieben Wochen – die Fälle der Männer dauern zudem etwas länger als die der Frauen. Letzteres dürfte mit den höheren Anteilen der Suchtdiagnosen bei Männern zusammenhängen, worauf in *Kapitel 5* weiter eingegangen wird.

Die altersbezogenen Morbiditätsstrukturen zeigen darüber hinaus in weiteren Diagnosegruppen zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern (vgl. *Tabelle 7 im Anhang*). So steigt die Krebsmorbidität bei Frauen bereits ab dem Alter von 35 Jahren deutlich stärker an als bei Männern. In der Altersgruppe der 40- bis 44-jährigen Frauen lagen 2008 – ähnlich wie in den Vorjahren – sechs Mal mehr AU-Tage auf Grund von Neubildungen vor als bei unter 30-Jährigen. Bei Männern ließ sich im Vergleich dieser beiden Altersgruppen eine Erhöhung um etwa das Dreifache feststellen, womit bei ihnen gegenüber dem Vorjahr (Faktor 2,3) eine in dieser Lebensphase nun stärker ansteigende Krankheitszunahme zu beobachten ist. Zwischen den Geschlechtern vergrößerten sich dennoch in der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen die Differenzen: die für Frauen gemeldeten AU-Tage durch Neubildungen überstiegen 2008 den Vergleichswert für Männer um das Zweieinhalbfache. Mit zunehmendem Alter reduziert sich dieser Abstand auf Grund der stärkeren Zunahme der Krebsmorbidität bei Männern, allerdings weisen Frauen auch in den höheren Altersgruppen durchgängig eine, gemessen an den AU-Tagen, höhere Morbidität durch Neubildungen auf.

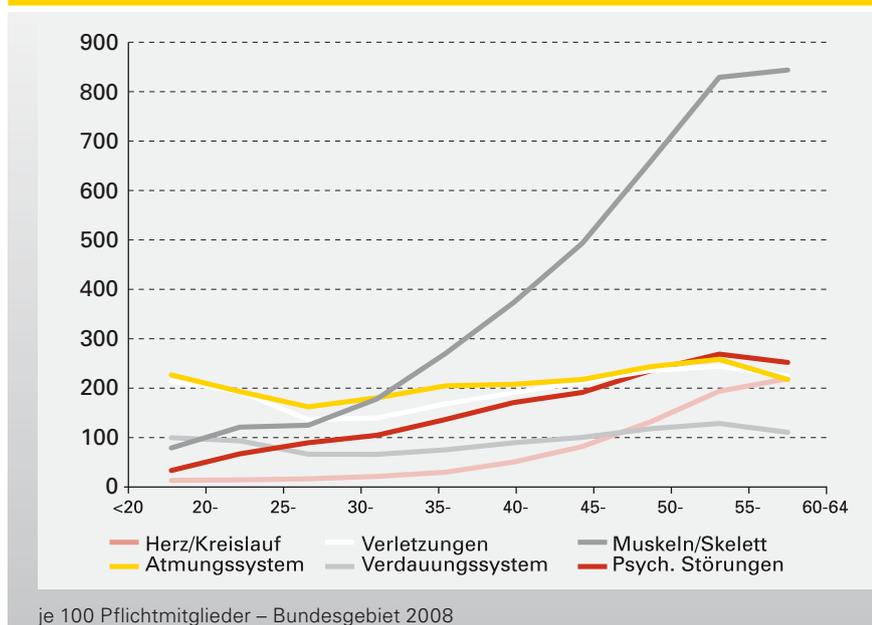
**Schaubild 16.1**

#### Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Fälle)



**Schaubild 16.2**

#### Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Tage)



Bei Männern spielen dagegen Herz-/ Kreislauferkrankungen ab einem Alter von 40 Jahren eine wesentlich stärkere Rolle als bei Frauen. In dieser Krankheitsgruppe verzeichnen sie ihrerseits doppelt so viele Krankheitstage wie Frauen.

**Krankenhausbehandlung nach Alter und Geschlecht**

Krankenhausbehandlungen umfassen im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die sich ausschließlich auf Erwerbspersonen bezieht, alle Altersgruppen – von Kindern bis hin zu Rentner/innen. Das Krankheitsspektrum ist jedoch bedeutend selektiver, da viele Erkrankungen – selbst schwer wiegende und chronische – nicht unbedingt zu einem Krankenhausaufenthalt führen.

Auch bei den stationären Behandlungen unterscheiden sich die Krankheitsschwerpunkte von Männern und Frauen merklich. Männer sind mit 28,2 Fällen je 1.000 Versicherte weitaus häufiger von Herz-/ Kreislauferkrankungen (I00-I99) betroffen als Frauen (21,8 Fälle je 1.000 Versicherte). Auch wegen Verdauungserkrankungen (K00-K93) sind sie öfter in stationärer Behandlung. Frauen dagegen werden häufiger wegen Erkrankungen des Urogenitalsystems (N00-N99), des Muskel-Skelett-Systems (M00-M99) und des Stoffwechsels (E00-E90) in's Krankenhaus eingewiesen. Diese Verteilungen finden sich ähnlich auch bei der Arbeitsunfähigkeit wieder. In anderen Krankheitsgruppen dagegen gibt es Abweichungen vom AU-Geschehen, so besonders bei psychischen Erkrankungen. Während Frauen hier im Vergleich zu Männern mehr Arbeitsunfähigkeitszeiten aufweisen, werden Männer etwas häufiger wegen psychischer Störungen stationär behandelt. Der Grund liegt vor allem darin, dass Männer häufiger an Suchterkrankungen und hier insbesondere Alkoholmissbrauch leiden.

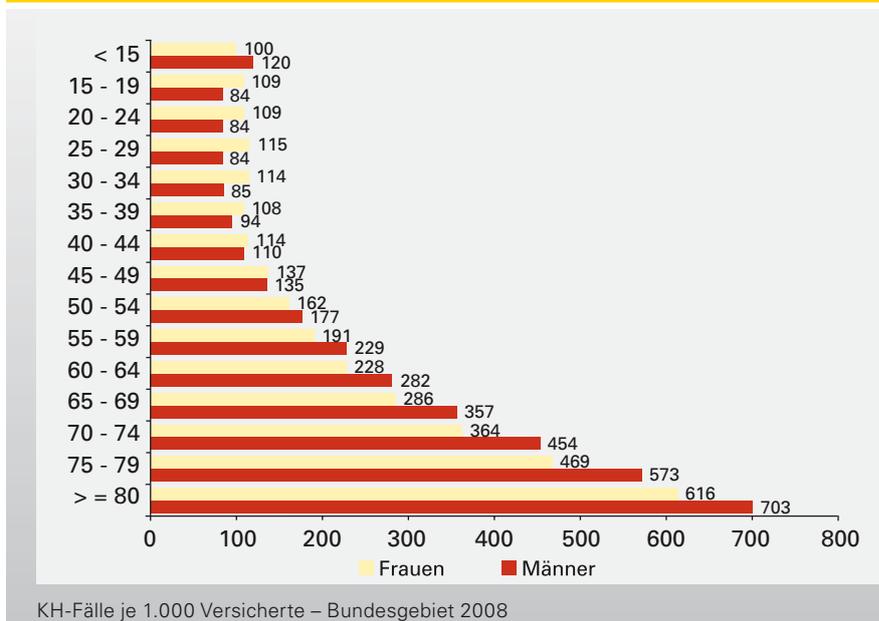
Neben diesen generellen Unterschieden nach Geschlecht, unterscheidet sich die stationäre Morbidität stark in Abhängigkeit vom Lebensalter. Erwartungsgemäß nimmt mit steigendem Alter sowohl die Zahl der Krankenhausaufenthalte als auch die der Krankenhaustage zu (vgl. *Schaubilder 17.1 und 17.2*). Bei den 15 bis 19-Jährigen lag die Fallzahl lediglich bei 96 Fällen je

1.000 Versicherte, bei den 65 bis unter 70-Jährigen waren es 322 Fälle und bei den über 80-Jährigen mit 645 Fällen je 1.000 Versicherte demgegenüber noch einmal die doppelte Fallhäufigkeit. Entsprechend nehmen auch die Krankenhaustage mit dem Alter zu. 65- bis unter 70-Jährige lagen 2008 im Mittel gut drei Tage im Krankenhaus, was etwa einer

Verdoppelung des Durchschnitts aller Versicherten (1,7 Tage) entspricht, über 80-Jährige verzeichneten mit 7,5 Krankenhaustagen viereinhalbfache Liegezeiten im Vergleich zum Durchschnitt. In allen Altersgruppen haben die Fallhäufigkeiten gegenüber dem Vorjahr leicht zugenommen.

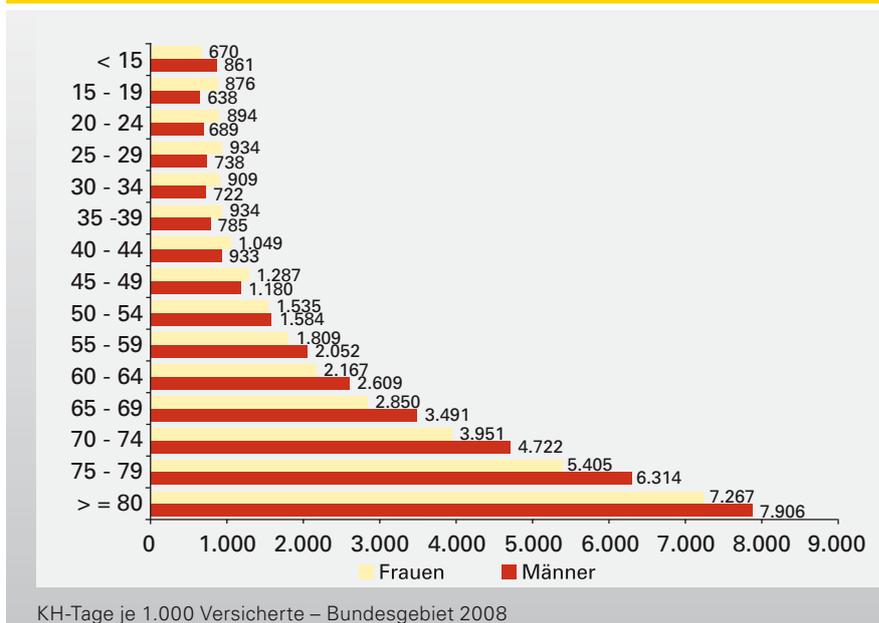
**Schaubild 17.1**

**Krankenhausbehandlung nach Alter und Geschlecht (Fälle)**



**Schaubild 17.2**

**Krankenhausbehandlung nach Alter und Geschlecht (Tage)**



## Krankenhausaufenthalte von Kindern und Jugendlichen

Stationäre Behandlungen von Kindern und Jugendlichen sind glücklicherweise selten und beschränken sich auf bestimmte Diagnosen. Das Haupterkrankungsgeschehen in diesem Alter spiegelt sich eher in der ambulanten Versorgung wider.

Geschlechtsbezogen sind bis zur Pubertät eindeutig die Jungen das anfälliger Geschlecht, was sich auch im Krankenhaus zeigt. Im Alter bis 15 Jahre waren sie mit 120 Fällen je 1.000 Versicherte deutlich häufiger in stationärer Behandlung als Mädchen (100 Fälle je 1.000 Versicherte). Hauptursache hierfür waren Erkrankungen des Atmungssystems (J00-J99), die ein gutes Fünftel der stationären Behandlungsfälle in dieser Altersgruppe ausmachten (23,2 Fälle je 1.000 Jungen und 17,6 je 1.000 Mädchen (vgl. *Tabelle 11 im Anhang*). Auch bei anderen Krankheitsarten, insbesondere bei Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98) übertraf in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen die Morbidität der Jungen die der Mädchen (16,6 bzw. 13,0 Fälle je 1.000). Infektionen (A00-B99) stellen die dritthäufigste und an Bedeutung zunehmende Krankheitsgruppe dieser Altersklasse dar. So hatten beispielsweise 1998 Infektionskrankheiten mit 5,3 Fällen je 1.000 Versicherte lediglich einen Anteil von 4,8 %, im Jahr 2004 waren es aber schon 10,4 % und 2008 bereits 11,5 % (vgl. *Kapitel 5.2*). Bei den stationär behandelten Infektionen im Kindesalter handelte es sich fast ausschließlich um Durchfälle (A09) und Darminfekte (A08).

Während bei den unter 15-Jährigen mehr Jungen als Mädchen in stationärer Behandlung waren, kehrte sich dieses Verhältnis bereits im Alter von 15 bis 19 Jahren um. Weibliche Jugendliche dieses Alters sind deutlich häufiger in stationärer Behandlung als männliche (109 Fälle im Vergleich zu 84 Fällen je 1.000 Versicherte). Sie werden auf Grund fast aller Krankheitsarten häufiger stationär aufgenommen. Eine Ausnahme stellen Verletzungen und Vergiftungen dar, von denen männliche Jugendliche mit 20,3 Fällen je 1.000 weit häufiger betroffen sind als weibliche (11,7 Fälle je 1.000).

Stationäre Behandlungen wegen Hauterkrankungen kommen bei männlichen Jugendlichen ebenso etwas häufiger vor (3,1 gegenüber 2,6 Fällen je 1.000 Versicherte).

Gut jeder sechsten stationären Einweisung von Jugendlichen beiderlei Geschlechts lagen psychische Störungen zu Grunde. 13,7 Fälle (+1,1 gegenüber dem Vorjahr) der männlichen Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren unterschritten zwar die Häufigkeit der Mädchen dieses Alters (16,5 Fälle je 1.000, +1,6 gegenüber dem Vorjahr), allerdings nehmen die Krankenhaushfälle bei den über 25-jährigen Männern dann deutlich zu – 16,6 (+1,3) Fälle je 1.000 männliche Versicherte standen 13,7 (+2,1) Fällen der über 25-jährigen Frauen gegenüber – häufigster Grund wie oben schon angesprochen ist Alkoholmissbrauch (F10).

Vier von zehn Einweisungsdiagnosen bei weiblichen Jugendlichen unter zwanzig Jahren vereinigen sich auf Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93), psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) sowie Erkrankungen der Atemwege (J00-J99). Diese drei Krankheitsarten verursachten bei ihnen auch 63 % der Krankenhaustage. Hinter diesen Diagnosen verbergen sich neben Essstörungen und deren Folgen auch akute Blinddarmentzündungen, die bei Mädchen und jungen Frauen oftmals als unklare Unterleibsbeschwerden diagnostiziert werden.

### Krankenhausaufenthalte im erwerbsfähigen Alter

In den jüngeren Erwachsenengruppen bis etwa 45 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 20 und 39 Jahren führen Schwangerschaft und Entbindung am häufigsten zu einem Krankenhausaufenthalt, bei den 25- bis 35-jährigen Frauen entfiel etwa ein Viertel der Fälle allein hierauf. Bei jüngeren Frauen spielen zudem die Erkrankungen des

Verdauungssystems eine größere Rolle im stationären Geschehen, wohinter sich erneut – wie bei den Jugendlichen bereits angesprochen – auch zahlreiche unklare Beschwerdebilder verbergen dürften.

Neubildungen sind die häufigste Krankheitsart der weiblichen Versicherten zwischen 40 und 69 Jahren, bei den 45- bis unter 50-Jährigen gehörte jede fünfte Einweisungsdiagnose zur Gruppe der Tumorerkrankungen. Ab 50 Jahre bilden zudem Muskel- und Skeletterkrankungen zunehmend den Anlass für stationäre Behandlungen der Frauen, Herz-/Kreislauf-Diagnosen werden für Frauen erst ab sechzig relevanter.

Das Morbiditätsspektrum der Männer dieser Altersgruppe ist anders geprägt. Bis Mitte zwanzig dominieren bei ihnen Verletzungen, die rund ein Viertel aller stationären Fälle ausmachen, als Hauptursache für Krankenhausaufenthalte. Bei den 25 bis unter 45-jährigen Männern bestimmen psychische Störungen das stationäre Geschehen.

Allerdings bilden bei den Männern in den mittleren Altersgruppen die Erkrankungen des Verdauungssystems die quantitativ wichtigste Krankheitsgruppe. Bei Männern ab fünfzig dominieren erwartungsgemäß die Herz- und Kreislaufkrankungen, zwischen 55 und 65 Jahren verursachen diese bei ihnen etwa jede fünfte, ab 65 Jahren gar jede vierte Krankenhausbehandlung. Neubildungen nehmen ab 55 Jahren ebenfalls deutlich zu und bilden dann nach den Kreislaufkrankungen die zweitwichtigste Krankheitsgruppe bei stationären Fällen der männlichen Versicherten.

Psychische Störungen verursachten mit Abstand die meisten Krankenhaustage. Im Durchschnitt resultieren bei den unter Dreißigjährigen rund 45 % der Krankenhaustage – damit 5 % mehr als im Vorjahr – und bei den über 35- bis 50-Jährigen ein Drittel der stationären Behandlungstage aus psychischen Störungen. Bei den Männern stehen hierbei Suchterkrankungen, bei Frauen mehr die depressiven Störungen im Vordergrund (vgl. auch *Kapitel 5*).

**Krankenhausaufenthalte von älteren Versicherten**

Im Alter von 65 Jahren und älter steigt der Anteil von Versicherten mit Krankenhausaufenthalten erwartungsgemäß an, bei Männern stärker als bei Frauen. Bei den älteren Gruppen sind Krankheiten des Kreislaufsystems bei beiden Geschlechtern die häufigsten Diagnosen. Dennoch verzeichneten auch im höheren Alter Frauen noch deutlich geringere Fallhäufigkeiten. In den Gruppen bis unter achtzig wiesen sie rd. ein Viertel weniger Fälle als die gleichaltrigen Männer auf.

Bei den älteren Frauen bilden nach den Kreislaufleiden die Muskel- und Skeletterkrankungen, Neubildungen und ab Mitte siebzig auch Verletzungen die wichtigsten Krankheitsgruppen bei stationärer Behandlung. Hierbei dürften Osteoporose-Erkrankungen und häufigere Sturzunfälle im Alter eine wichtige Rolle spielen, denen verstärkt in Präventionsmaßnahmen der BKKn für ältere Versicherte entgegengewirkt wird. Bei den stationären Fällen der älteren Männer folgen nach den Herz- und Kreislaufkrankungen sowie Neubildungen an dritter Stelle die Verdauungserkrankungen, die mit dem Alter zunehmend Anlass für Krankenseinweisungen bilden. *Schaubilder 18.1 und 18.2* zeigen die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte je 1.000 Versicherte für ausgewählte Krankheitsarten nach Altersgruppen für Männer und Frauen.

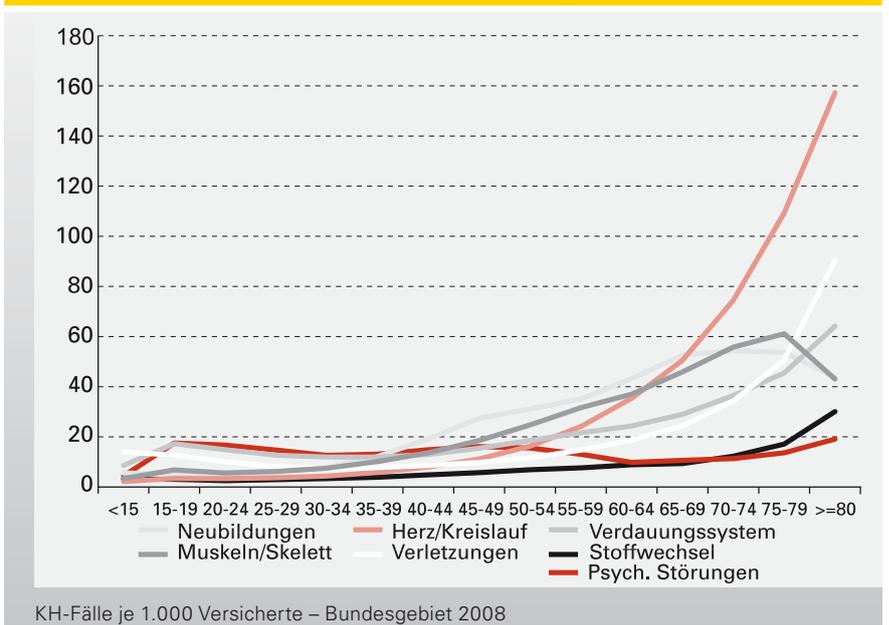
Als weitere Diagnosegruppen, die mit dem Alter zunehmend stationär behandelt werden müssen, sind Stoffwechselerkrankungen (zumeist Diabetes) sowie Infektionen zu nennen (vgl. *Anhangstabelle 11*). Bei letzteren stehen Blutvergiftungen und Wundrose im Vordergrund, wobei u. a. an die Qualität der pflegerischen Versorgung zu denken ist. Auch dürfte sich hierbei u. a. die häufig thematisierte Problematik der infektiösen Keime in den Krankenhäusern selber wiederfinden. Während für Frauen bis 65 Jahre Stoffwechselerkrankungen häufiger stationärer Behandlungsanlass als für Männer sind, dreht sich das Verhältnis im Alter um.

Insgesamt wandelt sich die geschlechtsspezifische Krankenhausanspruchnahme mit dem Alter: Weisen Männer bis 45 Jahre noch wesentlich weniger stati-

onäre Fälle als Frauen auf, werden sie bereits ab fünfzig und in den nachfolgenden Altersgruppen dann wesentlich häufiger als Frauen im Krankenhaus behandelt.

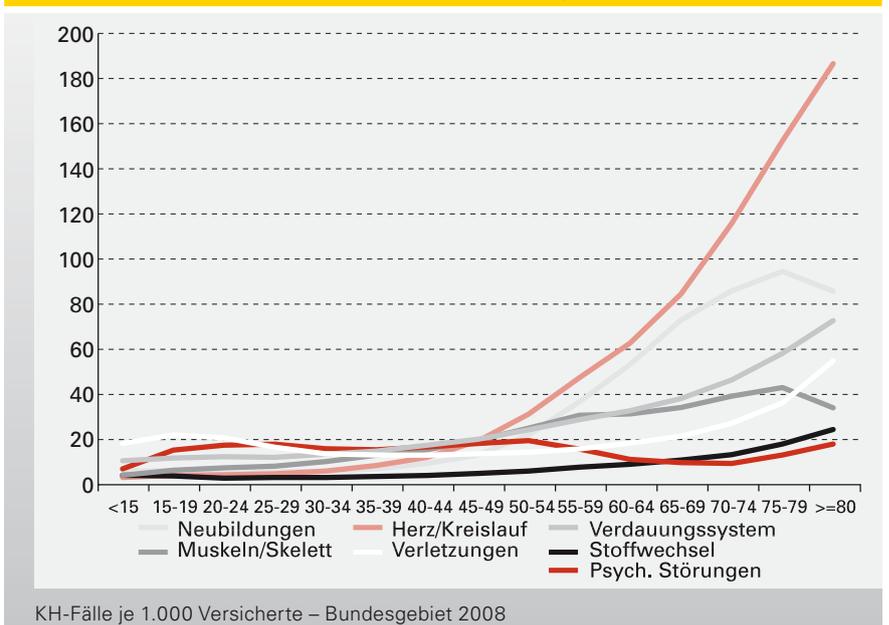
**Schaubild 18.1**

**Krankenhausaufenthalte der Frauen nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten**



**Schaubild 18.2**

**Krankenhausaufenthalte der Männer nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten**



## 2.2 Berufliche und soziale Lage

Morbidität und Höhe der Arbeitsunfähigkeit werden häufig stärker noch als durch Alter und Geschlecht durch die berufliche und soziale Lage bestimmt. Diese lässt sich – in grober Annäherung – anhand der Versicherungsart bzw. der Stellung im Beruf nachvollziehen. Im Folgenden wird die AU- und Krankenhaus-Morbidität der BKK Mitglieder nach ihrem Status dargestellt, wobei die Pflichtversicherten unterschieden werden nach Arbeitern, Angestellten, Teilzeitbeschäftigten und Arbeitslosen (bei AU: ALG-I-Empfänger) sowie den freiwillig Versicherten mit Krankengeldanspruch und einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze. Insgesamt wurden 2008 6,5 Mio. erwerbstätige Mitglieder erfasst. Unter den 5,85 Mio. beschäftigten BKK Pflichtmitgliedern waren, nach

dem Tätigkeitsschlüssel differenziert, 2,08 Mio. Arbeiter, 2,18 Mio. Angestellte, 1,02 Mio. Teilzeitbeschäftigte sowie kleinere Gruppen (z. B. Auszubildende) mit insgesamt rund 566 Tsd. Mitgliedern. Hinzu kommen 431 Tsd. freiwillig krankenversicherte Beschäftigte mit einem Jahreseinkommen von über 48.150 Euro. In die AU-Auswertungen wurden weiterhin 186 Tsd. (krankengeldberechtigte) ALG-I-Empfänger einbezogen.<sup>6</sup>

Bei den Auswertungen der Krankenhäuserfälle wurden zusätzlich die erwachsenen Familienangehörigen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren sowie die ALG-II-Empfänger zur Differenzierung der Wirkungen des sozialen Status und der Lebenssituation auf die gesundheitlichen Befunde gesondert berücksichtigt.

### Arbeitsunfähigkeit nach beruflichem Status

Die Erwerbsstrukturen unterscheiden sich bei Männern und Frauen beträchtlich (vgl. *Tabelle 1*): So waren die über den Tätigkeitsschlüssel als Arbeiter oder Facharbeiter zugeordneten Pflichtmitglieder zu 84 % männlich, während im Angestelltenbereich die weiblichen Beschäftigten mit 60 % die Mehrheit bildeten.<sup>7</sup> Nur 13 % der pflichtversicherten Frauen gingen einer gewerblichen Tätigkeit nach, bei den Männern waren es mit 56 % mehr als die Hälfte. 48 % der Frauen hatten Vollzeitjobs als Angestellte, 31 % arbeiteten in Teilzeit. Pflichtversicherte Männer waren nur zu 28 % im Angestelltenverhältnis und nur zu gut 6 % in Teilzeit beschäftigt. Die

**Tabelle 1**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus 2008**

Versichertengruppe	Geschlecht	Mitglieder in Tsd.	Arbeitsunfähigkeit			Arbeitsunfälle	
			Fälle je 100	Tage je 100	Tage je Fall	Fälle je 100	Tage je 100
<b>Pflichtversicherte Beschäftigte</b>	Männer	3.128	109,4	1.370,9	12,5	4,6	98,9
	Frauen	2.727	110,3	1.298,9	11,8	1,7	35,0
	<b>insgesamt</b>	<b>5.855</b>	<b>109,8</b>	<b>1.337,4</b>	<b>12,2</b>	<b>3,3</b>	<b>69,2</b>
<b>davon sind:</b>							
Pflichtversicherte Arbeiter	Männer	1.739	123,3	1.687,6	13,7	6,3	138,9
	Frauen	343	133,5	1.896,5	14,2	3,5	72,7
	<b>insgesamt</b>	<b>2.082</b>	<b>125,0</b>	<b>1.722,0</b>	<b>13,8</b>	<b>5,8</b>	<b>128,0</b>
Pflichtversicherte Angestellte	Männer	884	80,5	904,1	11,2	1,5	34,5
	Frauen	1.300	104,6	1.126,6	10,8	1,2	23,9
	<b>insgesamt</b>	<b>2.183</b>	<b>94,8</b>	<b>1.036,5</b>	<b>10,9</b>	<b>1,3</b>	<b>28,2</b>
Teilzeitbeschäftigte	Männer	173	78,4	1.092,2	13,9	2,3	53,4
	Frauen	850	100,9	1.371,5	13,6	1,6	35,4
	<b>insgesamt</b>	<b>1.023</b>	<b>97,1</b>	<b>1.324,3</b>	<b>13,6</b>	<b>1,7</b>	<b>38,5</b>
<b>Freiwillig versicherte Beschäftigte</b>	Männer	532	56,3	596,6	10,6	0,6	13,1
	Frauen	108	53,0	604,0	11,4	0,5	8,9
	<b>insgesamt</b>	<b>641</b>	<b>55,7</b>	<b>597,9</b>	<b>10,7</b>	<b>0,5</b>	<b>12,4</b>
<b>Arbeitslose (nur ALG-I-Empfänger)</b>	Männer	91	68,3	2.718,0	39,8	-	-
	Frauen	94	71,3	2.456,1	34,4	-	-
	<b>insgesamt</b>	<b>186</b>	<b>69,8</b>	<b>2.584,7</b>	<b>37,0</b>	-	-

<sup>6</sup> In die AU-Auswertungen werden nur die ALG-I-Empfänger einbezogen, da die ALG-II-Empfänger keinen Krankengeldanspruch besitzen und somit für sie bei den Krankenkassen i. d. R. auch keine AU-Fälle geführt werden.

<sup>7</sup> Ohne Teilzeitkräfte.



unterschiedlichen beruflichen Lagen von Männern und Frauen werden in den beiden Spezialen dieses Kapitels (vgl. *Speziale* von *Bury* und *Stiehler*, S. 29 ff. und S. 32 ff.) ausführlich dargelegt.

Von den männlichen erwerbstätigen BKK-Mitgliedern hatten 15 % ein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze, so dass sie freiwillig krankenversichert waren. Frauen erreichen die Krankenversicherungspflichtgrenze sehr viel seltener (vgl. *Spezial* von *Bury*, S. 29 ff.), ihr Anteil lag nur bei knapp 4 %. Die Anteile der freiwillig Versicherten mit hohem Jahreseinkommen sind bei beiden Geschlechtern im Vergleich zu den Vorjahren – auch auf Grund der gestiegenen Pflichtversicherungsgrenzen – weiter gesunken.

Von den hier betrachteten Erwerbspersonen waren 2008 lediglich 2,8 % ALG-I-Empfänger, d. h. Versicherte, die erst seit maximal einem Jahr arbeitslos gemeldet sind. Ihr Anteil ist damit weiter gesunken. Im Vorjahr waren es noch 3,4 %, 2006 sogar 4,5 %. Dabei fiel der Anteil der Frauen mit 3,2 % höher aus als bei den Männern (2,4 %).

Generell ist ein Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage bei allen Erwerbsgruppen zu beobachten – bei den freiwilligen und Pflichtversicherten jeweils um etwa einen halben Tag, bei den Arbeitslosen gar um viereinhalb Tage. Während die Anzahl der Krankheitstage jeweils zugenommen hat, ist die durchschnittliche Falldauer dagegen weitgehend konstant geblieben. Einzige Ausnahme bilden die Arbeitslosen, die mit 37,0 Tagen je Fall mehr als zwei Tage über dem Vorjahresniveau lagen.

### **Arbeiter, Angestellte ...**

Die Bedeutung des beruflichen Status für die Arbeitsunfähigkeit wird besonders beim Vergleich zwischen Arbeitern und Angestellten deutlich: So wurden für Arbeiter 2008 durchschnittlich 17,2 Arbeitsunfähigkeitstage gemeldet, die Erkrankungstage der Angestellten lagen demgegenüber mit 10,4 AU-Tagen je Beschäftigten um rund 40 % niedriger. Auch die Zunahme der Fehltage war bei den gewerblich Beschäftigten mit 0,8 Tagen deutlich höher als bei den Angestellten, wo diese nur bei 0,3 Tagen lag.

### **... und Teilzeitbeschäftigte**

Den stärksten Anstieg bei den Fehltagen unter den pflichtversichert Beschäftigten gab es mit 1,0 Tagen gegenüber dem Vorjahr bei den Teilzeitkräften. In den letzten Jahren nimmt Teilzeitbeschäftigung kontinuierlich zu. Etwa jede/r sechste Beschäftigte arbeitete 2008 – freiwillig oder unfreiwillig – in Teilzeit. Dabei ist Teilzeit immer noch eine Domäne der Frauen. Während drei von zehn Frauen teilzeitbeschäftigt sind, waren es nur sechs von hundert Männern. Letztere machten 2008 wie im Vorjahr nur 17 % aller Teilzeitbeschäftigten aus. 62 % der weiblichen Teilzeitkräfte sind im Alter zwischen 35 und 55 Jahren, wohingegen die jüngeren und älteren Altersgruppen bei den Männern stärker vertreten sind (Anteil der über 55-Jährigen: 38 %). Dies ist auch auf die unterschiedlichen Gründe zur Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen. Während bei jüngeren Frauen stärker der Ausgleich zwischen Familie und Beruf im Vordergrund stehen dürfte, scheint Teilzeit bei Männern verstärkt einer Brückenfunktion zwischen Beschäftigung und Nicht-Beschäftigung gleichzukommen.

Teilzeitkräfte lagen mit im Schnitt 13,2 AU-Tagen leicht unter dem Gesamtergebnis der pflichtversicherten Beschäftigten, was mit der unterschiedlichen Verteilung nach Berufen zusammenhängt (siehe Kasten). Teilzeitbeschäftigte Frauen fehlten mit 13,7 Krankheitstagen länger als männliche Teilzeitkräfte (10,9 Tage).

## Teilzeitbeschäftigung nach Berufen

Gerade in Zeiten der Krise und wirtschaftlicher Umbrüche greifen Unternehmen gerne auf die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung zurück. Ausgehend von den Beschäftigtenzahlen sind Teilzeitbeschäftigte insbesondere als Bürokräfte, Warenkaufleute (insb. Verkäufer/innen) sowie in Gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen tätig (vgl. *Tabelle 2*). Frauen konzentrieren sich zahlenmäßig viel stärker in diesen Berufen: Bei ihnen machten sie in 2008 60 % der Teilzeittätigkeiten aus, während es bei den Männern nur 23 % waren.

Frauen arbeiteten außerdem häufig in Reinigungsberufen, Berufen des Nachrichtenverkehrs (insb. Postverteilerinnen) und als Lehrerinnen in Teilzeit, wobei in diesen Berufen der Anteil der Teilzeitbeschäftigung unter den weiblichen Beschäftigten bei 54 bis 69 % lag. Auch Männer wiesen in diesen Berufen die höchsten Teilzeitquoten auf, diese lagen aber deutlich unter denen der weiblichen Beschäftigten. So waren die männlichen (angestellten) Lehrer<sup>8</sup>

mit einem Anteil von 27 % nur halb so häufig wie Frauen teilzeitbeschäftigt. Teilzeit unter Führungskräften ist besonders selten: Nur 14 % der weiblichen und lediglich 2 % der männlichen Unternehmer arbeiteten in Teilzeit.

Frauen suchen sich häufig aus familiären Gründen einen Teilzeitjob (69 % der Mütter arbeiten in Teilzeit).<sup>9</sup> Teilzeitbeschäftigung ist bei Ihnen eine Notwendigkeit, zu der dann die weiterhin bestehende familiäre Mehrbelastung hinzukommt. Bei Frauen ab Mitte vierzig wird hingegen ein überproportionaler Anteil „unfreiwilliger“ Teilzeit festgestellt.<sup>10</sup> In dieser Gruppe wird häufig eine Vollzeitbeschäftigung gesucht, aber nur eine Teilzeitstelle gefunden. Männer in Teilzeit haben einen höheren Altersdurchschnitt als Frauen und bilden hierbei insgesamt eine sehr heterogene Gruppe. Dies betrifft sowohl die Verteilung nach Berufen wie auch ihre jeweilige Motivation für Teilzeit. Diese Heterogenität führt zudem zu sehr unterschiedlich ausgeprägten Morbiditäten, was sich einerseits in einer auffälligen Krankenhausmorbidität (s. S.49) und andererseits in einer deutlich geringeren AU-Morbidität gegen-

über den teilzeitbeschäftigten Frauen niederschlägt.

Die im Gesamtergebnis höchsten Fehlzeiten wiesen 2008 die Reinigungsberufe, Montierer, hauswirtschaftliche Berufe sowie Warenprüfer mit 17 bis 20 AU-Tagen auf. Auch Chemiearbeiter, Speisenerbereiter, Lagerverwalter und Beschäftigte des Nachrichten- sowie Landverkehrs fehlten krankheitsbedingt mehr als zwei Wochen. Am unteren Ende der Fehlzeitskala finden sich Geistes- und Naturwissenschaftler, Ärzte und Apotheker sowie Unternehmer und Lehrer, die vier bis acht Tage krankgeschrieben waren.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Morbidität der Berufsgruppen finden sich auch bei Teilzeitbeschäftigten. So waren weibliche Bürokräfte und Frauen in Gesundheitsberufen rund zwei bis drei Tage länger krank als ihre männlichen Kollegen. Die Krankheitszeiten der Warenkauffrauen und weiblichen Reinigungskräfte überstiegen die der Männer noch deutlicher um sechs Tage, bei den Speisenerbereiterinnen betrug die Differenz sogar zehn Tage.

**Tabelle 2**  
**Teilzeitbeschäftigung und Arbeitsunfähigkeit in wichtigen Berufen**

Versichertengruppe	Schlüssel	Geschlecht	Mitglieder	Anteil Teilzeit in Berufsgruppe	Arbeitsunfähigkeit	
					Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied
Speisenerbereiter	41	Männer	3.976	12,0 %	0,67	8,4
		Frauen	16.082	44,0 %	1,14	18,6
		<b>Insgesamt</b>	<b>20.058</b>	<b>28,8 %</b>	<b>1,05</b>	<b>16,6</b>
Warenkaufleute	68	Männer	9.310	5,5 %	0,65	8,6
		Frauen	118.837	41,2 %	0,93	14,5
		<b>Insgesamt</b>	<b>128.146</b>	<b>27,9 %</b>	<b>0,91</b>	<b>14,1</b>
Berufe des Nachrichtenverkehrs	73	Männer	7.150	28,1 %	0,96	12,3
		Frauen	26.351	54,4 %	1,17	17,2
		<b>Insgesamt</b>	<b>33.501</b>	<b>45,3 %</b>	<b>1,12</b>	<b>16,2</b>
Lagerverwalter	74	Männer	9.038	5,8 %	1,01	14,2
		Frauen	11.072	34,1 %	1,30	18,3
		<b>Insgesamt</b>	<b>20.109</b>	<b>10,8 %</b>	<b>1,17</b>	<b>16,5</b>
Bürofach-, Bürohilfskräfte	78	Männer	14.984	5,1 %	0,67	9,1
		Frauen	202.751	26,1 %	0,95	10,9
		<b>Insgesamt</b>	<b>217.735</b>	<b>20,3 %</b>	<b>0,93</b>	<b>10,8</b>
Übrige Gesundheitsdienstberufe	85	Männer	6.730	14,6 %	0,78	11,3
		Frauen	104.891	30,9 %	0,92	14,0
		<b>Insgesamt</b>	<b>111.620</b>	<b>28,9 %</b>	<b>0,91</b>	<b>13,9</b>
Sozialpflegerische Berufe	86	Männer	9.085	23,7 %	0,81	10,4
		Frauen	84.041	47,4 %	1,19	14,6
		<b>Insgesamt</b>	<b>93.126</b>	<b>43,2 %</b>	<b>1,15</b>	<b>14,2</b>
Lehrer	87	Männer	6.687	27,0 %	0,47	5,2
		Frauen	20.380	55,1 %	0,78	8,6
		<b>Insgesamt</b>	<b>27.067</b>	<b>43,8 %</b>	<b>0,70</b>	<b>7,8</b>
Reinigungsberufe	93	Männer	6.086	16,1 %	0,90	14,5
		Frauen	53.652	69,2 %	1,18	20,5
		<b>Insgesamt</b>	<b>59.738</b>	<b>51,8 %</b>	<b>1,15</b>	<b>19,9</b>
alle Berufe		Männer	173.227	4,7 %	0,78	10,9
		Frauen	850.224	30,0 %	1,01	13,7
		<b>Insgesamt</b>	<b>1.023.451</b>	<b>15,8 %</b>	<b>0,97</b>	<b>13,2</b>

<sup>8</sup> Beamtete Lehrer sind nicht bei BKK versichert und somit nicht in dieser Statistik enthalten.

<sup>9</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt: Erwerbstätigenquoten der 15- bis unter 65-Jährigen mit Kindern unter 18 Jahren, Mikrozensus.

<sup>10</sup> Vgl. Rengers, M. (2009): Unterbeschäftigung und Teilzeitbeschäftigung im Jahr 2008. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik, Ausgabe 9/2009, S. 886 ff.



**Weibliche und männliche Beschäftigte**

Im Durchschnitt aller Pflichtversicherten wiesen Frauen 2008 eine niedrigere Krankenquote auf als Männer (13,0 AU-Tage gegenüber 13,7 AU-Tagen je Pflichtmitglied (vgl. *Schaubild 19*). Innerhalb der einzelnen Vergleichsgruppen dreht sich indessen das Verhältnis – mit Ausnahme der ALG-I-Empfängerinnen – um. Bei Arbeiterinnen, weiblichen Angestellten sowie bei Teilzeitbeschäftigten lagen 2008 – wie schon in den Vorjahren – die durchschnittlichen Krankheitszeiten über denen der Männer. Die geringere durchschnittliche Zahl der AU-Tage im Gesamtergebnis der weiblichen Pflichtversicherten ist insbesondere auf den hohen Anteil der Angestellten unter den Frauen zurückzuführen. Für die innerhalb der Vergleichsgruppen beobachtete höhere AU-Morbidität der Frauen dürften die bereits in *Kapitel 2.1* und oben ausgeführten ungleichen beruflichen Stellungen und Aufstiegsmöglichkeiten, häufig auch einseitige körperliche oder mentale Belastungen und Parallelbelastungen durch Familie und Beruf maßgebend sein (vgl. *Spezial* von *Bury*, S. 29).

**Gutverdienende ...**

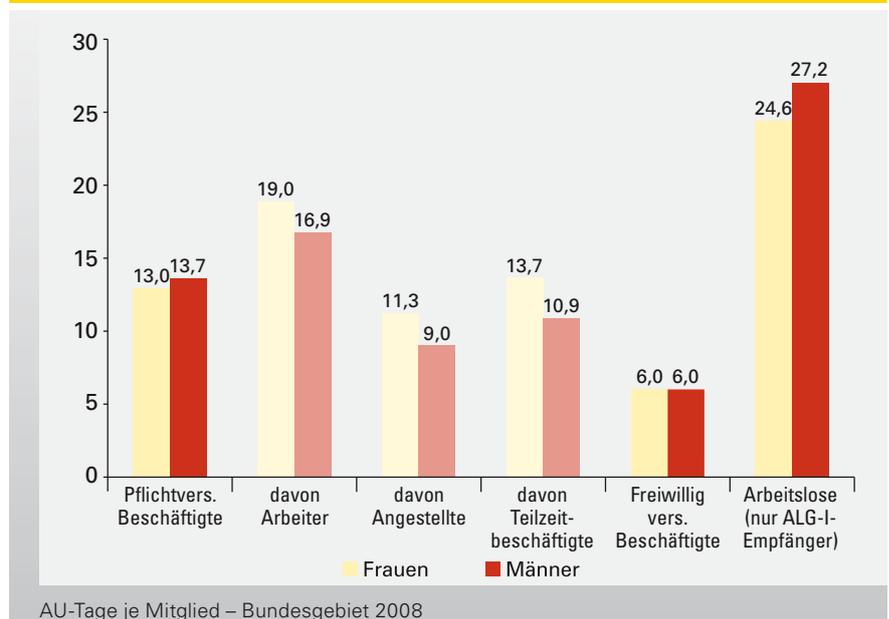
Gegenüber den Pflichtversicherten sind bei den freiwillig Versicherten besonders niedrige Fehlzeiten zu registrieren. Diese durch höhere Qualifikationen, höhere Einkommen und oft auch größere individuelle Gestaltungsspielräume in ihren Arbeitsaufgaben gekennzeichnete Versichertengruppe wies mit 6,0 Tagen (+0,4 Tage zum Vorjahr) nicht einmal die Hälfte des AU-Volumens der beschäftigten Pflichtmitglieder auf. Die Zunahme der Fehltagelast unter den freiwillig Versicherten lässt sich bei beiden Geschlechtern beobachten, lag aber bei den Männern (+0,5) leicht über der der Frauen (+0,3). Damit erreichten die Männer hier erstmals das Krankheitsniveau der freiwillig versicherten Frauen.

Die Tatsache, dass bei den freiwillig Versicherten erstmals die Männer ähnlich viele Krankheitstage wie die Frauen aufwiesen, ist umso beachtenswerter, da davon auszugehen ist, dass auch in den oberen Hierarchien weiterhin ein Gefälle der beruflichen Position zu Ungunsten der Frauen besteht und Männer den größeren Teil der obersten Führungskräfte stellen. Der ansteigende Krankenstand gerade in den hoch qualifizierten Tätigkeiten bestätigt sich 2008 auch in den Ergebnissen nach Berufen (vgl. S. 26 und *Kapitel 3.1*), und möglicherweise ist die Unsicherheit des Arbeitsmarktes und die wirtschaftliche Krise mit den hieraus erwachsenden Verunsicherungen bei den vorwiegend männlichen Führungskräften bereits angekommen (vgl. *Spezial* von *Stiehler*, S. 32). Bei der späteren Betrachtung der hinter den AU-Fällen stehenden Diagnosen (vgl. *Kapitel 3.3*) finden sich in der Tat teilweise überproportionale Zunahmen von psychischen Problemen als Ursache von Arbeitsunfähigkeit bei dieser Gruppe.

**... und Arbeitslose**

Die ALG-I-Empfänger hatten auch 2008 mit durchschnittlich 25,8 Krankheitstagen den mit Abstand höchsten Krankenstand aller Versichertengruppen, der im Vergleich zum Vorjahr noch einmal um 4,4 Tage zunahm. Auch dies könnte bereits mit der schon 2008 beginnenden ökonomischen Krise zusammenhängen. Denn zum einen ist die Arbeitslosigkeit durch die größeren Probleme des Wiedereinstiegs in den Arbeitsmarkt bedrohlicher, zum anderen wird der Arbeitsmarkt enger und selektiver, womit gesundheitliche Einschränkungen ein noch wichtigeres Ausschlusskriterium werden. Dass bereits Phasen drohenden Arbeitsplatzverlustes, wie z. B. bei Beschäftigten in Kurzarbeit, mit erheblichen gesundheitlichen Belastungen einhergehen, wird im nachfolgenden *Spezial* zur Kurzarbeit eindrücklich dargestellt (S. 43 f.).

**Schaubild 19**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus**



Da Arbeitslose bei kürzeren Erkrankungen zumeist auf eine Krankmeldung verzichten, waren die beobachteten Fallzahlen bei Arbeitsunfähigkeit auch 2008 niedriger als bei Pflichtversicherten in Beschäftigung. Den geringeren Fallhäufigkeiten stehen indes extrem lange durchschnittliche Krankheitsdauern gegenüber. Mit 37,0 Tagen war die durchschnittliche Falldauer 2008 fast dreieinhalbmal so hoch wie für pflichtversicherte Angestellte und immer noch mehr als zweieinhalbmal so hoch wie bei Arbeitern. Nachdem in den Vorjahren sinkende Fallzahlen bei den Arbeitslosen zu beobachten waren, stieg die Zahl der AU-Fälle in 2008 deutlich mit einem Plus von 8 Fällen auf 69,8 Fälle pro 100 Versicherte. Auch die durchschnittliche Falldauer nahm mit einem Plus von 2,3 Tagen wieder spürbar zu. Dabei war die Krankheitsdauer der arbeitslosen Männer im

Schnitt um rund fünfeinhalb Tage je Fall länger als bei den Frauen, was trotz geringerer Fallhäufigkeiten zu insgesamt mehr AU-Tagen pro Versicherten im Vergleich zu den Frauen mit ALG-I-Bezug führte. Auch wenn beide Geschlechter bei Arbeitslosigkeit einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, hat es den Anschein, dass Männer in dieser Situation auch gesundheitlich noch schlechter zurechtkommen als Frauen.

Die langen Krankheitsdauern bei Arbeitslosen weisen auf besondere und sich weiter verstärkende Morbiditätsbelastungen dieser Gruppe hin, was sich auch in der unten folgenden Betrachtung der Krankheitsarten bestätigt (vgl. S. 46 ff.). Der besonders schlechte Gesundheitszustand der Arbeitslosen kann sich bereits im Vorfeld der Arbeitslosigkeit entwickeln. Schon die massive

Bedrohung des Arbeitsplatzes führt zu erheblichen gesundheitlichen Problemen der „Noch-Beschäftigten“, was insbesondere auch für Gruppen in Kurzarbeit gilt – eine Beschäftigungsform, die ja gerade in der aktuellen Wirtschaftskrise viele Beschäftigte trifft. Für diese Gruppen sind präventive Programme zur Sicherung ihrer Arbeitsfähigkeit von großer Bedeutung – für die Betroffenen selbst, aber auch unter mittelfristiger betriebs- und gesamtwirtschaftlicher Perspektive. Ansätze hierzu werden in nachfolgendem *Spezial* (S. 43 ff.) vorgestellt. Hierbei ist davon auszugehen, dass sich in dem deutlich schlechteren Gesundheitsstatus sowohl Ursachen wie Folgen der Arbeitslosigkeit niederschlagen.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Egger A., Wohlschläger E., et al: Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.* 41,1, 2006.

# Betriebliche Gesundheitsförderung in wirtschaftlich schwierigen Zeiten – Ansätze für Beschäftigte in Kurzarbeit

Monique Faryn-Wewel  
Team Gesundheit - Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH

## Hintergrund – Gesundheitliche Auswirkungen bei prekärer Beschäftigung

Angesichts der aktuellen Finanz- und Wirtschaftskrise ist die Zahl der Kurzarbeiter in bislang nicht erreichte Höhen gestiegen. Kurzarbeit ist im Arbeitsverhältnis ein Ausnahmezustand mit reduzierter Regelarbeitszeit. Sie soll Unternehmen als Möglichkeit dienen, bei schwieriger Wirtschaftslage Kündigungen zu vermeiden.

Erste Schätzungen der Bundesagentur für Arbeit für den September 2009 signalisieren neue Anzeigen für konjunkturelle Kurzarbeit für 90.000 bis 100.000 Personen. Dies sind etwa so viele wie im Vormonat. Die Daten zur tatsächlichen Inanspruchnahme der Kurzarbeit für das zweite Quartal 2009 belegen, dass es im Juni 2009 insgesamt 1,433 Millionen Kurzarbeiter, darunter 1,416 Millionen aus konjunkturellen Gründen gab. Der durchschnittliche Arbeitszeitausfall über alle Kurzarbeiter betrug im Juni 31,2 Prozent. Im Beschäftigtenäquivalent errechnen sich so 448.000 Kurzarbeiter. Bei konjunktureller Kurzarbeit gab es einen Arbeitszeitausfall von 30,5 Prozent und ein Beschäftigtenäquivalent von 432.000 Kurzarbeitern.

In verschiedenen Studien wurde belegt, dass nicht erst Arbeitslosigkeit, sondern bereits die Antizipation des Arbeitsplatzverlustes zu negativen gesundheitlichen Reaktionen führen kann, wie beispielsweise einem erhöhten Stresszustand. Dauert die Bedrohung des Arbeitsplatzes dauerhaft an, ist davon auszugehen, dass diese Stresszustände eine chronische Form annehmen,

was langfristig zu erheblichen negativen gesundheitlichen Auswirkungen führen wird.

Neuere Studien belegen denn auch, dass prekär Beschäftigte, d. h. von Arbeitslosigkeit bedrohte Personen einen ähnlich schlechten Gesundheitsstatus aufweisen wie (Langzeit-)Arbeitslose (vgl. z. B. Benach, Gimeno & Benavides 2002; Puls 2001; Holleeder 2003). Bei beiden Gruppen zeigt sich oftmals ein Komplex aus psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Beeinträchtigungen. Aber auch jenseits von Statistiken ist die Belastung für die Betroffenen leicht ersichtlich.

Selbst die sogenannten „survivors-of-layoffs“ (Kieselbach 2001), d. h. die Gewinner von Restrukturierungsprozessen, die ihren Arbeitsplatz behalten, reagieren häufig mit Leistungsverlust und innerem Rückzug.

Angesichts der derzeitigen wirtschaftlichen Situation fühlen sich bzw. sind viele Beschäftigte de facto von Arbeitsplatzverlust bedroht und befinden sich im Rahmen von Kurzarbeit in einer besonderen Lage: Faktisch erleben sie den Prozess des Bangens um den eigenen Arbeitsplatz und schweben in Bezug auf ihre berufliche und damit auch persönliche Situation in einer Unsicherheit, die glücklicherweise zumindest auf eine befristete Zeit finanziell durch Kurzarbeitergeld abgesichert ist.

Trotz der zunächst sicher kompensierenden Wirkung des Instrumentes „Kurzarbeitergeld“ bleiben die Grundängste hinsichtlich der beruflichen, finanziellen und sozialen Zukunft bei den Betroffenen zumindest latent bestehen, denn durch die zeitliche Begrenzung der Maßnahme und die Möglichkeit der Insolvenz des Betriebes droht immer auch ein Übergang in die Arbeitslosigkeit und in den sozialen Abstieg.

Durch diese prekäre Situation droht neben einer gesundheitlichen Beeinträchtigung auch immer eine Einbuße der Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen, was letzten Endes auch im Sinne des Arbeitgebers vermieden werden muss.

Im Folgenden sollen gesundheitliche Interventionen für prekär Beschäftigte skizziert werden, die zum Teil auf Konzepten basieren, die der BKK Bundesverband im Rahmen seines Programms *Mehr Gesundheit für alle* für ähnliche Zielgruppen entwickelt, erprobt und evaluiert hat (vgl. Bellwinkel 2007, Hanewinkel et al. 2006, Kastner 2005).



## Gesundheitsförderung und Prävention für Beschäftigte in Kurzarbeit

### Individuelle Gesundheitsberatung

- Motivierende Gesundheitsgespräche**
- Selbstmanagement
  - individuelle Stabilisierung
  - Perspektivenplanung
  - Reflexion von Verhaltensweisen
  - Optimierung von Gesundheitsindikatoren



### Stabilisierende Gruppensitzungen

- Acht Gruppenberatungen**
- Techniken der Stressbewältigung
  - Stabilisierung der
    - Körperwelt
    - Gedankenwelt
    - Lebenswelt
  - Übergang in selbst geleitete Gruppensitzungen

### Ansätze und Methoden der Gesundheitsmodule

Grundsätzlich soll den Beschäftigten eine Kombination aus individueller Gesundheitsberatung und einem präventiv ausgerichteten Gruppenangebot unterbreitet werden.

Die Entwicklung von psychischen und physischen Ressourcen sind zentrale Aufgaben der Gesundheitsförderung in diesem Setting. Ziel ist die Befähigung, die durch die Kurzarbeit hervorgerufene schwierige Situation zu bewältigen, ohne dabei gesundheitlichen Schaden zu nehmen.

### Flankierende Gesundheitsberatung zu einem stabilisierenden Gruppenangebot

Die Beratung setzt sich aus den Elementen zweier verschiedener Beratungstechniken zusammen. Als Kernstück und Grundansatz dient die Selbstmanagement-Methode nach Kanfer et al. (1996), die von Kastner (2005) speziell für die Zielgruppe unsicher Beschäftigter bzw. von Arbeitslosigkeit bedrohter Personen adaptiert wurde und durch das Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg/Essen (IPG Essen) in ein Praxiskonzept über-

führt und um Elemente der Selbsthilfe erweitert (Prüßmann 2005) wurde. Die Grundpfeiler des Ansatzes bilden motivierende Gesundheitsberatungen, die parallel zu Gruppensitzungen angeboten werden. Inhaltlich werden sämtliche gesundheitsrelevanten Themenschwerpunkte aus ganzheitlicher Perspektive betrachtet.

In den persönlichen Gesundheitsberatungen, die den Prinzipien des „Motivational Interviews“ folgen, können die Beschäftigten ihre individuelle Situation, ihre gesundheitlichen Verhaltensweisen und die diesbezügliche Veränderungsbereitschaft thematisieren. Auf dieser Grundlage werden im Weiteren persönliche Gesundheitsziele erarbeitet und deren Umsetzung besprochen. In der Gesundheitsberatung wird zudem auf weiterführende Gesundheitsangebote in der Region aufmerksam gemacht bzw. auch in entsprechende Präventionskurse der Krankenkassen vermittelt.

Stabilisierend wird zudem die Verknüpfung der individuellen Gesundheitsberatung mit acht Gruppenberatungen angeboten, die in der Folge potenziell durch selbst geleitete Gruppensitzungen abgelöst werden können. Die Gruppensitzungen sehen dabei thematisch eine Beschäftigung mit den klassischen Präventionshandlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und

Suchtmittelkonsum unter einer ganzheitlichen Perspektive vor. Die Themenfelder werden gegliedert nach den Bereichen Körperwelt, Gedankenwelt und Lebenswelt aufbereitet und auf die spezifische Situation, in der sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer befinden, bezogen.

In den Gruppen wird ein hohes Gewicht auf praktische Übungen gelegt. Insgesamt wird ein regelmäßiger Sitzungsturnus (z. B. eine Sitzung pro Woche zu festen Terminen) angestrebt. Hierdurch soll zum einen Kontinuität gewährleistet, zum anderen aber auch für Nachhaltigkeit gesorgt werden. Als optimale Gruppengröße wird eine Zahl von 10 Teilnehmern ( $\pm 2$ ) angesehen.

Zusätzlich sollen Plakate und Informationsmaterial (Flyer) auf das Angebot aufmerksam machen. Eine Teilnahme an der Maßnahme kann nur auf freiwilliger Basis erfolgen.

Als dritte Säule des Konzeptes kann optional eine Multiplikatoren Ausbildung im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements erfolgen. Von den klassischen Gesundheitsthemen über Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit bis zur Moderation von Gesundheitszirkeln kann hier Know-how an die Beschäftigten weitergegeben werden, das diese perspektivisch im Unternehmen einsetzen können.

## (Praktische) Umsetzung

Als Auftakt findet eine Informationsveranstaltung von etwa einstündiger Dauer zu dem Angebot der Gesundheitsförderung statt.

In den anschließenden Einzelgesprächen zur individuellen Unterstützung soll den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Gelegenheit gegeben werden, sich verbindlich zu der Maßnahme der Gesundheitsförderung anzumelden. Die ca. 75-minütigen Einzelgespräche auf Basis des Motivational Interviewings sollten in zeitlicher Nähe auf die Infoveranstaltung folgen.

Die acht (von Beratern geleiteten) Gruppensitzungen haben eine 1 ½ bis 2-stündige Dauer und sollten zeitnah nach den Einzelgesprächen erstmalig stattfinden. In den Gruppensitzungen sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für das Thema „Gesundheit“ insbesondere auch im Zusammenhang mit Beschäftigungs- und Arbeitsfähigkeit sensibilisiert werden. Ihnen sollen hierzu relevantes Grundwissen und gesundheitszuträgliche Handlungsalternativen vermittelt werden. Zudem sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu kontinuierlich motiviert und ermuntert werden, die erlernten Handlungsalternativen in ihren Lebensalltag fest zu integrieren.

Wünschenswert wäre zudem, wenn regional Kooperationen zu Krankenkassen entstehen, die vereinzelt Übungsleiter für „Schnupperstunden“ (z. B. Nordic Walking, Entspannungsverfahren, Stressbewältigung, Rückenschule, etc.) zur Verfügung stellen könnten.

## Fazit

Angesichts der derzeitigen wirtschaftlichen Situation ist für viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ihre berufliche Situation als prekär einzuschätzen. Dies gilt besonders für die Beschäftigten, die im Rahmen von Kurzarbeit beschäftigt sind. Abgeleitet von den nachgewiesenen zunehmenden psychischen Belastungen in der Arbeitswelt sowie den Befunden in Bezug auf die gesundheitliche Situation von Arbeitslosen, ist davon auszugehen, dass seitens der Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere Maßnahmen zur Stabilisierung und Erhöhung der psycho-sozialen Ressourcen angezeigt sind. Die durch Kurzarbeit frei werdenden zeitlichen Kapazitäten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer können in diesem Kontext für Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung aktiv genutzt werden, um hierdurch die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und deren Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und zu fördern. Der dargestellte Interventionsansatz greift konkret diese Zielstellung auf und hat sich bereits für vergleichbare Zielgruppen erfolgreich erwiesen.

## Literatur

- (1) Benach, John; Gimeno, David; Benavides, Fernando G. (2002): Types of employment and health in the European Union.
- (2) Bellwinkel, M. (Hrsg.) (2007) JobFit Regional. Ein Modellprojekt zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen durch Gesundheitsförderung, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven.
- (3) Bundesagentur für Arbeit (BA), Digitale Pressemappe: <http://www.presseportal.de/pm/6776> Pressemappe via RSS: [http://www.presseportal.de/rss/pm\\_6776.rss2](http://www.presseportal.de/rss/pm_6776.rss2); eingesehen am 30.9.2009.
- (4) Hanewinkel, R., Wewel, M. u. a. (2006) Motivierende Gesundheitsgespräche mit Arbeitslosen. Akzeptanz und Ergebnisse einer Beratung zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. In: Gesundheitswesen 68, 240–248.
- (5) Hollederer, Alfons (2002); Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen und Krankenkassenstatistik. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Jg. 35, Heft 3; S. 411-428.
- (6) Kanfer, Frederick H.; Reinecker, Hans.; Schmelzer, Dieter. (1996); Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.
- (7) Kastner, M. (2005) Selbstmanagement für unsicher Beschäftigte und Arbeitslose, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven.
- (8) Kieselbach, Thomas (2001); Sozialer Konvoi und nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit: Perspektiven eines zukünftigen Umgangs mit beruflichen Transitionen. In: Jeannette Zempel; Johann Bacher; Klaus Moser (Hg.): Erwerbslosigkeit. Ursachen.
- (9) Prüßmann, Jan-Frederik (2005): Gesundheitsorientierte Selbstmanagementberatung in Veränderungsprozessen. In: R. Geene; J. Steinkühler (Hg.): Strategien und Erfahrungen. Mehr Gesundheit für alle. Die BKK-Initiative als ein Modell für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band Nr. 14; Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hg.); Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven; S. 229-235.
- (10) Puls, Wichard (2001): Drohender Arbeitsplatzverlust, eingetretene Arbeitslosigkeit und alkoholbezogene Verhaltensprobleme: Eine Analyse in der Perspektive des Modells der Veränderung stressbezogener Kognitionen bei kumulativen Misserfolgen. In: Michael Kastner; Joachim Vogt (Hg.): Strukturwandel in der Arbeitswelt und individuelle Bewältigung. Lengerich: Pabst Science Publishers; S. 167-193.





Nach Muskel- und Skeletterkrankungen entfällt bei Arbeitern der zweitgrößte Anteil an AU-Tagen mit gut 17 % auf *Verletzungen und Vergiftungen*. Da bei Arbeitern die Unfallgefahr am Arbeitsplatz am höchsten ist, spielt diese Diagnosegruppe naturgemäß bei den anderen Versicherungengruppen eine deutlich geringere Rolle. Bei Angestellten, Teilzeitbeschäftigten, freiwilligen Mitgliedern und Arbeitslosen liegen die Anteile der verletzungsbedingten AU-Tage nur zwischen 8 und 12 %. Bei allen Versicherungengruppen nahm der Anteil der durch Verletzungen und Vergiftungen bedingten Krankheitstage im Vergleich zum Vorjahr ab.

Die *psychischen Störungen* bestimmen insbesondere bei Arbeitslosen das Krankheitsgeschehen. Inzwischen wird bei diesen fast jeder vierte AU-Tag hierdurch verursacht, 2007 war es noch jeder Fünfte (21 %). Auch bei den Angestellten und bei den Teilzeitkräften bilden diese Krankheitsursachen mit Anteilen von rund 14 % bzw. 12 % (2007: 13 % bzw. 11 %) immerhin die drittstärkste Erkrankungsgruppe. Der Trend der Zunahme psychischer Erkrankungen setzt sich auch 2008 fort, wobei diese bei den Arbeitslosen am deutlichsten ausfällt (+1,6 AU-Tage).

Bei Angestellten und freiwillig Versicherten fallen auch die *Krankheiten des Atmungssystems* mit rund 18 % der AU-Tage stärker ins Gewicht – allerdings nur in Bezug auf den Anteil. Die absolut durch diese Erkrankungen verursachten Ausfalltage liegen bei ihnen auch in dieser Diagnosegruppe unter denjenigen bei Arbeitern. Wie im Vorjahr resultiert der hohe Anteil der Atemwegserkrankungen bei Angestellten und freiwillig Versicherten lediglich aus dem insgesamt deutlich niedrigeren Volumen der Arbeitsunfähigkeit. Generell lässt sich feststellen, dass der Anteil von Atemwegserkrankungen immer dann hoch ist, wenn die Gesamtsumme der Fehltage in der betrachteten Gruppe niedrig ist – ein Befund, der sich später auch in der Analyse von Branchen und Berufen (vgl. *Kapitel 3.3*) wiederfindet.

### Extreme Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten

Essentiellere Unterschiede zeigen sich zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen, wie in *Tabelle 3* dokumentiert ist. Arbeitslose weisen mit Ausnahme von Infektionen und parasitären Erkrankungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems mehr Krankheitszeiten als die beschäftigten Versicherten auf.

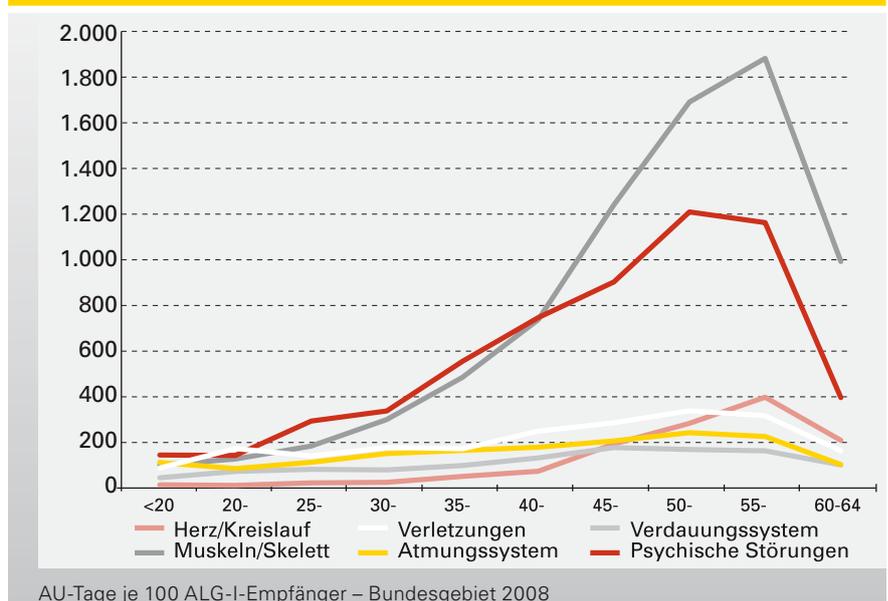
Extreme Unterschiede finden sich – wie oben bereits angesprochen – bei psychischen Störungen. Diese verursachen bei Arbeitslosen gut das Viereinhalbfache an AU-Zeiten im Vergleich zu den pflichtversicherten Beschäftigten und sogar mehr als zehnmals so viele Krankheitstage wie bei den freiwillig Versicherten. Der mit 24 % (s.o.) besonders hohe Anteil der psychischen Krankheitsursachen übersteigt die Vergleichswerte der übrigen Gruppen bei weitem (Arbeiter: 7 %, Angestellte: 14 %, Teilzeitbeschäftigte: 12 % und freiwillig Versicherte: 10 %). Seit Jahren steigen die durch psychische Erkrankungen ausgelösten Krankheits-tage an. Verantwortlich hierfür dürften nicht zuletzt zunehmende Friktionen

im beruflichen Umfeld der Betroffenen sein. Bei Arbeitslosen kann der Verlust des Arbeitsplatzes krankheitsauslösend oder -verstärkend wirken, ebenso wie schwere psychische Erkrankungen den Erhalt des Arbeitsplatzes gefährden können. Untersuchungen weisen darauf hin, dass sich die psychische Befindlichkeit nach dem Verlust des Arbeitsplatzes verschlechtert, während sie sich bei Personen, die wieder eine neue Arbeit finden, verbessert. Zusätzlich zeigen sich auf der anderen Seite Selektionseffekte, wonach Personen mit psychischen Problemen ein erhöhtes Risiko haben, arbeitslos zu werden.<sup>12</sup>

Die größere Morbidität der Arbeitslosen zeigt sich auch in Krankheitsgruppen, die in der Summe nur einen sehr geringen Anteil an den Arbeitsunfähigkeitstagen haben, wie z.B. Stoffwechselerkrankungen. Mit diesen Diagnosen verzeichneten Arbeitslose mehr als doppelt so viele Krankheitstage wie Arbeiter und fünfmal so viele AU-Tage wie freiwillig Versicherte. Sie verzeichneten auch mehr als doppelt so viele Krankheitstage durch Neubildungen (Krebserkrankungen) wie pflichtversicherte Beschäftigte und fast viereinhalbmal so viele wie freiwillig versicherte Beschäftigte. Ähnlich stark

Schaubild 20

### Arbeitsunfähigkeit der Empfänger von Arbeitslosengeld nach Alter und Krankheitsarten (Tage)



<sup>12</sup> Vgl. Egger A., Wohlschläger E., a. a. O., S.17.

### Krankenhausbehandlung nach Versichertengruppen

unterscheiden sich beispielsweise auch die Krankheitszeiten durch Herz- und Kreislauferkrankungen oder Erkrankungen des Nervensystems.

Die AU-Morbidität der Arbeitslosen zeichnet sich ferner, wie in *Kapitel 2.1* angesprochen, durch eine schon in den mittleren Altersgruppen sehr hohe Krankenquote aus. Fast die Hälfte der Krankheitstage der ALG-I-Empfänger wurden durch Muskel- und Skeletterkrankungen und durch psychische Störungen ausgelöst. Gerade in den mittleren Altersgruppen erfahren diese Diagnosen der ALG-I-Empfänger noch einmal deutliche Zuwächse, wie *Schaubild 20* verdeutlicht. Auch Herz- und Kreislauf-Diagnosen tragen zum Anstieg der AU-Fälle und -Tage der ALG-I-Empfänger ab 45 Jahren bei. Die AU-Morbidität nimmt erst bei den über 60-Jährigen ALG-I-EmpfängerInnen spürbar ab, was auf das weiter nach hinten geschobene Ausscheiden der Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen aus dem Arbeitsmarkt durch Frühberentungen bzw. den Übergang in den ALG-II-Bezug hindeutet. Den Ende 50-Jährigen mit gesundheitlichen Einschränkungen hingegen bleibt offenbar immer seltener der Ausweg in die Frühverrentung, eher geraten sie in die Arbeitslosigkeit.

Bei der Betrachtung der stationären Versorgung nach Versichertengruppen werden lediglich die Altersgruppen zwischen 15 und 65 Jahren berücksichtigt, um einen Bezug zu den Belastungen der Arbeitswelt und auch zur Arbeitslosigkeit herzustellen (vgl. *Schaubild 21*, *Tabelle 10* im Anhang). Bei den Frauen werden die Familienversicherten eingeschlossen, da sie häufiger als männliche Versicherte – zu etwa 30 % dieser Altersgruppe – nicht selber, sondern z. B. über den Ehepartner krankenversichert sind.

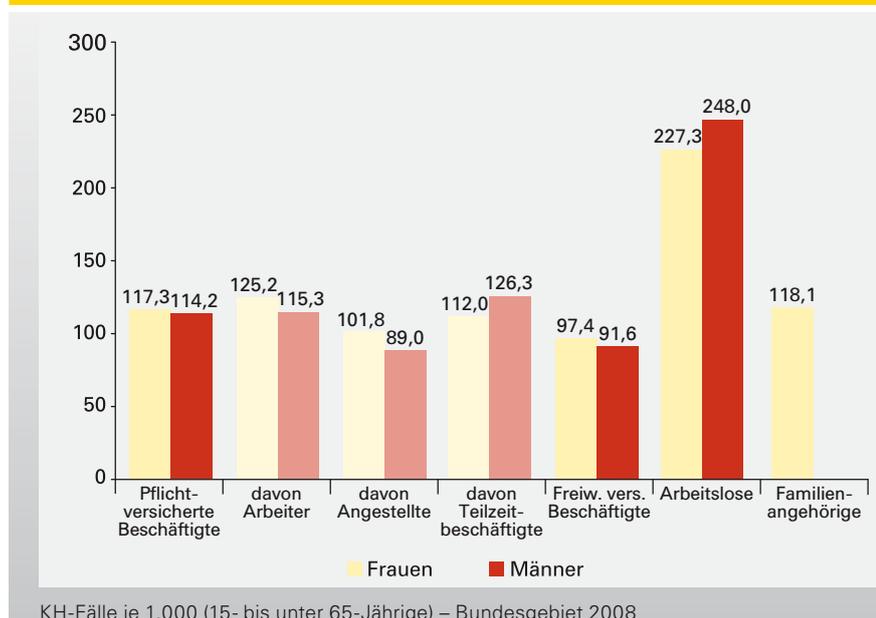
Während die Anzahl der Krankentage pro Fall weitgehend konstant geblieben ist, erhöhte sich in allen Versichertengruppen die Anzahl der Fälle pro 1.000 Versicherte. Am geringsten fiel diese Erhöhung mit einem Plus von 1,0 % bei den Angestellten aus. Deutlichere Steigerungen gab es bei den Teilzeitbeschäftigten (+3,5 %), den Arbeitern (+4,4 %) und den freiwillig versicherten Beschäftigten (+6,4 %). Die größte Steigerungsrate der Krankentage gab es mit 9,1 % bei den Arbeitslosen.

### Stationäre Aufenthalte von Arbeitslosen

Auch beim Krankheitsgeschehen spielt Arbeitslosigkeit wieder eine herausragende Rolle. Arbeitslose Versicherte (hier werden ALG-I- und ALG-II-Empfänger zusammen betrachtet) müssen sich gegenüber pflichtversicherten Beschäftigten doppelt sooft einer Krankenhausbehandlung unterziehen und verbringen gegenüber diesen sogar die 2,8-fache Zeit im Krankenhaus. Wie schon bei der Betrachtung der Arbeitsunfähigkeit weisen die männlichen Arbeitslosen (248 Fälle) auch im stationären Krankheitsgeschehen die höhere Morbidität im Vergleich zu den Frauen (227 Fälle) auf. Während bei den ALG-II-Empfängern die Fallhäufigkeit der Frauen die der Männer nur leicht unterschreitet (213 zu 215 Fällen), zeigt sich bei den Empfängern von ALG-I ein anderes Bild (Männer: 309 Fälle, Frauen: 248 Fälle). Im Vergleich zum Vorjahr erhöhte sich die Fallzahl der Arbeitslosen um 20 Fälle, wobei diese Steigerung in erster Linie auf die deutliche Zunahme der Krankentage bei den Empfängern von ALG-II (+33 Fälle) zurückzuführen ist. Dadurch näherten sich diese mit 214 Fällen pro 1.000 Versicherten weiter dem sehr hohen Wert der ALG-I-Empfänger (278 Tage) an.

**Schaubild 21**

#### Krankenhausfälle nach Versichertenstatus



Häufigste Gründe für einen Krankenhausaufenthalt sind sowohl bei arbeitslosen Männern als auch bei arbeitslosen Frauen psychische Erkrankungen (F00-F99). Hierbei überstieg die Fallhäufigkeit der Männer mit 72,3 Fällen je 1.000 Versicherten (mit +10 gegenüber 2007 wiederum eine merkliche Steigerung) die der Frauen (47,2 Fälle, +7) um 53 %. Bei Männern stehen Langzeittherapien in Zusammenhang mit Alkoholkrankheiten im Vordergrund. Insgesamt waren Arbeitslose aber auch von allen anderen Krankheitsarten häufiger betroffen als beschäftigte Versicherte und Familienangehörige. Auch die Verweildauer war bei ihnen mit durchschnittlich 10,7 Tagen deutlich höher als bei den Pflichtversicherten (8,1 Tage) und den freiwillig Versicherten (7,6 Tage).



Grundsätzlich gilt, dass sich die Unterschiede in der Morbidität zwischen den Arbeitslosen einerseits und den Erwerbstätigen und Familienversicherten andererseits auch 2008 nochmals vergrößert haben. Die sich darin widerspiegelnde und schon im Vorjahr konstatierte, weiter zunehmende Selektion des Arbeitsmarktes setzt sich offensichtlich fort.

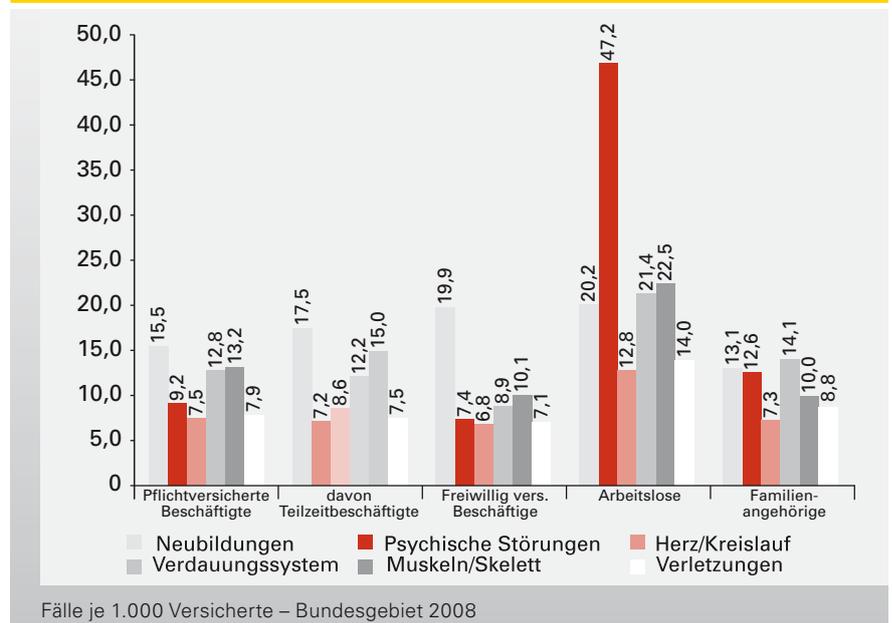
**Stationäre Aufenthalte von pflicht- und freiwillig versicherten Männern und Frauen**

Auch zwischen den weiteren Versicherungsgruppen gab es im Hinblick auf ihre stationäre Versorgung deutliche Unterschiede. Mit 248 Fällen je 1.000 Versicherte waren arbeitslose Männer am häufigsten im Krankenhaus, am seltensten männliche Angestellte mit 89 Fällen. Freiwillig versicherte Beschäftigte waren seltener im Krankenhaus als pflichtversicherte Beschäftigte (93 gegenüber 116 Fällen je 1.000 Versicherte). Unter den pflichtversicherten Männern lagen die stationären Fallzahlen der Teilzeitbeschäftigten deutlich über dem Durchschnitt (126 gegenüber 114 Fällen je 1.000 Versicherte). Dahinter steht zugleich eine große Heterogenität dieser Gruppe auch in Bezug auf den Gesundheitsstatus. Während ihre mittlere AU-Morbidität eher moderat ausfiel, arbeitet offenbar ein Teil dieser Gruppe wegen schwer wiegender, oft chronischer Erkrankungen (z.B. Tumorerkrankungen, s. u.) in Teilzeit. Hiermit sind auch stationäre Therapien verbunden, die sich in dieser relativ kleinen Gruppe in den Kenngrößen entsprechend wiederfinden. Bei den Frauen, die eher aus familiären und seltener aus gesundheitlichen Gründen eine Teilzeitstelle suchen, war dieser Unterschied dagegen geringer. Mit 112 gegenüber 117 Fällen je 1.000 Versicherte wurden für weibliche Teilzeitkräfte sogar weniger Krankenhausfälle gemeldet. Arbeiterinnen und weibliche Angestellte sowie freiwillig versicherte Frauen wurden hingegen häufiger als Männer in den jeweiligen Statusgruppen stationär behandelt.

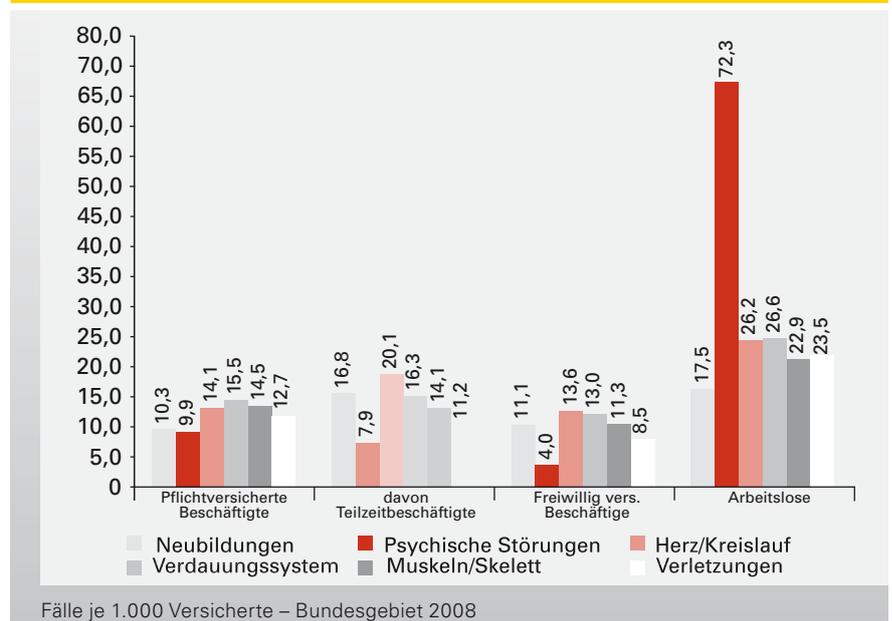
In allen Gruppen, bis auf die pflichtversicherten Beschäftigten, nahmen die Fallzahlen bei den Männern stärker als bei den Frauen zu. Eine weitere Ausnahme zeigte sich bei den Teilzeitbeschäftigten: Bei den Männern verringerten sich als

einzigste unter den betrachteten Gruppen, die Anzahl der Krankenhausfälle (-1,3 %) allerdings auf hohem Niveau, während sie sich bei den Frauen erhöhte (+4,5 %), dennoch aber unter der der teilzeitbeschäftigten Männer blieb.

**Schaubild 22.1**  
**Krankenhausfälle nach ICD-Hauptgruppen (Frauen)**



**Schaubild 22.2**  
**Krankenhausfälle nach ICD-Hauptgruppen (Männer)**



Nicht nur bei der Krankheitshäufigkeit, sondern auch bei den Krankheitsarten sind Unterschiede zwischen den Versicherungsträgern feststellbar (vgl. *Schaubilder 22.1 und 22.2*). Arbeitslose Männer und männliche Teilzeitbeschäftigte wurden deutlich häufiger als die übrigen Gruppen wegen Neubildungen (C00-D48) und Herz-/Kreislaufkrankungen (I00-I99) stationär behandelt, ein Befund der die Selektionsmechanismen in diesen Gruppen bestätigt. Die weiblichen Teilzeitbeschäftigten wiesen ebenfalls gegenüber dem Durchschnitt der Pflichtversicherten eine etwas erhöhte Fallzahl bei Neubildungen auf, die aber bei anderen Gruppen wie den freiwillig versicherten Frauen und den Arbeitslosen noch stärker ausgeprägt waren. Hier stellt sich die interessante – an dieser Stelle jedoch nicht zu beantwortende – Frage, ob dieses erhöhte Erkrankungsrisiko durch den Lebensstil der Frauen sowohl in gehobenen Berufen mit entsprechenden Stressoren wie unter prekären Verhältnissen gleichermaßen mit beeinflusst ist. Insgesamt liegt jedoch das Tumorrisiko bei Frauen – auch unabhängig vom sozialen Status – bereits in jüngeren Altersgruppen deutlich höher als bei Männern, wie bereits in *Kapitel 2.1* ausgeführt. Während Krebserkrankungen

zu den häufigeren Behandlungsursachen sowohl bei den Pflicht- wie auch bei den freiwillig versicherten Frauen gehören, waren bei ihnen Verletzungen, Krankheiten des Verdauungssystems und des Bewegungsapparates seltener als bei Männern Anlass für eine stationäre Behandlung.

Bei den Männern weisen die freiwillig Versicherten über alle Diagnosegruppen außer bei den Neubildungen einen deutlich besseren Gesundheitszustand auf als die pflichtversicherten Beschäftigten. Besonders selten liegen bei ihnen psychische Störungen als Krankenhausdiagnosen vor, die bei den pflichtversicherten Männern mehr als doppelt so häufig zu stationären Behandlungen führten.

In den Gesamtergebnissen bestätigen die stationären Behandlungsdaten den auch in den Ergebnissen zur Arbeitsunfähigkeit bereits aufgezeigten Zusammenhang von höheren Krankheitslasten bei schlechterer sozialer Lage. Dies schließt nicht aus, dass – worauf einzelne Befunde hindeuten – auch in Gruppen mit gutem Einkommen spezifische Erkrankungsrisiken durchaus vorliegen bzw. zunehmen.



3

Arbeitswelt

### 3 Arbeitswelt

Die Arbeitsumwelt stellt einen wesentlichen Bestimmungsfaktor der gesundheitlichen Lage der erwerbstätigen Bevölkerung dar. Dieses Kapitel widmet sich daher ausführlich der Beziehung zwischen der beruflichen Tätigkeit und dem Gesundheitszustand. Hierbei stehen auf Grund der verfügbaren Datelage die Unterschiede nach Branchen und Berufen im Mittelpunkt, wobei die konkreten beruflichen Belastungskonstellationen sehr heterogen sein können und weitere gesundheitsrelevante Parameter wie Lebenslage, Umwelt oder individuelles Gesundheitsverhalten außen vor bleiben müssen. Zudem sind die in Kapitel 2 ausführlich beschriebenen Einflüsse von Alter und Geschlecht mit zu berücksichtigen, die die Krankenstände von Branchen und Berufsgruppen ebenfalls mit prägen.

Vor dem Hintergrund der weltweiten Wirtschafts- und Finanzkrise werden die gesundheitlichen Problemlagen in Zeiten

der Krise und wirtschaftlicher Umbrüche stärker in den Blickpunkt gerückt. Steigende Krankenstände, insbesondere durch psychische Erkrankungen, auch bei den hochqualifizierten Tätigkeitsgruppen sind möglicherweise den Unsicherheiten des Arbeitsmarktes und der wirtschaftlichen Krise geschuldet.

Die Zunahme arbeitsbedingter psychischer Belastungen führt das Projekt PARGEMA auf die Veränderungen in der Organisation und Steuerung von Arbeit zurück (vgl. *Spezial S. 57 ff.*). Permanente Restrukturierungen in Unternehmen sowie steigende Anforderungen an Mitarbeiter ohne wachsende Ressourcen führen oftmals zu psychischen Erkrankungen. Die gesundheitliche Dimension wird bei Unternehmensrestrukturierungen jedoch immer noch vernachlässigt. Empfehlungen zur Begrenzung der negativen gesundheitlichen Auswirkungen von Reorganisationen gibt das EU-Projekt HIREs (vgl. *Spezial S. 62 ff.*).

Gerade auch in Zeiten wirtschaftlicher Krisen bilden gesunde Mitarbeiter eine wichtige Voraussetzung wettbewerbsfähiger Unternehmen. Eine aktuelle Iga-Studie zeigt, dass betriebliche Gesundheitsförderung ein wichtiges Thema bleibt (vgl. *Spezial S. 70 ff.*).

Die Analysen zur gesundheitlichen Lage von BKK Mitgliedern im Kontext ihres beruflichen Umfeldes basieren auf den Arbeitsunfähigkeitsdaten von insgesamt etwa 6,5 Mio. beschäftigten BKK Mitgliedern – 3,7 Mio. Männern und 2,8 Mio. Frauen. Nach Versichertengruppen unterteilen sich die erwerbstätigen BKK Mitglieder in 5,85 Mio. Pflichtversicherte und 640 Tsd. freiwillige Mitglieder mit Krankengeldanspruch nach 6 Wochen. Die BKK Statistik 2008 repräsentiert insgesamt rund 24 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (vgl. *Anhang, Tabelle 4a*).

#### 3.1 Fehlzeiten nach Branchen und Berufen

Die Bedeutung der einzelnen Wirtschaftszweige für die Beschäftigung hat sich bereits seit Jahren deutlich gewandelt – während die Arbeitsplätze in der Industrie weiter abnehmen, wächst die Bedeutung der Dienstleistungsbranchen für den Arbeitsmarkt kontinuierlich. Diese Entwicklung dürfte sich im Zuge der aktuellen Wirtschaftskrise fortsetzen und den schon in bisherigen Berichten thematisierten sektoralen Strukturwandel<sup>1</sup> noch forcieren. Dies hat, zusammen mit den veränderten Tätigkeitsstrukturen, auch Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Im Folgenden werden daher die Ausprägungen der Fehlzeiten

nach Branchen<sup>2</sup> und Berufen auch unter diesem Aspekt einer detaillierten Analyse unterzogen.

Grundlage für diesen Bericht sind die Daten von knapp 6,5 Mio. beschäftigten BKK Mitgliedern. Hiervon waren 2008 35,8 % (+3,0 % gegenüber dem Vorjahr) in Dienstleistungsbranchen wie Handel, Banken, Post und Telekommunikation, Medien, Informations- sowie Unternehmensdienstleistungen beschäftigt. Dagegen arbeiteten nur noch 28,5 % (-0,1 %) im produzierenden Gewerbe. Im Gesundheitswesen, dem Bildungsbereich und in den öffentlichen Verwaltungen waren zusammen 18 % (-0,1 %) tätig.

Die übrigen BKK Mitglieder verteilten sich auf andere Bereiche wie Verkehr, Energie- und Wasserwirtschaft, Baugewerbe, Landwirtschaft oder andere Wirtschaftszweige.

Gemessen am BKK Mitgliederanteil stellt die Metallverarbeitung mit 15 % die zahlenmäßig stärkste Branche im BKK System dar. Danach folgen der Handel mit 13,2 % und die Dienstleistungen mit 11,4 %. Die viertstärkste Wirtschaftsgruppe bildet mit 9,6 % das Gesundheits- und Sozialwesen. Traditionell hohe Anteile der BKK Mitglieder gemessen an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten finden sich bei Postdiensten

<sup>1</sup> Vgl. insbesondere BKK Gesundheitsreport 2004 "Gesundheit und sozialer Wandel" und 2006 „Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen“.

<sup>2</sup> Der Darstellung der Wirtschaftsgruppen liegt die neue, in der amtlichen Arbeitsmarktstatistik seit 2008 gebräuchliche Systematik der Wirtschaftszweige (WZ2008) zu Grunde. Hierbei wurden auch neue Wirtschaftsgruppen berücksichtigt (z. B. Verlage und Medien). Die Wirtschaftszweikklassifikation weist im Vergleich zur vorherigen WZ2003 systematische Veränderungen auf, so dass auf der neuen Systematik basierende Analysen und Berechnungen nicht mehr uneingeschränkt vergleichbar sind. Die in diesem Bericht vorgenommenen Vergleiche zum Vorjahr basieren bereits auf der Neuordnung der 2007er-Ergebnisse zur WZ2008. Die differenzierte Berücksichtigung von Wirtschaftszweigen erfolgt wie bisher unter der Maßgabe einer in statistischer Hinsicht ausreichenden Besetzung der einzelnen Branchen.

und der Telekommunikation mit jeweils 46 %. Ein Drittel aller Beschäftigten in der Energie- und Wasserwirtschaft sowie in der Chemie-Industrie sind in einer BKK versichert. Eine Übersicht über die Mitgliederstruktur der BKKn nach allen Wirtschaftszweigen und ihren Anteilen an den Beschäftigten in Deutschland ist der *Tabelle 4a im Anhang* zu entnehmen.

Der Frauenanteil von 43,6 % der beschäftigten BKK Mitglieder, der gegenüber dem Vorjahr nur leicht um 0,3 % zugenommen hat, liegt etwas unter dem mittleren Anteil bei allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (45,1 %).

### Wirtschaftsgruppenergebnisse im Überblick

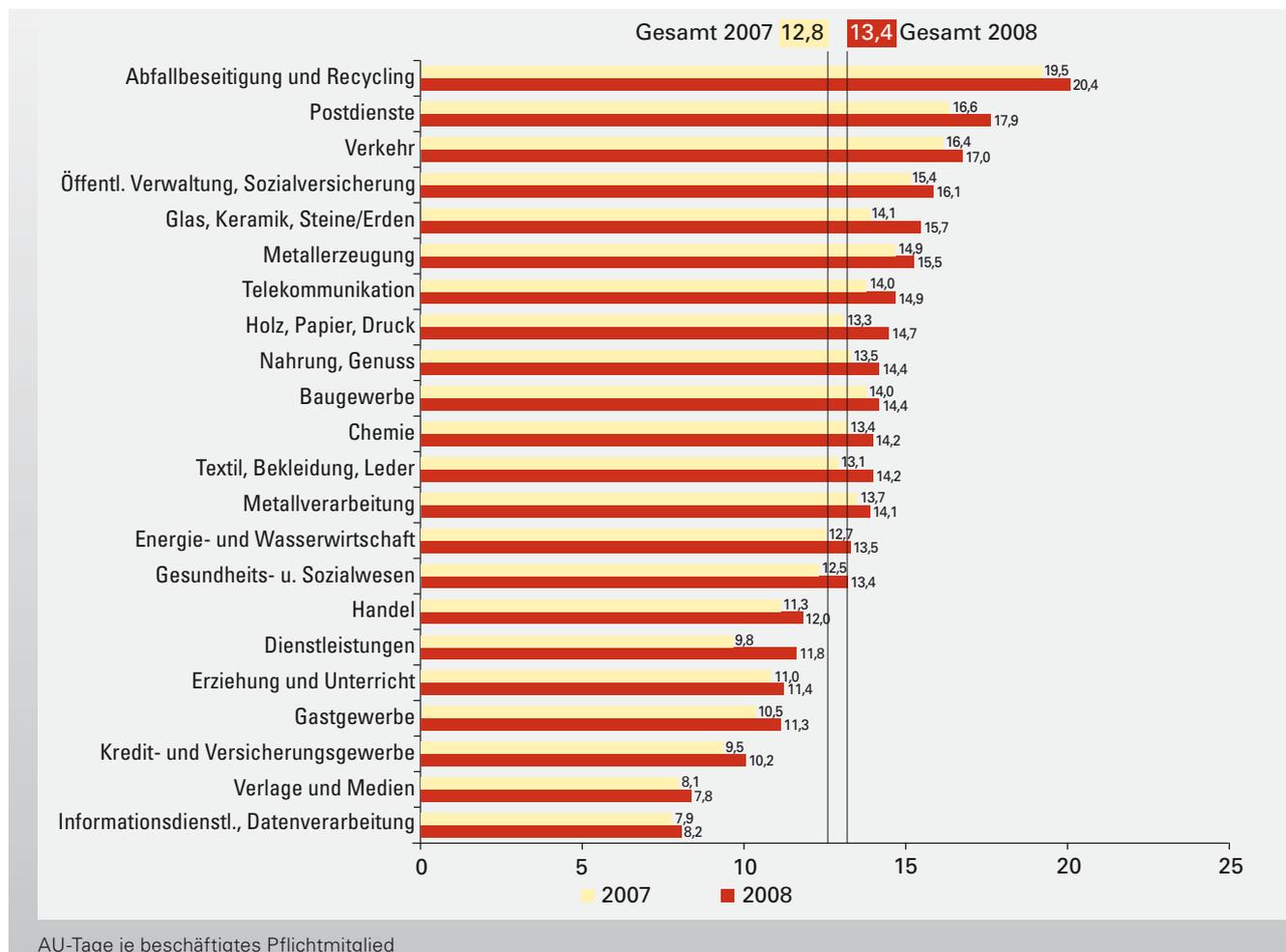
Seit 2007 sind steigende Krankenstände zu beobachten. Die durchschnittlichen Fehltage der beschäftigten Pflichtmitglieder erhöhten sich 2008 von 12,8 im Vorjahr auf nunmehr 13,4 Tage und hiermit der Krankenstand von 3,5 auf 3,7 %.

Dieser Trend spiegelt sich auch in den Branchenergebnissen, wenn auch mit unterschiedlichen Ausprägungen, wider (vgl. *Schaubild 23*). Die deutlichsten Zunahmen verzeichneten die Unternehmensdienstleistungen mit einem Anstieg von zwei Arbeitsunfähigkeitstagen

im Vergleich zum Vorjahr. Dies geht insbesondere auf die Erhöhung in der Zeitarbeitsbranche (+2,2 AU-Tage) zurück, die trotz ihrer jungen Altersstruktur (vgl. *Kasten auf S. 40*) mit fast 15 Tagen weit überdurchschnittliche AU-Zeiten aufweist. Die altersjustierten Ergebnisse dieser Branche liegen noch einmal anderthalb Tage höher (vgl. *Kapitel 3.2*). Ähnliche Zuwächse meldeten auch die Unternehmen der Glas-, Keramik- und Steine/Erden-Industrie und die Betriebe der Holz-, Papier- und Druckindustrie mit einem Anstieg von 1,6 bzw. 1,4 AU-

Schaubild 23

#### Arbeitsunfähigkeitstage nach Wirtschaftsgruppen



**Tabelle 4**  
**Arbeitsunfähigkeitstage nach Branchen 2008**

	Je pflichtversichert Beschäftigten			Je insg. versicherten Beschäftigten			Anzahl der beschäftigten BKK Mitglieder		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Land- und Forstwirtschaft	11,4	11,1	12,0	11,2	10,8	11,9	22.642	14.377	8.266
Nahrung, Genuss	14,4	14,2	14,5	14,0	13,6	14,4	112.209	61.008	51.201
Textil, Bekleidung, Leder	14,2	15,0	13,6	13,8	14,1	13,4	28.901	13.982	14.920
Holz, Papier, Druck	14,7	15,3	13,1	14,2	14,6	12,9	91.681	68.393	23.288
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	13,4	13,9	11,0	13,1	13,6	10,9	17.376	14.180	3.196
Papiergewerbe	16,0	16,5	14,2	15,1	15,4	13,8	34.560	27.583	6.977
Druck	14,2	14,9	13,0	13,8	14,2	12,9	39.746	26.630	13.115
Chemie	14,2	14,7	13,1	12,8	13,0	12,3	271.631	199.322	72.309
Kokerei, Mineralölverarbeitung	11,8	12,2	10,0	10,5	10,7	9,2	15.640	13.174	2.466
Chemische Industrie	14,2	15,0	12,5	12,6	13,0	11,7	178.326	127.661	50.666
Gummi- und Kunststoffwaren	14,6	14,6	14,6	13,9	13,7	14,4	77.665	58.488	19.177
Glas, Keramik, Steine/Erden	15,7	16,2	13,8	15,0	15,4	13,6	48.337	38.172	10.165
Metallerzeugung	15,5	15,9	13,2	14,7	15,1	12,9	256.506	216.093	40.413
Metallerzeugung und -bearbeitung	17,2	17,8	12,6	16,3	16,8	12,0	109.680	98.050	11.630
Herstellung von Metallerzeugnissen	14,2	14,4	13,4	13,6	13,7	13,3	146.826	118.043	28.783
Metallverarbeitung	14,1	14,0	14,6	12,7	12,4	14,0	975.021	789.112	185.909
Elektronische und Elektrotechn. Fertigung	13,4	12,1	15,8	11,7	10,2	15,1	252.843	176.346	76.497
Maschinenbau	13,1	13,6	10,9	12,1	12,3	10,5	269.098	225.904	43.194
KFZ-Bau	15,1	14,9	15,9	13,7	13,5	15,2	419.971	358.107	61.865
Sonstiger Fahrzeugbau	14,9	15,5	11,5	13,4	13,8	11,0	33.110	28.756	4.354
Möbel u. sonstige Erzeugnisse	12,0	11,9	12,2	11,6	11,2	12,1	68.440	40.901	27.539
Energie- und Wasserwirtschaft	13,5	13,7	13,0	12,3	12,2	12,7	101.326	77.579	23.747
Abfallbeseitigung und Recycling	20,4	21,8	13,6	19,8	21,1	13,6	32.159	26.653	5.506
Baugewerbe	14,4	15,2	9,1	14,1	15,0	9,1	249.990	214.696	35.294
Handel	12,0	11,5	12,3	11,7	11,0	12,3	858.513	411.312	447.201
KFZ-Werkstätten	11,8	12,3	10,1	11,5	11,9	10,0	139.182	109.944	29.238
Großhandel	11,0	11,3	10,7	10,5	10,4	10,5	291.636	177.708	113.928
Einzelhandel	12,6	11,2	13,2	12,5	11,0	13,1	427.695	123.660	304.035
Verkehr	17,0	17,2	16,1	16,6	16,8	16,0	317.804	244.325	73.479
Landverkehr	19,0	18,7	20,3	18,9	18,6	20,2	138.641	115.631	23.010
Schiff- und Luftfahrt, Sonstige	15,3	15,8	14,2	14,9	15,3	14,0	179.163	128.693	50.469
Postdienste	17,9	15,8	19,3	17,7	15,6	19,2	94.484	39.491	54.994
Gastgewerbe	11,3	9,1	12,8	11,2	9,1	12,8	124.771	51.541	73.230
Verlage und Medien	8,5	7,6	9,0	8,0	7,0	8,8	45.915	19.742	26.174
Telekommunikation	14,9	14,7	15,8	13,7	13,3	15,3	44.776	34.649	10.126
Informationsdienstl., Datenverarbeitung	8,2	7,0	9,9	7,4	6,3	9,6	114.448	76.063	38.385
Kredit- und Versicherungsgewerbe	10,2	8,5	11,0	9,5	7,7	10,8	304.954	124.615	180.339
Dienstleistungen	11,8	12,2	11,5	11,3	11,4	11,3	739.009	366.258	372.751
Grundstücks- und Wohnungswesen	11,5	12,1	11,0	11,2	11,4	10,9	44.394	20.808	23.586
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstl.*	8,5	8,0	8,7	8,1	7,3	8,6	367.835	161.814	206.022
Vermittl. u. Überlassung v. Arbeitskräften	14,8	14,9	14,8	14,8	14,8	14,7	139.044	93.169	45.875
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	15,5	15,3	15,7	15,3	14,9	15,6	187.736	90.468	97.268
Öffentl. Verwaltung, Sozialversicherung	16,1	17,0	15,6	15,9	16,5	15,6	312.919	120.476	192.442
Erziehung und Unterricht	11,4	9,7	12,2	11,3	9,4	12,1	177.214	55.776	121.438
Gesundheits- u. Sozialwesen	13,4	12,8	13,5	13,3	12,4	13,4	625.997	112.190	513.807
Gesundheitswesen	11,7	12,7	11,6	11,6	12,1	11,5	401.478	61.836	339.642
Sozialwesen	16,3	12,9	17,2	16,2	12,7	17,2	224.520	50.354	174.165
Kultur, Sport und Unterhaltung	9,2	9,2	9,1	9,1	9,2	9,1	54.340	25.722	28.618
<b>Gesamt</b>	<b>13,4</b>	<b>13,7</b>	<b>13,0</b>	<b>12,6</b>	<b>12,6</b>	<b>12,7</b>	<b>6.495.515</b>	<b>3.660.510</b>	<b>2.835.004</b>

\* Einschließl. Vermietung von beweglichen Sachen.



Tagen. Allein in der Papierindustrie wurden je Beschäftigten zwei Krankheitstage mehr als im Vorjahr gemeldet. Im Dienstleistungsbereich fielen neben den Unternehmensdienstleistungen vor allem bei den Post- und Kurierdiensten (+1,2 Tage) und in der Telekommunikationsbranche (+0,9 Tage) deutliche Anstiege um etwa einen Krankheitstag je Beschäftigten an. Überdurchschnittliche Zunahmen gab es außerdem in der Textil- und Bekleidungsindustrie (+1,1 Tage), der Nahrungs- und Genussmittelindustrie, der chemischen Industrie und im Gesundheits- und Sozialwesen (jeweils +0,9 Tage).

Die Krankenstände in den öffentlichen Verwaltungen und in der Abfallwirtschaft nahmen auf hohem Niveau noch einmal um fast einen Tag zu. In den Betrieben für die Abfallentsorgung wurden mit 20,4 Tagen erneut die meisten Krankheitsausfälle gemeldet.

Nach den Entsorgungsunternehmen nahmen die Post- und Kurierdienste mit 17,9 AU-Tagen den zweiten Rang ein. Bei starken Zunahmen waren die Beschäftigten dort im Mittel rund zweieinhalb Wochen im Jahr krankgeschrieben. Die Verkehrsunternehmen standen mit 17 AU-Tagen an dritter Stelle. Darauf folgten die öffentlichen Verwaltungen mit 16,1 AU-Tagen und die Glas-, Keramik-, Steine/Erden-Industrie mit 15,7 AU-Tagen. Auch wenn die öffentlichen Verwaltungen traditionell zu den Wirtschaftszweigen mit

hohen Fehlzeiten gehören, wurden dort schon weit höhere Fehlzeiten registriert. So wurden 1999 noch über 23 Krankheitstage je Pflichtmitglied gemeldet. In der Abfallwirtschaft waren es zu dieser Zeit sogar mehr als 27 Tage. In diesen beiden Bereichen reduzierten sich die Fehlzeiten in den letzten zehn Jahren erheblich.

Im Verkehrswesen trugen vor allem die Unternehmen des Landverkehrs mit 19 AU-Tagen zu dem hohen Ergebnis bei. Als weitere Einzelbranchen mit hohen Fehlzeiten sind ferner die Metallherzeugung und -bearbeitung (17,2 AU-Tage), das Sozialwesen (16,3 AU-Tage) und die Papierherstellung (16,0 AU-Tage) zu nennen.

Der niedrigste Krankenstand wurde wie schon in früheren Jahren im Bereich Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung gemeldet (8,2 AU-Tage). Fast ebenso wenig Krankheitstage – im Mittel 8,5 – fielen bei Verlagen und Medien und mit 9,2 Tagen kaum mehr im Kultur- und Sportbereich an. In diesen Wirtschaftsgruppen fehlten die Beschäftigten im Schnitt somit nur etwas mehr als eine Woche wegen Krankheit. Auch bei Banken und Versicherungen lagen geringe Krankheitsausfälle mit gut zehn Krankheitstagen je Pflichtmitglied vor, womit hier allerdings gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme um +0,7 zu verzeichnen war.

### Sektorale Struktur nach Geschlecht

*Tabelle 4* zeigt für die einzelnen Branchen die geschlechtsspezifischen Besonderheiten im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Hierbei liegen die Schwerpunkte bei Männern und Frauen nur zum Teil in denselben Branchen, während sie in einigen Bereichen auf Grund der geschlechtsspezifischen Tätigkeitsprofile und strukturellen Besonderheiten voneinander abweichen. Die durchschnittlichen Fehltage 2008 nahmen sowohl bei Frauen als auch bei Männern um einen halben Tag zu. Dennoch liegen die AU-Zeiten der Frauen mit 13,0 Tagen je Pflichtmitglied weiterhin unter denen der Männer (13,7 Tage). Das unterschiedliche Niveau erklärt sich im Wesentlichen aus anderen Tätigkeitsfeldern, vor allem einer stärkeren Beschäftigung der Frauen in Angestelltentätigkeiten.

Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage wurden für die weiblichen Beschäftigten im Landverkehr (20,3 Tage) gemeldet. Auch in den Postdiensten (19,3 Tage, +1,3) und im Sozialwesen (17,2 Tage, +0,8) lagen die Krankheitstage der Frauen weit über dem Durchschnitt. Dies gilt auch für den KFZ-Bau, die elektrotechnische Fertigung, die Telekommunikationsbranche sowie die öffentlichen Verwaltungen mit jeweils mehr als 15 AU-Tagen der dort Beschäftigten.

Für die männlichen Beschäftigten der Post- und Kurierdienste fielen mit durchschnittlich 15,8 Tagen zwar weniger AU-Tage als für die Frauen, aber dennoch vergleichsweise hohe Krankheitsausfälle an, die zudem gegenüber dem Vorjahr einen deutlichen Anstieg (+0,9 Tage) bedeuteten. Auch die Verkehrsbetriebe zählten wie schon in den Vorjahren für Männer zu den Schwerpunktbranchen mit überdurchschnittlichen Krankenständen, besonders im Landverkehr (18,7 Tage).

Der höchste Krankenstand für Männer wurde wie im Vorjahr mit 21,8 Tagen (+1,7) in der Abfallbeseitigung gemeldet. Hier waren die weiblichen Beschäftigten durchschnittlich „nur“ 13,6 Tage (+0,4) krankgemeldet. Ähnlich verhält es sich in der Metallerzeugung und -bearbeitung, wo die Männer mit 17,8 rund fünf Krankheitstage mehr als die dort beschäftigten Frauen aufwiesen. Hintergrund dieser Divergenzen sind die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Tätigkeitsfelder in vielen Branchen. So üben Männer beispielsweise in der Abfallbeseitigung, in einigen Industrien (z. B. Metallerzeugung, Maschinenbau), in vielen Kleinbetrieben (Werkstätten) oder im Baugewerbe wesentlich häufiger als Frauen körperlich schwere und belastende Tätigkeiten aus. In anderen Sektoren dagegen – Postdienste und Telekommunikation, Reinigungsbetriebe u. a. – gehen oftmals geringere qualifizierte Tätigkeiten der weiblichen Beschäftigten in Verbindung mit körperlichen oder auch psychomentalen Belastungen, kaum individuellen Gestaltungsspielräumen bei niedrigem beruflichen Status mit höheren Arbeitsunfähigkeiten der Frauen einher.

Neben den bereits genannten Branchen traten bei männlichen Pflichtversicherten auch hohe AU-Raten in den öffentlichen Verwaltungen (17 Tage) und der Glas-, Keramik-, Steine/Erden-Industrie (16,2 Tage) auf. Im Sozialwesen wiesen Männer dagegen mit nur 12,9 AU-Tagen wie schon in der Vergangenheit auffallend geringere Fehlzeiten, und zwar über vier Tage weniger, als Frauen auf.

Die niedrigsten Fehlzeiten von Frauen wurden mit nur etwa neun AU-Tagen bei Verlagen und Medien, im Kultur- und Sportbereich, im Baugewerbe sowie mit

rund zehn Tagen bei Informationsdienstleistungen, in der Mineralölverarbeitung und bei KFZ-Werkstätten gemeldet. Gerade im Baugewerbe waren männliche Beschäftigte erwartungsgemäß deutlich länger – im Schnitt über zwei Wochen – krank. Während Frauen dort überwiegend Bürotätigkeiten erledigen, werden die Männer vorwiegend in körperlichen und handwerklichen Tätigkeiten mit höheren Erkrankungsrisiken beschäftigt.

Im Gegensatz dazu lagen die Fehlzeiten der Frauen in den Informationsdienstleistungen (Frauen: 9,9 Tage, Männer: 7 Tage) und im Medienbereich (Frauen: 9 Tage, Männer: 7,6 Tage) über denen der Männer. Als Ursache für diese Differenzen dürften auch hier unterschiedliche Qualifikationsstrukturen, Statusunterschiede wie auch unterschiedliche familiäre Belastungen eine Rolle spielen.

Für Männer lagen ferner äußerst niedrige Krankenstände bei Banken und Versicherungen (8,5 Tage) und im Gastgewerbe (9,1 Tage) vor. Besonders im Gastgewerbe überschritten die Frauen mit 12,8 Tagen den weit niedrigeren Krankenstand der Männer um fast vier Krankheitstage. Weibliche Bankangestellte verzeichneten mit 11 Tagen zwar noch moderate Krankheitsausfälle, jedoch immerhin um 29 % höhere als ihre männlichen Kollegen. Im Banken- und Versicherungssektor gab es allerdings bei Männern (+0,4) und Frauen (+0,8) merkliche Zunahmen der Krankheitstage 2008, die auch vor dem Hintergrund der grundlegenden Restrukturierungen gerade dieser Branchen zu sehen sind (vgl. nachfolgendes *Spezial von Dunkel/Kratzer/Menz*). Das Thema „Unternehmensrestrukturierungen“ behandelt auch ein EU-Projekt unter Einbindung internationaler Experten, worin gesundheitsbezogene Empfehlungen für Vorgehensweisen bei Unternehmensrestrukturierung erarbeitet wurden. (vgl. *Spezial von Thomas Kieselbach, S. 62 ff.*)

# Arbeit und Gesundheit in Zeiten des Umbruchs

## Ergebnisse aus dem Projekt PARGEMA

Dr. Wolfgang Dunkel, Dr. Nick Kratzer, Dr. Wolfgang Menz  
Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung e.V. – ISF München

Erfolgreich erwerbstätig zu sein und dabei gesund zu bleiben ist eine Herausforderung, mit der sich Generationen von Beschäftigten auseinander setzen mussten. Aber auch, wenn die Grundproblematik bereits seit längerem besteht, haben sich doch immer wieder erhebliche Veränderungen darin ergeben, worin arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen bestehen und in welcher Weise Betriebe und Beschäftigte solchen Gefährdungen begegnen. Eine bedeutsame Veränderung der jüngeren Vergangenheit ist, wie bspw. der BKK Gesundheitsreport 2008 aufgezeigt hat, die starke Zunahme psychischer Belastungen und Beeinträchtigungen, die mehr und mehr den Alltag von Erwerbstätigen bestimmen und sich immer deutlicher in Arbeitsunfähigkeitstagen niederschlagen (Zoike 2008).

In unserem Beitrag wird es darum gehen, einige empirische Befunde zu der *These* zu präsentieren, *dass diese Zunahme arbeitsbedingter psychischer Belastungen mit Veränderungen in der Organisation und Steuerung von Arbeit zu tun hat*. Dabei greifen wir auf Untersuchungen zurück, die im Projekt „Partizipatives Gesundheitsmanagement – PARGEMA“ durchgeführt wurden. PARGEMA sucht nach Ansätzen für einen wirksamen und nachhaltigen Arbeits- und Gesundheitsschutz und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Förderschwerpunkts „Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz“ gefördert; die Projektträgerschaft liegt beim Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) – Arbeitsbereich „Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen“. Unter Federführung des ISF München arbei-

teten sechs wissenschaftliche Institutionen zusammen mit acht Unternehmen an der Analyse neuer Problemstellungen und darauf aufbauend an der Erarbeitung und Erprobung neuer Ansätze des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes.<sup>1</sup>

### **Neue Organisations- und Steuerungsformen von Arbeit**

In den zurückliegenden Jahren konnten wir einen umfassenden Strukturwandel in der betrieblichen Steuerung von Arbeit beobachten. Dieser Strukturwandel ist vor allem durch folgende Entwicklungen gekennzeichnet:

#### ■ Zunehmende Ergebnisorientierung

In den Unternehmen findet gegenwärtig ein Paradigmenwechsel in der betrieblichen Leistungssteuerung statt, der sich als Übergang von der Aufwandsorientierung zur Ergebnis- und Ertragsorientierung beschreiben lässt. Dies beinhaltet die zunehmende Ergänzung und Ablösung solcher Methoden der Leistungsbestimmung, die sich an Kriterien menschlicher „Leistung“ (etwa ausgedrückt im klassischen Modell der „Normalleistung“) orientieren, durch solche Verfahren, die sich abstrakter und dynamischer Ziel- und Ergebnisvorgaben bedienen (Menz 2009; Kratzer/Nies 2009). Das Verhältnis von Aufwand und Ergebnis wird umgedreht: Am Anfang des Prozesses stehen definierte Ertrags- oder Marktziele (wie sie etwa aus systematischen Benchmarks, Marktanalysen oder den Erwartungen der Finanzmärkte gewonnen werden), die kaskadenförmig

über die einzelnen Organisationseinheiten aufgeteilt und heruntergebrochen werden.

#### ■ Permanente Reorganisation

Alle Unternehmensteile werden in immer kürzeren Abständen einer Bewertung unterzogen und gegebenenfalls neu strukturiert. Im Ergebnis befinden sich die Organisationen in ständiger Bewegung und werden oft jährlich umgebaut. Bereiche, die als weniger ertragsstark oder zukunftssträchtig bewertet werden, werden verkleinert, ausgelagert oder geschlossen, ganze Betriebe oder einzelne Betriebsteile werden ein- oder ausgegliedert, Abteilungen getrennt und neu zusammengelegt, Geschäftsfelder, Bereiche und Verantwortlichkeiten neu definiert usw.

#### ■ Zunehmende Selbststeuerung

Das dritte Merkmal neuer Organisations- und Steuerungsformen ist die Selbststeuerung der Beschäftigten. Die systematische Überforderung der Organisation wird zum Problem der Beschäftigten gemacht, die sie auf der unmittelbaren Arbeitsebene individuell zu bewältigen haben. Teils aus Not (begrenzte Steuerbarkeit komplexer, flexibler und kontingenter Anforderungen), teils aus Tugend (Steigerung von Effizienz und Motivation durch die Gewährung von erweiterten Spielräumen) setzt der Modus der Selbststeuerung auf steigende Verantwortung und Verantwortlichkeit, allerdings auch auf steigende Anforderungen ohne entsprechend wachsende Ressourcen.

<sup>1</sup> Einzelheiten zu den wissenschaftlichen Partnern und zu den vorliegenden Publikationen des Projektes finden sich auf der Projekthomepage [www.pargema.de](http://www.pargema.de). Der Beitrag beruht auf qualitativen Erhebungen des ISF München (rund 110 Interviews in vier Unternehmen) und standardisierten Fragebogenerhebungen der Arbeitsgruppe Arbeits- und Organisationspsychologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (Belastungs-Beanspruchungsanalysen bei 310 Beschäftigten und 221 Führungskräften). Zur Vorgehensweise des Projektes PARGEMA vgl. Kratzer/Dunkel (2009).



## Gesundheitliche Auswirkungen

Die neuen Arbeitsformen haben Auswirkungen auf die Gesundheit, insbesondere durch die hiermit verbundenen psychischen Beanspruchungen

*Folgen der Ergebnisorientierung für die psychische Beanspruchung von Beschäftigten – das Beispiel Finanzdienstleistungen.*

Wie sich die Ergebnisorientierung auf Arbeitsbedingungen, Wohlbefinden und Gesundheit auswirken, lässt sich besonders gut an Vertriebstätigkeiten in den Finanzdienstleistungen zeigen. In einem Unternehmen der Finanzdienstleistungen, das am Projekt PARGEMA teilgenommen hat, ist ein ergebnisorientiertes System der Leistungssteuerung konsequent und umfassend umgesetzt worden: Alljährlich werden Ertragsziele von der Unternehmensspitze über die verschiedenen Hierarchieebenen bis hinunter zu den Mitarbeitern in den einzelnen dezentralen Einheiten vorgegeben. Diese Ertragsziele sind dynamisch angelegt. Der kontinuierlichen Überprüfung der Zielerreichung dient ein umfassendes Controllingsystem, das je nach Bereich in unterschiedlichen Zeithorizonten Evaluationen möglich macht. Dadurch wird eine Transparenz der Leistungserbringung ermöglicht, die zum unternehmensinternen Benchmarking genutzt werden kann.

Aus der Perspektive der Mitarbeiter bietet dieses System auf der einen Seite die Möglichkeit, eigenverantwortlich die definierten Ziele anzustreben. Es eröffnet dadurch also zunächst einmal

grundsätzlich salutogene Potenziale. Und es eröffnet Chancen auf Erfolgserlebnisse, etwa wenn man bessere Ergebnisse als die unternehmensinterne Konkurrenz aufweist oder wenn man die gesetzten Ziele in einer Weise erreicht, die nicht nur mit sozialer, sondern auch mit finanzieller Anerkennung (Bonuszahlungen) vergütet werden. Auf der anderen Seite generiert eine solche Form der Leistungssteuerung jedoch auch potenzielle Belastungen. So werden die jährlichen Steigerungen der Ertragsziele zunehmend als wachsende Beanspruchung erlebt, da man auch für die Zukunft eine entsprechende Dynamik erwartet. Die Beschäftigten fragen sich, wie sie den ständig steigenden Anforderungen dauerhaft gerecht werden können, wenn sie sich bereits jetzt an den Grenzen ihrer eigenen Leistungsfähigkeit angelangt sehen. Verstärkt wird diese belastende Wirkung durch eine geringe Flexibilität der Zieldefinition: Zielvorgaben bleiben über das Geschäftsjahr unverändert, auch dann, wenn Mitarbeiter krank werden und in dieser Zeit keinen Ertrag erwirtschaften können, und auch dann, wenn sich der Markt in negativer Weise verändert und damit die Erreichung der gesetzten Ertragsziele erschwert. Aber auch das Controllingsystem selbst kann zu einer Verringerung der zur Verfügung stehenden Ressourcen beitragen: Die umfangreichen Dokumentationspflichten, über die die Mitarbeiter klagen, lassen diesen immer weniger Zeit für die Vertriebstätigkeit, die die Befragten als ihr „eigentliches Geschäft“ ansehen. Ergebnisorientierte Steuerung bedeutet also keinesfalls automatisch Entbürokratisierung.

Neben solchen quantitativen Problemen steigender Anforderungen und eingeschränkter Ressourcen können auch qualitative Probleme widersprüchlicher Arbeitsanforderungen entstehen: Die Ertragsorientierung schlägt sich nicht nur darin nieder, wie viel, sondern auch darin, was verkauft werden soll. Solche Vorgaben wiederum können einem ethischen und professionellen Selbstverständnis der Beschäftigten im Vertrieb zuwiderlaufen, demzufolge die Kundenberatung zum Besten des Kunden zu geschehen habe. Moralische Dilemmata solcher Art (Zielerreichung versus Kundenorientierung) müssen von den Beschäftigten selbst gelöst werden und können in besonderer Weise als belastend wahrgenommen werden.

*Folgen permanenter Restrukturierung für die psychische Beanspruchung von Beschäftigten – das Beispiel Kommunikationstechnik.*

Ein zweites Unternehmen, das an PARGEMA teilgenommen hat, ist auf dem Feld der Kommunikationstechnik tätig. Zwar konnten auch in diesem Unternehmen belastende Folgen ergebnisorientierter Steuerung beobachtet werden. Die für die Beschäftigten vordringlichen Probleme liegen hier jedoch in der Leidensgeschichte jahrelanger und zum Teil dramatischer Restrukturierungsprozesse. Der Schwerpunkt der Untersuchungen lag hier auf der Arbeits- und Beschäftigungssituation in der unternehmensinternen IT.

Die Restrukturierungsmaßnahmen der zurückliegenden Jahre gingen einher mit Personalabbau und einer entspre-



chenden Verunsicherung der Belegschaft. Die Aufgaben, die von der IT zu bewältigen waren, sind aber trotz wiederholten Personalabbaus nicht geringer geworden. Eine erste Folge dieser Entwicklung war eine starke Arbeitsverdichtung. Eine zweite Folge insbesondere dessen, dass die Restrukturierungsmaßnahmen nie abgeschlossen waren, sondern vielmehr auf Dauer gestellt wurden, besteht darin, dass keine Zeit mehr bleibt, so etwas wie einen „eingeschwungenen Zustand“ zu erreichen. Bevor das System so richtig funktionieren kann, wird es schon wieder verändert. Eine Folge hiervon ist wiederum, dass das Unternehmen immer mehr mit sich selbst und seiner permanenten Neuerfindung beschäftigt ist und immer weniger mit den eigentlichen Arbeitsaufgaben. Eine dritte Folge schließlich besteht darin, dass eine längerfristige Teamentwicklung nicht mehr möglich ist, da die Teams immer wieder neu zusammengestellt werden.

Die in der jüngeren Vergangenheit durchgeführte Fusion des Unternehmens mit einem anderen Unternehmen der Kommunikationstechnik wurde zunächst von der Belegschaft positiv gesehen, da nach Jahren eher orientierungslos erscheinender Restrukturierungen zum ersten Mal wieder eine bestimmte Entwicklungsrichtung und positive Zukunftsperspektiven erkennbar schienen. Diese optimistische Phase war aber schnell zu Ende und wich der Enttäuschung und Desillusionierung. Grund hierfür ist, dass es keine eindeutigen Signale von der Unternehmensleitung dafür gab, dass man längerfristig auf die Beschäftigten setzt. Von der privilegierten

Beschäftigungssituation vor der Fusion (hohe Arbeitsplatzsicherheit, guter Verdienst, gewachsene Betriebskultur) ist lediglich die gute Bezahlung erhalten geblieben. Die Arbeitsplatzsicherheit ist geschwunden, die Betriebskultur besteht als Ganzes nicht mehr, es gibt aber Reste solidarischen Handelns auf der Ebene der Teams. In den Gesprächen finden sich allerdings Anzeichen dafür, dass Teamarbeit mehr und mehr durch Einzelarbeit abgelöst wird.

Die Restrukturierungen und die Fusion werden oftmals als psychisch belastend thematisiert. Die Befragten schildern Belastungen, die sie selbst erleben, aber auch Belastungen, die sie an Kolleginnen und Kollegen beobachten: Beschrieben werden innere Kündigung, Müdigkeit und Erschöpfung, Existenzängste, Gefühle der Ohnmacht, Hass, Zynismus sowie psychische Erkrankungen, die zu stationärer Behandlung geführt haben. Solche Belastungen entstehen zum einen aus einer schlicht überfordernden Arbeitsmenge und -vielfalt, zum anderen aus einem Gefühl der Enttäuschung: Das Unternehmen hat den psychologischen Vertrag (also gegenseitige Erwartungen und Ansprüche von Arbeitnehmer und Unternehmen, die mit einem Arbeitsvertrag unausgesprochen eingegangen werden – zum Beispiel die Erwartung, dass sich Leistung lohnt) aufgekündigt, man fühlt sich verraten.

Um die aktuelle Arbeit befriedigend zu gestalten, strengen sich auf der einen Seite die Beschäftigten an; zugleich müssten sie aber eigentlich darauf achten, ihre Arbeitskraft nicht zu verschleiben, um im Falle der Entlassung fit in

den Arbeitsmarkt gehen zu können. Gemeinsam ist den Beschäftigten, dass sie kein Vertrauen mehr in ihr Unternehmen haben. Die innere Loslösung vom Unternehmen ist jedenfalls bereits relativ weit fortgeschritten. Auch wenn das Ende der Beschäftigungsgarantie durchaus als kollektives Ereignis wahrgenommen wird, führt dies jedoch nicht zu kollektivem Handeln. Denn die Beschäftigten schätzen ihre Einflussmöglichkeiten auf die Entwicklung zum einen als äußerst gering ein; zum anderen sind sie, wenn sie angesichts des aktuellen hohen Arbeitsanfalls überhaupt Zeit zum Nachdenken haben, allenfalls mit individuellen Risikoabschätzungen und Überlegungen zu Alternativen zu ihrem gegenwärtigen Arbeitsplatz beschäftigt.

### **Beschäftigte in der Sackgasse**

Die Beschäftigten versuchen natürlich aus den jeweiligen Überforderungssituationen so gut wie möglich herauszukommen und einen Selbstschutz zu entwickeln. Diese Versuche stoßen jedoch stets an ihre Grenzen.

*Selbstgesteuert gesund bleiben? Widersprüche individueller Bewältigungsformen.*

In den PARGEMA-Betrieben ist es gang und gäbe, dass Beschäftigte ihre Arbeit als Stress erzeugend charakterisieren. Hieraus folgern sie in der Regel aber nicht, dass es primär der Betrieb ist, der als der für die Gesundheit seiner Mitarbeiter Verantwortliche gilt und die Arbeitsbedingungen entsprechend zu verändern hätte. Vielmehr wird Gesundheit überwiegend als individuelle

Disposition gesehen: Der eine hält dem Stress stand, der andere nicht. Gesundheitsvorsorge und Behandlung von Erkrankungen werden deshalb auch überwiegend als Privatsache gesehen. Und dort, wo die Betriebe, wie im Fall des Finanzdienstleistungsunternehmens, durchaus Angebote zu Stressprävention und Gesundheitsförderung machen, können diese aus unterschiedlichen Gründen nicht so wirkungsvoll sein, wie dies notwendig wäre: So werden die betrieblichen Angebote, die auf psychische Belastungen zielen (z. B. Stress-Seminare), nur von wenigen Mitarbeitern angenommen, da man befürchtet, durch eine Teilnahme an solchen Veranstaltungen Zweifel an der eigenen Leistungsfähigkeit aufkommen zu lassen und sich damit Karrierechancen zu verbauen. Unverfügbare Angebote der Gesundheitsförderung (wie etwa gesundes Kantinenessen) werden hingegen durchaus akzeptiert, haben aber nur begrenzte Relevanz für die Prävention psychischer Belastungen.

Während betriebliche Formen der Stressprävention häufig noch kaum ausgebaut sind, ließen sich in den an PARGEMA beteiligten Unternehmen vielfältige Varianten individueller Bewältigung (Coping) finden. Diese Varianten reichen von der schlichten Verleugnung von Gesundheitsgefährdungen (mitunter verbunden mit Erzählungen, dass diese Negation im Falle manifester psychischer Erkrankungen nicht mehr aufrechtzuerhalten ist) über die Relativierung von Gefährdungen (Stress gibt es überall/ andere sind noch stärker belastet als ich) bis hin zu Versuchen, dem Stress etwas entgegenzusetzen. Die gängigste

Variante besteht hier wiederum darin, einen Ausgleich außerhalb der Erwerbsarbeit (etwa im Sport, in der Gartenarbeit, in sozialen Beziehungen, im Faulenzen) zu suchen.

Aber es gibt auch Formen des Coping (Bewältigung), die sich auf die Erwerbsarbeit selbst richten und die in drei Richtungen gehen können: Die erste besteht darin, die eigene Leistungsfähigkeit zu steigern (z. B. in einem verhaltenstherapeutischen Training, in dem Beschäftigte gezielt für besonders belastende Arbeitssituationen fit gemacht werden). Eine zweite Richtung besteht darin, Belastungen in der Erwerbsarbeit dadurch zu reduzieren, dass man die Arbeitsbedingungen zu eigenen Kosten verändert: durch einen Abteilungswechsel, durch eine Verringerung der Arbeitszeit (vgl. Kap. 2.2, S. 39 f., zu den heterogenen Morbiditätskennziffern von Teilzeitbeschäftigten), durch eine Reduzierung der Ansprüche auf Status, Bezahlung oder Karrierechancen. Schließlich findet sich auch innere Distanzierung als Coping-Strategie: Unternehmerische Ziele werden nicht mehr als eigene Ziele wahrgenommen, man erfüllt zwar extern gesetzte Anforderungen, hält aber persönliches Engagement zurück.

Eine solche Distanzierung bis hin zur inneren Kündigung bedeutet jedoch keineswegs Befreiung, sondern Enttäuschung. Denn sie steht im Widerspruch zu einer Haltung, die die große Mehrheit der in PARGEMA befragten Beschäftigten teilt: eine ausgeprägte intrinsische Arbeitsmotivation und eine hohe Bereitschaft, unternehmerische Ziele mitzutragen. Genau dies macht indirekte

Steuerung möglich, lässt aber zugleich einen Widerspruch entstehen, der für die Gesundheitssituation der Beschäftigten folgenreich sein kann: Wenn sich die Beschäftigten Unternehmensziele, die sich um wirtschaftlichen Erfolg und dessen weitere Steigerung in der Zukunft drehen, zu eigen machen, werden sie eine Verhaltenstendenz entwickeln, die Klaus Peters als „interessierte Selbstgefährdung“ (Peters 2009) benannt hat. Dabei wird die eigene Gesundheit um des Erfolges willen sozusagen freiwillig riskiert, ohne dass der Erfolg in erster Linie dem Beschäftigten zugute käme. Wenn die Beschäftigten unter Bedingungen ergebnisorientierter Steuerung ein *eigenes unternehmerisches* Interesse an der Zielerfüllung und Ergebniserreichung entwickeln, entsteht zugleich das Motiv für ein Verhalten, das die eigenen gesundheitlichen Ressourcen gefährdet (etwa durch eigenständige Verlängerung der Arbeitszeiten und den Verzicht auf Pausen oder krankheitsbedingte Abwesenheit) und bestehende gesundheitliche Schutzregelungen unterläuft.

### Lösungsansätze für Prävention

Betrieblicher Gesundheits- und Arbeitsschutz muss sich mit dieser Motivlage von Beschäftigten auseinandersetzen, wenn Möglichkeiten der Prävention psychischer Belastungen und psychischer Erkrankungen gefunden und betrieblich umgesetzt werden sollen.

Woran kann Prävention ansetzen, die darüber hinausgehen will, den Umgang mit psychischen Belastungen als Privatsache der Beschäftigten zu begreifen? In



den Untersuchungen hat sich gezeigt, dass *das Führungsverhalten* bei den Beschäftigten sowohl Stress erzeugen wie auch Stress verhindern kann. Führungskräfte können die Überforderungstendenzen ergebnisorientierter Steuerungsformen noch verschärfen – etwa durch demotivierendes (und unter Bedingungen hochgradig intrinsisch motivierter Beschäftigten ganz und gar überflüssiges) Disziplinierungsverhalten –, sie können aber auch als Coach und Unterstützer eines gleichermaßen erfolgsorientierten wie eigenverantwortlichen Leistungshandelns ihrer Mitarbeiter aktiv werden. „Gesundheitsförderliches Führen“ wäre deshalb ein wichtiger Ansatzpunkt für Prävention. Um hier etwas zu bewirken, ist es allerdings notwendig, die Belastungs- und Beanspruchungssituation von Führungskräften selbst zum Thema zu machen und darüber zum einen die Führungskräfte selbst zu entlasten, zum anderen aber auch deren Sensibilität für das Thema „psychische Belastungen“ zu steigern (Wilde et al. 2009). Zum zweiten muss am *Problembewusstsein der Beschäftigten* selbst angesetzt werden: Nur dann, wenn die Problematik der „interessierten Selbstgefährdung“ den

Beschäftigten bewusst wird, kann aus Selbststeuerung, (die auf die Optimierung der eigenen Leistung ausgerichtet ist) Selbstreflexion (die auf eine Balance von Leistung und Gesundheit auszurichten wäre) werden und für das Copingverhalten genutzt werden. Zum dritten schließlich müssen Möglichkeiten eröffnet werden, *Leistungsanforderungen* und den Beschäftigten zur Verfügung stehende *Ressourcen* von Seiten der Betriebe so zu *gestalten*, dass Stressoren reduziert werden. Es führt kein Weg daran vorbei, die tendenziell maßlosen markt- und ergebnisbezogenen Erfolgsziele immer wieder am Maßstab ihrer menschlichen und organisationalen „Leistung“ zu überprüfen. Dies kann nur über „ehrliche“ Rückkopplungsprozesse hinsichtlich Leistungsmöglichkeiten und Ressourcen von unten nach oben erfolgen – etwa durch *Zielvereinbarungen*, die ihrem Namen wirklich gerecht werden und nicht bloße Vorgaben sind. Hierfür ist ein Umdenken notwendig: Arbeits- und Gesundheitsschutz kann nicht mehr getrennt von Leistungssteuerung gedacht und praktiziert werden, Leistungspolitik muss sich auch an Kriterien von Gesundheit und Wohlbefinden orientieren.

#### Literatur

Kratzer, Nick; Dunkel, Wolfgang (2009): Neue Wege im betrieblichen Gesundheitsmanagement - Das Projekt PARGEMA. In: Lothar Schröder; Hans-Jürgen Urban (Hrsg.): Gute Arbeit. Handlungsfelder für Betriebe, Politik und Gewerkschaften, Bund-Verlag, Hamburg, S. 326 - 336.

Kratzer, Nick; Nies, Sarah (2009): Neue Leistungs politik bei Angestellten. ERA, Leistungssteuerung, Leistungsentgelt. edition sigma, Berlin.

Menz, Wolfgang (2009): Die Legitimität des Marktregimes. Leistungs- und Gerechtigkeitsorientierungen in neuen Formen betrieblicher Leistungs politik, VS - Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Peters, Klaus (2009): Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. Neue Herausforderungen für das betriebliche Gesundheitsmanagement durch neue Organisations- und Steuerungsformen. Vortrag auf der Tagung „Arbeit und Gesundheit in schwierigen Zeiten – das Projekt Pargema“. München, 22.-23. Juni 2009.

Wilde, Barbara; Dunkel, Wolfgang; Hinrichs, Stephan; Menz, Wolfgang (2009): Gesundheit als Führungsaufgabe in ergebnisorientiert gesteuerten Arbeitssystemen. In: Badura, Bernhard; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Macco, Katrin (Hg.): Fehlzeitenreport 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Berlin: Springer, S. 147 - 155.

Zoike, Erika (2008): BKK Gesundheitsreport 2008. Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen. BKK Bundesverband, Essen.

# Gesundheit in der Unternehmensrestrukturierung

## Empfehlungen der EU-Expertengruppe HIREs (Health in Restructuring)

Prof. Dr. Thomas Kieselbach

Institut für Psychologie der Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit (IPG)-Universität Bremen

Die gesundheitlichen Dimensionen bei Restrukturierungen in Unternehmen werden sowohl in der Forschung, der Intervention, wie auch allgemein im öffentlichen Interesse immer noch stark vernachlässigt. Das EU-Projekt Health in Restructuring (HIREs) hat als europäische Expertengruppe<sup>1</sup> eine breite Palette bereits bestehender Erfahrungen aus verschiedenen Ländern und aus verwandten europäischen Projekten (GD Forschung, GD Public Health, GD Beschäftigung, ESF) untersucht, in denen die Mitglieder dieser Gruppe über das letzte Jahrzehnt hinweg engagiert waren.<sup>2</sup> Hierbei wurden auch die gesundheitlichen Auswirkungen von Restrukturierungen in Unternehmen, inklusive der Möglichkeiten, negative gesundheitliche Auswirkungen durch entsprechende Ansätze von Gesundheitsförderung zu begrenzen, analysiert. Ergänzend fanden im Jahr 2008/09 eine Reihe von Workshops statt, bei denen externe Experten aus Unternehmen oder aus regionalen Kontexten eingeladen wurden, ihre innovativen Konzepte vorzustellen.<sup>3</sup>

In jeder wettbewerbsorientierten Organisation können Restrukturierungen auftreten. Restrukturierung wird als organisationaler Wandel verstanden, der sehr viel umfassender ist als die alltäglichen Veränderungen in Unternehmen und mindestens einen kompletten Sektor der Organisation oder auch das gesamte Unternehmen durch Prozesse wie Schließungen, Personalabbau (Downsizing), Outsourcing, Off-Shoring, Verlagerung in Subunter-

nehmen, Fusionen, räumliche Veränderungen, unternehmensinterne Mobilität durch Schaffung interner Arbeitsmärkte oder andere komplexe interne Reorganisationen betreffen. Die von der HIREs-Gruppe untersuchten empirischen Erfahrungen belegen eindrucksvoll, dass der Restrukturierungsprozess bedeutende schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen Beschäftigten, inklusive der sogenannten Überlebenden von Entlassungen (diejenigen, die nach der Restrukturierung in der Firma verbleiben), hat.

Im Bereich der von Restrukturierung direkt betroffenen Opfer, die entlassen werden, sind die Effekte hinsichtlich sozialer Ausgrenzung, Morbidität und auch Mortalität relativ gut empirisch belegt und haben inzwischen auch Eingang in die politische Debatte gefunden (s. Gesundheits-Enquete von 2007). Hinsichtlich der Auswirkungen auf die im Unternehmen nach der Restrukturierung verbleibenden Beschäftigten liegen empirische Untersuchungen vor, welche auf die zunehmende Arbeitsplatzunsicherheit und -intensität als Hauptursachen von stärkeren physischen Belastungen und psychosozialem Stress, der Zunahme von Arbeitsunfällen sowie einem Anstieg der Frühverrentungen hinweisen. Die jüngste öffentliche Debatte um die massive Restrukturierung bei der France Telecom, die für 25 Suizide im Verlauf von 20 Monaten verantwortlich gemacht wurde, hat auch mögliche extreme gesundheitliche Reaktionen schlaglichtartig erhellt.

### Gesundheit – ein wichtiges Zukunftsthema in Zeiten der Restrukturierung von Unternehmen

Aus den Erfahrungen der Expertengruppe, den Analysen der Fallstudien und den zusätzlichen externen Expertisen hat die HIREs-Gruppe 12 Empfehlungen für ein zukünftiges Europäisches Rahmenkonzept zur Entwicklung „gesünderer“ Vorgehensweisen bei Restrukturierungen in Unternehmen abgeleitet. Darauf aufbauend soll das bisher dominante Konzept von Gesundheit bei Restrukturierungen, das sich bislang lediglich auf die wirtschaftliche Dimension organisationaler Umbrüche beschränkt (das „wirtschaftlich gesunde Unternehmen“), erweitert werden. Wichtig hierbei ist, auf die Gefahren einer kontraproduktiven Vernachlässigung der Langzeiteffekte für die Gesundheit der Individuen und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit von Unternehmen sowie der Gesellschaft als Ganzes aufmerksam zu machen.

Die 12 HIREs Empfehlungen zur Restrukturierung beziehen sich auf die folgenden Bereiche:

**1. Monitoring und Evaluation:** Es besteht ein erheblicher Bedarf an empirischen Daten bezüglich der gesundheitlichen Auswirkungen von Restrukturierungen. Um einen umfassenden Überblick über das Ausmaß der Probleme in den EU-Mitgliedstaaten zu erhalten sowie auch um die kausalen Zusammenhänge zwischen Restruk-

<sup>1</sup> Die Gruppe wird koordiniert durch Prof. Dr. Thomas Kieselbach von der Universität Bremen (Institut für Psychologie der Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit, IPG).

<sup>2</sup> Das Projekt wurde unterstützt durch das Progress-Programm des Generaldirektorats Beschäftigung der EU-Kommission.

<sup>3</sup> Vgl. den ausführlichen Abschlussbericht (neben der deutschen auch in englischer und französischer Fassung): Thomas Kieselbach, Karl Kuhn, Elisabeth Armgarth, Sebastiano Bagnara, Anna-Liisa Elo, Steve Jefferys, Catelijne Joling, Karina Nielsen, Jan Popma, Nikolai Rogovsky, Benjamin Sahler, Greg Thomson, Claude Emmanuel Triomphe, Maria Widerszal-Bazyl (2009): Gesundheit und Restrukturierung. Innovative Ansätze und Politikempfehlungen. München: Hampp-Verlag.



turierung und Gesundheit untersuchen zu können, sollte der Gesundheitszustand der Betroffenen sowohl auf EU-Ebene als auch auf nationaler, regionaler und Firmenebene überwacht und evaluiert werden.

### 2. Die unmittelbaren Opfer des Personalabbaus, die Entlassenen:

Der Verlust eines Beschäftigungsverhältnisses muss als ein fundamentaler Stressor mit dem Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigung und sozialer Ausgrenzung angesehen werden, besonders in Gesellschaften, in denen der Beschäftigungsaspekt von zentraler Bedeutung ist. Deshalb ist ein zentrales Anliegen der HIRESEmpfehlungen, den Fokus entweder auf den Erhalt der psychischen Gesundheit oder auf die Minimierung der negativen gesundheitlichen Folgen auf Grund von Restrukturierung zu richten.

### 3. Reaktionen der Überlebenden und die Leistungsfähigkeit des Unternehmens:

Der Erfolg eines jeden Restrukturierungsansatzes hängt normalerweise von den Reaktionen der Überlebenden der Entlassungen ab. Bei Personalabbau (Downsizing), aber auch bei allen anderen Formen einer Restrukturierung, die auch ohne Entlassungen ein hohes Maß an Arbeitsplatzunsicherheit unter den Beschäftigten erzeugt, ist es eher unwahrscheinlich, dass das geplante Endergebnis einer Kostenreduzierung oder Produktivitätssteigerung

erreicht wird, wenn die Gesundheit der Überlebenden durch die Restrukturierung negativ beeinflusst ist. Des Weiteren sind auch die direkten Kosten dieser gesundheitlichen Auswirkungen auf die Überlebenden, wie höhere Fehlzeiten und Kosten für die Behandlung von Krankheiten, zu berücksichtigen.

### 4. Die für die Restrukturierung verantwortlichen Manager:

Die Gruppe der mittleren Manager wird trotz ihrer äußerst wichtigen Rolle bei Restrukturierungen häufig übersehen. Sie gelten als entscheidende Personen für die Durchführung eines reibungslosen Prozesses, indem sie als das „zentrale Nervensystem“ der Organisation fungieren. Sie übermitteln die Visionen des oberen Managements und sind nicht selten für die Umsetzung allgemeiner Entscheidungen in konkrete Aktionen und der Veränderung von existierenden Methoden zuständig. Auf der anderen Seite gelten sie jedoch auch selbst als gefährdet, von dem Stress der Restrukturierung betroffen zu werden, vor allem auf Grund ihrer „Sandwich-Position“ zwischen Unternehmensleitung und Beschäftigten.

### 5. Vorausschauende Beurteilung und Vorbereitung in der Organisation:

Die Arbeitgeber sollten mit notwendigen Restrukturierungen immer rechnen und deshalb ihren Beschäftigten die notwendigen Kenntnisse für eine erfolgreiche Anpassung an die Restrukturierung zur Verfügung stellen.

Im Wesentlichen bedeutet dies, die Kompetenzen der Beschäftigten so zu erweitern, dass ihnen ermöglicht wird, sich flexibler sowohl innerhalb der Organisation als auch auf dem Arbeitsmarkt zu bewegen. Ziel ist, dass die Beschäftigten, im Fall des Verlustes ihrer Arbeit, schnell wieder in der Lage sind, in eine neue Arbeit zu gelangen.

### 6. Die subjektiv erfahrene Gerechtigkeit und Vertrauen:

Das Vertrauen ist stark von der Wahrnehmung der Beschäftigten abhängig, ob diese sich vom Arbeitgeber fair behandelt fühlen. Die Fairness, in diesem Sinne, wird durch drei Dimensionen der Gerechtigkeit wahrgenommen: Verteilungsgerechtigkeit, Verfahrensgerechtigkeit und die interaktionale Gerechtigkeit. Um das Vertrauen der Beschäftigten in durch Restrukturierungen verursachten unsicheren Perioden aufrechtzuerhalten, müssen Arbeitgeber Sozialpartner und politische Entscheidungsträger alle drei Dimensionen systematisch ansprechen und berücksichtigen.

### 7. Pläne zur Kommunikation von Veränderungen:

Eine angemessene Kommunikation ist bei Restrukturierungsprozessen von grundlegender Bedeutung. Für jegliche beabsichtigte Restrukturierung sollten die Arbeitgeber einen Kommunikationsplan entwickelt haben. Restrukturierung ist immer mit Unsicherheit verbunden, auch für die beteiligten Führungskräfte. Diese Unsicherheit ist ein Schlüsselfaktor für die Entstehung von Stress.

**8. Schutz für prekäre und zeitlich befristete Arbeitskräfte:** Zeitlich befristete Beschäftigte und Leiharbeitskräfte von Zeitarbeitsfirmen, manchmal auch als prekäre oder Randbelegschaften bezeichnet, sollten bei Restrukturierungen die gleichen Rechte für Erhalt und Förderung der Gesundheit erhalten wie die direkt vom Unternehmen beschäftigten Arbeitskräfte, die unbefristet unter direkter Leitung des Unternehmens arbeiten.

**9. Neue Ausrichtung des Arbeitsschutzes:** Die Diskussionen über mögliche Veränderungen der Rollen und der Ziele der Gewerbeaufsichtsbehörden, über deren Kapazitäten mit den Veränderungen in den Beschäftigungsverhältnissen, mit Beschäftigten und Unternehmen umzugehen (ILO und SLIC), finden bereits statt. Aus diesem Grund sollten die Gewerbeaufsichtsbehörden Veränderungen am Arbeitsplatz umfassender berücksichtigen und vor allem Restrukturierungsaspekte vermehrt mit einbeziehen.

**10. Stärkung der Rolle des betrieblichen Gesundheitsschutzes:** Den sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Diensten sollten sowohl vor, während sowie nach einer Restrukturierung eine größere Rolle für den Schutz der Gesundheit eingeräumt werden. Folglich sollten die betrieblichen Gesundheitsschutzdienste Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung wie auch eine Risikoabschätzung anbieten. Eine langfristige Kooperation zwischen dem betrieblichen Ge-

sundheitsschutz, Arbeitgebern und Beschäftigten schafft das notwendige Vertrauen und die Basis für bedarfsgerechte kompetente Beratung und Hilfe. Traumatische individuelle Krisen können dadurch verhindert werden, während zugleich das Ansehen und die Leistungsfähigkeit des Unternehmens verbessert werden können.

**11. Spezifische Unterstützung für KMUs bei Restrukturierungen:** Die Fallstudien zeigen, dass große Unternehmen bereits über effektive Methoden zum Management gesundheitlicher Probleme bei Restrukturierungen verfügen, von denen andere Unternehmen oder andere Mitgliedstaaten lernen können. Die Schwachstellen liegen bei den KMUs, die weder über vergleichbare HR-Ressourcen verfügen, noch über die Möglichkeiten externer Unterstützungen informiert sind. Diese könnten jedoch den gesamten Prozess der organisationalen Restrukturierung im Interesse der unmittelbar betroffenen Opfer oder Überlebenden im Unternehmen erheblich erleichtern und fördern.

**12. Neue Initiativen, die in Europa benötigt werden:** Das Konzept der sozialen Unternehmensverantwortung (Corporate Social Responsibility) muss für die gesundheitlichen Auswirkungen von Restrukturierungen geöffnet werden und Initiativen zur Gesundheitsförderung routinemäßig eingeführt werden. Letztlich muss auch im Dialog über Berufslaufbahnwechsel und Beschäftigungsfähigkeit eine Normalisierung stattfinden.

Das Konzept einer Unternehmensumstrukturierung, das auf den Erhalt bestimmter Besonderheiten des europäischen sozialen Modells von Beschäftigungsverhältnissen mit den neuen Anforderungen des globalisierten Wettbewerbes abzielt, darf nicht nur die ökonomischen Indikatoren für die Gesundheit eines Unternehmens in Betracht ziehen, sondern muss ebenfalls die individuellen Effekte der Restrukturierung auf die Arbeitnehmer berücksichtigen, die sich wiederum langfristig erheblich auf die Konkurrenzfähigkeit eines Unternehmens auswirken. Dieses neue Verständnis erweitert eine eher unilaterale Perspektive der Anteilseigner, die häufig in Restrukturierungsmaßnahmen eingenommen wird, zu einer stärker ausbalancierten Sichtweise, die das Interesse aller involvierten Akteure vertritt, die an dem gesamten Prozess der Adaptation des Unternehmens an die globalisierte Wirtschaft, mit dem Ziel einer sozial verantwortlichen Restrukturierung, beteiligt sind.

In einem Nachfolgeprojekt HIRES PLUS<sup>4</sup> werden 2009-2010 die Empfehlungen in insgesamt 13 EU-Ländern in Workshops mit Vertretern nationaler Institutionen, Ministerien sowie sozialer Akteure diskutiert und auf ihre Angemessenheit für die jeweiligen nationalen Kontexte überprüft. Gleichzeitig soll damit auch in mehr Ländern das Bewusstsein für die gesundheitliche Dimension von Restrukturierungen geschärft werden, was insbesondere angesichts der Beschäftigungseffekte der aktuellen Wirtschaftskrise zunehmend wichtig erscheint.

<sup>4</sup> Koordiniert durch ASTREES, Paris, in Kooperation mit dem IPG der Universität Bremen.

### Unterschiede nach beruflicher Tätigkeit

Hinter den branchenspezifischen Arbeitsunfähigkeitsstrukturen stehen häufig tätigkeitsspezifische Belastungen. Im Folgenden werden die einzelnen Berufsgruppen daher detailliert betrachtet. Von besonderem Interesse sind hierbei Gruppen, die besonders häufig oder besonders selten arbeitsunfähig sind. Die berufsbezogenen Krankenstände weisen im Vergleich zu den Branchenergebnissen naturgemäß größere Abweichungen auf, da sie u. a. die jeweiligen Belastungsprofile, wie körperliche Schwere bzw. Anstrengung der Tätigkeit, Stress, Zeitdruck, Fremdbestimmung der Arbeitsabläufe, spezifischer abgrenzen. Dabei ist die Qualifikation ein maßgebliches Unterscheidungskriterium zwischen Berufsgruppen mit besonders hohen und besonders niedrigen AU-Raten. Höher qualifizierte Tätigkeiten sind wesentlich seltener mit körperlichen Belastungen verknüpft und bieten den Beschäftigten in der Regel ein größeres Maß an individuellen Gestaltungs- und Entscheidungsspielräumen. Die an höhere Qualifikationen geknüpften Arbeitsbedingungen sind aber nicht der einzige Einflussfaktor für den Gesundheitszustand. Individueller Lebensstil, Konsumgewohnheiten und risikobehaftete Verhaltensweisen sind über den Bildungsstand und insbesondere die Einkommenssituation sowie weitere Merkmale mit den Qualifikationsstrukturen verbunden und beeinflussen den Gesundheitszustand ebenfalls.

Wie auch in den entsprechenden Branchenergebnissen erkennbar, bilden Straßenwarte sowie Straßenreiniger und Abfallbeseitiger die Gruppen mit den höchsten Krankenständen – im Schnitt waren für sie 2008 25,6 bzw. 25,1 AU-Tage je Beschäftigten zu verzeichnen. Mit etwa drei Krankheitswochen folgen Industriebetriebe wie Halbzeugputzer, Kranführer, Eisenbahnbetriebsregler und -schaffner sowie Glasbearbeiter. Fast ebenso viele Krankheitstage (20,5) fielen auch für die große Gruppe der Helfer(innen) in der Krankenpflege und die Transportgeräteführer (20,3) an. Dem gegenüber stehen nur drei bis fünf Fehltage im Jahr bei Naturwissenschaftlern, Juristen, Chemikern, Hochschuldozenten, Apothekern und Publizisten (vgl. *Tabelle 5*).

**Tabelle 5**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2008 - Gesamt**

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied
<b>Berufe mit den meisten AU-Tagen</b>				
Straßenwarte	716	6.210	2,0	25,6
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	11.909	1,7	25,1
Halbzeugputzer und sonstige Formgießerberufe	203	6.270	1,7	23,0
Kranführer	544	4.357	1,3	22,5
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	38.866	1,3	21,7
Glasbearbeiter, Glasveredler	135	6.806	1,5	21,1
Gummihersteller, -verarbeiter	143	13.029	1,4	20,8
Elektrogeräte-, Elektroteilemontierer	321	27.399	1,6	20,7
Helfer in der Krankenpflege	854	43.487	1,2	20,5
Transportgeräteführer	742	16.284	1,4	20,3
Schweißer, Brennschneider	241	21.070	1,5	20,2
Raum-, Hausratereiniger	933	73.881	1,2	20,2
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	48.199	1,4	19,7
Schienefahrzeugführer	711	19.813	1,2	19,7
Hauswirtschaftliche Betreuer	923	18.802	1,2	19,3
Stahlbauschlosser, Eisenschiffbauer	275	16.078	1,5	19,0
Wächter, Aufseher	792	24.436	1,1	18,7
Telefonisten	734	18.432	1,5	18,4
Kraftfahrzeugführer	714	151.088	1,0	18,0
Maurer	441	21.726	1,1	17,8
Metallarbeiter, o. n. A.	323	66.618	1,4	17,8
Lager-, Transportarbeiter	744	106.094	1,3	17,8

#### Berufe mit den wenigsten AU-Tagen

Naturwissenschaftler, a. n. g.	883	7.350	0,4	3,3
Rechtsvertreter, -berater	813	7.969	0,4	3,5
Chemiker, Chemieingenieure	611	7.912	0,5	4,0
Hochschullehrer, Dozenten	871	8.764	0,4	4,0
Apotheker	844	6.498	0,5	4,7
Publizisten	821	10.960	0,6	5,2
Unternehmensberater, Organisatoren	752	32.657	0,6	5,5
Elektroingenieure	602	43.235	0,6	5,6
Ärzte	841	15.152	0,5	5,6
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler	881	19.639	0,6	5,6
Architekten, Bauingenieure	603	16.110	0,6	5,7
Sonstige Ingenieure	607	45.828	0,6	5,7
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	753	44.254	0,8	6,0
Unternehmer, Geschäftsführer	751	66.490	0,5	6,4
Datenverarbeitungsfachleute	774	122.331	0,8	6,9
Bildende Künstler, Graphiker	833	8.924	0,8	7,2
Leitende Verwaltungsfachleute	762	22.411	0,7	7,3
Diätassistentinnen, Pharmazeutisch-technische Assistenten	855	12.301	0,8	7,4
Medizinische Fachangestellte	856	137.216	0,8	7,7
Maschinenbautechniker	621	27.412	0,8	7,9
Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte	685	8.011	0,9	7,9
Verkehrsfachleute (Güterverkehr)	701	27.507	0,9	7,9

Bei getrennter Betrachtung der Geschlechter wiesen bei Frauen neben den bereits erwähnten Helferinnen in der Krankenpflege besonders Schaffnerinnen, Montiererinnen, Warenaufmacherrinnen, KFZ-Führerinnen sowie Metallarbeiterinnen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als drei Wochen auf (vgl. *Tabelle 5.1*). Hohe Fehlzeiten verzeichnete auch die bei den Frauen quantitativ bedeutende Gruppe der Raum- und Hausratreinerinnen.

Bei männlichen Beschäftigten mit besonders hohen AU-Raten finden sich zunächst die bereits genannten auffälligen Berufe mit oftmals hohen körperlichen Belastungen wieder (vgl. *Tabelle 5.2*). Ähnlich belastete Gruppen wie Walzer, Gummihersteller, Bauhilfsarbeiter, Schweißer und vergleichbare Tätigkeitsgruppen kommen hinzu.

*Berufe mit hoher Krankheitslast* werden in einem Projekt der Initiative Gesundheit & Arbeit (iga) unter Berücksichtigung verschiedener Indikatoren, die über das AU-Geschehen hinausgehen, detailliert untersucht, um erweiterte Hinweise zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zu gewinnen (vgl. *nachfolgendes Spezial von Wolfgang Bödeker S. 68 ff.*). Dass Investitionen in *Betriebliche Gesundheitsförderung* (BGF) auch in Krisen- und Umbruchzeiten eine lohnende Investition darstellen, vermittelt der hieran anschließende Spezialbeitrag von *Ina Kramer* (S. 70 ff.).

**Tabelle 5.1**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2008 – Frauen**

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied
<b>Berufe mit den meisten AU-Tagen</b>				
Eisenbahnbetriebsreglerinnen, -schaffnerinnen	712	10.930	1,5	23,9
Elektrogeräte-, Elektroteilemontiererinnen	321	15.779	1,7	23,6
Helferinnen in der Krankenpflege	854	29.582	1,3	23,1
Sonstige Montiererinnen	322	12.717	1,6	23,1
Warenaufmacherrinnen, Versandfertigmacherinnen	522	19.143	1,5	22,3
Kraftfahrzeugführerinnen	714	7.000	1,1	22,3
Metallarbeiterinnen, o. n. A.	323	9.947	1,6	21,9
Elektroinstallateurinnen, -monteurinnen	311	5.149	1,7	21,6
Chemiebetriebswerkerinnen	141	8.722	1,8	21,4
Kunststoffverarbeiterinnen	151	7.258	1,6	21,1
Raum-, Hausratreinerinnen	933	64.458	1,2	20,8
Warenprüferinnen, -sortiererinnen, a. n. g.	521	10.489	1,5	20,7
Lager-, Transportarbeiterinnen	744	20.723	1,5	19,7
Hauswirtschaftliche Betreuerinnen	923	17.785	1,2	19,4
Telefonistinnen	734	13.989	1,6	19,3
Köchinnen	411	35.947	1,2	19,2
Wächterinnen, Aufseherinnen	792	7.444	1,2	19,0
Hilfsarbeiterinnen ohne nähere Tätigkeitsangabe	531	29.662	1,5	19,0
Postverteilerinnen	732	33.579	1,1	18,9
Sozialarbeiterinnen, Sozialpflegerinnen	861	63.577	1,2	17,9
Lagerverwalterinnen, Magazinerinnen	741	10.502	1,4	16,9
Kassiererinnen	773	24.280	1,1	16,8
<b>Berufe mit den wenigsten AU-Tagen</b>				
Apothekerinnen	844	5.651	0,5	5,0
Publizistinnen	821	5.315	0,7	6,1
Unternehmensberaterinnen, Organisatorinnen	752	10.845	0,8	6,4
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlerinnen	881	10.069	0,7	6,4
Ärztinnen	841	9.785	0,6	6,5
Wirtschaftsprüferinnen, Steuerberaterinnen	753	32.291	0,9	6,6
Diätassistentinnen, Pharmazeutisch-technische Assistentinnen	855	12.013	0,8	7,4
Sonstige Ingenieurinnen	607	5.909	0,8	7,5
Medizinische Fachangestellte	856	136.395	0,8	7,7
Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte	685	7.863	0,9	7,8
Facharbeiterinnen o. n. T.	991	12.910	0,7	8,1
Unternehmerinnen, Geschäftsführerinnen	751	15.686	0,7	8,3
Leitende Verwaltungsfachfrauen	762	10.482	0,8	9,0
Fremdenverkehrsfachfrauen	702	15.604	1,0	9,0
Verkehrsfachfrauen (Güterverkehr)	701	10.356	1,1	9,1
Technische Zeichnerinnen	635	14.154	1,2	9,4
Hoteliers, Gastwirtinnen	911	13.348	1,0	9,8
Bankfachfrauen	691	97.967	1,1	9,8
Groß- und Einzelhandelskauffrauen, Einkäuferinnen	681	60.305	1,0	9,8
Buchhalterinnen	772	35.116	0,9	9,8
Masseurinnen, Krankengymnastinnen und verwandte Berufe	852	27.249	1,0	10,2
Friseurinnen	901	25.575	1,1	10,3

In gleichen Berufen weisen die weiblichen Beschäftigten zumeist höhere Fehlzeiten auf als ihre männlichen Kollegen. Besonders die Helferinnen in der Krankenpflege waren im Schnitt sieben Tage länger krankgeschrieben als die Männer in dieser Berufsgruppe. Bei den metallverarbeitenden Berufen wurden für Montierinnen sieben Tage und für Metallarbeiterinnen 4,8 Tage längere Krankheitszeiten gemeldet als für Männer. Mit ähnlichem Abstand wiesen auch Warenprüferinnen und Sozialarbeiterinnen jeweils gut fünf Krankheitstage mehr auf als Männer mit gleicher Tätigkeit.

Unter den weiblichen Angestellten hatten Apothekerinnen, Publizistinnen, Unternehmensberaterinnen, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlerinnen, Ärztinnen und Steuerberaterinnen mit fünf bis sieben Krankheitstagen die niedrigsten Fehlzeiten, wenngleich auch diese in der Regel jeweils über den Werten ihrer männlichen Kollegen lagen. Darüber hinaus gab es auch nach beruflichem Status und formaler Qualifikation weniger weit oben rangierende Gruppen im Gesundheitswesen, wie Diätassistentinnen und medizinische Fachangestellte, deren Krankheitszeiten von durchschnittlich nur gut einer Woche im Jahr recht gering ausfielen. Neben der Altersstruktur dürfte hierbei auch die Tätigkeit in kleinbetrieblichen Strukturen maßgebend sein.

Bei den männlichen Berufsgruppen mit niedrigen Krankenständen fallen ebenfalls Chemiker, Ärzte, Publizisten, Steuerberater auf, ferner Ingenieure, Wissenschaftler und Unternehmensberater. Für diese Gruppen wurden 2008 lediglich vier bis fünf AU-Tage je männlichen Beschäftigten gemeldet. Auch waren bei ihnen die Datenverarbeitungsfachleute nur knapp sechs Tage krankgemeldet, die Frauen in dieser Gruppe hingegen mit elf Tagen fast doppelt so lange.

**Tabelle 5.2**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2008 – Männer**

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied
<b>Berufe mit den meisten AU-Tagen</b>				
Straßenwarte	716	6.106	2,0	25,6
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	11.524	1,7	25,3
Halbzeugputzer und sonstige Formgießerberufe	203	6.000	1,6	22,7
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	27.936	1,2	20,8
Walzer	192	8.636	1,3	20,5
Transportgeräteführer	742	15.167	1,4	20,5
Gummihersteller, -verarbeiter	143	11.475	1,4	20,2
Bauhilfsarbeiter	470	5.833	1,3	20,2
Schweißer, Brennschneider	241	20.704	1,5	20,1
Eisen-, Metallzeuger, Schmelzer	191	8.791	1,3	19,8
Dachdecker	452	7.744	1,3	19,0
Stahlbauschlosser, Eisenschiffbauer	275	15.774	1,5	18,9
Schienenfahrzeugführer	711	18.513	1,2	18,9
Wächter, Aufseher	792	16.992	1,0	18,7
Blechpresser, -zieher, -stanzer	211	7.517	1,3	18,1
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	29.056	1,4	18,0
Straßenbauer	462	6.075	1,4	18,0
Maurer	441	21.587	1,1	17,8
Kraftfahrzeugführer	714	144.088	1,0	17,8
Metallschleifer	225	11.374	1,4	17,7
Rohrnetzbauer, Rohrschlosser	263	10.297	1,4	17,5
Lager-, Transportarbeiter	744	85.371	1,3	17,3
<b>Berufe mit den wenigsten AU-Tagen</b>				
Chemiker, Chemieingenieure	611	5.883	0,4	3,9
Ärzte	841	5.367	0,4	4,0
Publizisten	821	5.645	0,5	4,3
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	753	11.962	0,6	4,4
Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	601	33.376	0,6	4,6
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler	881	9.571	0,5	4,8
Unternehmensberater, Organisatoren	752	21.812	0,5	5,0
Elektroingenieure	602	40.395	0,6	5,4
Sonstige Ingenieure	607	39.919	0,6	5,5
Datenverarbeitungsfachleute	774	94.723	0,7	5,7
Unternehmer, Geschäftsführer	751	50.804	0,4	5,8
Leitende Verwaltungsfachleute	762	11.929	0,5	5,9
Bankfachleute	691	68.077	0,7	6,6
Verkehrsfachleute (Güterverkehr)	701	17.151	0,8	7,2
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	681	64.152	0,8	7,4
Buchhalter	772	12.004	0,7	7,6
Technische Zeichner	635	12.842	0,9	7,7
Maschinenbautechniker	621	25.829	0,8	7,8
Facharbeiter/innen o. n. T.	991	21.893	0,6	8,0
Werbefachleute	703	10.899	0,8	8,1
Handelsvertreter, Reisende	687	31.163	0,7	8,3
Bürofachkräfte	781	280.710	0,8	8,5

## Berufe mit hoher Krankheitslast und hohen Belastungen

Dr. Wolfgang Bödeker  
BKK Bundesverband Abteilung Gesundheit

Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen sind die Handlungsbasis für Krankenkassen und Unfallversicherungsträger bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Solche Erkenntnisse können durch arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichte gewonnen werden. Allerdings werden hierin die relevanten Merkmale wie Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung immer einzeln betrachtet. Eine Bestandsaufnahme, welche Beschäftigtengruppen zusammenschauend besonders von

Krankheiten und beruflichen Belastungen betroffen sind, fehlt dagegen bislang. Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) führt daher ein Projekt mit dem Ziel durch, aus verfügbaren Quellen eine Synopse zu arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu erstellen.

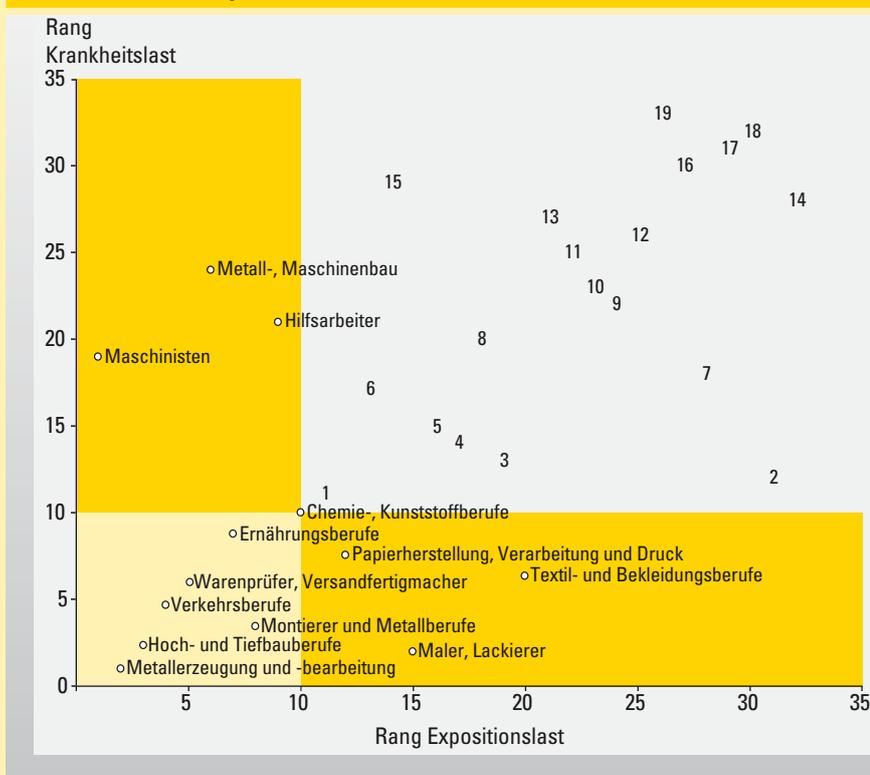
Einerseits wurden Berufe auf Grund von vorliegenden Daten der Sozialversicherungen in eine Rangfolge gebracht. Hieraus ist ersichtlich, welche Berufe mit einer besonders hohen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einhergehen.

Da in das Verfahren eine Vielzahl von Indikatoren eingeht, erscheinen die Berufe als auffällig, die insgesamt mit einer hohen Krankheitslast einhergehen, bei denen also etwa gleichzeitig die Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfälle oder Frühberentung hoch sind.

Andererseits wurden Berufe auf Grund vorliegender Befragungsdaten ebenfalls in eine Rangfolge nach dem Vorkommen von Belastungsfaktoren gebracht. Hiermit erscheinen Berufe dann als besonders auffällig, wenn sie mit einer hohen Risikofaktorenlast einhergehen, also etwa, wenn die Beschäftigten gleichzeitig mehreren Belastungen ausgesetzt sind.

Schaubild S1

### Krankheits- und Expositionslast bei Frauen



Für die Ermittlung der Krankheitslast wurde wie folgt vorgegangen. Zunächst wurden Berufe hinsichtlich der in Routinestatistiken verfügbaren Indikatoren wie die Inanspruchnahme von GKV-Leistungen, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfälle, Frühberentung in eine Rangfolge gebracht. Z. B. erhält der Beruf, bei dem die höchsten Krankenstände beobachtet werden, den höchsten Rang, diejenige mit dem zweithöchsten Krankenstand den zweithöchsten Rang usw.. Entsprechend wird jeweils für weitere Indikatoren vorgegangen. Schließlich werden alle vergebenen Ränge pro Beruf addiert. Der Beruf mit der höchsten Rangsumme ist dann – über alle einbezogenen Krankheitsindikatoren – durch die größte Krankheitslast gekennzeichnet und erhält den Rangplatz eins.

Die Ermittlung der Expositionslast erfolgte analog, wobei die Ränge über die Belastungen gebildet wurden, die durch die Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 erfasst wurden. Hierbei handelt es sich

1 Keramik-, Glasberufe; 2 Holzbearbeitung, Holz- u. Flechtwarenherstellung; 3 Ordnungs- u. Sicherheitsberufe; 4 Elektroberufe; 5 Lederherstellung, Leder- u. Fellverarbeitung; 6 Sonstige Dienstleistungsberufe; 7 Ausbauberufe, Polsterer; 8 Land-, Tier-, Forstwirtschaft u. Gartenbau; 9 Holz- u. Kunststoffverarbeitung; 10 Sozial- und Erziehungsberufe; 11 Schriftwerk schaffende, ordnende und künstlerische Berufe; 12 Techniker, technische Sonderfachkräfte; 13 Warenkaufleute; 14 Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter; 15 Gesundheitsdienstberufe; 16 Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe; 17 Dienstleistungskaufleute und zugehörige Berufe; 18 Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker; 19 sonstige Arbeitskräfte

um eine repräsentative Befragung von ca. 20.000 Erwerbspersonen, die von dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in Auftrag gegeben wird.

Die nachfolgenden Abbildungen stellen die Krankheitslast der Expositionslast gegenüber. Durch ihre Berufsschlüssel hervorgehoben sind die Berufe, die jeweils die ersten 10 Rangplätze einnehmen. Von besonderer Bedeutung sind die Berufe im linken unteren Quadrat, da sie eine hohe Krankheitslast und gleichzeitig eine hohe Belastung aufweisen. Bei Männern gilt dies für Keramik- und Glasberufe, Bergleute, Berufe der Metall-erzeugung und -bearbeitung sowie für Verkehrsberufe. Bei Frauen sind neben den Metallberufen und Bauberufen die Verkehrsberufe und Ernährungsberufe auffällig.

Eine differenziertere Betrachtung für Männer zeigt, dass innerhalb der Keramik- und Glasberufe die Flachglas- und Hohlglasmaler sowie die Keramiker besonders von Krankheiten betroffen sind. Bei den Metallberufen gilt dies für Lötler, Metallvergüter und Metallzieher. Bei den Verkehrsberufen sind es die Schaffner noch vor den Transporteräteführern. Die Schaffner nehmen über alle Berufe gesehen im Hinblick auf die Krankheitslast den zweiten Rangplatz ein.

Bei den Frauen lässt die differenzierte Betrachtung den Eindruck entstehen, dass typische Männerberufe mit einer besonderen Krankheitslast einhergehen. So nehmen die weiblichen Schweißer nicht nur in der Berufsgruppe Metall-erzeugung und -bearbeitung den ersten Rang ein, sondern insgesamt über alle

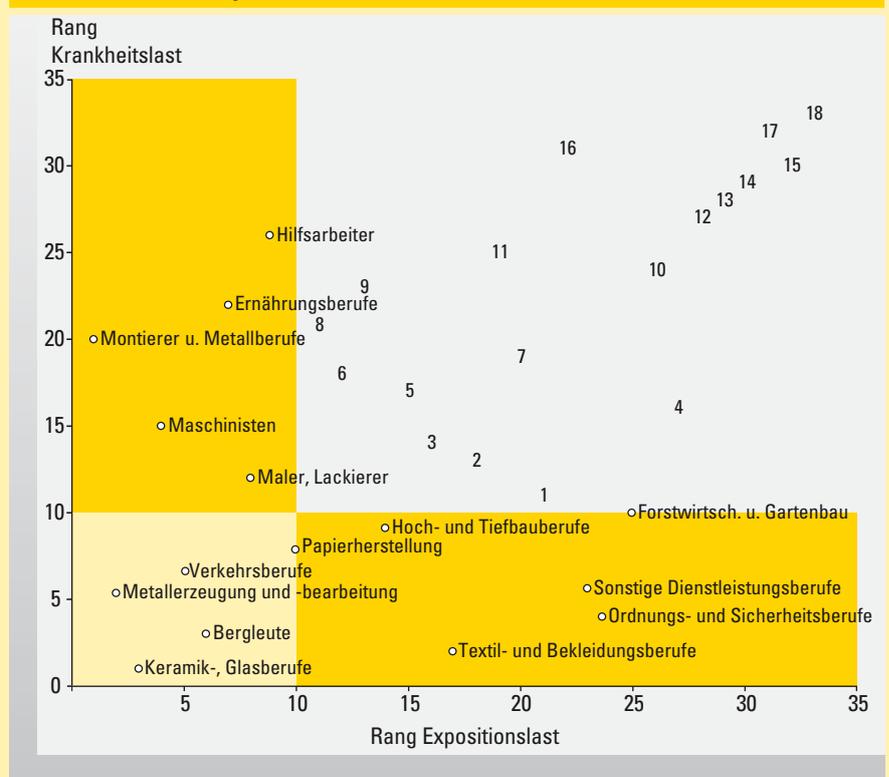
Berufe. Bei den Männern nahmen die Schweißer in der Berufsgruppe dagegen keinen vorderen Platz ein. Über alle Berufe nehmen bei den Frauen die Schaffner und Schienenfahrzeugführer nach den Schweißern die höchsten Rangplätze ein.

Berufsbezogene Datenauswertungen gehen grundsätzlich mit dem Problem der geringen Fallzahlen einher. Auf Grund der großen Anzahl an Berufen sind auch in großen Datenkörpern für detaillierte Betrachtungen oft nur wenig Beschäftig-

te enthalten. Dies gilt insbesondere auch für Berufe mit deutlicher Geschlechterpräferenz. Dennoch ist es sinnvoll, diese Berufe in die Auswertungen einzubeziehen, da ansonsten bestimmte Risiko-berufe stets unerkant bleiben würden. Es ist aber erforderlich, die Ergebnisse durch berufskundliche Betrachtungen und durch Erfahrungen der Präventions-Experten der betroffenen Branchen zu ergänzen und ggf. zu erhärten.

**Schaubild S2**

**Krankheits- und Expositionslast bei Männern**



1 Warenprüfer, Versandfertigmacher; 2 Steinbearbeitung u. Baustoffherstellung; 3 Ausbauberufe, Polsterer; 4 Schriftwerk schaffende, ordnende u. künstlerische Berufe; 5 Chemie-, Kunststoffberufe; 6 Holzbearbeitung, Holz- u. Flechtwarenherstellung; 7 Gesundheitsdienstberufe; 8 Lederherstellung, Leder- u. Fellverarbeitung; 9 Metall-, Maschinenbau- u. verwandte Berufe; 10 Techniker, Technische Sonderfachkräfte; 11 Holz- u. Kunststoffverarbeitung; 12 Warenkaufleute; 13 Sozial- und Erziehungsberufe; 14 Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe; 15 Dienstleistungskaufleute und zugehörige Berufe; 16 Elektroberufe; 17 sonstige Arbeitskräfte; 18 Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker

## Betriebliche Gesundheitsförderung: Zusatzinvestition ohne Mehrwert oder Zukunftsinvestition?

Ina Kramer

BKK Bundesverband, Abteilung Gesundheit

In Zeiten finanzieller Krisen und struktureller Veränderungen stehen viele Unternehmen vor neuen Herausforderungen – alternde Beschäftigte, atypische Arbeitsverhältnisse, fehlende Aufträge, Kurzarbeit und trotz allem steigender Arbeitsdruck und Stress – um nur einige Punkte zu nennen. Eine wichtige Voraussetzung, um als wettbewerbsfähiger und produktiver Teilnehmer, auch in Zeiten einer wirtschaftlichen Krise, Bestand zu haben, sind die gesunden Mitarbeiter eines Unternehmens. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Trotz seines inzwischen mehr als 15-jährigen Bestehens in Deutschland konnte sich die BGF noch nicht umfassend in der Arbeitswelt etablieren. Im Jahr 2004 waren es lediglich ca. 20 % aller Unternehmen, die in BGF investierten (Hollederer 2007). Dabei ist die Verbreitung in den Wirtschaftszweigen sehr verschieden. Gleichzeitig gibt es signifikante Unterschiede auch im Hinblick auf die Unternehmensgröße. So bieten eher Unternehmen mit einer großen Beschäftigtenanzahl ein umfassendes BGF-Programm an.

In aktuellen Zeiten einer globalen Wirtschafts- und Finanzkrise könnte vermutet werden, dass eine Verbreitung tendenziell eher noch abnimmt, da der ökonomische Druck in den Unternehmen steigt und dies zu einer Streichung bzw. Beschränkung von BGF-Projekten führt. Sie würden als Zusatzinvestition gewertet, die aus Sicht der Unternehmen eingespart werden könnten. Übersehen würde bei dieser kurzsichtigen Perspektive, dass es sich um eine Investition in die Zukunft handelt. Eine gute Gesundheit der Beschäftigten trägt einen nicht zu vernachlässigenden Teil im täglichen und zukünftigen Geschäft bei. Umso erstaunlicher sind erste Ergebnisse einer aktuellen iga-Studie, bei der 500 Betriebe – produzierendes Gewerbe mit 50 bis 500 Beschäftigten – nach Motiven

und Hemmnissen für betriebliches Gesundheitsmanagement befragt wurden. Demnach schätzen auch in der aktuellen wirtschaftlichen Lage 82 % der Betriebe, die bereits in Gesundheitsmanagement investieren, das Thema als wichtig ein. Dabei bleibt für 70 % der Betriebe das Thema gleichbleibend relevant, für 12 % wird es sogar wichtiger. 57 % der Betriebe, die bisher noch kein betriebliches Gesundheitsmanagement haben, ordnen dem Thema eine gleichbleibende (50 %) bzw. steigende Bedeutung (7 %) zu (vgl. Lück 2009).

Meldungen, die einen historischen Tiefpunkt des Krankenstands aufzeigen, sollten mit Vorsicht interpretiert und hinterfragt werden. Der Krankenstand in der Gesamt-GKV-Statistik (BMG 2009a) verweist auf ein Absinken des Krankenstandes von ursprünglich mehr als 5 %<sup>1</sup> in den 1970er Jahren, hin zu 3,37 % im Jahr 2008 und im ersten Halbjahr 2009 auf durchschnittlich 3,24 % (BMG 2009b). Diese Entwicklung kann jedoch nicht als ein rein positiver Trend gewertet werden. Vielmehr vermeiden Beschäftigte Krankmeldungen, um ihren Arbeitsplatz nicht zu gefährden. Dieser Verlauf hat zur Folge, dass mehr Menschen zur Arbeit gehen, auch wenn sie krank sind. Bestätigt wird dies durch Ergebnisse vom Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung (2007).

Unternehmen führen Maßnahmen der BGF ein, um die Gesundheit der Mitarbeiter zu verbessern, Einfluss auf krankheitsbezogene Kosten, krankheitsbedingte Fehlzeiten sowie Produktivität zu nehmen. Es sollen chronische Erkrankungen und (Früh-)Invalidität vermieden werden. Die Pflege und der Erhalt des Humankapitals ermöglichen und sichern die Fähigkeit von Unternehmen, langfristig produktiv zu sein. Durch eine bestmögliche Leistungsfähigkeit der Beschäftigten kann die Qualität der Pro-

dukte bzw. Dienstleistungen bewahrt werden. Aspekte wie die Zufriedenheit der Mitarbeiter, Anerkennung durch den Arbeitgeber und soziale Unterstützung fördern die positiven Auswirkungen der Beschäftigten auf das Unternehmen. Kostenreduktionen, gesteigerte Produktivität und ein finanzieller Gewinn stellen eindeutig einen Anreiz für Unternehmen dar, in BGF zu investieren.

### Fakten für den wirtschaftlichen Nutzen von betrieblicher Gesundheitsförderung

Mit Blick auf begrenzte finanzielle Ressourcen – sowohl im Unternehmen als auch bei den Fördermöglichkeiten der Sozialversicherung nach §§ 20a und b SGB V – ist ein gezielter und begründeter Einsatz von Investitionen notwendig. Die Umsetzung von BGF-Aktivitäten sollte sich dabei sowohl am Stand der Wissenschaft als auch am Stand der Bedarfe im Unternehmen orientieren. In der wissenschaftlichen Literatur lassen sich ausreichend Belege dafür finden, dass Maßnahmen der BGF zur Erhaltung der Gesundheit von Beschäftigten beitragen und sich gleichzeitig für Unternehmen auszahlen (vgl. Sockoll et al. 2008). Eine systematische Literaturschau für die Jahre 2000 bis 2006 bestätigt, dass BGF, insbesondere langfristig betrachtet, auch betriebswirtschaftliche Effekte bewirken. Gut strukturierte und an die Bedarfe des Unternehmens angepasste Interventionen können laut internationaler Fachliteratur signifikante Kosteneinsparungen bewirken. In den wissenschaftlichen Untersuchungen werden vorrangig die Zielgrößen Krankheitskosten und krankheitsbedingte Fehlzeiten (Absentismus) betrachtet. Erreichbare Werte für Kosten-Nutzen-Verhältnisse (Return on Investment, ROI)<sup>2</sup> werden mit \$1:\$2,5 bis \$1:\$10,1 für krankheitsbedingte Fehlzeiten und \$1:\$2,3 bis \$1:\$5,9 für medizinische Kosten angegeben. Die

<sup>1</sup> Die prozentuale Angabe weist aus, welcher Anteil der Pflichtmitglieder der GKV arbeitsunfähig krank ist.

<sup>2</sup> Angaben in US-Dollar

Angaben der Verhältnisse entstammen Reviews aus wissenschaftlichen Fachzeitschriften, die mit einem Gutachtenverfahren (peer-review) arbeiten. Eine Zusammenstellung von 56 Studien aus dem Zeitraum 1984 bis 2005 veranschaulicht die Erfolgspotenziale von BGF (vgl. *Schaubild 3, Chapman 2005*). Demnach können sowohl Krankheitskosten als auch krankheitsbedingte Fehlzeiten um durchschnittlich 26 % reduziert werden. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis wird mit

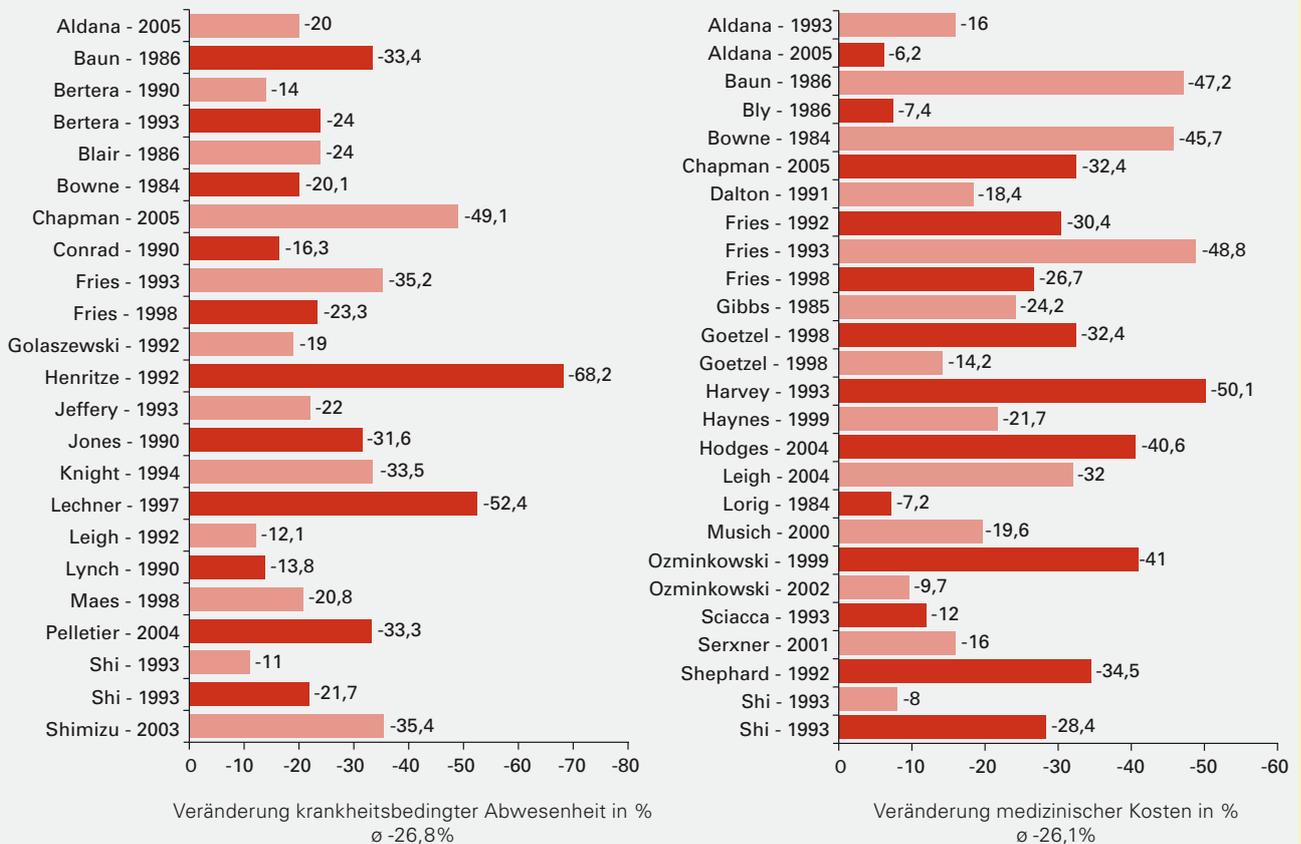
durchschnittlich \$1:\$5,81 angegeben. Bei der Auswertung wurden nur solche Studien berücksichtigt, die ein Mehrkomponentenprogramm mit einer Kombination aus mindestens drei Interventionen umfassten und bei denen das Angebot für mindestens zwölf Monate eingesetzt wurde.

Bislang konnte in der Fachliteratur noch keine einheitliche Aussage identifiziert werden, die Angaben zum Zeitraum bis

zum Eintreten eines finanziellen Nutzens beinhaltet. Die Tendenz deutet eher auf einen längeren Zeitraum von mehreren Jahren, wobei ebenso Angaben zu einem kurzfristig eintretenden positiven ROI zu finden sind. Die Angaben von Chapman beziehen sich auf eine durchschnittliche Zeitdauer von 3,66 Jahren. Wie lange dieser finanzielle Nutzen anhält und ob er mit der Zeit zu- bzw. abnimmt, ist bisher ebenso ungeklärt.

### Schaubild S3

#### Erfolgspotenziale von betrieblicher Gesundheitsförderung





Es wird häufig die Frage gestellt, ob diese positiven finanziellen Auswirkungen von BGF-Programmen, die sich in der überwiegend angelsächsischen Literatur finden, auch auf Deutschland übertragen werden können. Kalkulationen einiger Beispiele deutscher Unternehmen ergaben, dass die Kosten-Nutzen-Relationen durchaus diese Ergebnisse abbilden. Dabei konnte beispielsweise für eine deutsche Verkehrsgesellschaft ein ROI von 1:5 berechnet werden. Für jeden in BGF-Maßnahmen investierten Euro konnten fünf Euro eingespart werden. Eine Befragung von deutschen Unternehmen zum wirtschaftlichen Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung konnte diese Tendenz ebenso bestätigen. Fünf Unternehmen (produzierendes und nicht produzierendes Gewerbe) konnten eine Einschätzung des ROI vornehmen und geben diesen mit 1:3 bzw. 1:4 an (Bonitz et al. 2007). Dabei wurde beispielsweise durch eine Senkung der krankheitsbedingten Abwesenheit eine Senkung der Personalkosten erreicht.

Um diese überzeugenden Argumente auch von deutschen Unternehmen nutzen zu können, bedarf es neben der Planung und Durchführung von BGF-Maßnahmen auch einer gesicherten Evaluierung. Ökonomische Evaluationen von BGF-Programmen sind bisher nur vereinzelt zu finden. Eine Dokumentation und Publikation solcher Beispiele sind zukünftig anzustreben. Dabei sollte eine möglichst einheitliche Methodik und Qualität der Evaluationen verwendet werden. Erfolgreiche Beispiele aus Deutschland für die finanziellen Effekte könnten die Verbreitung von qualitativ guter BGF fördern. Dabei sind mit einer Angabe zum ROI längst nicht alle erzeugten Effekte erfasst, die durch ein BGF-Programm bewirkt werden können. Es gibt eine Reihe von Effekten, die sich sehr schwer oder gar nicht monetarisieren lassen, jedoch

sehr wohl einen positiven Beitrag für das Unternehmen leisten, wie z. B. Zufriedenheit der Mitarbeiter.

### **Der iga-ROI-Kalkulator: ein Instrument zur Berechnung eines prospektiven ROI von BGF-Maßnahmen**

Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) hat in einer Reihe von Projekten die Frage nach dem ökonomischen Nutzen von BGF bearbeitet und dabei insbesondere die Kennzahl Return on Investment bzw. den prospektiven ROI – einen im Vorfeld abgeschätzten ROI – genauer untersucht (Kramer u. Bödeker 2008). Der vielversprechende Ansatz wurde in ein Softwareprogramm integriert, das eine prospektive Nutzenabschätzung für ein umfassendes Gesundheitsmanagementprogramm vornimmt. Im Programm wurden die Aspekte krankheitsbedingte Abwesenheit, Präsentismus und Krankheitskosten einbezogen. Grundlage für den iga-ROI-Kalkulator bilden eine Reihe von Ergebnissen aus wissenschaftlichen Studien, Statistiken und theoretischer Annahmen.

Das Programm soll zukünftig als „Türöffnerinstrument“ zur Argumentation und Überzeugung für Investitionen in BGF-Maßnahmen dienen. Es eignet sich insbesondere für die Beratung von Unternehmen, in denen noch kein längerfristiges betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert ist. Mit Hilfe von verschiedenen Kalkulationen, Kennziffern und grafischen Darstellungen sollen sie motiviert werden, betriebliche Gesundheitsförderung – nach bestimmten (Qualitäts-)Kriterien – in ihrem Unternehmen zu implementieren. Dies kann zum einen auf der unternehmensinternen Ebene stattfinden, wenn es um Budgetzuweisungen auf der selbigen geht. Externe Berater können den iga-ROI-Kalkulator nutzen,

um Unternehmen für Investitionen in BGF zu gewinnen. Darüber hinaus kann das Programm in der Planungsphase gezielt eingesetzt werden, da eine vielfältige Kombination von Maßnahmen für ein beabsichtigtes Mehrkomponentenprogramm möglich ist. Das Programm wird derzeit im Rahmen einer Pilotphase getestet und anschließend evaluiert.

#### Literatur

Bertelsmann Stiftung: Umfrage (2007): Mehrheit der Deutschen arbeitet auch im Krankheitsfall. [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F0A-9B3A936F/bst/hs.xsl/nachrichten\\_53877.htm](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F0A-9B3A936F/bst/hs.xsl/nachrichten_53877.htm) (22.7.2008)

Bundesministerium für Gesundheit (2009b): Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand. Monatswerte Januar-Juli 2009. Stand 07. August 2009

Bundesministerium für Gesundheit (2009a): Gesetzliche Krankenversicherung. Krankenstand. 1970 bis 2007 und Januar bis Dezember 2008. Stand 3. März 2009

Bonitz, D., Eberle, G., Lück, P. (2007): Wirtschaftlicher Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen. Ergebnisse einer Managementbefragung. Stand: 11. Dezember 2007

Chapman LS (2005): Meta-evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2005 Update. The Art of Health Promotion July/August: 1-11

Holleder, Alfons (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. Gesundheitswesen 69: 63-76.

Kramer, I. & Bödeker, W. (2008): Return on Investment im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. Die Berechnung des prospektiven Return on Investment: eine Analyse von ökonomischen Modellen. IGA-Report 16.

Lück, P. (2009): 82 Prozent. iga.aktuell Ausgabe 2/2009.

Sockoll, I., Kramer, I., Bödeker, W., (2008): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000–2006. IGA-Report 13

**Ausgewählte Wirtschaftszweige**

Im Folgenden werden die tätigkeits-spezifischen Krankenstände innerhalb wichtiger Wirtschaftszweige detailliert dargestellt, um einen genaueren Einblick in die Krankheitsausfälle der Branchen zu geben.<sup>3</sup>

**Metallverarbeitung**

Die *metallverarbeitende Industrie* besitzt sowohl gemessen an ihrem Anteil an den BKK Versicherten als auch im gesamtwirtschaftlichen Maßstab nach wie vor ein hohes Gewicht. In dieser Branche erkrankte ein beschäftigtes BKK Mitglied 2008 im Durchschnitt 12,7 Kalendertage, womit gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg um einen halben Tag zu verzeichnen war. Für die rund 186 Tsd. dort beschäftigten Frauen wurden 14 Tage gemeldet. Dem stehen 12,4 Tage der 789 Tsd. männlichen Beschäftigten dieser Wirtschaftsgruppe gegenüber.

Nach Berufen wiesen die schon in der Gesamtbetrachtung relevanten Gruppen wie Transportgeräteführer, Montierer und Schweißer die höchsten Krankenstände auf (vgl. *Schaubild 24*). Stahlbauschlossler und Eisenschiffbauer fehlten im Vergleich zum Vorjahr rund elf Tage weniger. Schwankungen in diesen Berufen stehen indes häufig mit längeren Phasen von Kurzarbeit – z. B. auf Werften – in Verbindung.

Die wenigsten Krankheitstage fielen bei Unternehmern, Ingenieuren und Datenverarbeitungsfachleuten an. Auch Bürofachkräfte und Techniker fehlten nur rund eine Woche. Analog zu den Gesamtergebnissen verzeichneten Frauen jedoch längere Fehlzeiten als Männer. So waren Datenverarbeiterinnen, Ingenieurinnen und Technikerinnen zwei bis drei Tage länger krankgeschrieben, Montiererinnen gar acht Tage. Auch in der Metallverarbeitung waren die beruflichen Unterschiede beim Krankenstand also offenbar vor allem an die Qualifikationsmerkmale geknüpft, dies aber mit geschlechtsspezifischen Differenzen.

**Schaubild 24**

**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Metallverarbeitung**



AU-Tage je beschäftigtes Mitglied – Bundesgebiet 2008

<sup>3</sup> Bei den Ergebnissen ist zu beachten, dass hier nicht nur Pflichtmitglieder, sondern auch freiwillig Versicherte einbezogen wurden.

## Metallerzeugung

In der *Metallerzeugung* (vgl. *Tabelle 6*) liegen die Krankenstände üblicherweise erheblich höher als in der Metallverarbeitung und erreichten 2008 durchschnittlich 14,7 AU-Tage je Beschäftigten. Hiermit stiegen die Fehlzeiten in dieser Branche gegenüber dem Vorjahr um einen halben Tag an. Mit etwa dreiwöchigen Krankheitszeiten standen Halbzeugputzer, Walzer, Warenaufmacher und die körperlich stark belasteten Hochofenarbeiter (Metallerzeuger, Schmelzer) auf den obersten Rängen.

Am Ende der Fehlzeitskala rangierten unter den hier aufgeführten quantitativ bedeutsamen Gruppen die Techniker, Bürofachkräfte und Meister mit im Schnitt etwa einer Krankheitswoche im Jahr.

Geschlechtsspezifische Differenzen können auch in der Metallerzeugung festgestellt werden. So waren die produktionsnäheren Metallarbeiterinnen mit gut 23 Krankheitstagen etwa sechseinhalb Tage länger krankgeschrieben als ihre männlichen Kollegen, im Büro fehlten sie hingegen nur wenig länger (+0,9 Tage) als die männlichen Büroangestellten in den metallherstellenden Unternehmen. Die Fehlzeiten der Hilfsarbeiterinnen in dieser Branche lagen sogar um rund einen Tag unter denen der Männer.

## Chemische Industrie

In der *chemischen Industrie* (vgl. *Tabelle 7*) lag der Branchendurchschnitt im Beobachtungszeitraum bei 12,8 AU-Tagen je Beschäftigten (+0,7 gegenüber dem Vorjahr). Wie in der Gesamtbetrachtung gehörten hier die Gummihersteller mit gut 20 AU-Tagen zu den gesundheitlich auffälligsten Gruppen, gefolgt von den Beschäftigten im Warenversand und Chemielaborwerker mit 18,6 bzw. 18 Tagen. Auch Hilfsarbeiter/-innen, Beschäftigte im Bereich Lager und Transport sowie Chemiebetriebswerker verzeichneten mit etwas unter 18 Tagen noch um fast die Hälfte erhöhte Krankheitszeiten gegenüber dem Branchendurchschnitt.

Auf dem hohen Niveau der Fehlzeiten unterscheiden sich die Geschlechter zum Teil stark voneinander. Lagen die Krankheitszeiten der Frauen bei den

**Tabelle 6**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Metallerzeugung**

Beruf	Schlüssel	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Halbzeugputzer und sonstige Formgießerberufe	203	1,7	22,6	13,6
Walzer	192	1,3	20,5	15,6
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	1,5	20,4	13,8
Eisen-, Metallerzeuger, Schmelzer	191	1,3	20,3	15,3
Schweißer, Brennschneider	241	1,5	19,4	13,3
Metallarbeiter, o. n. A.	323	1,4	18,1	13,1
Warenprüfer, -sortierer, a. n. g.	521	1,3	17,9	14,2
Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	531	1,3	17,8	13,5
Metallschleifer	225	1,3	17,5	13,3
Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	274	1,3	17,1	12,9
Industriemechaniker/-innen o. n. F	270	1,3	14,5	10,9
Maschinenschlosser	273	1,3	14,3	11,1
Dreher	221	1,3	14,3	11,0
Fräser	222	1,3	13,4	10,5
Elektroinstallateure, -monteure	311	1,1	13,0	11,5
Sonstige Mechaniker	285	1,3	12,6	9,9
Werkzeugmacher	291	1,2	12,1	10,1
Industriemeister, Werkmeister	629	0,8	9,0	12,1
Bürofachkräfte	781	0,9	7,7	9,0
Sonstige Techniker	628	0,8	7,6	9,8
<b>Branche gesamt</b>		<b>1,2</b>	<b>14,7</b>	<b>12,3</b>
<b>davon: Frauen</b>		<b>1,2</b>	<b>12,9</b>	<b>11,3</b>
<b>Männer</b>		<b>1,2</b>	<b>15,1</b>	<b>12,5</b>

**Tabelle 7**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Chemie**

Beruf	Schlüssel	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Gummihersteller, -verarbeiter	143	1,4	20,1	14,8
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	1,4	18,6	13,4
Chemielaborwerker	142	1,6	18,0	11,3
Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	531	1,4	17,8	13,1
Lager-, Transportarbeiter	744	1,4	17,7	13,1
Chemiebetriebswerker	141	1,5	17,6	11,9
Kunststoffverarbeiter	151	1,4	17,0	12,3
Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	274	1,3	15,3	11,5
Sonstige Mechaniker	285	1,4	14,1	10,4
Elektroinstallateure, -monteure	311	1,1	10,4	9,4
Handelsvertreter, Reisende	687	0,9	10,1	11,4
Industriemeister, Werkmeister	629	0,8	9,6	12,0
Chemielaboranten	633	1,1	9,4	8,3
Sonstige Techniker	628	0,8	8,4	10,2
Bürofachkräfte	781	0,9	7,7	8,9
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	681	0,8	6,9	9,0
Chemietechniker	626	0,8	6,7	8,3
Unternehmer, Geschäftsführer	751	0,5	5,8	12,7
Sonstige Ingenieure	607	0,5	4,1	8,1
Chemiker, Chemieingenieure	611	0,4	3,7	8,4
<b>Branche gesamt</b>		<b>1,2</b>	<b>12,8</b>	<b>11,2</b>
<b>davon: Frauen</b>		<b>1,2</b>	<b>12,3</b>	<b>10,4</b>
<b>Männer</b>		<b>1,1</b>	<b>13,0</b>	<b>11,5</b>



**Tabelle 8**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Baugewerbe**

Beruf	Schlüssel	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Betonbauer	442	1,2	20,1	16,5
Stukkateure, Gipsler, Verputzer	481	1,3	19,6	15,6
Dachdecker	452	1,3	19,0	14,9
Sonstige Tiefbauer	466	1,1	18,8	17,2
Baumaschinenführer	546	1,0	17,5	18,0
Maurer	441	1,1	17,3	15,9
Isolierer, Abdichter	482	1,1	16,4	15,4
Zimmerer	451	1,1	16,4	14,3
Fliesenleger	483	1,1	16,2	14,5
Kraftfahrzeugführer	714	0,9	16,2	17,3
Sonstige Bauhilfsarbeiter, Bauhelfer	472	0,9	15,8	16,8
Maler, Lackierer (Ausbau)	511	1,2	15,2	12,6
Straßenbauer	462	1,2	14,9	12,6
Rohrinstallateure	262	1,3	14,7	11,5
Tischler	501	1,2	13,9	12,0
Elektroinstallateure, -monteure	311	1,2	12,6	11,0
Sonstige Techniker	628	0,8	9,6	12,7
Bautechniker	623	0,6	8,8	15,2
Bürofachkräfte	781	0,8	8,0	10,1
Architekten, Bauingenieure	603	0,5	5,3	10,8
<b>Branche gesamt</b>		<b>1,1</b>	<b>14,1</b>	<b>13,3</b>
<b>davon: Frauen</b>		<b>0,9</b>	<b>9,1</b>	<b>10,6</b>
<b>Männer</b>		<b>1,1</b>	<b>15,0</b>	<b>13,6</b>

Chemielaborwerkern unter denen ihrer männlichen Kollegen (Frauen: 17,3, Männer: 18,5 Tage), so war es bei den Gummi- sowie Kunststoffverarbeitern umgekehrt. Hier wiesen Frauen um gut fünf Tage längere Fehlzeiten auf (24,2 zu 19,6 Tagen bzw. 21,0 zu 15,8 Tagen). Auch die Hilfsarbeiterinnen fielen mit 20,6 Krankheitstagen vier Tage länger aus als männliche Hilfsarbeiter.

Am unteren Ende der Skala befanden sich erwartungsgemäß Chemiker und Ingenieure mit nur geringen Ausfallzeiten von rund vier AU-Tagen im Jahr. Auch die leitenden Angestellten im Management fehlten 2008 noch an rund sechs Tagen.

### Baugewerbe

Das *Baugewerbe* (Tabelle 8) gehört – ähnlich wie die *Metallerzeugung* – zu den Branchen mit einem höheren Krankenstand, wobei mit 14,1 Krankheitstagen in 2008 eine Zunahme von rund einem halben Tag gegenüber dem Vorjahr zu beobachten war. Bereits 2007 hatte es einen spürbaren Anstieg um fast einen Tag gegeben.

**Tabelle 9**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Handel**

Beruf	Schlüssel	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	1,4	18,6	13,6
Kraftfahrzeugführer	714	1,0	17,1	17,2
Kassierer	773	1,0	16,2	16,0
Lager-, Transportarbeiter	744	1,3	16,0	12,7
Lagerverwalter, Magaziner	741	1,2	15,1	12,9
Kraftfahrzeuginstandsetzer	281	1,4	13,7	10,1
Sonstige Techniker	628	1,2	13,5	11,0
Verkäufer	682	1,0	13,2	13,9
Elektroinstallateure, -monteure	311	1,2	12,3	9,9
Floristen	53	0,9	10,8	12,0
Handelsvertreter, Reisende	687	0,8	9,3	11,1
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	681	0,9	8,9	9,8
Bürofachkräfte	781	0,9	8,6	9,6
Buchhalter	772	0,8	8,2	10,3
Unternehmer, Geschäftsführer	751	0,5	7,6	14,5
Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte	685	0,9	7,4	8,6
Augenoptiker	304	0,9	7,0	7,6
Diätassistentinnen, Pharm.-techn. Assistenten	855	0,8	6,8	9,2
Datenverarbeitungsfachleute	774	0,7	6,3	8,5
Apotheker	844	0,5	4,8	10,7
<b>Branche gesamt</b>		<b>1,0</b>	<b>11,7</b>	<b>11,9</b>
<b>davon: Frauen</b>		<b>1,0</b>	<b>12,3</b>	<b>12,2</b>
<b>Männer</b>		<b>1,0</b>	<b>11,0</b>	<b>11,5</b>

Betonbauer (20,1 Tage) verzeichneten mit einer Zunahme um 1,2 Tage die höchsten krankheitsbedingten Ausfälle. Hiernach folgten Stukkateure, Dachdecker, Tiefbauer und Baumaschinenführer mit 18 bis 20 Krankheitstagen. Zu den Berufsgruppen mit besonders wenigen Ausfallzeiten gehörten in dieser Branche erwartungsgemäß Architekten und Bauingenieure (5,3 AU-Tage) sowie Bürofachkräfte und Bautechniker, die im Durchschnitt gut eine Woche erkrankten.

### Handel

Mit durchschnittlich 11,7 Arbeitsunfähigkeitstagen zählte der *Handel* zu den Branchen, die 2008 deutlich mehr Krankheitsausfälle (+0,7 Tage) gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen hatten. Frauen sind in dieser Wirtschaftsgruppe zahlenmäßig etwas stärker vertreten. Sie waren im Schnitt 12,4 Tage und damit eineinhalb Tage länger als die männlichen Beschäftigten krankgeschrieben.

Die höchsten Fehlzeiten wiesen die Beschäftigten der Warenannahme und des Versands mit 18,6 (+2,0) sowie

## Verkehr

KFZ-Führer mit 17,1 (+0,8) AU-Tagen auf. In der Warenannahme wurden für Frauen sogar 20,5 AU-Tage und damit vier Tage mehr als für ihre männlichen Kollegen gemeldet. Weitere Gruppen mit hohen Krankenständen waren Kassierer/-innen und Lager- und Transportarbeiter/-innen mit rund 16 Tagen (vgl. *Tabelle 9*). Kassiererinnen (16,7 Tage) fielen dabei jedoch etwa eine Woche länger krankheitsbedingt aus als Kassierer (10,4 Tage). Verkäufer/innen bildeten mit über einem Viertel der Beschäftigten im Handel naturgemäß die größte Berufsgruppe (230 Tsd. BKK Versicherte). Sie wiesen mit durchschnittlich 13,2 AU-Tagen eine Zunahme um rund einen halben Tag auf, womit sie den „branchenüblichen“ Schnitt merklich überschritten. Auch hier verzeichneten die Verkäuferinnen mit 14,4 AU-Tagen deutlich mehr Krankheitstage als männliche Verkäufer (10 Tage).

Mit unter fünf Krankheitstagen bildeten die Apotheker/-innen erwartungsgemäß das „Schlusslicht“, wobei auch hier die Anzahl der Krankheitstage der Frauen (5,0) von der der Männer abwich (2,7). Auch bei Datenverarbeitungsfachleuten, Diätassistent(inn)en und Augenoptikern fielen mit sechs bis sieben Tagen ebenfalls nur geringe Ausfallzeiten an. Die in der Datenverarbeitung tätigen Frauen fehlten wiederum im Schnitt zweieinhalb Tage länger als die Männer.

Die im *Verkehrsbereich* Beschäftigten erkrankten im Jahr 2008 an durchschnittlich 16,6 Tagen und damit einen halben Tag mehr als im Vorjahr. Das Fehlzeitenniveau der Branche lag so weiterhin deutlich über dem Durchschnitt aller Wirtschaftszweige, was besonders auf die Unternehmen im Landverkehr zurückzuführen ist. Hierbei standen Maschinenschlosser, Gleisbauer sowie Betriebs- und Reparaturschlosser mit 23 bis 24 Tagen weit an der Spitze. Auch die großen Gruppen der Eisenbahnbetriebsregler und -schaffner sowie der Schienenfahrzeugführer fehlten mit rund 20 bzw. 21 Tagen länger als der Durchschnitt. In dieser Gruppe mit besonderen, vor allem auch psychomentalen Belastungen erkrankten Frauen durchschnittlich sogar drei- bzw. viereinhalb Wochen im Jahr, Männer waren im Mittel „nur“ rund drei Wochen krankheitsbedingt abwesend. Darüber hinaus wiesen auch die Beschäftigten im Warenver-

sand (Frauen: 25, Männer: 19 Tage), die Transportgerätführer und die Fahrbetriebsregler und Schaffner (Frauen: 24, Männer: 18 Tage) starke gesundheitliche Probleme auf.

Frauen waren in dieser Branche vor allem als Bürofachkräfte, Eisenbahnbetriebsreglerinnen, Verkehrsfachfrauen im Güterverkehr und Restaurantfachfrauen bzw. Stewardessen tätig, während Männer insbesondere als Kraftfahrzeugführer, Eisenbahnbetriebsregler sowie Lager- und Transportarbeiter beschäftigt waren. Weibliche KFZ-Führer fehlten im Schnitt etwa sechseinhalb Tage länger als die männlichen Beschäftigten.

Mit Krankheitszeiten von gut einer Woche verzeichneten die Führungskräfte der Verkehrsunternehmen sowie die Verkehrsfachleute (Güterverkehr) in diesem Bereich die wenigsten Krankheitsausfälle.

**Tabelle 10**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Verkehr**

Beruf	Schlüssel	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Maschinenschlosser	273	1,5	23,7	15,6
Gleisbauer	463	1,4	22,8	16,1
Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	274	1,5	22,5	15,0
Transportgerätführer	742	1,5	21,8	15,0
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	1,6	21,8	14,0
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	1,2	21,6	17,4
Sonstige Fahrbetriebsregler, Schaffner	713	1,2	20,6	17,9
Schienenfahrzeugführer	711	1,2	19,6	15,9
Lager-, Transportarbeiter	744	1,4	19,6	13,7
Kraftfahrzeugführer	714	0,9	17,9	19,5
Elektroinstallateure, -monteure	311	1,3	17,0	12,9
Restaurantfachleute, Stewards/Stewardessen	912	1,4	17,0	11,8
Lagerverwalter, Magaziner	741	1,3	16,7	13,3
Kraftfahrzeuginstandsetzer	281	1,2	14,6	11,8
Sonstige Techniker	628	1,1	13,6	12,8
Luftverkehrsberufe	726	1,0	11,6	11,2
Fremdenverkehrsfachleute	702	1,1	11,5	10,0
Bürofachkräfte	781	1,0	10,9	11,3
Verkehrsfachleute (Güterverkehr)	701	0,9	7,2	8,4
Unternehmer, Geschäftsführer	751	0,5	6,6	12,8
<b>Branche gesamt</b>		<b>1,1</b>	<b>16,6</b>	<b>15,0</b>
<b>davon: Frauen</b>		<b>1,2</b>	<b>16,0</b>	<b>12,9</b>
<b>Männer</b>		<b>1,1</b>	<b>16,8</b>	<b>15,8</b>



## Postdienste und Telekommunikation

Die Post- und – in abgeschwächter Form – auch die Telekommunikationsunternehmen fallen im Vergleich zu anderen Dienstleistungsbranchen weiterhin durch traditionell hohe Krankenstände auf. So wiesen die Beschäftigten in der Telekommunikationsbranche 13,7, bei den Postdiensten gar 17,7 Tage auf.

Bei den Postbediensteten waren für die meisten Tätigkeitsgruppen recht hohe Krankenstände zu verzeichnen (vgl. *Schaubild 25*). Bemerkenswerter Weise lagen jedoch die Postverteiler im Außendienst mit 17,5 AU-Tagen (Frauen: 18,5, Männer: 15,2 Tage) noch unter den im Innendienst tätigen Bürofachkräften oder gar der kleineren Gruppe der Datenverarbeitungsfachleute. Dies könnte zum Teil der unterschiedlichen Altersstruktur geschuldet sein, die bei den Postbediensteten zu einer insgesamt hohen Arbeitsunfähigkeit beiträgt (vgl. *Kapitel 3.2*).

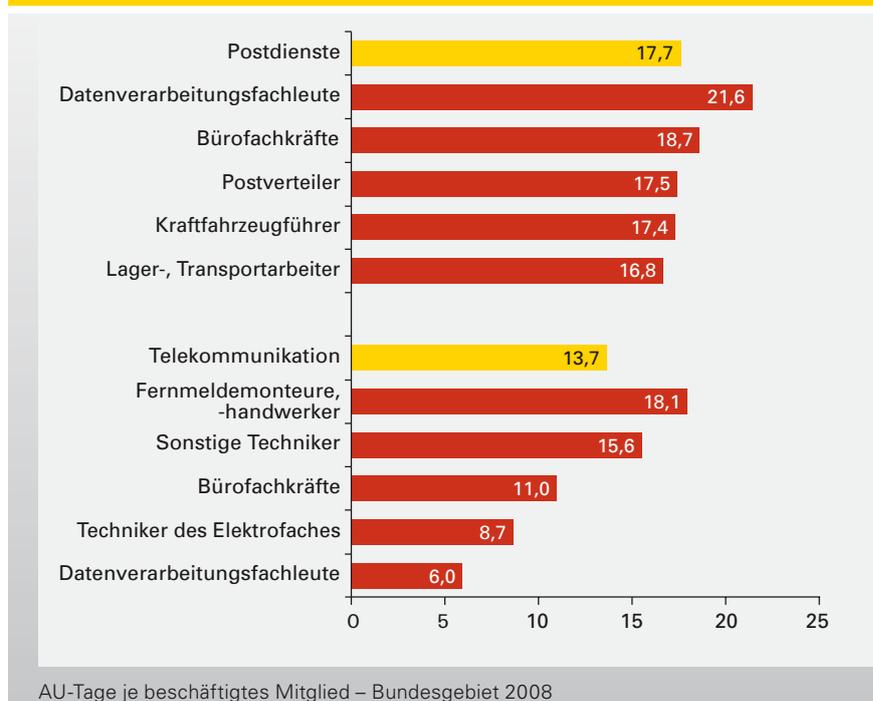
Die vergleichsweise hohen Krankheitsausfälle in der Telekommunikationsbranche werden vor allem von der großen Gruppe der Fernmeldemonteure und -handwerker mit durchschnittlich rund 18 Arbeitsunfähigkeitstagen geprägt. Die hier beschäftigten Datenverarbeitungsfachleute wiesen dagegen mit nur sechs Tagen außerordentlich niedrige Fehlzeiten auf (vgl. *Schaubild 25*), sogar die Elektroingenieure fehlten hier etwa einen halben Tag länger als die Datenverarbeiter. Die Bürofachkräfte lagen mit etwa elf Krankheitstagen ebenfalls unter dem Branchenschnitt, wobei der Unterschied von fünf Tagen zwischen Männern (8,4) und Frauen (13,6) hier sehr hoch ausfiel.

## Dienstleistungen

Die Wirtschaftsgruppe Dienstleistungen umfasst äußerst heterogene Zweige wie das Grundstücks- und Wohnungswesen, freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen wie Rechtsberatung, Unternehmensberatung, Ingenieurbüros, Design oder Forschung sowie zahlreiche weitere wirtschaftliche Dienstleistungen für

**Schaubild 25**

### Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Postdienste und Telekommunikation



Unternehmen (u. a. Leiharbeit, Call-Center etc.). Entsprechend heterogen stellen sich die gesundheitlichen Belastungen für die Beschäftigten sowie ihre Qualifikation und ihr Status dar, die das Krankheitsgeschehen ebenfalls beeinflussen. Dies führt zu entsprechend breit gestreuten Ausprägungen des AU-Geschehens.

Mit nur sieben bis acht Krankheitstagen liegen die Ausfallzeiten im Bereich der Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung sowie bei Verlagen und Medien unter denen aller übrigen Branchen.

In den *Unternehmensdienstleistungen* (vgl. *Tabelle 11*), die z. B. freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen, aber auch Zeitarbeitsfirmen umfassen, werden insgesamt ebenfalls niedrige Fehlzeiten von nur

rund elf AU-Tagen gemeldet. Hierbei läge der Gesamtwert ohne die Leih- und Zeitarbeitsfirmen (s. *Kasten S. 78*) zudem noch deutlich niedriger. In den Ergebnissen findet sich die heterogene Branchenstruktur mit extrem starken Streuungen zwischen den einzelnen Berufsgruppen wieder. So erkrankten Telefonisten und die Beschäftigten der Reinigungsbranche durchschnittlich rund 19 Tage. Auch Kraftfahrzeugführer, Wächter sowie Lager- und Transportarbeiter meldeten sich an rund 16 bis 17 Tagen im Jahr krank.

Am unteren Ende der Fehlzeitskala rangierten die Architekten, Bauingenieure (4,5 Tage), Steuerberater (5,9 Tage) und Datenverarbeitungsfachleute (6,0 Tage), wobei die weiblichen Beschäftigten die Ausfallzeiten der männlichen Kollegen in diesen Berufsgruppen um ein bis dreieinhalb Tage überschritten.

Aber auch in diesen hoch qualifizierten Tätigkeiten haben die Krankheitszeiten zugenommen. In einigen Gruppen zeigt sich ein angesichts des sehr niedrigen Krankenstandes ungewöhnlicher Anstieg der AU-Tage. Bewegt sich dieser bei den IT-Berufen noch mit +0,4 eher im moderaten Bereich, so verzeichneten Geschäftsführer und einige Ingenieursgruppen einen Anstieg um einen und Techniker sogar um zwei Tage. Die wachsenden gesundheitlichen Belastungen dieser und anderer Berufe im Dienstleistungsbereich (z. B. Bankangestellte mit ebenfalls ansteigenden Fehlzeiten, vgl. *Branchenergebnisse auf S. 55*) werden insbesondere auf dem Hintergrund der „permanenten Reorganisation“ in den Unternehmen im *Spezial von Dunkel/Kratzer/Menz* (vgl. S. 57 ff.) behandelt.

Die größte Beschäftigtengruppe in den Dienstleistungsbranchen sind die Bürofachkräfte, die insbesondere auf Grund ihrer relativ jungen Altersstruktur mit neun Krankheitstagen ebenfalls noch unter dem Branchendurchschnitt lagen. Hier unterschritten die Männer (7,6 Tage) das Ergebnis der Frauen (9,5 Tage) um zwei Tage.

**Tabelle 11**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Dienstleistungen**

Beruf	Schlüssel	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Telefonisten	734	1,6	19,1	11,7
Glas-, Gebäudereiniger	934	1,1	18,9	17,1
Raum-, Hausratreiniger	933	1,1	18,6	17,3
Kraftfahrzeugführer	714	1,0	17,3	17,1
Wächter, Aufseher	792	1,0	17,2	17,4
Lager-, Transportarbeiter	744	1,3	16,3	12,3
Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	531	1,4	15,5	11,0
Elektroinstallateure, -monteure	311	1,2	14,4	11,7
Pförtner, Hauswarte	793	0,8	14,4	17,1
Sonstige Techniker	628	1,0	11,9	12,6
Werbefachleute	703	1,1	9,9	9,2
Buchhalter	772	0,9	9,7	10,8
Stenographen, Stenotypistinnen	782	1,0	9,5	9,7
Bürofachkräfte	781	1,0	9,1	9,3
Sonstige Ingenieure	607	0,7	8,0	10,9
Fremdenverkehrsfachleute	702	0,9	7,6	8,7
Unternehmer, Geschäftsführer	751	0,5	6,7	12,3
Datenverarbeitungsfachleute	774	0,7	6,0	8,2
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	753	0,8	5,9	7,5
Architekten, Bauingenieure	603	0,5	4,5	8,3
<b>Branche gesamt</b>		<b>1,0</b>	<b>11,3</b>	<b>11,3</b>
<b>davon: Frauen</b>		<b>1,1</b>	<b>11,3</b>	<b>10,6</b>
<b>Männer</b>		<b>1,0</b>	<b>11,4</b>	<b>12,0</b>

### Arbeitsvermittlung, Zeitarbeit

Die Leih- bzw. Zeitarbeit gilt als Konjunkturindikator, da aus betrieblicher Sicht eine flexible Anpassung des Personalbedarfs an die wirtschaftliche Situation möglich ist – gerade in Zeiten des konjunkturellen Abschwungs. In den letzten 10 Jahren hat sich die Zahl der als Zeitarbeiter tätigen Beschäftigten verdreifacht, gegenüber 1988 sogar nahezu verzehnfacht auf 760 Tsd. im Jahr 2008.<sup>4</sup>

Der Anteil der Zeitarbeiter an allen beschäftigten BKK Mitgliedern liegt mit 2,1 % unter dem aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Zeitarbeit ist männlich – zwei Drittel der Beschäftigten sind Männer (Gesamtwirtschaft: 73,1 %) – und „jung“. Mit einem Durchschnittsalter von 35,9 Jahren bilden sie die zweitjüngste Beschäftigungsgruppe nach dem Gastgewerbe im BKK System und sind damit beispielsweise rund sieben Jahre jünger als Beschäftigte in Postdiensten. Die Arbeitsunfähigkeit in der Branche ist dennoch weit

überdurchschnittlich und fällt altersjustiert noch höher aus. Rund die Hälfte aller Zeitarbeiter waren als Hilfsarbeiter, Bürofachkräfte sowie Lager- und Transportarbeiter tätig. Männer arbeiten zudem häufig als Elektroinstallateure und Industriemechaniker.

Die höchsten Fehlzeiten wiesen 2008 Schweißer, Rohrinstallateure und Schlosser mit 19 bis 20 AU-Tagen auf. Auch die große Gruppe der Hilfsarbeiter liegt mit durchschnittlich 15,4 Krankheitstagen rund einen halben Tag über dem Durchschnitt der Branche. Die geringsten Ausfallzeiten finden sich bei den Datenverarbeitungsfachleuten und Bürofachkräften mit sieben bzw. zehn Tagen. Auch in der Zeitarbeit finden sich große geschlechtsspezifische Unterschiede. So waren weibliche Bürokräfte dreieinhalb Tage länger krank geschrieben als ihre männlichen Kollegen. Auch Hilfsarbeiterinnen fehlten drei Tage länger als die männlichen Beschäftigten dieser Berufsgruppe.

<sup>4</sup> Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Arbeitnehmerüberlassung.

## Öffentliche Verwaltungen

In den *öffentlichen Verwaltungen* wurde 2008 mit durchschnittlich 15,9 AU-Tagen erstmals wieder ein Anstieg der Fehlzeiten (+0,8) registriert. Im Branchenvergleich ist der Krankenstand nach wie vor überdurchschnittlich, was auch auf den Umstand zurückzuführen ist, dass in den öffentlichen Verwaltungen chronisch oder längerfristig erkrankte Beschäftigte einen weitgehenden Kündigungsschutz genießen. Zum anderen werden mehr Schwerbehinderte beschäftigt als in der freien Wirtschaft und der Anteil älterer Beschäftigter in den Belegschaften ist höher.

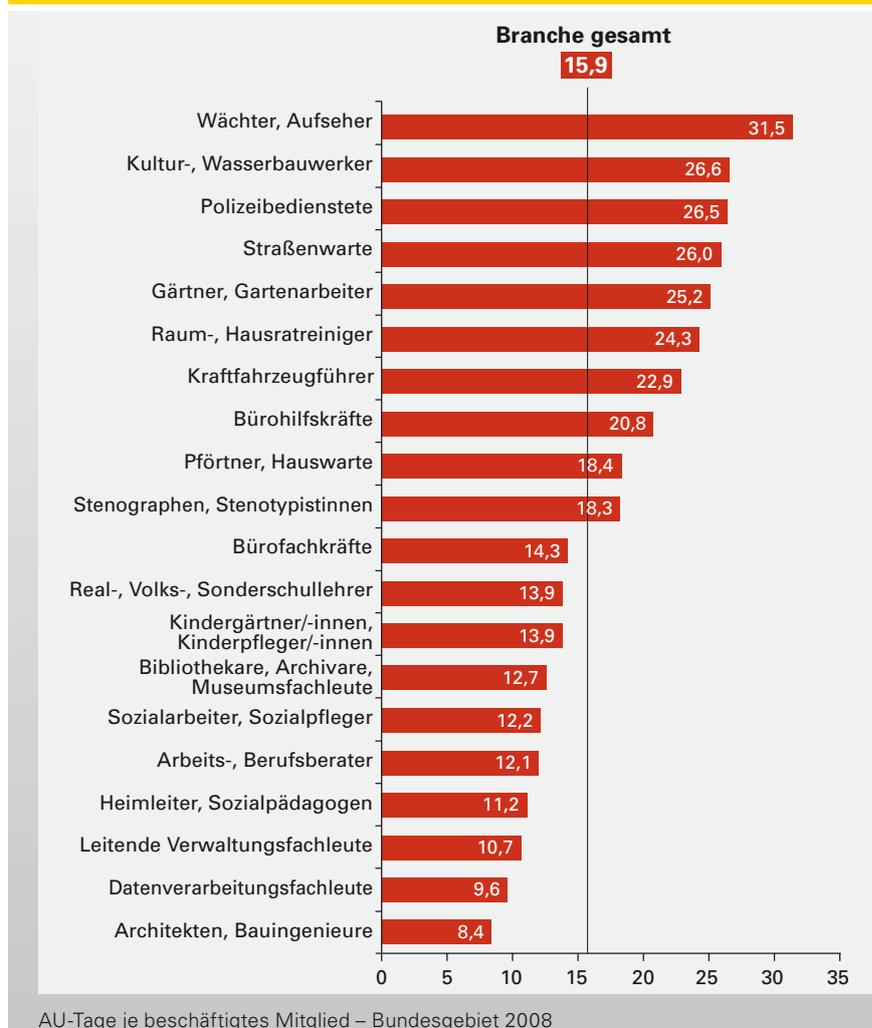
Stark auffällige Berufsgruppen mit hohen Krankenständen waren mit 31,5 Tagen Wächter und Aufseher, gefolgt von Kultur- und Wasserbauwerkern sowie Polizeibediensteten (26,6 bzw. 26,5 Tage). Bei diesen Gruppen war im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme der Krankheitstage zu verzeichnen, wobei diese bei den Kultur- und Wasserbauwerkern mit fünfeinhalb Tagen besonders hoch ausfiel (vgl. *Schaubild 26*).

Die große Gruppe der Bürofachkräfte lag mit durchschnittlich 14,3 Arbeitsunfähigkeitstagen (Männer: 12,7; Frauen: 14,8) unter dem Branchendurchschnitt. Damit lag ihr Krankenstand um 57 % über dem der zumeist jüngeren Bürofachkräfte in Dienstleistungsunternehmen, aber um 31 % unter dem Vergleichswert für Bürofachkräfte im Postdienst.

Berufsgruppen mit geringen Fehlzeiten waren in den öffentlichen Verwaltungen tätige Architekten (8,4 Tage) und Datenverarbeitungsfachleute (9,6 Tage), beide Gruppen mit sinkender Tendenz. Sie wiesen dennoch im Vergleich zu ihren Berufskollegen im Dienstleistungssektor einen höheren Krankenstand auf. Im Verhältnis zu den Datenverarbeitungskräften bei der Post, wo für diesen Tätigkeitsbereich außergewöhnliche, nämlich mehr als doppelt so hohe Krankheitsausfälle vorlagen, war es wiederum umgekehrt. Leitende Verwaltungsfachleute, Heimleiter und Sozialpädagogen erkrankten an rund 11 Tagen im Jahr.

Schaubild 26

### Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Öffentliche Verwaltungen



AU-Tage je beschäftigtes Mitglied – Bundesgebiet 2008

## Gesundheits- und Sozialwesen

Im *Gesundheits- und Sozialwesen* ist die Arbeitsunfähigkeit 2008 auf 13,3 Krankheitstage je Beschäftigten erneut gestiegen und liegt nun um 0,9 Tage über dem Vorjahreswert. Die Beschäftigten im Sozialwesen fielen dabei deutlich länger krankheitsbedingt aus als im Gesundheitswesen. Die Streuung zwischen den Berufsgruppen ist in diesem Sektor sehr ausgeprägt (vgl. *Tabelle 12*). Besonders die Reinigungskräfte (24,9 AU-Tage) und die hauswirtschaftlichen Betreuer/-innen (22,9 AU-Tage) ragen mit weiter zunehmenden Krankheitszeiten heraus.

Auch Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege (Männer: 15,3, Frauen: 23,3) sowie Köche und Köchinnen (Männer: 15,6, Frauen: 21,2 AU-Tage) fehlten mit durchschnittlich fast drei Krankheitswochen häufig. Der Vergleich der Fehlzeiten von Helferinnen und Helfern in der Krankenpflege mit denen von Krankenpflegern und -schwestern (15,3 AU-Tage bei allen, 15,7 Tage bei den Frauen) zeigt dabei erneut den Einfluss der beruflichen Qualifikation auf den Krankenstand.

Die geringsten krankheitsbedingten Ausfallzeiten im Gesundheits- und Sozialwesen fanden sich mit nur etwa fünf

Tagen erwartungsgemäß bei den (angestellten) Ärzten und Ärztinnen. Auch die große Gruppe der medizinischen Fachangestellten (Arzthelfer/-innen) und die Zahntechniker fehlten durchschnittlich nur gut eine Woche im Jahr. Die niedrigen Fehlzeiten der medizinischen Fachangestellten resultieren vermutlich aus den kleinbetrieblichen Strukturen in den Arztpraxen. Die dort anfallenden Krankenschreibungen einzelner Beschäftigter fallen auf Grund der geringen Personaldecke stärker ins Gewicht. Auch die junge Altersstruktur dieser Berufsgruppe wirkt sich mindernd auf die Arbeitsunfähigkeit aus.

**Tabelle 12**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Gesundheits- und Sozialwesen**

Beruf	Schlüssel	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Raum-, Hausratreiniger	933	1,4	24,9	18,2
Hauswirtschaftliche Betreuer	923	1,3	22,9	17,0
Helfer in der Krankenpflege	854	1,2	20,9	17,4
Köche	411	1,2	19,6	16,6
Sozialarbeiter, Sozialpfleger	861	1,2	17,6	15,3
Kraftfahrzeugführer	714	1,0	16,0	16,8
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	853	1,1	15,3	14,6
Hauswirtschaftsverwalter	921	1,1	15,2	13,5
Pförtner, Hauswarte	793	1,0	14,6	14,7
Kindergärtnerinnen, Kinderpflegerinnen	864	1,4	13,6	10,1
Stenographen, Stenotypistinnen	782	1,0	13,2	12,8
Heimleiter, Sozialpädagogen	862	1,0	12,4	12,2
Bürofachkräfte	781	1,0	11,3	11,9
Medizinallaboranten	857	1,0	10,5	10,9
Bürohilfskräfte	784	0,7	10,0	13,6
Masseure, Krankengymnasten	852	1,0	10,0	10,2
Zahntechniker	303	0,6	7,8	12,8
Medizinische Fachangestellte	856	0,8	7,6	9,1
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler	881	0,7	7,3	10,0
Ärzte	841	0,5	5,3	11,3
<b>Branche gesamt</b>		<b>1,0</b>	<b>13,3</b>	<b>13,1</b>
<b>davon: Frauen</b>		<b>1,0</b>	<b>13,4</b>	<b>13,0</b>
<b>Männer</b>		<b>0,9</b>	<b>12,4</b>	<b>13,5</b>

### 3.2 Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit

Die bisher beschriebenen Befunde zur Arbeitsunfähigkeit basieren auf den Daten der bei Betriebskrankenkassen Versicherten. Obwohl die bei BKK versicherten Beschäftigten mit einem Anteil von etwa einem Viertel an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten eine weitgehend hohe Repräsentativität aufweisen, lassen sich die Ergebnisse nicht uneingeschränkt auf alle Beschäftigten übertragen. Um Aussagen über Arbeitsfähigkeit und Morbiditätsstrukturen in der Gesamtwirtschaft treffen zu können, wurden in den BKK Gesundheitsreports seit 2002 Hochrechnungen (Standardisierungen) vorgenommen, um bestehende Unterschiede sowohl in der Alters- wie auch in der Branchen- und Berufeverteilung zwischen den BKK Versicherten und der Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten rechnerisch zu bereinigen.<sup>5</sup> Diese Hochrechnung wird im aktuellen Report ausgelassen, da im Zuge der seit 2008 gültigen neuen Wirtschaftszweigsystematik WZ2008 zunächst eine aktuelle Referenzpopulation zu ermitteln wäre.<sup>6</sup>

Daher soll an dieser Stelle ersatzweise zunächst eine vereinfachte Standardisierung nach den Faktoren Alter und Geschlecht der Erwerbsbevölkerung in Deutschland erfolgen, wobei die gegenwärtige Verteilung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach ihren demografischen Merkmalen zu Grunde gelegt wird.<sup>7</sup> Hiermit werden zumindest die durch diese beiden Faktoren zu erklärenden Abweichungen der Branchenergebnisse erkennbar. Dabei werden – wie schon in der Betrachtung der Berufe – sowohl die pflicht- wie die freiwillig krankenversicherten Beschäftigten einbezogen.

Nach der Standardisierung der AU-Kennwerte um diese beiden Faktoren liegen die bei den beschäftigten BKK Mitgliedern (einschl. der freiwillig Versicherten) ermittelten durchschnittlichen Krankheitstage mit 13,0 um 0,4 Tage höher als in den „rohen“ BKK Werten, was auf eine etwas günstigere Altersverteilung der erwerbstätigen BKK Mitglieder im Vergleich zur Gesamtheit der

Beschäftigten hinweist. Diese Differenz könnte jedoch u. a. durch spezifische Verteilungen nach beruflicher Tätigkeit mit begründet sein, da noch im Vorjahr unter Berücksichtigung auch dieser Faktoren kein Unterschied mehr zur Gesamtpopulation der Erwerbstätigen bestand.<sup>8</sup> Für eine genauere Analyse hierzu fehlen bisher die Referenzdaten (s. o.). Schätzfehler auf Grund sehr spezifischer Verteilungen der Standardisierungsfaktoren in einzelnen Berufen und Branchen zeigen sich in erster Linie bei der Betrachtung von nicht nach Geschlecht differenzierten Werten für die Gesamtpopulation. Im Folgenden werden deshalb v. a. die durch die Altersstruktur begründeten Abweichungen der AU-Ergebnisse nach Branchen und Berufen wiedergegeben, die gegenüber den „rohen“ Kenngrößen die Höhe der demografiebereinigten Arbeitsunfähigkeit ausweisen. Die standardisierten Werte für Berufe werden hier nur dann interpretiert, wenn dieser Schätzfehler zu vernachlässigen ist.

<sup>5</sup> Hierbei wurden die Bezugsdaten für die Standardisierungen einer Datenmatrix entnommen, die fein gegliedert die Besetzungszahlen in der Kombination von Wirtschaftszweigen und Berufsgruppen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht auswies, vgl. zur Beschreibung des Verfahrens auch Zoike, E., Bödeker, W. (2008): Berufliche Tätigkeit und Arbeitsunfähigkeit – Repräsentative arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung mit Daten der Betriebskrankenkassen, Bundesgesundheitsblatt 10-2008.

<sup>6</sup> Die unter 5) angesprochene Datenmatrix kann in der erforderlichen differenzierten Form nicht den verfügbaren Arbeitsmarkt-Statistiken entnommen werden. Die komplexe Tabelle muss gesondert bei der Bundesagentur für Arbeit angefragt bzw. in Auftrag gegeben werden, was einen entsprechenden zeitlichen Vorlauf erfordert.

<sup>7</sup> Dieses Verfahren wird auch in anderen Gesundheitsberichten, z. B. den Gesundheitsreports der Ersatzkassen, verwendet – hier allerdings auf einer veralteten Datenbasis, die aus Gründen der Trendbeschreibung konstant gehalten wird. Im vorliegenden BKK Report wird dagegen auf die aktuelle soziodemografische Schichtung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (2008) Bezug genommen, um die veränderte Alters- und Geschlechtsverteilung aus der Gegenwart zu berücksichtigen.

<sup>8</sup> Vgl. BKK Gesundheitsreport 2008, Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen, S. 60 ff.

### Ergebnisse nach Branchen

So finden sich in den bereinigten Branchenergebnissen nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung erwartungsgemäß Abweichungen in beide Richtungen, die im Vergleich zu den rohen BKK Werten auf den Einfluss der jeweiligen demografischen Struktur in den Kennwerten der einzelnen Wirtschaftszweige hinweisen (vgl. *Schaubild 27*). Dennoch bestätigen sich hierbei im Wesentlichen die anhand der BKK Daten identifizierten Schwerpunkte des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens, allerdings in deutlich veränderten Ausprägungen.

Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage wurden 2008 nach der Altersstandardisierung mit 18,2 Tagen im Landverkehr ermittelt. Mit 16,8 Tagen folgte die Abfallwirtschaft an zweiter Stelle. Bei den Postdiensten und in den Zeitarbeitsfirmen fielen nach dem rechnerischen Ausgleich der Alters- und Geschlechtsstruktur mit 16,4 AU-Tagen fast ebenso hohe Ausfallzeiten an. Im Vergleich zu den standardisierten Kenngrößen fielen die „rohen“ Ausgangswerte besonders im Bereich der Abfallentsorgung, aber auch bei der Post, im Landverkehr und in der öffentlichen Verwaltung erheblich ungünstiger aus, was mit einem höheren Durchschnittsalter der dort Beschäftigten zusammenhängt. Dies traf auch für einige gewerbliche Bereiche, wie die Metallerzeugung und -bearbeitung sowie die Glas-, Keramik- und Steine/Erden-Industrie zu.

Während sich in den genannten Bereichen mit durchweg hohen Krankenständen die Ergebnisse durch die Standardisierung günstiger darstellen, erhöhen sie sich in einigen Dienstleistungsbranchen, besonders im Gastgewerbe und im IT-Bereich mit seiner gegenüber der durchschnittlichen Erwerbsbevölkerung sehr jungen Beschäftigungsstruktur. Ähnlich verhält es sich auch bei den Zeitarbeitsfirmen – hier jedoch mit wesentlich höheren Krankheitsausfällen.

Auch nach dem rechnerischen Ausgleich der demografischen Verteilung wurden die geringsten Krankheitszeiten mit nur etwa einer Woche bei den Verlagen und Medien und den Informationsdienstleistern ermittelt. Ein ähnlich niedriges Niveau verzeichneten Banken und Versicherungen, die mit standardisiert 9,5 AU-Tagen je Beschäftigten im Übrigen gegenüber dem ebenso niedrigen Rohwert keine Veränderung der ermittelten durchschnittlichen Krankheitstage aufwiesen.

Der rechnerische Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage infolge der Standardisierung schlägt sich vor allem bei den weiblichen BKK Mitgliedern nieder, deren Wert durch die Berücksichtigung des Alters um 0,7 AU-Tage von 12,7 auf 13,4 AU-Tage je Beschäftigte anwächst. Bei den männlichen Beschäftigten fällt hingegen die durchschnittliche Differenz von 12,6 Tagen im Rohwert zu 12,8 Tagen nach der Standardisierung kaum ins Gewicht (vgl. *Schaubild 27*). Nach Geschlecht differenziert ergeben sich in den Branchenergebnissen für Frauen die höchsten Fehlzeiten nach wie vor im Landverkehr (19,8 Tage) sowie bei den Post- und Kurierdiensten (17,3 Tage). Beide Werte liegen jedoch, bereinigt um Alters- und Geschlechtseffekte, unter den „Rohwerten“ – bei den weiblichen Postbediensteten mit zwei Tagen besonders deutlich. Ähnlich hoch waren im altersstandardisierten wie im Ausgangswert die Krankheitstage der weiblichen Beschäftigten im Sozialwesen (17,1 bzw. 17,2 AU-Tage).

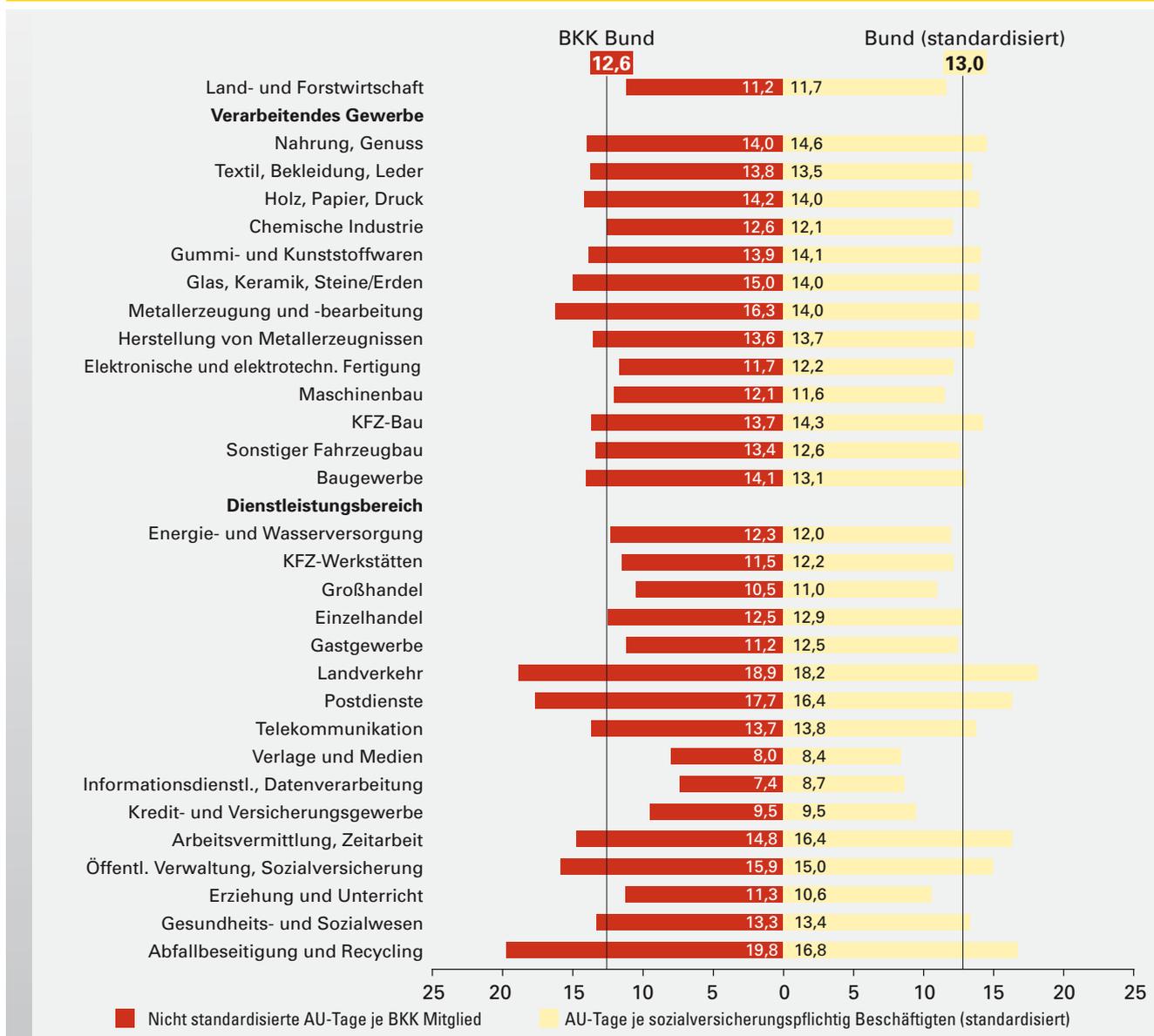
Männer wiesen altersstandardisiert die weitaus höchsten Krankheitszeiten in der Abfallwirtschaft (19,4 Tage) auf. Mit einigem Abstand folgt bei ihnen ebenfalls der Landverkehr (16,9 Tage). Auch im Baugewerbe (16,1 Tage) erwiesen sich die Ausfallzeiten für sie in der Altersstandardisierung um über einen Tag höher als der nicht-standardisierte Ausgangswert.

Bei Männern und Frauen gleichermaßen wurden mit 16,4 AU-Tagen nach der Standardisierung auch bei den oben bereits erwähnten Zeit- und Leiharbeitsfirmen beachtliche Ausfallzeiten ermittelt.

Während bei den Frauen die standardisierten Werte mit wenigen Ausnahmen – so bei den Postdiensten und in den öffentlichen Verwaltungen – zumeist über den BKK Werten liegen, zeigt sich bei den Männern ein differenzierteres Bild. So reduzierten sich die Arbeitsunfähigkeitstage der Männer in den öffentlichen Verwaltungen, in der Telekommunikationsbranche, im Landverkehr und in der Abfallbeseitigung durch die Altersstandardisierung merklich um etwa andert-halb Tage. Dagegen erhöhten sich die AU-Zeiten der in der Telekommunikation tätigen Frauen bei Berücksichtigung ihrer eher jungen Altersstruktur um fast einen Tag. Bei Männern stieg die Zahl der AU-Tage nach der Standardisierung außer in den Leiharbeitsfirmen auch im Bau- und Holzgewerbe um jeweils über einen Tag.

Schaubild 27

Standardisierte Arbeitsunfähigkeit für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppen



AU-Tage je beschäftigtes Mitglied - Bundesgebiet 2008

**Tabelle 13**  
**Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftsgruppen**

	AU-Fälle je Beschäftigten			AU-Tage je Beschäftigten			Anzahl der sozialvers.-pflichtig Beschäftigten*		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Land- und Forstwirtschaft	0,8	0,7	0,9	11,7	11,3	12,2	216.507	145.345	71.162
Nahrung, Genuss	1,0	1,0	1,1	14,6	14,2	14,9	647.432	338.854	308.578
Textil, Bekleidung, Leder	1,1	1,1	1,1	13,5	13,6	13,3	144.430	65.181	79.249
Holz, Papier, Druck	1,2	1,2	1,2	14,0	14,6	13,2	428.511	318.108	110.403
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	1,1	1,1	1,0	13,4	14,9	11,5	120.813	100.605	20.208
Papiergewerbe	1,2	1,2	1,2	14,5	15,0	13,9	131.016	100.307	30.709
Druck	1,2	1,2	1,2	13,7	14,0	13,3	176.682	117.196	59.486
Chemie	1,2	1,1	1,2	12,5	12,5	12,5	827.021	592.908	234.113
Kokerei, Mineralölverarbeitung	0,9	0,9	1,0	9,7	10,1	9,3	30.182	24.853	5.329
Chemische Industrie	1,2	1,2	1,2	12,1	12,3	11,9	438.285	301.390	136.895
Gummi- und Kunststoffwaren	1,2	1,2	1,2	14,1	13,8	14,3	358.554	266.665	91.889
Glas, Keramik, Steine/Erden	1,2	1,2	1,2	14,0	14,8	13,2	210.386	167.961	42.425
Metallerzeugung	1,2	1,2	1,2	14,0	14,9	12,9	1.115.932	927.672	188.260
Metallerzeugung und -bearbeitung	1,2	1,2	1,1	14,0	15,7	11,9	331.370	291.232	40.138
Herstellung von Metallerzeugnissen	1,2	1,2	1,2	13,7	14,1	13,3	784.562	636.440	148.122
Metallverarbeitung	1,2	1,1	1,3	13,1	12,2	14,1	2.699.281	2.171.109	528.172
Elektronische und Elektrotech. Fertigung	1,2	1,0	1,3	12,2	10,0	14,7	780.519	548.022	232.497
Maschinenbau	1,1	1,2	1,1	11,6	12,3	10,8	970.577	819.979	150.598
KFZ-Bau	1,2	1,1	1,3	14,3	13,1	15,8	813.425	686.721	126.704
Sonstiger Fahrzeugbau	1,2	1,2	1,2	12,6	13,6	11,5	134.760	116.387	18.373
Möbel u. sonstige Erzeugnisse	1,1	1,1	1,2	12,1	11,7	12,7	334.765	204.961	129.804
Energie- und Wasserwirtschaft	1,2	1,1	1,3	12,0	11,4	12,8	296.378	225.874	70.504
Abfallbeseitigung und Recycling	1,3	1,3	1,2	16,8	19,4	13,6	153.941	129.045	24.896
Baugewerbe	1,0	1,1	0,9	13,1	16,1	9,4	1.572.378	1.369.281	203.097
Handel	1,0	1,0	1,0	12,3	11,8	13,0	4.023.203	1.958.559	2.064.644
KFZ-Werkstätten	1,1	1,1	1,1	12,2	13,2	11,0	608.297	489.663	118.634
Großhandel	1,0	0,9	1,1	11,0	10,8	11,2	1.352.799	865.322	487.477
Einzelhandel	0,9	0,9	1,0	12,9	12,2	13,8	2.062.107	603.574	1.458.533
Verkehr	1,2	1,1	1,3	16,2	16,0	16,5	1.212.753	958.371	254.382
Landverkehr	1,2	1,1	1,3	18,2	16,9	19,8	468.504	397.043	71.461
Schiff- und Luftfahrt, Sonstige	1,1	1,1	1,2	15,0	15,1	14,9	744.249	561.328	182.921
Postdienste	1,1	1,0	1,2	16,4	15,6	17,3	206.854	100.297	106.557
Gastgewerbe	0,8	0,7	0,9	12,5	10,8	14,6	805.856	340.788	465.068
Verlage und Medien	0,8	0,7	1,0	8,4	7,5	9,5	234.348	113.270	121.078
Telekommunikation	1,2	1,1	1,4	13,8	11,8	16,2	98.430	69.185	29.245
Informationsdienstl., Datenverarbeitung	0,9	0,7	1,0	8,7	7,1	10,7	509.070	352.023	157.047
Kredit- und Versicherungsgewerbe	0,9	0,8	1,1	9,5	7,9	11,6	990.439	437.135	553.304
Dienstleistungen	1,0	1,0	1,1	12,1	12,0	12,3	3.516.200	1.871.975	1.644.225
Grundstücke und Vermietungen	0,9	0,8	1,0	10,8	10,6	11,1	220.171	110.199	109.972
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstl. **	0,9	0,8	1,0	8,7	7,9	9,6	1.596.307	765.129	831.178
Vermittl. u. Überlassung v. Arbeitskräften	1,3	1,2	1,4	16,4	16,4	16,4	764.801	546.403	218.398
Sonstige wirtschaftl. Dienstleistungen	1,1	1,1	1,2	15,6	15,2	16,0	934.921	450.244	484.677
Öffentliche Verwaltung, Sozialvers.	1,3	1,3	1,4	15,0	15,0	14,9	1.640.947	636.330	1.004.617
Erziehung und Unterricht	1,0	0,9	1,2	10,6	9,2	12,2	1.028.107	339.817	688.290
Gesundheits- u. Sozialwesen	1,0	1,0	1,1	13,4	12,6	14,4	3.236.114	639.518	2.596.596
Gesundheitswesen	0,9	0,9	1,0	12,6	12,3	12,8	1.964.629	364.518	1.600.111
Sozialwesen	1,1	1,0	1,2	14,8	12,8	17,1	1.271.485	275.000	996.485
Kultur, Sport und Unterhaltung	0,7	0,7	0,8	9,7	9,6	9,9	221.088	107.456	113.632
<b>Gesamt</b>	<b>1,1</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>13,0</b>	<b>12,8</b>	<b>13,4</b>	<b>27.457.715</b>	<b>15.063.590</b>	<b>12.394.125</b>

\* Bundesagentur für Arbeit: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ2008) am Stichtag 30. Juni 2008.  
 \*\* Einschließl. Vermietung von beweglichen Sachen.

### Ergebnisse nach Berufen

Im Vergleich der standardisierten Ergebnisse nach Berufsgruppen mit den Ausgangswerten der beschäftigten BKK Versicherten zeigen sich ebenfalls zum Teil deutliche Abweichungen (*Tabellen 14.1 und 14.2*). Die Werte der BKK Mitglieder liegen in der Mehrheit, insbesondere bei den Berufen mit wenigen Arbeitsunfähigkeitstagen, unter denen der Standardisierung. In dieser Gruppe hätten z. B. die Juristen (Rechtswahrer) bei einer durchschnittlichen Alters- und Geschlechtsverteilung einen um 1,7 Tage höheren Krankheitsausfall, wobei besonders die Frauen in dieser Gruppe zu dem Standardisierungseffekt beitragen. Neben den Forst- und Jagdberufen wurden unter Berücksichtigung der demografischen Verteilung erwartungsgemäß vor allem für gewerbliche Tätigkeiten die höchsten Krankenstände ermittelt. Die große Gruppe der Reinigungskräfte ist hier gleichfalls vertreten, deren standardisierte Werte allerdings die BKK Ergebnisse um anderthalb Tage unterschritten.

Die ebenfalls stark besetzte Gruppe der Landverkehrsberufe fehlte auch unter Berücksichtigung des Alters mit fast zwanzig Tagen mehr als vier mal so lange wie die Chemiker, Physiker und Mathematiker, die das untere Ende der Fehlzeitenskala markierten. Ähnlich niedrige Fehlzeiten ließen sich ferner für Ärzte und Apotheker, Juristen sowie natur- und geisteswissenschaftliche Berufe mit fünf bis sechs Tagen beobachten.

Die *Tabellen 14.1 und 14.2* weisen die altersstandardisierten, jedoch nach Geschlecht differenzierten Ergebnisse für die Berufsgruppen aus. Hierbei fielen die meisten Krankheitstage für die weiblichen Beschäftigten nach der Standardisierung im Landverkehr an. Ferner traten Montiererinnen, Kunststoffverarbeiterinnen und Warenprüferinnen auch nach Berücksichtigung der Altersstruktur mit sehr häufigen Krankschreibungen in Erscheinung. Alle genannten Berufe wiesen jedoch bei den BKK Versicherten auf Grund ihrer Altersstruktur noch höhere AU-Zeiten auf – Montiererinnen und Warenprüferinnen um fast zwei Tage.

Anders verhält es sich bei den männlichen BKK Mitgliedern, die als Zimmerer, Dachdecker und Gerüstbauer tätig sind. Für sie werden nach der Standardisierung über 21 AU-Tage und damit drei Tage mehr als im BKK Durchschnitt dieser Gruppe ermittelt. Ebenfalls über oder mindestens zwanzig Tage Krankheitsausfall würden bei Männern mit durchschnittlicher Altersstruktur auch in den Forst- und Jagdberufen, bei Formgießern, Straßen- und Tiefbauern sowie in den Reinigungsberufen anfallen. In anderen Berufen werden jedoch bei den Männern die BKK Werte durch die Altersstandardisierung häufig unterschritten.

In den standardisierten Werten spiegeln sich überwiegend ähnliche geschlechtsspezifische Differenzen in den Berufen

wie auf der Ebene der nicht-standardisierten BKK Ergebnisse. So lagen die Krankheitszeiten der Kunststoffverarbeiterinnen und der Hilfsarbeiterinnen nach der Standardisierung um zwei bis zweieinhalb Tage über den gleichfalls standardisierten Ausfallzeiten der Männer. Eine Ausnahme bilden hierbei die weiblichen Reinigungskräfte, die die altersjustierten Krankheitstage der Männer in dieser Gruppe um gut zwei Tage unterschritten. Auf der anderen Seite lagen jedoch die standardisierten AU-Tage der Elektrikerinnen, Speisenbereiterinnen und weiblichen Beschäftigten im Landverkehr sogar jeweils sechs Tage über denen der Männer. In den Berufen mit geringen Fehlzeiten wie Ärzte und Apotheker, Juristen sowie im geistes- und naturwissenschaftliche Bereich fehlten Frauen bei durchschnittlicher Altersstruktur etwa zwei Tage länger als die männlichen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in den jeweiligen Gruppen.

Insgesamt geben die standardisierten Ergebnisse im Wesentlichen Auskunft über das Wirkungsausmaß der demografischen Verteilung bei den jeweiligen Gruppenwerten der Arbeitsunfähigkeit. Die realen Krankenstände werden jedoch immer auch durch die typischen Altersstrukturen der einzelnen Beschäftigtengruppe geprägt, so dass die Bedarfe etwa für Gesundheitsförderung eher in den nicht standardisierten Kenngrößen zum Ausdruck kommen.

**Tabelle 14.1**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen 2008 – Frauen (standardisiert)**

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Soz.-vers.-pflichtig Beschäftigte in Tsd.	BKK Ausgangswerte Fälle je Mitglied	BKK Ausgangswerte Tage je Mitglied	Standardisiert Werte* Fälle je Mitglied	Standardisiert Werte* Tage je Mitglied
<b>Berufe mit den meisten AU-Tagen</b>						
Berufe des Landverkehrs	71	52	1,4	23,9	1,4	23,4
Montierinnen und Metallberufe a. n. g.	32	150	1,7	23,0	1,6	21,1
Kunststoffverarbeiterinnen	15	44	1,6	21,1	1,6	20,0
Warenprüferinnen	52	143	1,5	21,7	1,5	19,9
Hilfsarbeiterinnen oh. näh. Tätigkeitsangabe	53	166	1,6	19,0	1,5	19,4
Chemiearbeiterinnen	14	48	1,7	20,4	1,7	19,3
Elektrikerinnen	31	39	1,6	19,3	1,6	19,3
Speisenbereiterinnen	41	235	1,2	19,2	1,2	18,4
Lagerverwalterinnen	74	158	1,4	18,7	1,4	18,1
Back-, Konditorwarenherstellerinnen	39	32	1,2	15,5	1,2	18,0
Reinigungsberufe	93	555	1,2	20,6	1,2	17,9
Berufe des Nachrichtenverkehrs	73	129	1,3	19,0	1,3	17,8
Mechanikerinnen	28	20	1,6	15,8	1,6	17,7
Dienst-, Wachberufe	79	70	1,2	18,7	1,2	17,6
Gartenbauerinnen	5	75	1,2	14,3	1,2	17,0
Hauswirtschaftliche Berufe	92	186	1,2	17,7	1,2	16,4
Sozialpflegerische Berufe	86	973	1,3	15,0	1,3	15,6
Textilverarbeiterinnen	35	44	1,3	16,7	1,3	15,3
Gästebetreuerinnen	91	286	1,0	12,5	1,0	14,7
Druckerinnen	17	27	1,3	13,2	1,3	14,1

<b>Berufe mit den wenigsten AU-Tagen</b>						
Chemikerinnen, Physikerinnen, Mathematikerinnen	61	15	0,6	4,4	0,7	5,0
Ärztinnen, Apothekerinnen	84	128	0,5	5,9	0,6	6,9
Rechtswahrerinnen	81	24	0,6	4,6	0,8	7,0
Geistes- u. naturwiss. Berufe	88	85	0,7	5,8	0,8	7,1
Seelsorgerinnen	89	15	0,6	8,1	0,6	7,5
Unternehmerinnen	75	236	0,8	7,1	0,8	8,1
Ingenieurinnen	60	80	0,8	7,1	0,9	8,1
Abgeordnete	76	63	0,9	9,2	0,9	9,2
Lehrerinnen	87	232	0,9	9,5	0,9	9,2
Publizistinnen, Dolmetscherinnen, Bibliothekarinnen	82	67	0,9	8,9	1,0	9,4
Metallfeinbauerinnen	30	56	0,9	7,8	0,9	9,4
Künstlerinnen	83	69	0,9	8,2	1,0	9,9
Technische Sonderfachkräfte	63	132	1,2	10,0	1,2	10,8
Bürofach-, Bürohilfskräfte	78	3.113	1,1	10,8	1,1	11,1
Bank-, Versicherungskaufleute	69	438	1,1	10,5	1,1	11,5
Rechnungskaufleute, DV-Fachleute	77	368	1,0	12,0	1,0	11,7
Körperpflegerinnen	90	162	1,1	10,2	0,9	11,8
And. DL-Kaufleute	70	171	1,1	10,4	1,1	12,6
Technikerinnen	62	105	1,2	13,1	1,2	13,0
Berufe des Wasser- und Luftverkehrs	72	9	1,2	13,1	1,2	13,7

\* Nach Alter und Geschlecht der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

**Tabelle 14.2**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen 2008 – Männer (standardisiert)**

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Soz.-vers.-pflich- tig Beschäftigte in Tsd.	BKK Ausgangswerte		Standardisiert Werte*	
			Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied	Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied
<b>Berufe mit den meisten AU-Tagen</b>						
Zimmerer, Dachdecker, Gerüstbauer	45	134	1,2	18,0	1,2	21,2
Forst-, Jagdberufe	6	27	1,4	19,9	1,4	20,4
Straßen-, Tiefbauer	46	111	1,4	20,7	1,4	20,2
Former, Formgießer	20	52	1,6	20,6	1,6	20,1
Reinigungsberufe	93	210	1,3	20,5	1,3	20,0
Bauausstatter	48	99	1,2	16,9	1,2	19,1
Maurer, Betonbauer	44	202	1,2	18,2	1,2	19,0
Metallerzeuger, Walzer	19	45	1,3	20,4	1,4	19,0
Glasmacher	13	23	1,3	20,0	1,3	19,0
Metallverbinder	24	85	1,5	20,0	1,5	19,0
Metalloberflächenbearbeiter	23	39	1,4	20,0	1,4	18,8
Schmiede	25	22	1,5	18,1	1,4	18,2
Maler, Lackierer	51	207	1,3	17,0	1,3	18,1
Metallverformer (spanlos)	21	52	1,4	19,0	1,4	18,0
Holzaufbereiter	18	41	1,3	17,4	1,3	17,9
Papierhersteller, -verarbeiter	16	71	1,3	18,1	1,3	17,8
Gartenbauer	5	150	1,4	16,7	1,3	17,6
Bauhilfsarbeiter	47	148	1,1	17,2	1,1	17,5
Kunststoffverarbeiter	15	127	1,4	16,6	1,4	17,4
Hilfsarbeiter oh. näh. Tätigkeitsangabe	53	440	1,3	16,2	1,3	17,3
<b>Berufe mit den wenigsten AU-Tagen</b>						
Chemiker, Physiker, Mathematiker	61	50	0,5	3,9	0,5	4,0
Ärzte, Apotheker	84	107	0,4	3,8	0,5	4,5
Geistes- u. naturwiss. Berufe	88	92	0,5	4,2	0,5	5,0
Rechtswahrer	81	30	0,4	3,7	0,5	5,0
Ingenieure	60	602	0,6	5,2	0,6	5,1
Unternehmer	75	425	0,5	5,4	0,6	5,3
Abgeordnete	76	87	0,6	6,5	0,6	5,8
Publizisten, Dolmetscher, Bibliothekare	82	50	0,6	6,1	0,7	6,5
Rechnungskaufleute, DV-Fachleute	77	498	0,7	6,2	0,7	6,5
Lehrer	87	164	0,6	7,2	0,6	7,1
Bank-, Versicherungskaufleute	69	370	0,8	7,6	0,8	7,8
Techniker	62	774	0,8	9,0	0,9	8,6
Metallfeinbauer	30	40	0,8	8,3	0,8	8,7
Technische Sonderfachkräfte	63	129	1,0	8,7	1,0	8,9
Bürofach-, Bürohilfskräfte	78	1.174	0,8	8,7	0,8	9,0
And. DL-Kaufleute	70	163	0,8	8,4	0,8	9,1
Warenkaufleute	68	763	0,8	8,7	0,8	9,2
Künstler	83	87	0,7	9,5	0,8	10,2
Gästabetreuer	91	133	0,7	8,8	0,7	10,7
Sozialpflegerische Berufe	86	196	0,9	11,9	0,9	12,0

\* Nach Alter und Geschlecht der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

### 3.3 Gesundheitliche Belastungen nach beruflichen Merkmalen

Die bisher dokumentierten unterschiedlichen Ausprägungen der Arbeitsunfähigkeit nach Tätigkeiten stehen in engem Zusammenhang mit spezifischen Morbiditätsstrukturen in den einzelnen Branchen und Berufen. Im folgenden Abschnitt werden daher die Verteilungen der Krankheitsarten näher in den Blick genommen. Hierbei liegt der Fokus zunächst auf Muskel- und Skeletterkrankungen, da diese trotz rückläufiger Tendenz immer noch den höchsten Anteil

an den Arbeitsunfähigkeitstagen verursachen (Ergebnisse zu Einzeldiagnosen sind *Kapitel 5* zu entnehmen) und sowohl auf Branchen- als auch auf Berufsebene maßgeblich für den Umfang der Arbeitsunfähigkeit verantwortlich sind. Ebenso werden die kontinuierlich und in wirtschaftlich unsicheren Zeiten besonders anwachsenden psychischen Krankheitsursachen ausführlicher betrachtet, deren Hintergründe in verschiedenen Spezialbeiträgen dieses Reports schon

angesprochen wurden. Im *Spezial* von *Ließmann* (S. 96 ff.) erfolgen hierzu ergänzende detaillierte Ausführungen zu den von psychischen Gesundheitsproblemen besonders betroffenen Gruppen.

Zunächst erfolgt ein Überblick über die branchenbezogenen Morbiditätsstrukturen, hiernach werden ergänzend ausgewählte Berufsgruppen mit krankheitsbezogenen Auffälligkeiten beschrieben.

#### Branchenspezifische Morbiditätsprofile

Die *Schaubilder 28.1 und 28.2* zeigen die unterschiedlichen Verteilungen der wichtigsten Krankheitsgruppen in den einzelnen Branchen.

#### Muskel- und Skeletterkrankungen

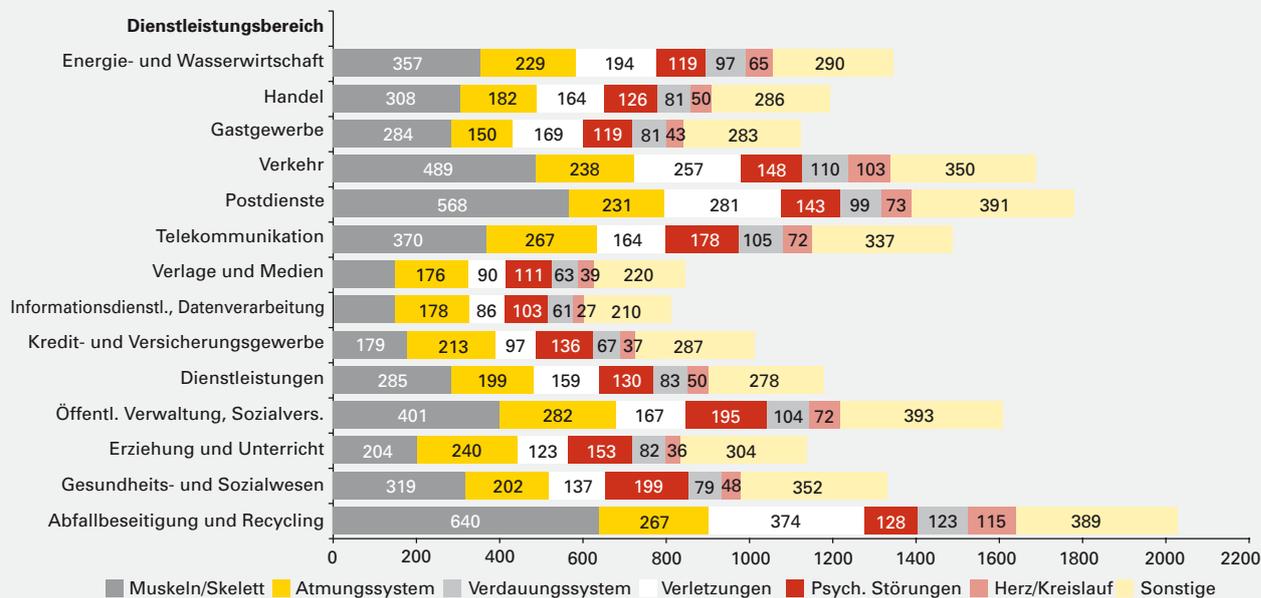
*Erkrankungen des Bewegungsapparates* haben auf Grund ihres hohen Anteils an den Krankheitstagen eine besondere Bedeutung für den Krankenstand. Bei den erwerbstätigen Pflichtmitgliedern entfielen 17,2 % der AU-Fälle und 26,3 % der Arbeitsunfähigkeitstage auf die Erkrankung der Bewegungsorgane, dies bedeutete für 2008 durchschnittlich 3,5 Krankheitstage je pflichtversicherten Beschäftigten.

Deutlich ist in den Schaubildern das branchenbezogene unterschiedliche Gewicht der Muskel- und Skeletterkran-

kungen als Ursache für Fehlzeiten zu erkennen. Insgesamt streuten die Anteile der durch sie verursachten Fehltage von rund 18 % bei Verlagen und Medien, Informationsdienstleistern sowie Banken und Versicherungen bis hin zu über einem Drittel der Krankheitstage (34 %) in der Glas-, Keramik- und Steine/Erden-Industrie. Ähnlich hohe Anteile von über oder annähernd 32 % fanden sich in der Metallerzeugung und -bearbeitung, im KFZ-Bau, bei den Postdiensten und in der Abfallbeseitigung. Auch im Bau- sowie im Papiergewerbe machten die Erkrankungen des Bewegungsapparates noch

Schaubild 28.1

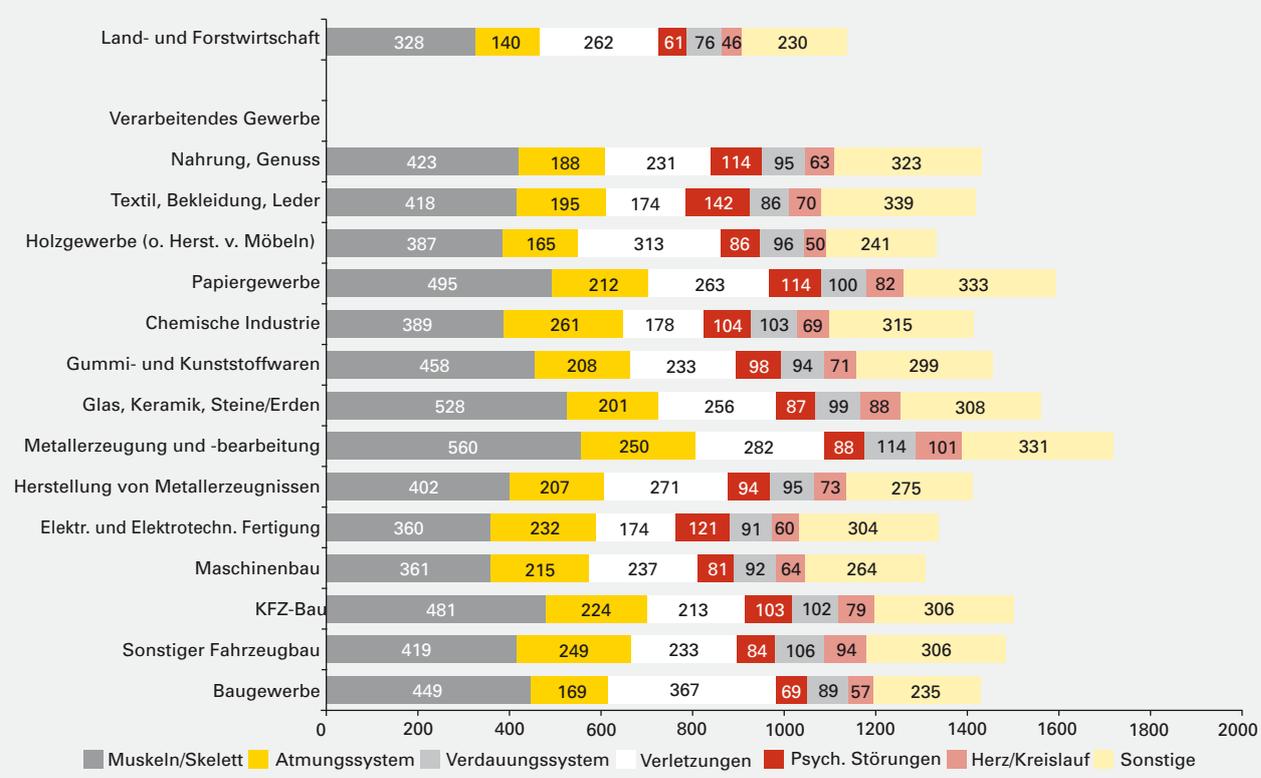
**Krankheitsarten im Dienstleistungsbereich**



AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet 2008

Schaubild 28.2

**Krankheitsarten in der Land- und Forstwirtschaft und im Verarbeitenden Gewerbe**



AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet 2008

über 31 % aus. Über alle Sektoren lässt sich feststellen, dass eine ausgeprägte Parallelität zwischen hohen allgemeinen Krankenständen und hohen Anteilen von Fehltagen durch die Krankheiten des Bewegungsapparats besteht. Dieser Zusammenhang ist bei keiner anderen Erkrankungsgruppe derart ausgeprägt vorzufinden und deutet darauf hin, dass hohe AU-Raten in vielen Branchen ein durch körperliche Über- und Fehlbeanspruchungen mit verursachtes Problem darstellen.

Ein Schwerpunkt der Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems liegt im verarbeitenden Gewerbe, wo in der Metallherzeugung mit 5,6 AU-Tagen die innerhalb der produzierenden Branchen höchsten hierdurch verursachten Fehlzeiten vorlagen. Die Glas-, Keramik- und Steine/Erden-Industrie (5,3 AU-Tage) folgte hier an zweiter Stelle. In den Dienstleistungsbranchen mit körperlich belastenden Tätigkeiten wurden indes noch mehr Krankheitstage durch Muskel- und Skelettleiden gemeldet: hier stand erneut die Abfallbeseitigung mit beachtlichen 6,4 AU-Tagen an der Spitze, die Beschäftigten der Post- und Kurierdienste verzeichneten mit immerhin 5,7 Tagen das zweithöchste Ergebnis. Auch die oftmals für den Bewegungsapparat sehr einseitigen Tätigkeiten im Verkehrssektor schlugen sich wie in den Jahren zuvor in überdurchschnittlich vielen Fehltagen durch Muskel- und Skeletterkrankungen (4,9 Tage) nieder.

Besonders wenige, nur bis zu zwei AU-Tagen je Beschäftigten, fielen dagegen

bei Verlagen und Medien, Informationsdienstleistungen, im Kredit- und Versicherungsgewerbe sowie im Bereich Erziehung und Unterricht an.

### Atemwegserkrankungen

*Atemwegserkrankungen* stellen die zweitwichtigste Krankheitsart dar, die aber eher in Wirtschaftsgruppen mit insgesamt niedrigen Krankenständen ein stärkeres Gewicht in den Krankmeldungen erreichen. So verzeichneten den höchsten Anteil an Krankheitstagen durch Atemwegserkrankungen die bei den muskuloskeletalen Ursachen besonders unauffälligen Branchen – Informationsdienstleistungen (21,8 %) sowie Verlage, Banken und das Erziehungswesen mit Anteilen von rund 21 %. Gerade in Branchen mit relativ jungen Beschäftigtenstrukturen sind die Krankheiten des Atmungssystems üblicherweise stärker im Krankheitsspektrum vertreten. Hierbei stehen Erkältungskrankheiten und Infektionen der oberen Atemwege im Vordergrund. Da jüngere Beschäftigte noch keinen langjährigen einseitigen gesundheitlichen Belastungen durch schwere oder psychisch belastende Tätigkeiten ausgesetzt waren und zudem individuelle Veranlagungen sowie Verhaltensrisiken ebenfalls i. d. R. (mit Ausnahme der Verletzungsrisiken) noch keine durchgreifenden Effekte auf den Gesundheitszustand dieser Gruppe ausüben, wird das AU-Geschehen dort in starkem Maße von diesen auch als „Bagatell-Erkrankungen“ bezeichneten Krankheiten bestimmt.

Im verarbeitenden Gewerbe haben Atemwegserkrankungen insbesondere in der chemischen Industrie (18,4 %) und der elektrotechnischen Fertigung (17,3 %) eine größere Bedeutung. In Branchen mit insgesamt höheren körperlichen Belastungen spielen sie dagegen im Vergleich zu den übrigen Krankheitsgruppen eine deutlich geringere Rolle, wenn für diese Beurteilung lediglich die Anteile an den Krankheitstagen und nicht die absoluten Krankheitszeiten zu Grunde gelegt werden – so im Baugewerbe mit lediglich 11,8 %. Auch in der Land- und Forstwirtschaft und in der Holzverarbeitung verursachten die Atemwegserkrankungen mit 12,3 % nur einen geringen Anteil der Ausfalltage.

### Psychische Erkrankungen

*Psychische Erkrankungen* waren auch 2008 besonders im Gesundheits- und Sozialwesen verbreitet und hatten hier mit knapp 15 % der Krankheitstage einen im letzten Jahr um 1,4 % gestiegenen Anteil am Krankheitsgeschehen. Auch in Bereichen mit sehr niedrigen Krankenständen wie Banken und Versicherungen sowie im Erziehungs- und Unterrichtswesen hatten psychische Ursachen mit 13,4 % (+0,6 bzw. +1,3 %) der Krankheitstage einen bedeutsamen und wachsenden Einfluss auf das AU-Geschehen. Ähnlich stark war der Anteil bei Verlagen und Medien (13,1 %). Der Schwerpunkt der Krankheitsausfälle durch psychische Erkrankungen liegt eindeutig im Dienstleistungsbereich. Zwar spielen psychische Störungen auch im verarbeitenden Gewerbe eine zunehmende Rolle, hier

zumeist in Sektoren mit vergleichsweise hoher Frauenbeschäftigung wie die Textil- und Bekleidungsindustrie, wo knapp 10 % aller Fehltage auf psychische Störungen zurückzuführen waren. Den geringsten Einfluss auf das AU-Geschehen haben psychische Störungen traditionell im Baugewerbe. Dort entfielen „lediglich“ 4,8 % aller AU-Tage auf diese Krankheitsgruppe. Weitere Ausführungen finden sich im *Spezial* ab S. 96.

### Herz- und Kreislauferkrankungen

Die Bedeutung der *Herz- und Kreislauferkrankungen* bei Arbeitsunfähigkeit liegt generell unter den übrigen genannten Krankheiten, 2008 lösten sie nur 60 AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder aus, das sind 4,5 % der AU-Tage. Jedoch sind auch hier Variationen zwischen den Branchen festzustellen. Besonders ausgeprägt waren diese Krankheitsursachen auch 2008 wieder in der Metallerzeugung und -bearbeitung mit einem Anteil von 5,9 % (101 AU-Tage je 100). Im sonstigen Fahrzeugbau waren sie sogar zu 6,3 % am AU-Geschehen beteiligt (94 AU-Tage je 100), in der Glas- und Keramikindustrie zu 5,6 % (88 AU-Tage je 100). Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um Industrien mit häufigen Arbeitsbelastungen durch Hitze, Lärm und Akkordarbeit, die mit Gesundheitsrisiken für Herz und Kreislauf verbunden sind. Im Dienstleistungsbereich waren wie schon in früheren Jahren vor allem Beschäftigte in der Abfallbeseitigung (115 AU-Tage je 100, 5,6 %) sowie in den Verkehrsunternehmen (103 AU-Tage je 100, 6,1 %) häufiger

von diesen Erkrankungen betroffen. Dagegen machten sie nur rund drei Prozent der Krankheitstage im Erziehungswesen und im IT-Bereich aus.

### Verletzungen und Arbeitsunfälle

Verletzungen stellten auch im Jahr 2008 die dritt wichtigste Krankheitsursache nach Krankheitstagen dar. Bei Männern stehen sie sogar an zweiter, bei Frauen dagegen nur an vierter Stelle. Sie weisen zudem zwischen den Wirtschaftszweigen erhebliche Variationen auf. Die stark unterschiedlichen Verletzungshäufigkeiten zwischen den Branchen resultieren zum Teil aus arbeitsbedingten Unfallrisiken. Im Durchschnitt werden ein knappes Drittel (33 %, Männer: 37 %, Frauen: 26 %) der Verletzungen durch Arbeitsunfälle verursacht. So entfielen im Baugewerbe 26 % aller Krankheitstage auf Verletzungen, im Holzgewerbe über 23 %. Auch in der Land- und Forstwirtschaft hatten Verletzungen mit fast 23 % einen bedeutsamen Anteil an den gemeldeten Krankheitstagen. Im Dienstleistungsbereich spielten sie vor allem in der Abfallbeseitigung mit über 18 % der Krankheitstage, bei den Post- und Kurierdiensten mit fast 16 % sowie im Verkehrssektor mit einem Anteil von gut 15 % ebenfalls eine größere Rolle.

Branchenspezifische Unfallrisiken haben einen erheblichen Einfluss auf das verletzungsbedingte AU-Geschehen, daher wird hier eine detailliertere Analyse der spezifischen Verteilungsstrukturen von Arbeitsunfällen vorgenommen. Dabei

werden alle Unfälle einbezogen, auch wenn eine Heilbehandlung oder Kostenerstattung durch die Berufsgenossenschaften erfolgt ist. Dies soll eine umfassende Abschätzung des gesundheitlichen Gefährdungspotenzials in den einzelnen Branchen ermöglichen.<sup>9</sup> Einen detaillierten Überblick über Arbeitsunfälle mit Verletzungsfolgen nach Wirtschaftsgruppen und Schädigungsarten geben die *Tabellen 4 und 5 im Anhang*.

Im Jahr 2008 lag die Häufigkeit von Arbeitsunfällen bei 32,6 Fällen je 1.000 Pflichtmitglieder und ist damit gegenüber dem Vorjahr um einen Fall je 1.000 gesunken (33,5). Auf Arbeitsunfälle entfielen 3,0 % (Männer: 4,2 %, Frauen: 1,6 %) aller AU-Fälle und 5,2 % aller Tage (Männer: 7,2 %, Frauen: 2,7 %). Die Unfallhäufigkeiten waren analog zum Gesamttrend in allen Branchen mit Ausnahme der Postdienste (+2,2 Fälle je 1.000) und der Telekommunikationsbranche (+1,1 Fälle je 1.000) rückläufig, wobei besonders die Landwirtschaft mit einem Rückgang um über sieben Fälle je 1.000 sowie der Fahrzeugbau und die Abfallwirtschaft mit einem Minus von rund fünf Fällen je 1.000 hervorzuheben sind. Die meisten Arbeitsunfälle traten – wie in den Vorjahren – im Holz- sowie im Baugewerbe mit rund 84 bzw. über 81 Arbeitsunfällen je 1.000 beschäftigte Pflichtmitglieder auf (vgl. *Schaubild 29*). Auch in der Abfallwirtschaft mit knapp 74 Fällen je 1.000, der Herstellung von Metallerzeugnissen (69 Fälle je 1.000) sowie der Arbeitsvermittlung und Zeitarbeit (67 Fälle je 1.000) bewegte sich die Unfallhäufigkeit auf hohem Niveau.

<sup>9</sup> Bei einem möglichen Wechsel der sozialversicherungsrechtlichen Zuständigkeiten kann allerdings die Dauer der Arbeitsunfähigkeit als Folge eines Arbeitsunfalls u. U. nicht präzise erfasst werden. Entsprechende Daten sind daher nur eingeschränkt interpretierbar. Die Leistungsdaten der BKK geben allerdings Aufschluss über die Häufigkeit der Verletzungsarten und deren Verteilung innerhalb der Wirtschaftsgruppen, wobei nur Pflichtmitglieder berücksichtigt werden.

**Tabelle 15**  
**Die häufigsten Verletzungen 2008**

Verletzungsarten	Fälle je 1.000 beschäftigte Pflichtmitglieder			Tage je 1.000 beschäftigte Pflichtmitglieder		
	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
Verletzungen n. n. b. Teile des Rumpfes, der Extremitäten o. a. Körperregionen	9,6	2,9	6,5	159,3	44,1	105,7
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	9,5	2,7	6,3	183,7	46,3	119,7
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	5,7	2,8	4,4	132,7	50,6	94,5
Verletzungen des Knies und des Unterschenkel	4,0	1,9	3,0	136,7	54,6	98,5
Verletzungen des Kopfes	3,1	1,3	2,3	46,0	16,9	32,4
<b>Zusammen</b>	<b>31,9</b>	<b>11,5</b>	<b>22,4</b>	<b>658,5</b>	<b>212,4</b>	<b>450,8</b>

Verletzungsarten	Anteile an allen Arbeitsunfällen in %			Anteile an allen Fehltagen durch Arbeitsunfälle in %		
	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
Verletzungen n. n. b. Teile des Rumpfes, der Extremitäten o. a. Körperregionen	20,2	16,6	19,3	16,7	13,6	16,0
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	20,0	15,3	18,8	19,3	14,3	18,1
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	12,0	16,1	13,0	14,0	15,6	14,3
Verletzungen des Knies und des Unterschenkel	8,5	10,6	9,0	14,4	16,9	14,9
Verletzungen des Kopfes	6,6	7,2	6,7	4,8	5,2	4,9
<b>Zusammen</b>	<b>67,3</b>	<b>65,8</b>	<b>66,8</b>	<b>69,2</b>	<b>65,6</b>	<b>68,2</b>

Der ICD-Systematik folgend werden Arbeitsunfähigkeiten, die als Folge eines Unfalls oder einer Vergiftung auftreten, zu etwa 96 % der Obergruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ zugeordnet, die restlichen Krankheitsfolgen aus Unfällen verteilen sich auf andere ICD-Hauptgruppen wie Muskel- und Skeletterkrankungen oder Krankheiten des Nervensystems u. a. Der größte Teil der aus *Arbeitsunfällen* resultierenden *Verletzungsarten* konzentriert sich auf fünf Verletzungsgruppen nach Körperregionen, die in *Tabelle 15* wiedergegeben sind. Auf diese Gruppen entfielen knapp 67 % der Fälle mit Verletzungsfolgen (22 Fälle je 1.000 Pflichtmitglieder) und gut 68 % der

hiermit verbundenen Ausfalltage (451 je 1.000 Pflichtmitglieder). Am häufigsten erschien die unbestimmte Diagnose „Verletzungen des Rumpfes und der Extremitäten (ohne nähere Angabe)“ auf den ärztlichen Bescheinigungen. Bei Männern entfielen hierauf rund 20 % aller Fälle und fast 17 % aller Tage; bei Frauen lagen die Anteile mit unter 17 % der Fälle und weniger als 14 % der Tage niedriger. Ein weiteres Fünftel der Fälle und Ausfalltage durch Verletzungen bei Arbeitsunfällen der Männer entfiel auf Hand- und Handgelenksverletzungen, bei Frauen war auch hier der Anteil mit etwa 15 % der Fälle und 14 % der Tage geringer. Häufiger als Männer waren Frauen dagegen von Fuß- und Knöchelverletzungen betroffen. Auf diese Verletzungen entfielen bei ihnen rund 16 % der Fälle und Tage, bei Männern betrug die entsprechenden Anteile 12 % (Fälle) bzw. 14 % (Tage). Auch von Verletzungen der Unterschenkel und Knie waren Frauen mit fast 11 % der Fälle und 17 % der Tage häufiger betroffen als Männer (9 % der Fälle, 14 % der Tage). Kopfverletzungen als weitere häufige Verletzungsart machten schließlich bei Männern und Frauen etwa 7 % der Fälle und etwa 5 % der Tage aus. Die branchenspezifischen Verteilungen der Verletzungsarten bei Arbeitsunfällen sind der *Tabelle 5 im Anhang* zu entnehmen.

chelverletzungen betroffen. Auf diese Verletzungen entfielen bei ihnen rund 16 % der Fälle und Tage, bei Männern betrug die entsprechenden Anteile 12 % (Fälle) bzw. 14 % (Tage). Auch von Verletzungen der Unterschenkel und Knie waren Frauen mit fast 11 % der Fälle und 17 % der Tage häufiger betroffen als Männer (9 % der Fälle, 14 % der Tage). Kopfverletzungen als weitere häufige Verletzungsart machten schließlich bei Männern und Frauen etwa 7 % der Fälle und etwa 5 % der Tage aus. Die branchenspezifischen Verteilungen der Verletzungsarten bei Arbeitsunfällen sind der *Tabelle 5 im Anhang* zu entnehmen.

Schaubild 29

**Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsgruppen**

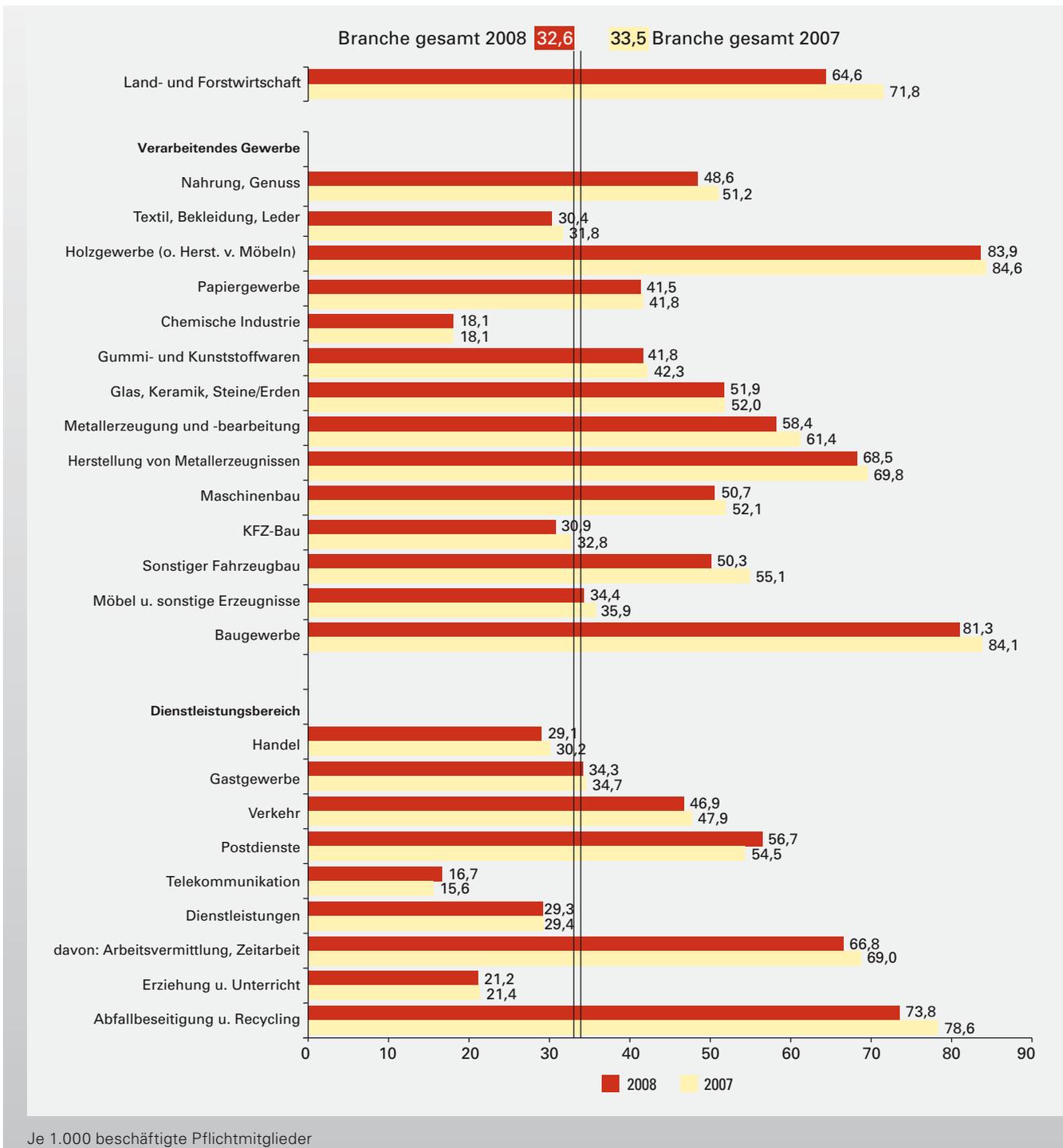
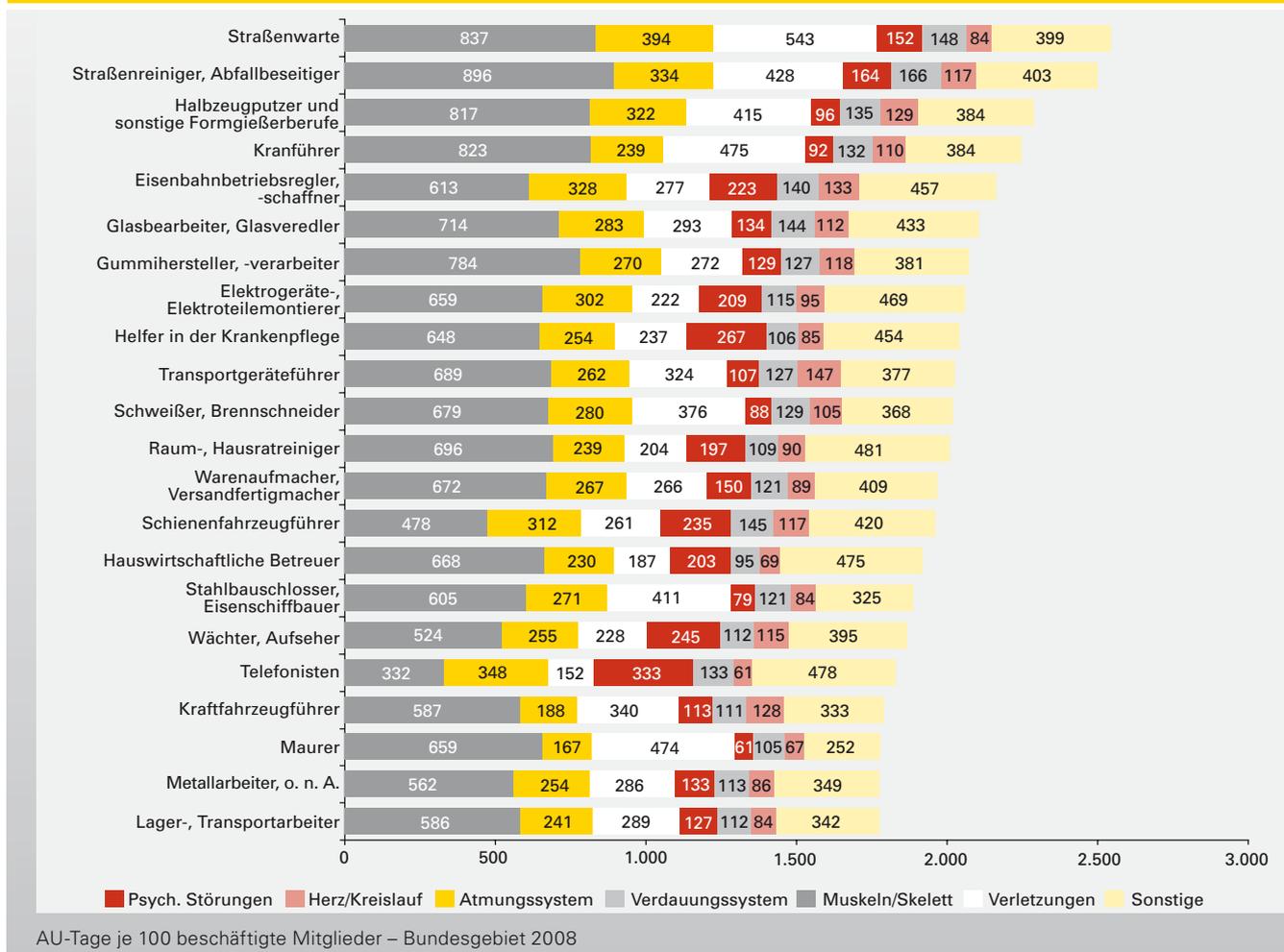


Schaubild 30.1

**Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen und Krankheitsarten**  
**Berufe mit den meisten AU-Tagen**



**Berufsspezifische Erkrankungsstrukturen**

Wie die Darstellung der Morbiditätsstrukturen für eine Reihe ausgewählter Berufsgruppen mit besonders hohen oder besonders niedrigen AU-Raten (Schaubilder 30.1 und 30.2) zeigt, besteht auch auf der Ebene der Berufe eine ausgeprägte Parallelität zwischen hohen allgemeinen Krankenständen und hohen Fehltagen durch Muskel- und Skeletterkrankungen. Ein ähnlich dominierender Einfluss lässt sich bei keiner anderen Erkrankungsgruppe feststellen. In den meisten Berufsgruppen, die durch hohe Fehlzeiten auffallen, wurden 2008 ein Drittel und mehr der Fehltag durch diese Erkrankungsart verursacht. Bei Straßenwarten, Abfallbeseitigern, Halbzeugputzern und Kranführern entfielen sogar acht bis neun AU-Tage je beschäftigtes Mitglied allein auf Erkrankungen der Muskeln oder des Skeletts und verursachten hier sogar bis zu 36 %

der Fehltag. Dagegen erkrankten Akademiker hieran im Schnitt zumeist weniger als einen Tag im Jahr, der Anteil von Fehltagen durch diese Erkrankungsgruppe war bei Naturwissenschaftlern und Juristen mit nur zehn Prozent besonders gering.

Ähnlich große Unterschiede zwischen den Berufsgruppen lassen sich auch bei Verletzungen ausmachen, die in besonders gefährdeten Berufen eine ebenfalls herausragende Rolle spielen. So verursachten sie 2008 bei Straßenwarten, Kranführern und Maurern fünf, bei Abfallbeseitigern, Halbzeugputzern, Formgießern und Stahlbauschlossern über vier Fehltag je Beschäftigten.

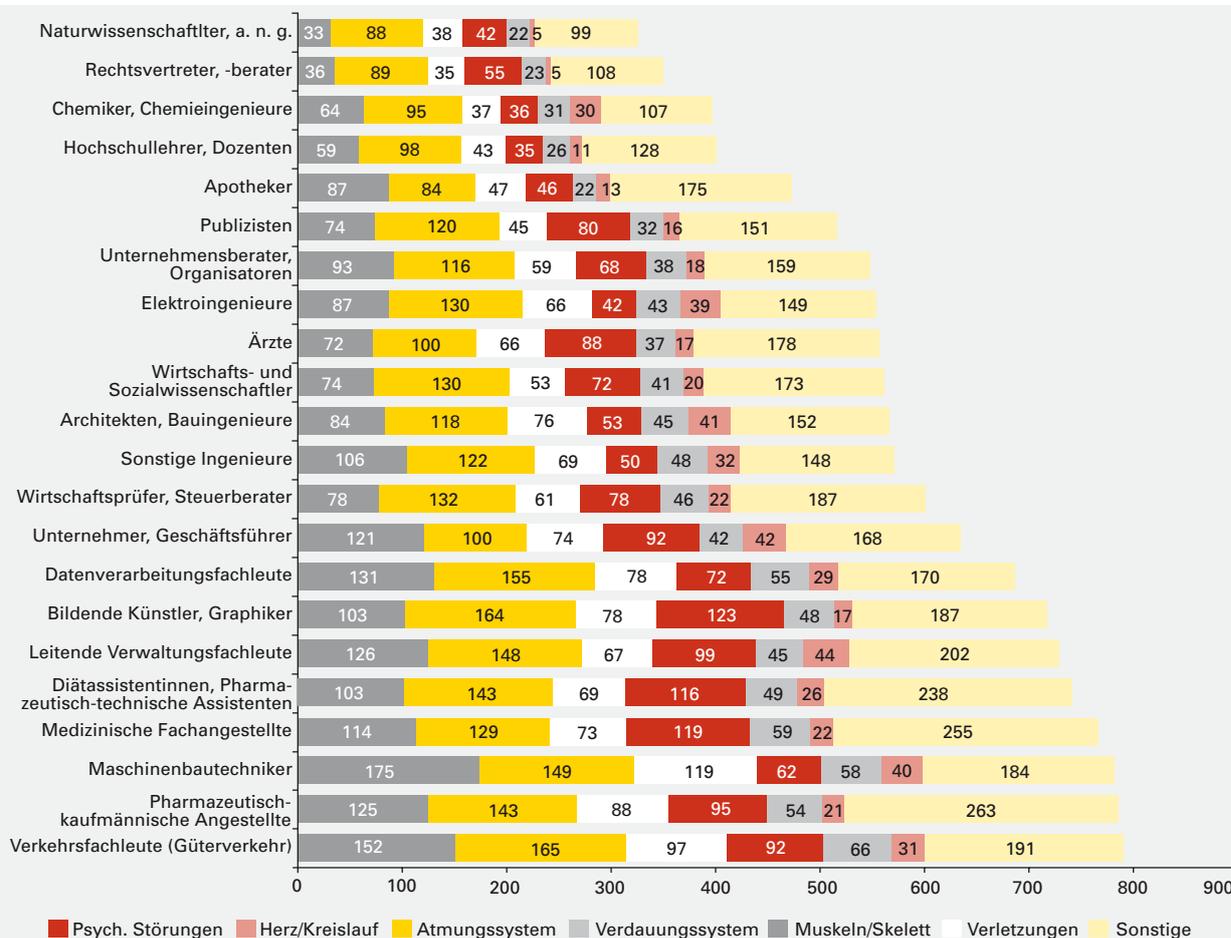
Neben den bislang genannten Erkrankungsarten spielen in allen Berufen auch Atemwegserkrankungen eine relevante Rolle. Insbesondere bei den Berufen, die ansonsten durch geringe Krankenstände

gekennzeichnet sind, ist der Anteil von Atemwegserkrankungen an den Fehltagen vergleichsweise hoch. So beträgt er bei Naturwissenschaftlern, Juristen, Chemikern und Hochschullehrern etwa ein Viertel, was aber mit einem insgesamt sehr geringen Krankenstand von nur drei bis vier AU-Tagen je Beschäftigten im Jahr einhergeht. Absolut lagen die Werte damit auch weit unter denen, die sich in gesundheitlich belasteten Berufsgruppen zeigen. So entfielen z. B. bei Straßenwarten 3,9 AU-Tage bei Telefonisten/-innen 3,5 und bei Abfallbeseitigern 3,3 AU-Tage auf Erkrankungen des Atmungssystems, auch wenn sie dort nur etwa 13 bis 15 %, bei Telefonisten 19 % der krankheitsbedingten Ausfallzeiten verursachten.

Einen zunehmenden Einfluss auf das Erkrankungsgeschehen üben – wie schon in den vorherigen Kapiteln dargestellt – die psychischen Störungen

Schaubild 30.2

**Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen und Krankheitsarten**  
**Berufe mit den wenigsten AU-Tagen**



AU-Tage je 100 beschäftigte Mitglieder – Bundesgebiet 2008

aus. Sie liegen mittlerweile gemessen an den durch sie verursachten Fehltagen im Schnitt an vierter Stelle, bei Telefonist(inn)en stehen psychische Krankheitsursachen jedoch mit 3,3 AU-Tagen und einem Anteil von 18 % sogar an zweiter Stelle, und dies ist keineswegs die einzige Gruppe. Bei Grafiker(inne)n verhält es sich mit einem Anteil von 17 % proportional ähnlich, wenn auch bei insgesamt weit geringeren Fehlzeiten. Auch für Jurist(inn)en, Publizist(inn)en, Ärzt(inn)en, Medizinische Fachangestellte und Pharmazeutisch-technische Assistent(inn)en bilden die psychischen Krankheitsursachen mit durchschnittlich 15 bis 16 % der Krankheitstage inzwischen die zweitwichtigste Krankheitsgruppe. Besonders viele hierdurch verursachte Fehltag waren 2008 außer bei Telefonist(inn)en auch bei Helfer(inne)n in der Krankenpflege (2,7 Tage), bei Wächtern und Aufsehern (2,5 Tage) sowie bei Schienenfahrzeugführern (2,3 Tage)

zu verzeichnen. In diesen Gruppen war die Morbidität durch psychische Erkrankungen damit absolut am größten. Zudem lagen auch die Anteile an den Krankheitstagen insgesamt bei den Wächtern und den Helfer(inn)en in der Krankenpflege mit 13 % noch beachtlich hoch. Eine ausführliche Betrachtung auch weiterer Indikatoren für die psychische Morbidität der besonders auffälligen Gruppen ist in dem nachfolgenden *Spezial* enthalten.

Psychische Fehlbeanspruchungen münden dabei nicht unbedingt nur in Krankheitsfällen mit psychischen Diagnosen, sondern können sich auch in anderen Krankheitsgruppen niederschlagen – etwa in Rücken- oder inneren Erkrankungen. Als weitere bedeutsame Gruppe – auch in diesem Zusammenhang – sind die *Herz- und Kreislaufkrankungen* zu nennen, die bei den meisten Berufen an fünfter Stelle des Erkrankungsgeschehens liegen. Besonders hohe Anteile an

Fehltagen durch diese Erkrankungen weisen besonders Chemiker (7,5 %) sowie Architekten, Bauingenieure und Elektroingenieure mit rund 7 % auf. Bei KFZ- und Transportgeräteleitern lagen die Anteile genauso hoch, die Krankheitstage der Transportgeräteleiter waren hierbei im Rahmen des insgesamt höheren Krankenstandes mit durchschnittlich 1,5 Tagen je Beschäftigten in dieser Krankheitsgruppe am höchsten.

Besonders geringe Fehlzeiten durch Störungen des *Herz- oder Kreislaufsystems* verzeichneten wiederum Naturwissenschaftler und Juristen mit im Schnitt unter 0,1 Tagen und unter 2 % ihrer Fehltag.

## Psychische Erkrankungen in der Erwerbsbevölkerung

Janett Ließmann

spectrum|K GmbH – Abteilung Versorgungsanalyse

Die Bedeutung der psychischen Erkrankungen wächst kontinuierlich, so lässt sich bereits seit Jahren eine fast ungebrochene Zunahme der durch diese Diagnose verursachten Krankheitstage beobachten. In 2008 war jeder neunte Ausfalltag der BKK Pflichtmitglieder mit einer psychischen Diagnose verbunden, bei Frauen war es sogar jeder siebte. Allein in den letzten zehn Jahren nahm die psychisch verursachte Arbeitsunfähigkeit bei Frauen um 63 % bei Männern immerhin um 42 % zu. Bei einem insgesamt rückläufigen Krankenstand steigt die relative Bedeutung der psychischen Krankheitsursachen noch deutlicher. Seit Beginn der 1990er Jahre hat sich der Anteil der mit dieser Krankheitsgruppe verbundenen AU-Tage verdreifacht, seit 1978 sogar mehr als vervierfacht.

Die psychischen Erkrankungen umfassen unterschiedliche Krankheitsbilder. Zu den bedeutsamsten gehören *affektive Störungen* (vor allem Depressionen), *neurotische Störungen* (u. a. Reaktionen auf schwere Belastungen, somatoforme sowie Angststörungen) und *Störungen durch psychotrope Substanzen* (Suchterkrankungen durch Alkohol, Rauschmittel, Medikamente). Zudem rücken „neuere“ Krankheitsbilder wie das *Burnout-Syndrom*, in den Vordergrund. Dieser Zustand der physischen und psychischen Erschöpfung wird in der ICD-10 (*Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*)

mit dem Diagnoseschlüssel Z73 erfasst und der Gruppe der Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand zugeordnet. Burnout stellt also keine eigenständige Krankheit dar, wird aber als diagnostische Zusatzinformation zunehmend angegeben. 2008 wurden 34,9 AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner durch Burnout gemeldet, 2004 waren es gerade einmal 4,6 Tage.

Für Frauen werden deutlich häufiger psychische Erkrankungen diagnostiziert als für Männer. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Männer immer noch – wie jüngst anlässlich des Selbstmordes eines Nationalspielers öffentlich breit thematisiert – häufiger ihre seelischen Probleme verdecken, und dies auch bei Arztbesuchen tun. Auch die Ärzte selbst suchen bei ihnen eher nach körperlichen als nach psychischen Krankheitsursachen (vgl. *Spezial* von *Stiehler*, S.32 f.).

Mit Ausnahme der *Suchterkrankungen* (F10-F19) sowie der *Schizophrenie und anderer wahnhafter Störungen* (F20-F29) liegen die Fehltag der Männer unter denen der Frauen. Bei Suchterkrankungen hingegen wiesen männliche BKK Mitglieder rund zweieinhalbmal so viele Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenhausfälle wie Frauen auf (vgl. *Kapitel 5*). Den Schwerpunkt bilden hierbei Erkrankungen durch Alkohol, die rund drei Viertel der Suchterkrankungen ausmachen.

Die Ursachen psychischer Belastungen finden sich sowohl in äußeren Bedingungen (Arbeitsplatz, Familie, Lebenssituation) sowie in inneren (individuellen, z. T. biogenetischen) Dispositionen. Als Hauptursache wird bei früheren Befragungen von Arbeitsschutzexperten der Arbeitsplatz genannt.<sup>1</sup> Auch in neueren Mitarbeiterbefragungen fühlt sich mehr als die Hälfte der Beschäftigten (56 %) belastet.<sup>2</sup> Ständiger Zeitdruck, Über- oder Unterforderung, mangelnde Anerkennung oder Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen gehören neben gesellschaftlichen Entwicklungen (insbesondere Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit)<sup>3</sup> und familiären Ursachen zu den häufigsten Stressoren.

### Psychische Erkrankungen nach Wirtschaftsgruppen

Von psychischen Störungen sind die verschiedenen Beschäftigtengruppen sehr unterschiedlich betroffen (vgl. *Schaubild S4*). Durchschnittlich wurden 2008 je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder 134 Krankheitstage mit dieser Diagnosegruppe gemeldet (Frauen: 173 Tage, Männer: 101 Tage). Besonders im Sozialwesen sind psychische Ursachen stark am Krankheitsgeschehen beteiligt, wo sie 16 % an allen Fehltagen ausmachen. Auch in der öffentlichen Verwaltung und in der Telekommunikationsbranche fallen mit 195 bzw. 178 Tagen viele psychisch bedingte Krankheitsausfälle an. Bei Verla-

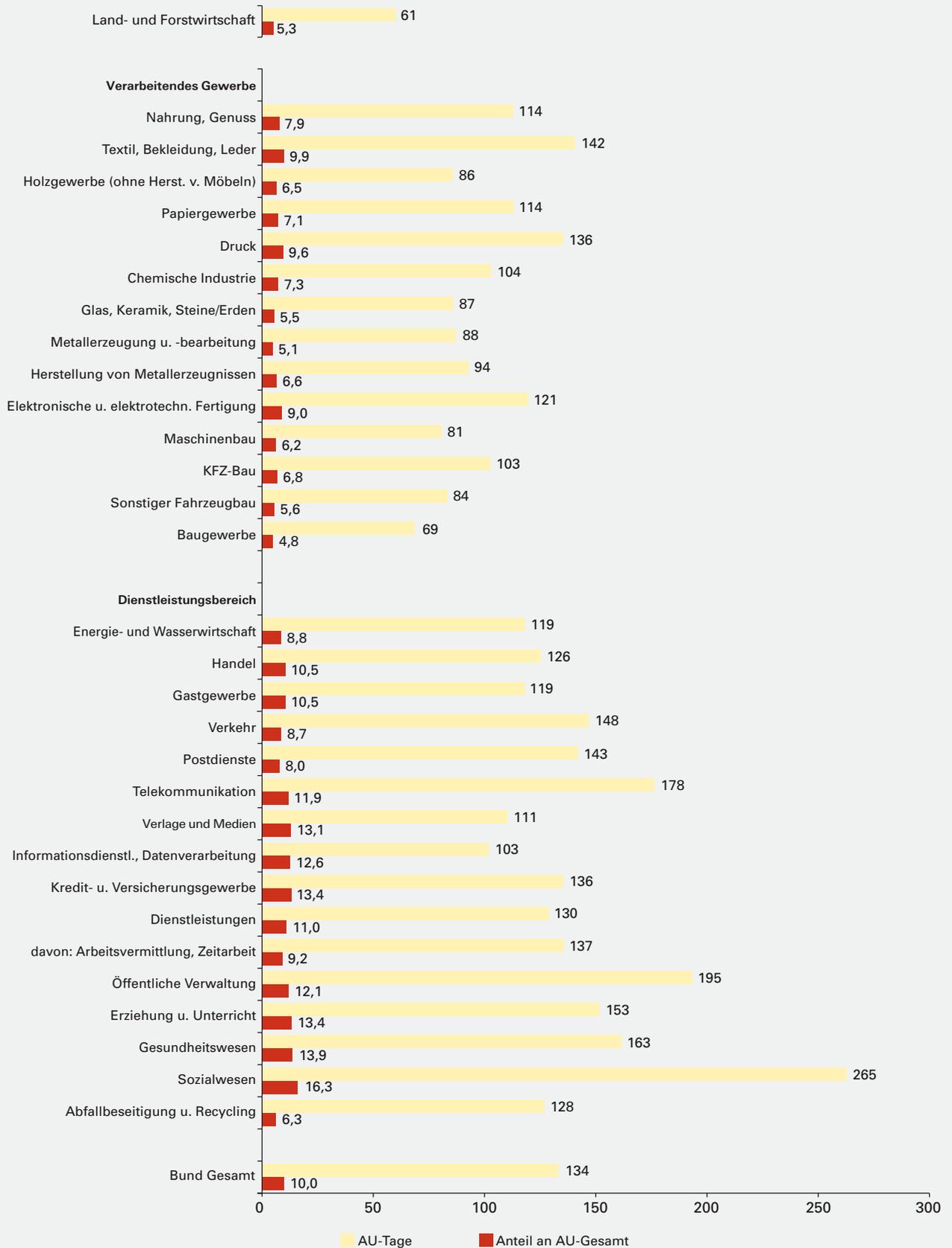
<sup>1</sup> Vgl. IGA-Report 5: Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und BKK Bundesverband, 2004.

<sup>2</sup> Vgl. Jousen, R.: Psychische Fehlbeanspruchungen am Arbeitsplatz, BKK Gesundheitsreport 2008, Spezial S. 82 ff.

<sup>3</sup> Vgl. Bertelsmann Stiftung: Gesundheitsmonitor 2009

Schaubild S4

**Psychische Erkrankungen nach Wirtschaftsgruppen**



**Tabelle T2**  
**Berufe mit den meisten psychisch verursachten AU-Tagen – Frauen**

	Schlüssel	Fälle je 100	Tage je 100
<b>Arbeitslose</b>		<b>8,5</b>	<b>709</b>
<b>alle Beschäftigte</b>		<b>5,3</b>	<b>170</b>
Telefonistinnen	734	10,0	348
Wächterinnen, Aufseherinnen	792	9,0	327
Helferinnen in der Krankenpflege	854	7,9	314
Sozialarbeiterinnen, Sozialpflegerinnen	861	7,5	299
Eisenbahnbetriebsreglerinnen, -schaffnerinnen	712	9,1	280
Elektrogeräte-, Elektroteilemontiererinnen	321	9,2	271
Sonstige Montiererinnen	322	8,4	254
Heimleiterinnen, Sozialpädagoginnen	862	6,9	251
Sonstige Technikerinnen	628	7,1	249
Metallarbeiterinnen, o. n. A.	323	7,8	236
Krankenschwestern, Hebammen	853	6,1	228
Warenprüferinnen, -sortiererinnen, a. n. g.	521	7,4	221
Warenaufmacherinnen, Versandfertigmacherinnen	522	6,9	217
Kassiererinnen	773	5,8	213
Raum-, Hausratreinigerinnen	933	5,8	211
Chemiebetriebswerkerinnen	141	8,1	201
Köchinnen	411	5,7	200
Hauswirtschaftliche Betreuerinnen	923	6,1	200
Kindergärtnerinnen, Kinderpflegerinnen	864	6,4	200
Lager-, Transportarbeiterinnen	744	6,5	200
Real-, Volks-, Sonderschullehrerinnen	873	5,7	189
Stenotypistinnen, Maschinenschreiberinnen	782	6,0	186

Je 100 beschäftigte Mitglieder – Bundesgebiet 2008

gen und Medien sowie im Kredit- und Versicherungsgewerbe – Branchen mit unterdurchschnittlichen Krankenständen – fallen die Fehlzeiten durch psychische Störungen ebenfalls überproportional hoch aus (111 bzw. 136 AU-Tage je 100).

Zwar spielen psychische Belastungen auch im verarbeitenden Gewerbe eine zunehmende Rolle, sie liegen aber zumeist unter denen im Dienstleistungsbereich. Besonders in Branchen mit hoher Frauenbeschäftigung wie der Textil- und Bekleidungsindustrie sowie dem Druckgewerbe finden sich mit rund 10 % vergleichsweise hohe Anteile. Im Baugewerbe und der Metallherzeugung und -bearbeitung hatte diese Krankheitsgruppe mit nur rund 5 % an allen Arbeitsunfähigkeitstagen den geringsten Einfluss.

Neben den genannten Branchen wurden für Frauen besonders viele Ausfalltage auf Grund psychischer Erkrankungen auch im Landverkehr gemeldet, wo diese deutlich über denen der männlichen Beschäftigten lagen (264 gegenüber 156 AU-Tagen je 100). Lediglich im Gesundheitswesen liegen die psychisch bedingten Fehlzeiten der Männer über denen der Frauen (Frauen: 162 Tage, Männer: 168 Tage).



### Arbeitslose und Telefonist(inn)en am stärksten betroffen

Stärker noch als nach Wirtschaftsgruppen differenziert sich der Verbreitungsgrad psychischer Störungen nach beruflicher Tätigkeit. Im erwerbsfähigen Alter trifft das höchste Risiko, psychisch zu erkranken, jedoch weniger die Erwerbstätigen, als diejenigen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben. Mit 619 AU-Tagen je 100 ALG-II-Empfänger<sup>4</sup> erreichten ihre Krankheitszeiten 2008 das Viereinhalbfache der psychisch verursachten Fehlzeiten der beschäftigten Pflichtmitglieder. Etwa jeder vierte Ausfalltag geht auf diese Diagnosegruppe zurück.

Unter den Beschäftigten verzeichneten Telefonist(inn)en (332,9 AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder), Sozialarbeiter/-innen (291,7 AU-Tage je 100) sowie Helfer/-innen in der Krankenpflege (267,4 AU-Tage je 100) die meisten Krankheitstage durch psychische Erkrankungen. Auch Heimleiter und Sozialpädagogen, Wächter und Schienenfahrzeugführer wurden überdurchschnittlich häufig mit dieser Diagnose krankgeschrieben.

Neben den genannten gehörten unter den erwerbstätigen pflichtversicherten

**Tabelle T3**  
Berufe mit den meisten psychisch verursachten AU-Tagen – Männer

	Schlüssel	Fälle je100	Tage je 100
<b>Arbeitslose</b>		<b>6,0</b>	<b>527</b>
<b>alle Beschäftigte</b>		<b>2,8</b>	<b>94</b>
Telefonisten	734	7,4	284
Sozialarbeiter, Sozialpfleger	861	5,4	265
Krankenpfleger	853	5,5	237
Heimleiter, Sozialpädagogen	862	5,0	232
Schienenfahrzeugführer	711	7,2	214
Wächter, Aufseher	792	5,2	209
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	5,8	200
Fernmeldemonteure, -handwerker	312	4,2	174
Real-, Volks-, Sonderschullehrer	873	3,7	169
Werkschutzleute, Detektive	791	4,6	169
Helfer in der Krankenpflege	854	4,5	167
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	5,1	164
Straßenwarte	716	4,8	153
Bürohilfskräfte	784	4,0	145
Pförtner, Hauswarte	793	3,1	132
Gummihersteller, -verarbeiter	143	3,9	127
Masseure, Krankengymnasten und verwandte Berufe	852	4,1	127
Elektrogeräte-, Elektroteilemontierer	321	3,9	125
Hoteliers, Gastwirte, Hotel-, Gaststättengeschäftsführer	911	2,6	123
Werbefachleute	703	2,8	117
Lebens-, Sachversicherungsfachleute	694	2,8	116
Buchhalter	772	3,0	115

Je 100 beschäftigte Mitglieder – Bundesgebiet 2008

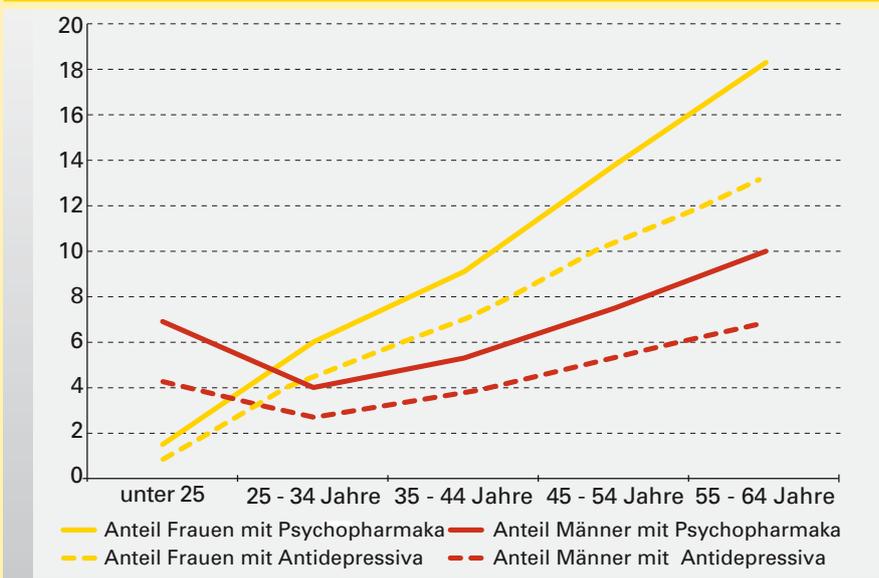
<sup>4</sup> ALG-II-Empfänger werden in die Betrachtung der Arbeitsunfähigkeit nicht einbezogen, da ihre AU-Zeiten von den Krankenkassen auf Grund fehlender Krankengeldansprüche i. d. R. nicht erfasst werden.

Frauen auch die zahlenmäßig kleinere Gruppe der Polizeibediensteten, Montierinnen sowie Tätigkeitsgruppen in der Elektroindustrie zu den auffälligen Gruppen.

Im Vergleich von Männern und Frauen in derselben Tätigkeitsgruppe zeigen sich zumeist höhere psychisch bedingte Fehlzeiten der Frauen. So fehlten Schienenfahrzeugführerinnen und weibliche Reinigungskräfte mehr als doppelt sooft auf Grund psychischer Erkrankungen wie ihre männlichen Kollegen. Bei hauswirtschaftlichen Berufen und Kindergärtnern zeigt sich dagegen ein umgekehrtes Bild: Männer fehlten durchschnittlich einen halben Tag länger als Frauen in diesen Berufsgruppen.

**Schaubild S5**

**Anteil der Erwerbspersonen mit Psychopharmaka- und Antidepressiva-Verordnungen**



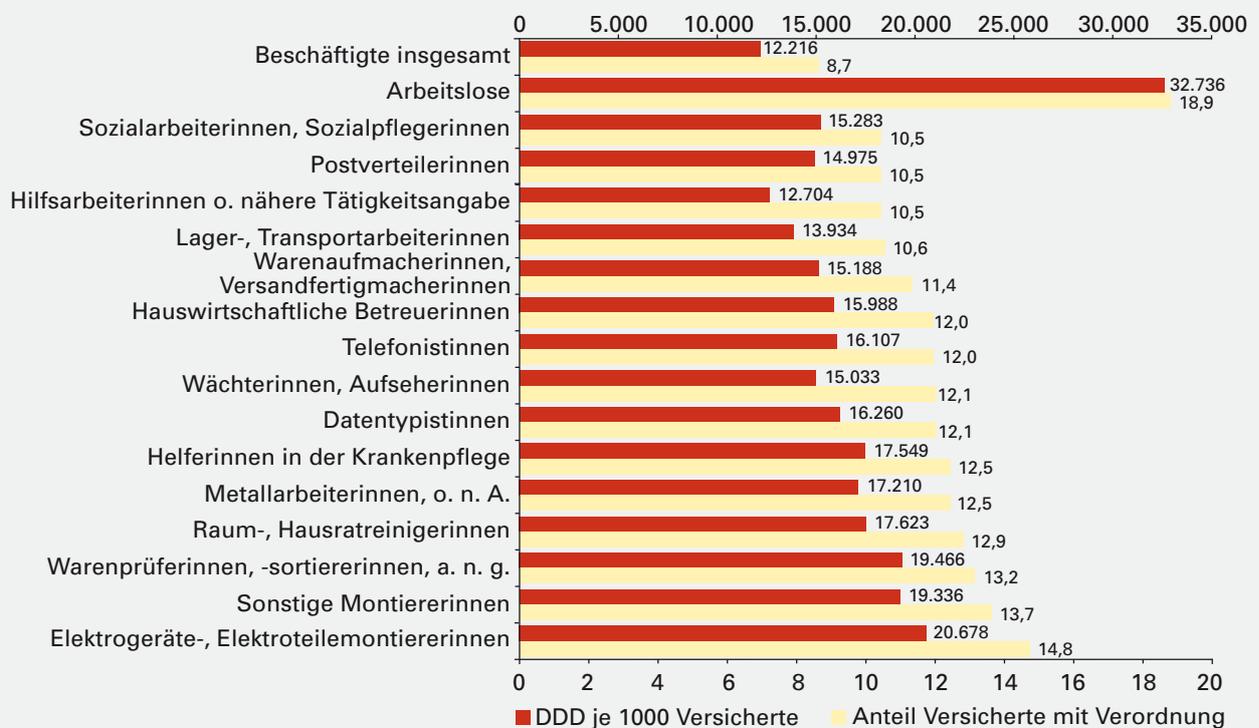
Arzneimittelverordnungen für BKK Versicherte – 2008





Schaubild S6.1

**Psychopharmaka-Verordnungen nach Erwerbsstatus –  
Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Frauen**



**Psychopharmaka-Verordnungen nach beruflicher Tätigkeit**

Die aus der Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitsdaten gewonnenen tätigkeitsbezogenen Befunde spiegeln sich auch in der Inanspruchnahme von Arzneimitteln wider. Psychische Erkrankungen, wie z. B. Depressionen, führen nicht immer und schon gar nicht im gesamten Ver-

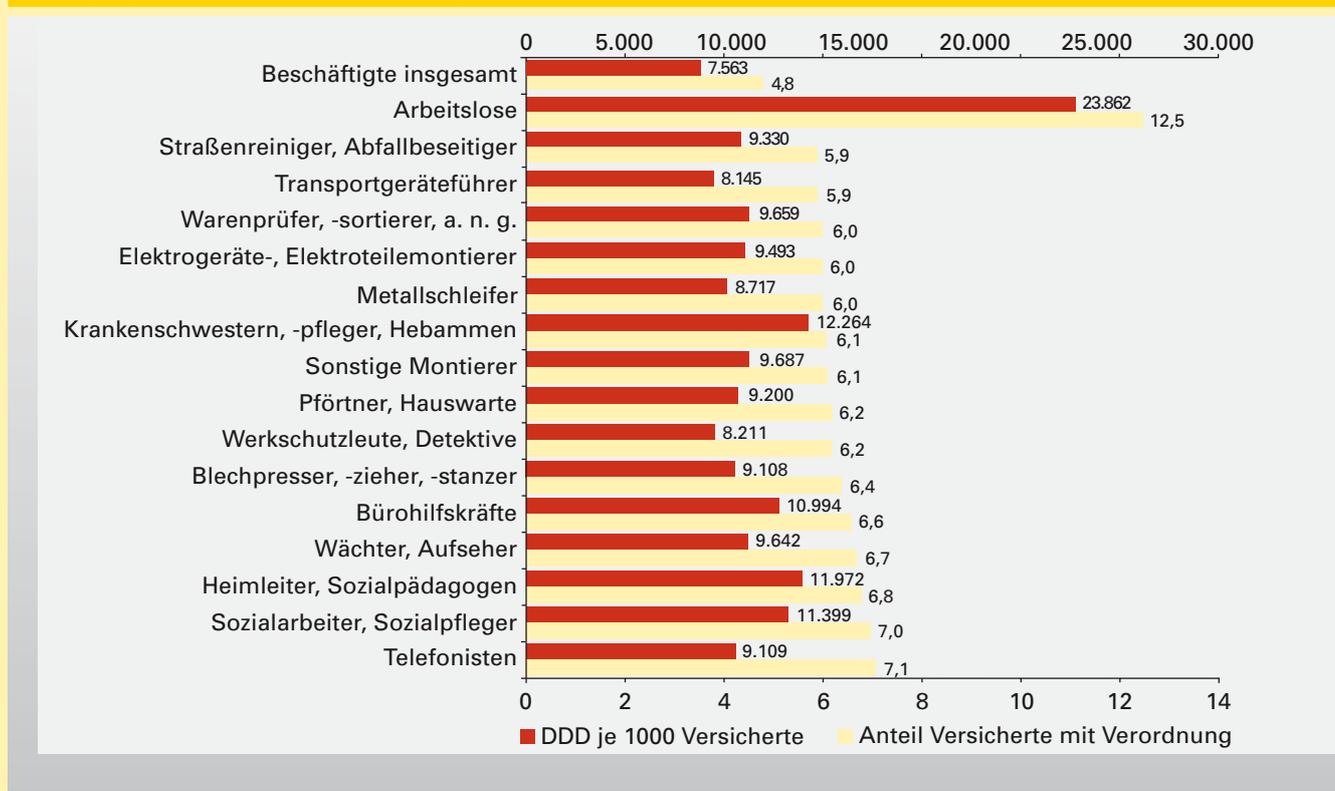
lauf zu einer Krankschreibung. Oftmals wird versucht, die Krankheit mithilfe von Medikamenten zu lindern oder zu überwinden.

Der Gruppe der Psychopharmaka werden über die ATC-Klassifikation (*Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation*) die Arzneimittelgruppen N05A (Antipsychotika), N05B-C (angst-

lösende und beruhigende Mittel) sowie N06A (Antidepressiva) zugeordnet. Die relativ breite Spanne der zugelassenen Indikationsbereiche für die einzelnen Wirkstoffe lässt jedoch nicht eindeutig auf die genaue Erkrankungsart schließen. Antidepressiva werden beispielsweise auch bei Angststörungen, allgemeinen psychosomatischen Beschwerden sowie im Rahmen von Schmerztherapien

Schaubild S6.2

**Psychopharmaka-Verordnungen nach Erwerbsstatus –  
Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Männer**



eingesetzt. Dennoch geben die Verteilungsauffälligkeiten deutliche Hinweise auf die psychisch besonders beeinträchtigten Berufsgruppen.

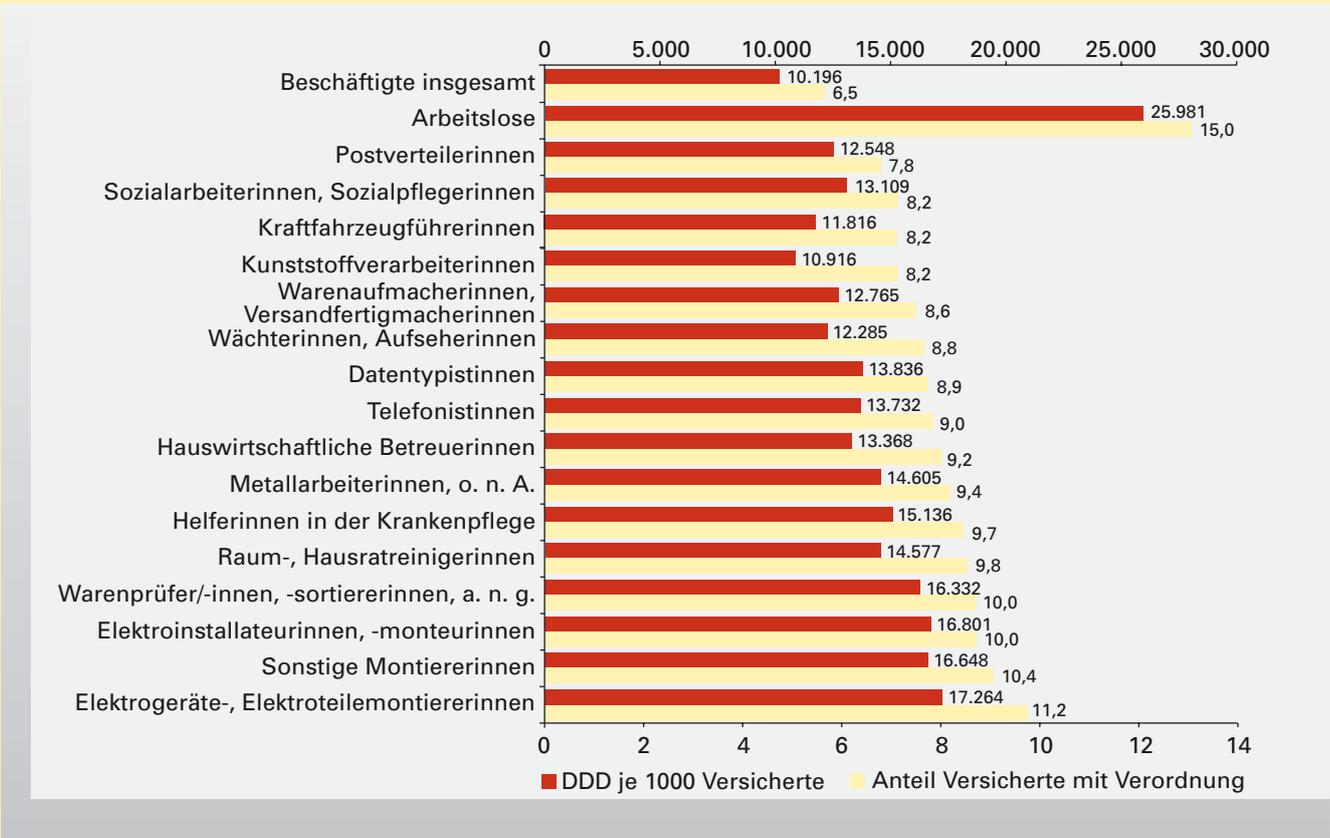
Während nur 4,8% der männlichen beschäftigten BKK Mitglieder 2008 Psychopharmaka erhielten, waren es bei den Frauen 8,7%. Auf 1.000 beschäftigte

Männer entfielen 2008 588 Einzelverordnungen und 7.563 Tagesdosen, je 1.000 Frauen waren es 749 Verordnungen und 12.216 Tagesdosen. Unter den 6,5% der beschäftigten BKK Mitglieder, die Psychopharmaka verschrieben bekamen, bildeten Patient(inn)en mit Antidepressiva-Verordnungen die größte Gruppe. Bei 73% der Psychophar-

maka-Verordnungen handelt es sich um eine Antidepressiva-Verordnung. 3,4% der Männer und 6,5% der Frauen erhielten 2008 Antidepressiva. 10.196 DDDs (Defined Daily Dose) je 1.000 beschäftigte Frauen standen dabei nur 5.686 Tagesdosen der Männer gegenüber.

Schaubild S7.1

**Antidepressiva-Verordnungen nach Tätigkeit –  
Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Frauen**



Mit dem Alter erhöhen sich auch die Verordnungshäufigkeiten (vgl. *Schaubild S5*). Bereits von den 25- bis 35-Jährigen ließen sich 3,2 % der beschäftigten Männer und 5,3 % der Frauen Psychopharmaka verschreiben. Bei den über 55-Jährigen hat sich dieser Anteil bei den Frauen verdreifacht, bei den Männern immerhin mehr als verdoppelt. Ähnliche Entwick-

lungen zeigen sich auch bei der gesonderten Betrachtung von Antidepressiva.

Arbeitslose wiesen gegenüber den beschäftigten Mitgliedern etwa die dreifache Verordnungsmenge an Psychopharmaka und Antidepressiva auf. Auch der Anteil der Versicherten mit Psychopharmaka (15,5 gegenüber 6,5 %)

und Antidepressiva (11,8 gegenüber 4,7 %) lag deutlich über dem der Beschäftigten.

Bei den beschäftigten Mitgliedern finden sich die bereits im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen auffälligen Tätigkeitsgruppen wieder. Die Schaubilder S 6.1 und S 6.2 geben einen Überblick über

Schaubild S7.2

**Antidepressiva-Verordnungen nach Erwerbsstatus –  
Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Männer**


besonders auffällige Gruppen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Psychopharmaka. Mit rund 16 Tagesdosen wurden die höchsten Verordnungsmengen bei Raum- und Hausratreiniger(inne)n, Elektrogerätemontierer(inne)n und hauswirtschaftlichen Betreuer(inne)n gemeldet. Auch Helfer/-innen in der Krankenpflege, Telefonist(inn)en und Sozialarbeiter/-innen wiesen mit 14 bis 15 Tagesdosen überdurchschnittlich hohe Verordnungsmengen auf.

Bei Männern gehörten, wie schon hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit sozialpflegerische Berufe zu den besonders betroffenen Gruppen. Immerhin rund

7 % der Sozialarbeiter und Heimleiter erhielten Psychopharmaka und rund 5 % Antidepressiva. Damit lagen sie jedoch noch immer unter den Werten der Frauen. Weibliche Beschäftigte weisen oftmals höhere Verordnungsmengen in eher einfachen, manuellen und gering qualifizierten Berufen wie Montierinnen, Warenprüferinnen und Sortierinnen auf.

Besonders in Zeiten wirtschaftlicher Umbrüche sind neben steigenden Krankenständen auch deutlich steigende Verordnungsmengen der eher höher qualifizierten Beschäftigungsgruppen zu verzeichnen. So nahm beispielsweise die

Anzahl der Tagesdosen bei Psychopharmaka insgesamt je 1.000 Bankfachleute um 12 %, bei Unternehmern um rund 11 % seit 2007 zu. Im Vergleich hierzu stieg die Anzahl der Tagesdosen über alle Berufsgruppen hinweg nur um 1,4 %.

Die Risiken und Belastungskomponenten fallen in den einzelnen Tätigkeitsgruppen höchst unterschiedlich aus. Zum einen sind Gruppen mit niedrigem beruflichen Status betroffen, die durch geringe Eigenverantwortung und Gestaltungsspielräume gekennzeichnet sind. Zum anderen stehen aber auch Berufe mit steigenden Anforderungen und Verantwortungen im Vordergrund.



# 4

## Fehlzeiten und stationäre Behandlungen nach Regionen

#### 4 Fehlzeiten und stationäre Behandlungen nach Regionen

Das Morbiditätsgeschehen weist nicht nur alters- und geschlechtsspezifische, sozialstatus- und tätigkeitsbedingte Unterschiede auf, auch in regionaler Hinsicht lassen sich Besonderheiten feststellen. Dies zeigen die im Folgenden skizzierten Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausergebnisse der BKK Versicherten. Grundlage der Darstellung ist dabei die regionale Zuordnung der Versicherten über den Wohnort (Postleitzahl). *Tabelle 16* gibt einen Überblick über die Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesländern. In Bayern, Hamburg, Hessen und Niedersachsen zeigte sich 2008 die gemessen am Bevölkerungsanteil stärkste BKK Präsenz (19,0 bis 20,6 % der Wohnbevölkerung sind dort BKK versichert). Mit knapp

2,9 Mio. leben die meisten BKK Versicherten jedoch in Nordrhein-Westfalen, wo etwa 16 % der Bevölkerung in einer BKK versichert sind. Dagegen weisen im Saarland und Sachsen die BKK Daten gemessen am Anteil an der dortigen Wohnbevölkerung mit nur rund 7 % eine geringere Repräsentativität auf.

Die im Folgenden dargestellten Befunde zur Arbeitsunfähigkeit beziehen sich auf alle BKK Pflichtmitglieder (einschließlich der versicherten Arbeitslosen), die Ergebnisse der stationären Behandlungen auf die BKK Versicherten insgesamt. Zur besseren Vergleichbarkeit der regionalen Ergebnisse werden zudem die nach Alter und Geschlecht standardisierten Werte ausgewiesen.

**Tabelle 16**  
**BKK Versicherte nach Bundesländern 2008\***

Bundesland	BKK Versicherte			Bevölkerungsanteil in v. H.**		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Schleswig-Holstein	456.147	218.524	237.622	16,1	15,7	16,4
Hamburg	349.041	166.828	182.213	19,7	19,3	20,1
Niedersachsen	1.506.420	752.117	754.304	19,0	19,3	18,6
Bremen	99.969	51.184	48.785	15,1	15,9	14,3
Nordrhein-Westfalen	2.852.949	1.399.159	1.453.790	15,9	16,0	15,8
Hessen	1.167.735	567.486	600.250	19,3	19,1	19,4
Rheinland-Pfalz	654.303	323.310	330.993	16,2	16,4	16,1
Baden-Württemberg	1.791.549	886.844	904.705	16,7	16,8	16,6
Bayern	2.584.613	1.276.876	1.307.736	20,6	20,8	20,5
Saarland	74.759	37.878	36.881	7,3	7,6	7,0
Berlin	622.624	300.514	322.109	18,1	17,9	18,4
Brandenburg	390.000	200.660	189.340	15,5	16,1	14,9
Mecklenburg-Vorpommern	271.129	135.979	135.150	16,3	16,5	16,1
Sachsen	294.740	146.473	148.267	7,0	7,1	6,9
Sachsen-Anhalt	301.086	150.576	150.510	12,6	12,9	12,4
Thüringen	268.098	135.860	132.238	11,8	12,1	11,5
<b>Bund gesamt</b>	<b>13.741.459</b>	<b>6.777.995</b>	<b>6.963.464</b>	<b>16,8</b>	<b>16,9</b>	<b>16,7</b>

\* Nach Wohnort.

\*\* Anteile beziehen sich auf die Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes: „Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht“, Stand 31.12.2008.

**Tabelle 17**  
**Veränderungen in der Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern 2008 gegenüber dem Vorjahr**

Bundesland	Fälle	Arbeitsunfähigkeiten je 100 Pflichtmitglieder				
		Differenz zum Vorjahr	Tage	Differenz zum Vorjahr	Tage je Fall	Differenz zum Vorjahr
Schleswig-Holstein	103,7	0,8	1.342,8	30,6	13,0	0,2
Hamburg	103,5	-1,4	1.471,3	27,9	14,2	0,5
Niedersachsen	111,1	4,0	1.377,5	57,5	12,4	0,1
Bremen	112,0	1,5	1.415,4	15,4	12,6	0,0
Nordrhein-Westfalen	108,4	7,6	1.423,2	95,7	13,1	0,0
Hessen	117,6	8,3	1.443,3	146,2	12,3	0,4
Rheinland-Pfalz	134,9	8,3	1.582,9	113,0	11,7	0,1
Baden-Württemberg	105,9	5,6	1.207,5	49,5	11,4	-0,2
Bayern	104,7	5,7	1.245,9	70,3	11,9	0,0
Saarland	106,4	2,4	1.675,1	74,2	15,7	0,4
Berlin	107,5	-2,8	1.672,3	-44,2	15,6	0,0
<b>Bund West</b>	<b>109,3</b>	<b>5,4</b>	<b>1.367,0</b>	<b>69,3</b>	<b>12,5</b>	<b>0,0</b>
Brandenburg	105,5	-1,5	1.524,4	8,4	14,5	0,3
Mecklenburg-Vorpommern	112,3	-1,2	1.489,2	14,6	13,3	0,3
Sachsen	100,7	0,6	1.392,9	18,3	13,8	0,1
Sachsen-Anhalt	106,3	-1,2	1.479,6	6,6	13,9	0,2
Thüringen	106,2	1,3	1.467,4	34,1	13,8	0,2
<b>Bund Ost</b>	<b>106,3</b>	<b>-0,4</b>	<b>1.476,8</b>	<b>17,1</b>	<b>13,9</b>	<b>0,2</b>
<b>Bund gesamt</b>	<b>108,9</b>	<b>4,6</b>	<b>1.381,5</b>	<b>61,6</b>	<b>12,7</b>	<b>0,0</b>

## 4.1 Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern

Wie schon bei den Beschäftigten stiegen die Krankheitszeiten 2008 bei allen Pflichtmitgliedern (einschl. der Arbeitslosen) von 13,2 auf 13,8 AU-Tage an. Während es bis 2006 noch in nahezu allen Bundesländern Rückgänge gab, nehmen nun die Fehlzeiten der Pflichtversicherten in fast allen Regionen mit Ausnahme von Berlin zu (vgl. *Tabelle 17*). Die stärksten Anstiege verzeichneten Hessen, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen. Hierbei verzeichnete diesmal Hessen mit einer Zunahme von 1,5 auf 14,4 AU-Tage den höchsten Anstieg um 11,3 %.

Die meisten Krankheitstage wurden mit 16,8 AU-Tagen je Pflichtmitglied im Saarland gemeldet, somit hat Berlin (16,7 AU-Tage je Pflichtmitglied) seine „Spitzenstellung“ an das Saarland – wo allerdings eine besonders ungünstige

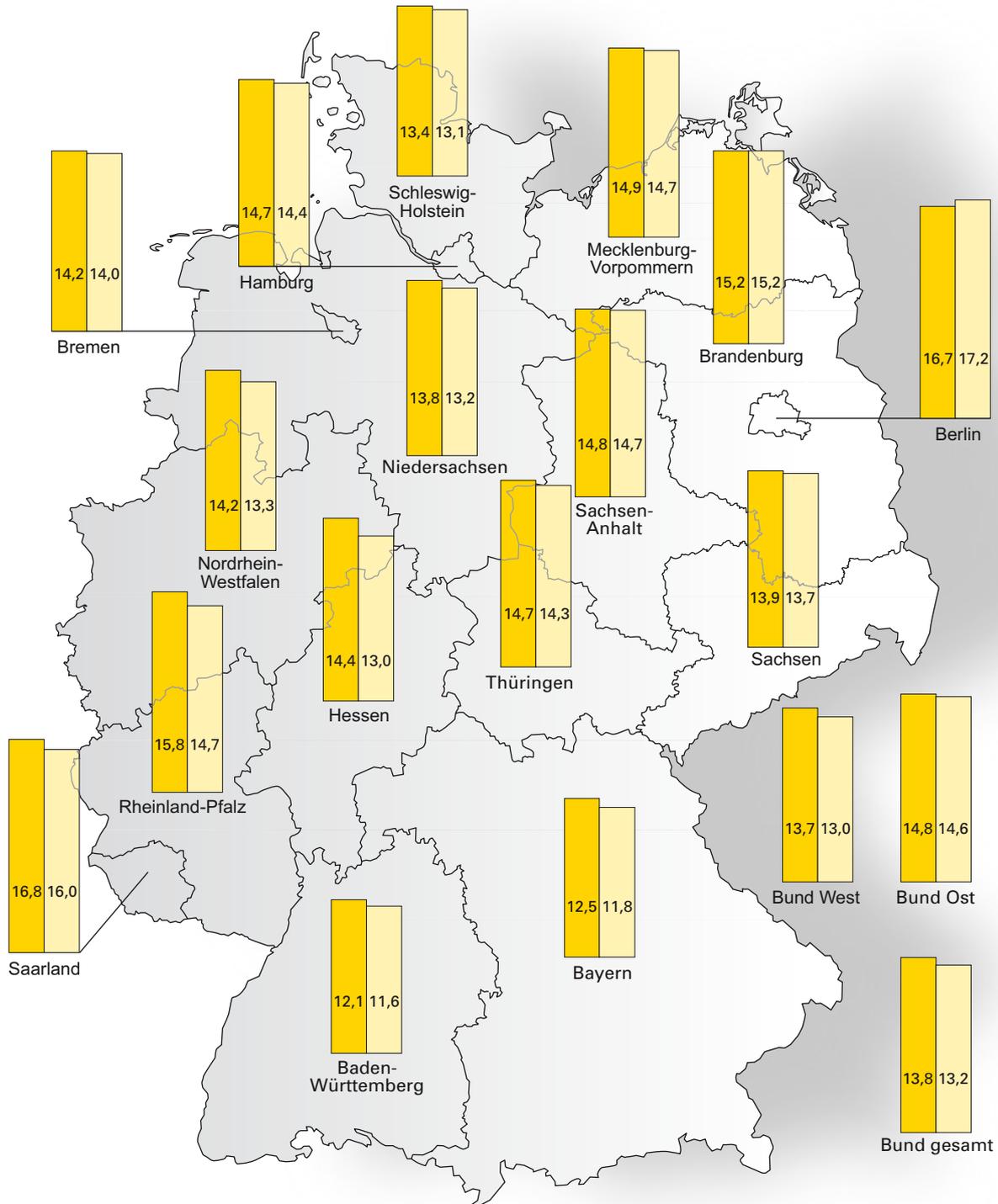
Altersstruktur das Ergebnis beeinflusst (s. u.) – abgegeben. An dritter Stelle folgte 2008 Rheinland-Pfalz mit einer ebenfalls spürbaren Zunahme um 1,1 Tage (+7,7 %) auf nun 15,8 AU-Tage je Pflichtmitglied.

Die geringsten Fehlzeiten wurden mit nur 12,1 bzw. 12,5 Arbeitsunfähigkeitstagen wie bisher in den südlichen Ländern Baden-Württemberg und Bayern erreicht. Allerdings verzeichneten auch diese beiden Länder 2008 ansteigende Krankheitszeiten (+0,5 bzw. +0,7 AU-Tage). Daneben fielen auch in Schleswig-Holstein mit 13,4 Tagen vergleichsweise geringe Fehlzeiten an. Im Osten war wie in den Vorjahren ein gegenüber den alten Bundesländern wesentlich höheres Niveau zu verzeichnen, wobei die regionalen Unterschiede weit geringer als im Westen ausfielen. Dort wurden mit

13,9 Tagen je Pflichtmitglied die wenigsten Arbeitsunfähigkeitstage in Sachsen gemeldet. Die höchsten Krankheitszeiten im Osten (15,2 Tage je Pflichtmitglied) verzeichnete wie schon im Vorjahr Brandenburg.

Die Falldauern lagen mit durchschnittlich 12,7 Tagen auf dem Niveau des Vorjahres. Auch hier führte das Saarland mit Krankheitsdauern von durchschnittlich 15,7 Kalendertagen die Rangliste an, gefolgt von Berlin (15,6 Tage) und Brandenburg (14,5 Tage). Im Ost-West-Vergleich dauerten die AU-Fälle in den neuen Ländern – nicht zuletzt bedingt durch eine ältere Versichertenstruktur – im Schnitt fast eineinhalb Tage länger als im Westen (13,9 gegenüber 12,5 Tage). Insgesamt wiesen die BKK Versicherten im Osten ungünstigere Risikostrukturen auf als im Westen (s. u.).

Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern



■ 2008 ■ 2007

AU-Tage je Pflichtmitglied

Schaubild 31

### Nach Alter und Geschlecht standardisierte Länderergebnisse

Die skizzierte regionale Struktur der Arbeitsunfähigkeit ist nicht zuletzt vom Alter und Geschlecht der Versicherten in den Bundesländern abhängig. Um sich ein detailliertes Bild der regionalen Differenzen zu machen, ist es daher sinnvoll, eine Vergleichbarkeit durch Altersstandardisierung zu erreichen, also rechnerisch abweichende Alters- und Geschlechtsstrukturen zu bereinigen. Durch die Standardisierung anhand der Alters- und Geschlechtsstruktur aller Pflichtmitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung<sup>1</sup> verändert sich die AU-Fallzahl insgesamt nur geringfügig. Im Westen steigt sie lediglich um 0,5 je 100 Pflichtmitglieder, während sie im Osten um 0,7 sinkt. Anders stellt sich indes das Ergebnis für die Zahl der Krankheitstage dar. Diese steigt durch die Standardisierung über alle Bundesländer um 58 auf 1.440 Tage je 100 Pflichtmitglieder deutlich an. Bedingt ist dieser rechnerische Anstieg vor allem durch das Westergebnis (+74 Tage je 100). Hier ist die Altersstruktur der BKK Versicherten merklich jünger als im GKV-Durchschnitt. Im Osten ist die Altersverteilung der BKK dagegen etwas ungünstiger als die der GKV, so dass die AU-Tage demografiebereinigt um 24 Tage je 100 Pflichtmitglieder sinken. Insgesamt nähern sich die Ergebnisse zwischen Ost und West durch die Bereinigung der Struktureffekte zwar an, es bleibt aber ein leicht höheres Ergebnis der östlichen Bundesländer mit einer Differenz von 12 AU-Tagen je 100 Pflichtmitglieder bestehen.

*Schaubild 32* zeigt die Abweichungen der altersstandardisierten und nicht standardisierten AU-Tage der Bundes-

länder vom Bundesdurchschnitt. In den meisten Ländern verringern sich durch die Bereinigung der Alters- und Geschlechtsstruktur die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt, Ausnahmen bilden wie schon im Vorjahr Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen sowie aktuell auch Hessen, wo die erstmalige Überschreitung des Bundesdurchschnitts nach der Standardisierung sogar etwas höher als im Rohwert ausfällt. In Hamburg ist die Alters- und Geschlechtsstruktur der BKK Pflichtmitglieder wesentlich günstiger als es die hohen AU-Werte vermuten lassen, hier wirkt die Altersstruktur eher entlastend auf das AU-Geschehen. Dagegen führt in Schleswig-Holstein die rechnerische Anpassung der Alters- und Geschlechtsstruktur an den GKV-Durchschnitt zu einer stärkeren Reduzierung der Arbeitsunfähigkeit. In Sachsen ergibt sich hieraus sogar eine Umkehrung der im Rohwert leicht überdurchschnittlichen Fehlzeiten hin zu gemessen an der Alters- und Geschlechtsstruktur deutlich unter dem Erwartungswert liegenden AU-Zeiten.

Die Länder Bayern und Baden-Württemberg mit ihrer auffallend niedrigen AU profitieren erkennbar von einer jungen Altersstruktur. In den standardisierten Werten unterschreiten ihre AU-Raten den Bundesdurchschnitt in geringerem Umfang, obwohl in beiden Ländern auch standardisiert noch eine beachtliche Differenz zur mittleren Arbeitsunfähigkeit bestehen bleibt.

So modifiziert sich durch die rechnerische Bereinigung der Einflüsse von Alter und Geschlecht das Ausmaß der

Abweichungen mehr oder weniger deutlich, die Richtung der Differenz ändert sich jedoch nur in Sachsen. Bei den Ländern mit hoher AU verändert sich zudem die Rangfolge, denn nach Bereinigung der Struktureffekte rangiert Berlin wie in den Vorjahren an erster Stelle vor dem Saarland. Doch die Zahl der standardisierten Fehltageliegt in beiden Ländern weit über dem Durchschnitt. Rheinland-Pfalz folgt auch nach der Standardisierung an dritter Stelle vor Hamburg, wo jedoch bei Berücksichtigung der demografischen Verteilung ein deutlich höherer AU-Kennwert ermittelt wird. Im Westen fallen die Struktureffekte jedoch insgesamt geringer aus als in den östlichen Bundesländern, allen voran Thüringen und Sachsen-Anhalt, wo sich der Alters- und Geschlechtseinfluss deutlich niederschlägt. Dort werden durch die Bereinigung der Strukturkomponenten durchweg unauffälliger, dem Bundesdurchschnitt angenäherte Krankenquoten ermittelt.

Im Ergebnis haben aber unter- oder überdurchschnittliche AU-Raten auch dann noch Bestand, wenn Alter und Geschlecht als prägende Einflussfaktoren rechnerisch beseitigt werden. Dies zeigt, dass die Verteilung der Arbeitsunfähigkeit in den Regionen in starkem Maße durch die regionale Wirtschaftsstruktur und andere regionale Einflüsse wie die Angebotsdichte der medizinischen Versorgung sowie sozioökonomische und siedlungsstrukturelle Merkmale geprägt wird.

<sup>1</sup> Die Daten für die GKV insgesamt entstammen der amtlichen Mitgliederstatistik KM6.



### Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern (AU-Tage)

Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent

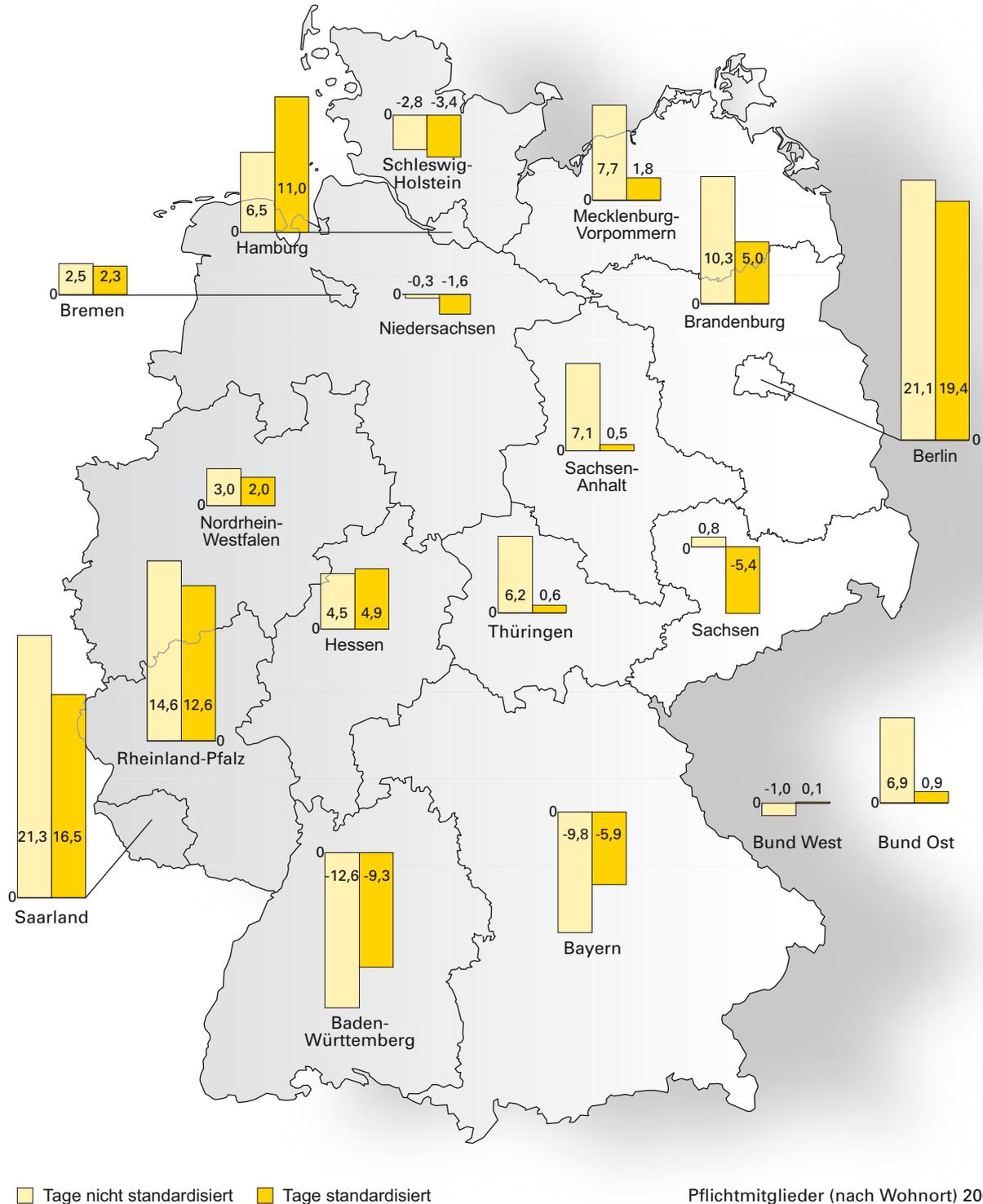


Schaubild 32

Pflichtmitglieder (nach Wohnort) 2008

## Exkurs

Die oben angesprochenen regionenspezifischen Ausprägungen der Indikatoren zur gesundheitlichen Lage zeigen sich im Übrigen noch wesentlich prägnanter im kleinräumigeren Vergleich. Hierzu werden feingliedrigere regionale Auswertungen nach Landkreisen für die regionale Berichterstattung bundesweit zur Verfügung gestellt. Exemplarisch sind in *Tabelle 18* die Ergebnisse der wichtigsten Landkreise aus drei Bundesländern (Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Brandenburg) dargestellt.

In Nordrhein-Westfalen fallen die höchsten Krankenstände nicht überraschend im industriellen Herzen des Ruhrgebietes an, während sie sich in den kreisfreien Städten Münster und Bonn sowie in den ländlicheren Gebieten des Bergischen Landes und an der Lippe weit unter dem Landesdurchschnitt bewegten. Insbesondere Münster und Bonn sind durch den Hochschulbereich und den Dienstleistungssektor – mit üblicherweise niedrigeren Ausfallzeiten – geprägt. Bei einer mittleren Arbeitsunfähigkeit von 14,2 AU-Tagen je Pflichtmitglied in NRW lagen hier fast acht AU-Tage Differenz zwischen den jeweiligen Regionen mit hohen und niedrigen Fehlzeiten vor.

Demgegenüber war in Baden-Württemberg nicht nur der mittlere Krankenstand um zwei Tage deutlich niedriger, auch die Unterschiede zwischen den Regionen fielen moderater aus, die Spannbreite betrug rund sechs Tage. Jedoch wiesen die industrieller geprägten Regionen wie Heidenheim und Ortenaukreis 35 bis 60 % höhere Ausfalltage als Freiburg, Böblingen oder Biberach mit stärkerer Prägung im Dienstleistungsbereich auf.

Auch in den östlichen Ländern beeinflussen die Wirtschaftsräume mit den hiermit verbundenen sozialen Rahmenbedingungen die Verteilung des Krankenstandes im jeweiligen Land, wobei sich häufig typische Unterschiede zwischen den Regionen mit erfolgreichem Strukturwandel und solchen mit wirtschaftlicher Stagnation erkennen lassen. So verzeich-

**Tabelle 18**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Kreisen in ausgewählten Bundesländern**

BKK Auswertungen nach Regionen	NRW	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Krankenstand
Gelsenkirchen, Stadt		13.259	18,0	4,9
Recklinghausen		32.896	17,6	4,8
Mönchengladbach, Stadt		15.425	17,3	4,7
Düren		15.860	17,1	4,7
Märkischer Kreis		22.419	16,8	4,6
Bochum, Stadt		26.273	16,8	4,6
Dortmund, Stadt		40.610	16,7	4,6
Unna		19.175	16,5	4,5
Duisburg, Stadt		41.337	16,3	4,5
Aachen		16.797	15,9	4,4
Oberhausen, Stadt		14.668	15,7	4,3
Ennepe-Ruhr-Kreis		21.588	15,3	4,2
Essen, Stadt		32.359	15,1	4,1
Wesel		27.544	14,6	4,0
Viersen		17.473	14,2	3,9
<b>Nordrhein-Westfalen</b>		<b>1.110.177</b>	<b>14,2</b>	<b>3,9</b>
Steinfurt		23.520	13,9	3,8
Wuppertal, Stadt		21.841	13,8	3,8
Leverkusen, Stadt		21.732	13,8	3,8
Köln, Stadt		86.808	13,8	3,8
Siegen-Wittgenstein		18.903	13,8	3,8
Erfurtkreis		33.900	13,4	3,7
Borken		23.659	13,4	3,7
Minden-Lübbecke		20.957	13,3	3,6
Bielefeld, Stadt		28.289	13,0	3,6
Neuss		30.826	13,0	3,6
Herford		17.357	12,8	3,5
Mettmann		30.181	12,8	3,5
Gütersloh		33.390	12,5	3,4
Rhein-Sieg-Kreis		38.241	12,4	3,4
Düsseldorf, Stadt		40.685	12,4	3,4
Rheinisch-Bergischer Kreis		22.373	12,2	3,3
Lippe		16.916	11,6	3,2
Bonn, Stadt		14.572	10,7	2,9
Münster, Stadt		13.454	10,4	2,8

BKK Pflichtmitglieder insgesamt

neten etwa in Brandenburg die strukturschwachen Landkreise ausgesprochen hohe Krankheitszeiten, wohingegen die Fehlzeiten in den wirtschaftlich stärkeren Regionen vor allem in Potsdam unter dem Landesdurchschnitt lagen.



	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Kranken- stand
<b>Baden-Württemberg</b>			
Ortenaukreis	24.624	15,3	4,2
Heidenheim	15.663	14,4	3,9
Ostalbkreis	21.119	14,3	3,9
Neckar-Odenwald-Kreis	10.894	14,2	3,9
Karlsruhe, Stadt	21.004	13,8	3,8
Karlsruhe	33.157	13,3	3,7
Ulm, Universitätsstadt	10.027	13,3	3,6
Rastatt	21.404	13,3	3,6
Mannheim, Universitätsstadt	19.277	13,2	3,6
Konstanz	28.719	13,0	3,6
Rhein-Neckar-Kreis	32.932	12,9	3,5
Alb-Donau-Kreis	15.900	12,7	3,5
Göppingen	19.099	12,6	3,5
Zollernalbkreis	18.799	12,5	3,4
Bodenseekreis	26.598	12,4	3,4
Rottweil	12.582	12,3	3,4
Schwarzwald-Baar-Kreis	22.467	12,1	3,3
Ludwigsburg	44.608	12,1	3,3
<b>Baden-Württemberg</b>	<b>802.248</b>	<b>12,1</b>	<b>3,3</b>
Reutlingen	19.808	12,1	3,3
Lörrach	15.380	11,7	3,2
Schwäbisch Hall	10.645	11,7	3,2
Heilbronn	31.231	11,4	3,1
Calw	10.711	11,4	3,1
Tuttlingen	16.178	11,4	3,1
Rems-Murr-Kreis	23.561	11,2	3,1
Enzkreis	10.966	11,1	3,1
Stuttgart, Landeshauptstadt	40.126	11,0	3,0
Tübingen	13.874	10,7	2,9
Esslingen	38.245	10,7	2,9
Breisgau-Hochschwarzwald	14.350	10,6	2,9
Ravensburg	25.724	10,6	2,9
Biberach	19.399	10,6	2,9
Böblingen	28.077	10,3	2,8
Freiburg im Breisgau, Stadt	10.827	9,5	2,6

	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Kranken- stand
<b>Brandenburg</b>			
Märkisch-Oderland	18.530	16,5	4,5
Barnim	17.215	16,4	4,5
Prignitz	6.594	16,0	4,4
Dahme-Spreewald	13.216	15,9	4,4
Oberhavel	17.451	15,6	4,3
Potsdam-Mittelmark	19.211	15,5	4,2
Oberspreewald-Lausitz	9.707	15,4	4,2
Havelland	14.937	15,3	4,2
<b>Brandenburg</b>	<b>206.890</b>	<b>15,2</b>	<b>4,2</b>
Oder-Spree	17.383	15,1	4,1
Teltow-Fläming	13.707	15,1	4,1
Cottbus, Stadt	6.720	15,0	4,1
Ostprignitz-Ruppin	6.392	14,9	4,1
Elbe-Elster	7.056	14,7	4,0
Spree-Neiße	8.957	14,4	3,9
Frankfurt (Oder), Stadt	2.843	14,0	3,8
Brandenburg an der Havel, Stadt	5.825	13,7	3,7
Uckermark	8.888	13,6	3,7
Potsdam, Stadt	12.259	13,3	3,7

## Regionale Verteilung der Krankheitsarten

Die Verteilung nach Krankheitsarten weist ebenfalls regionale Besonderheiten auf, die in *Schaubild 33* wiedergegeben sind. So nehmen *Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems* besonders bei den BKK Pflichtmitgliedern in den westdeutschen Bundesländern Schleswig-Holstein, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Niedersachsen einen überdurchschnittlichen Anteil der Fehltage ein, womit hier die Vorjahresergebnisse bestätigt werden. Bemerkenswert dabei ist, dass hier nicht – wie in den Ergebnissen nach Branchen und Berufen vorgefunden – nur Länder betroffen sind, die generell einen hohen Krankenstand aufweisen. So lag der Krankenstand teilweise, wie in Schleswig-Holstein, sogar unter dem Durchschnitt aller Bundesländer. Gleichzeitig wiesen auch Länder mit tendenziell überdurchschnittlichen Fehlzeiten (wie etwa die ostdeutschen Länder) unterdurchschnittliche Anteile dieser Erkrankungsart auf. Gründe hierfür sind einerseits in den sektoralen Strukturen der regionalen Arbeitsmärkte wie auch auf der anderen Seite in regional unterschiedlichen Facharztangeboten zu suchen.

Krankheiten des *Herz- und Kreislaufsystems* hatten in den östlichen Ländern seit der Wiedervereinigung einen größeren Anteil am AU-Geschehen als im Westen. Von den alten Bundesländern wiesen nur die BKK Pflichtmitglieder in Berlin mit 5,0 % annähernd die Anteile von Herz- und Kreislaufkrankungen wie in Ostdeutschland (5,3 bis 6,8 %) auf. Die westlichen Flächenländer Schleswig-Holstein, Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen meldeten dagegen mit nur rund 4 % niedrige Anteile der durch Herz-/

Kreislaufkrankungen verursachten Krankheitstage, wobei der niedrigste Anteil mit nur 3,9 % in Schleswig-Holstein gemeldet wurde. Die Krankheitsgruppe zeigt im längerfristigen Trend des AU-Geschehens eine bereits seit Jahren rückläufige Entwicklung.

Ein vergleichsweise hoher Anteil von 15,1 % der im Bundesdurchschnitt gemeldeten AU-Tage entfiel auf *Krankheiten des Atmungssystems*. Auch hierbei verzeichnete Schleswig-Holstein (12,7 %) den geringsten Anteil an den Fehltagen, wobei dort die vergleichsweise günstigen Umwelteinflüsse die Erkrankungshäufigkeit offenbar deutlich reduzieren. Hohe Fehlzeitenanteile durch Atemwegserkrankungen verzeichneten dagegen im Westen u. a. Rheinland-Pfalz (16,6 %) und Hessen (16,4 %) sowie – bei allerdings niedrigem Krankenstandsniveau – Baden-Württemberg (16,3 %). In Ostdeutschland wurden 15,4 % der AU-Tage durch Atemwegserkrankungen verursacht, während in den alten Bundesländern wie in den Vorjahren etwas weniger anfielen (15,1 %). In den Neunjahresjahren waren hier noch weit deutlichere Differenzen zwischen Ost und West auszumachen.

Sehr auffällige regionale Unterschiede ließen sich erneut bei den durch *psychische Störungen* verursachten Krankheitstagen beobachten. In Hamburg und Berlin war – wie schon in den Vorjahren – der Anteil entsprechender Diagnosen an den Fehltagen besonders groß. In Berlin betrug er 13,2 %, in Hamburg sogar 16,9 %. Damit übertraf der Anteil in Hamburg sogar den Anteil der durch Atemwegserkrankungen verursachten AU-Tage. Die geringsten Anteile psychisch bedingter Krankheitstage ver-

zeichneten unter den westdeutschen Ländern Bremen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz. Aber auch dort lagen die Anteile mit etwa 10 % über dem Niveau in Ostdeutschland, wo durchschnittlich 9,2 % der AU-Tage auf diese Erkrankungen entfielen (+1,0 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr), während es im Westen im Schnitt 11,2 % waren (+0,7 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr). Im Osten verzeichnete Sachsen 2008 wie schon in den Vorjahren mit 9,7 % der AU-Tage erneut einen hohen Anteil der psychisch verursachten Krankheitstage. Dennoch bestehen weiterhin – wenn auch abnehmend – strukturelle Differenzen der Versorgungsangebote im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich zwischen Ost und West<sup>2</sup>, die die Prävalenz in der Arbeitsunfähigkeit mitbeeinflussen dürften.

Noch vorhandene Ost-West-Unterschiede ließen sich auch bei den *Erkrankungen des Verdauungssystems* beobachten. Auf sie entfielen im Osten 7,1 % der Fehltage (+0,1 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr), im Westen dagegen nur 6,4 %. Darüber hinaus waren auch bei Verletzungen größere Unterschiede zwischen Ost und West feststellbar. Während in den ostdeutschen Ländern im Schnitt 14,6 % der AU-Tage durch Verletzungen ausgelöst wurden, waren es im Westen nur 13,6 % – allerdings mit erheblich stärkeren Streuungen. So lag die Spannweite im Westen zwischen nur 11,8 % der Fehltage in Hamburg und 15,7 % in Bayern, während sich die Anteile in den neuen Ländern zwischen 14,2 % (Brandenburg) und 14,8 % (Mecklenburg-Vorpommern) weniger stark unterschieden. Weitere detaillierte Angaben können der *Tabelle 6* im Anhang entnommen werden.

<sup>2</sup> Nach letzten statistischen Angaben standen 2008 je 100.000 Einwohner im Osten nur 1,56 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie noch 3,8 Ärzte dieser Fachrichtungen im Westen gegenüber.

Krankheitsarten in den Bundesländern (AU-Tage)

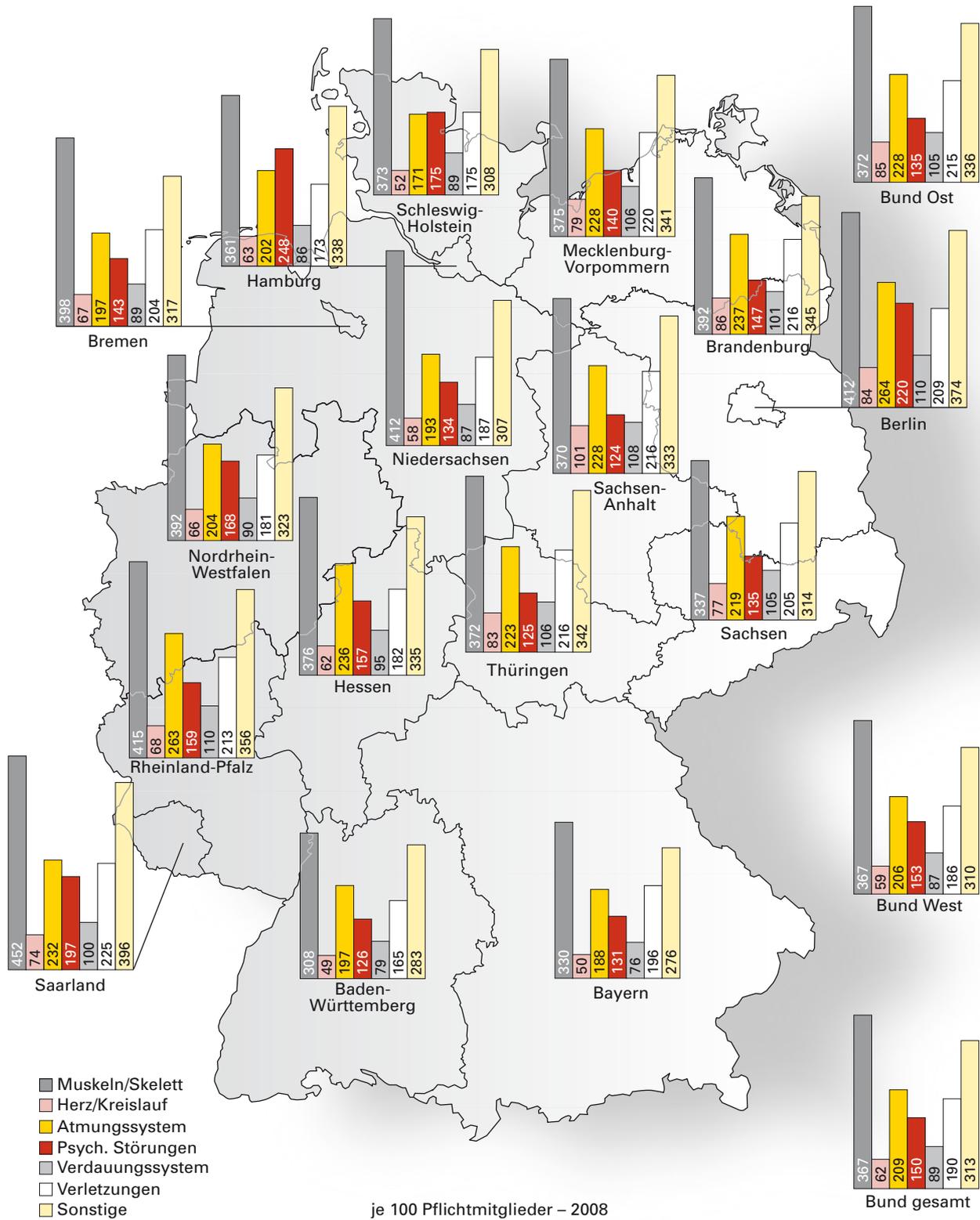


Schaubild 33

## 4.2 Stationäre Behandlung in den Bundesländern

Wie schon die Arbeitsunfähigkeit, so unterschieden sich auch Häufigkeit und Ursachen von Krankenhausaufenthalten zwischen den Bundesländern zum Teil erheblich. Die meisten Krankenhausfälle gab es in Sachsen-Anhalt (219 Fälle und 2.110 Tage je 1.000 Versicherte), Nordrhein-Westfalen (202 Fälle und 1.973 Tage je 1.000 Versicherte), im Saarland (196 Fälle und 1.886 Tage) und in Sachsen (196 Fälle und 1.901 Tage). Die wenigsten Krankenhausfälle wiederum wurden in Baden-Württemberg (135 Fälle und 1.208 Tage), Schleswig-Holstein (161 Fälle und 1.523 Tage) und in Bayern (163 Fälle und 1.447 Tage) gemeldet. Auf Grund steigender Fallzahlen nahmen in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Baden-Württemberg, die Krankenhaustage zu. In Baden-Württemberg sank die Zahl der Krankenhausfälle im Vergleich zum Vorjahr um 1,1 %, die Zahl der Krankenhaustage um 1,7 %. Die deutlichsten Anstiege der Krankenhausfälle verzeichneten Thüringen (+8,4 %),

Sachsen-Anhalt (+7,7 %) und Sachsen (+6,4 %). Die Zunahme der Tage und Fälle fiel in den neuen Ländern auf insgesamt höherem Niveau deutlicher aus als in den alten Bundesländern.

Um bevölkerungsunabhängige Vergleiche zwischen den Bundesländern zu ermöglichen, werden auch hier die Ergebnisse nach Alter und Geschlecht standardisiert und damit um Effekte bereinigt, die einzig auf der spezifischen Bevölkerungsstruktur eines Bundeslandes beruhen und nicht auf das tatsächliche Krankheitsgeschehen hindeuten.

Standardisiert wiesen Sachsen-Anhalt mit 206 Behandlungsfällen, Thüringen mit 200, das Saarland mit 197 sowie Brandenburg mit 196 Behandlungsfällen je 1.000 Versicherte die höchste stationäre Morbidität auf (vgl. *Tabelle 19*). Auch standardisiert nahmen sowohl die Fallzahlen als auch die Krankenhaustage in allen Bundesländern bis auf Baden-

Württemberg zu. Dort fällt der Rückgang jedoch noch geringer aus als in den Rohwerten. Im Bundesdurchschnitt stiegen die Fälle um 3,6 %, die Krankenhaustage um 3,2 %. Überdurchschnittlich erhöht haben sich die stationären Fälle und Tage in Bremen (+5,7 % der Fälle bzw. 8,9 % der Tage), Rheinland-Pfalz (+5,4 % der Fälle bzw. +6,7 % der Tage) und Hamburg (+5,3 % der Fälle bzw. +7,2 % der Tage).

### Verweildauer in den Bundesländern

Die Verweildauer lag im Bundesdurchschnitt bei 9,4 Tagen, in den einzelnen Bundesländern gab es jedoch deutliche Abweichungen (vgl. *Schaubild 34*). Überdurchschnittliche Verweildauern waren in Bremen, Hamburg und Berlin mit 10,8 bis 10,0 Tagen im Mittel festzustellen. Unterdurchschnittliche Verweildauern gab es dagegen in Thüringen und Bayern mit je 8,9 Tagen. Ausgeprägte Unterschiede der mittleren Verweildauern in den Län-

**Tabelle 19**  
**Krankenhausbehandlung in den Bundesländern**

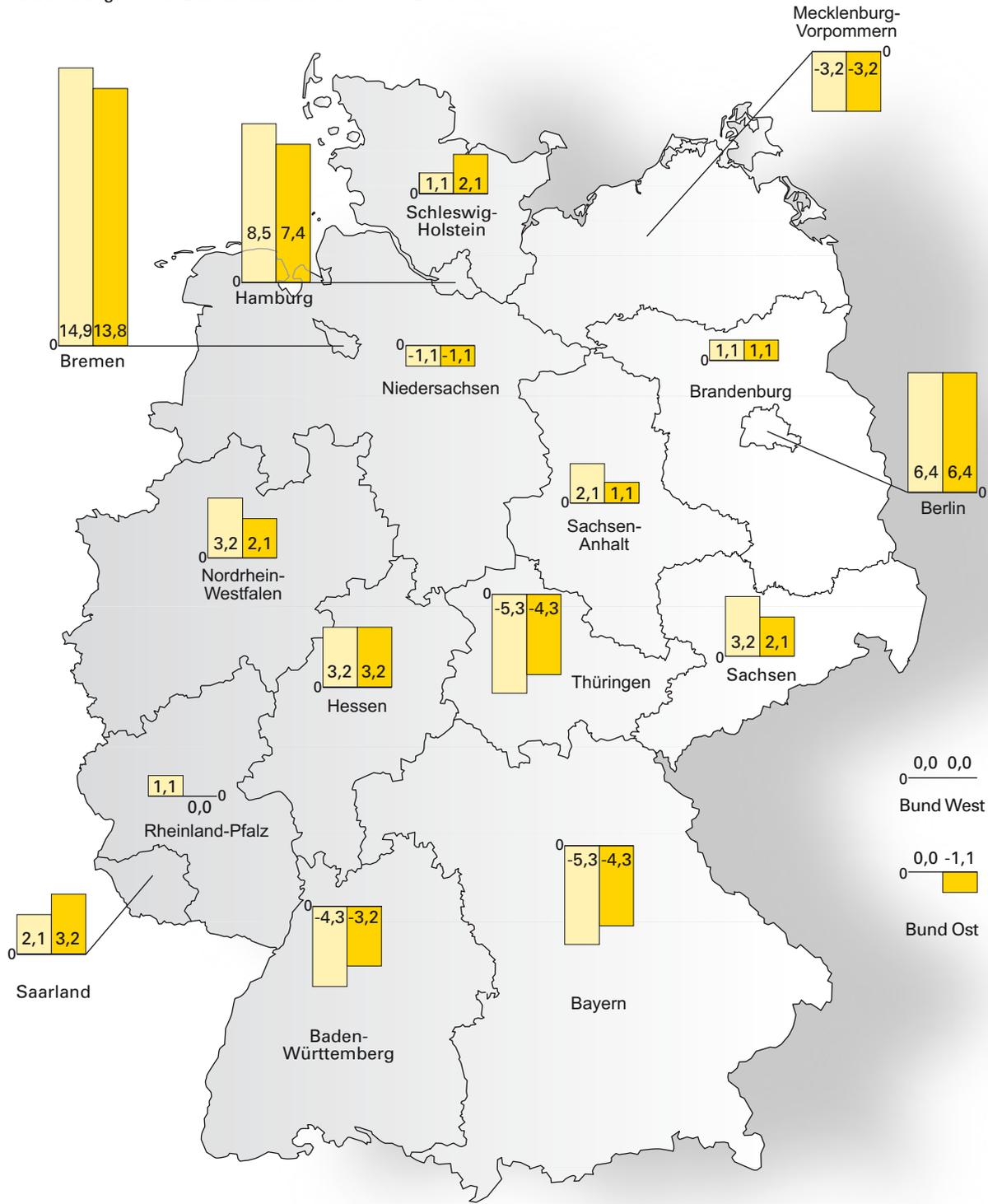
Bundesland	Fälle*		Tage*		Fälle*		Tage*	
		Differenz zum Vorjahr		Differenz zum Vorjahr		Differenz zum Vorjahr		Differenz zum Vorjahr
	<b>BKK Rohwerte</b>				<b>standardisierte Werte**</b>			
Schleswig-Holstein	161	2,7 %	1.523	2,7 %	171	3,3 %	1.637	3,4 %
Hamburg	178	3,9 %	1.818	5,5 %	173	5,3 %	1.758	7,2 %
Niedersachsen	170	4,5 %	1.577	3,3 %	169	4,4 %	1.560	3,1 %
Bremen	187	5,5 %	2.024	8,0 %	180	5,7 %	1.927	8,9 %
Nordrhein-Westfalen	202	4,8 %	1.973	3,7 %	188	4,3 %	1.796	3,2 %
Hessen	180	3,1 %	1.749	3,7 %	179	3,5 %	1.736	4,3 %
Rheinland-Pfalz	188	5,7 %	1.788	7,0 %	182	5,4 %	1.719	6,7 %
Baden-Württemberg	135	-1,1 %	1.208	-1,7 %	148	-0,1 %	1.347	-0,7 %
Bayern	163	4,1 %	1.447	3,1 %	176	4,6 %	1.595	3,5 %
Saarland	196	4,9 %	1.886	8,1 %	197	3,7 %	1.900	6,9 %
Berlin	179	2,3 %	1.797	1,4 %	174	2,9 %	1.731	2,1 %
<b>Bund West</b>	<b>173</b>	<b>3,3 %</b>	<b>1.633</b>	<b>2,7 %</b>	<b>174</b>	<b>3,6 %</b>	<b>1.638</b>	<b>3,1 %</b>
Brandenburg	192	5,5 %	1.815	6,5 %	196	3,6 %	1.868	4,4 %
Mecklenburg-Vorpommern	177	5,1 %	1.601	6,8 %	185	3,1 %	1.683	4,8 %
Sachsen	196	6,4 %	1.901	7,4 %	177	4,1 %	1.695	4,9 %
Sachsen-Anhalt	219	7,7 %	2.110	7,9 %	206	4,9 %	1.963	5,2 %
Thüringen	193	8,4 %	1.712	9,5 %	200	4,9 %	1.786	5,5 %
<b>Bund Ost</b>	<b>196</b>	<b>6,4 %</b>	<b>1.843</b>	<b>7,4 %</b>	<b>194</b>	<b>4,0 %</b>	<b>1.808</b>	<b>4,8 %</b>
<b>Bund gesamt</b>	<b>176</b>	<b>3,6 %</b>	<b>1.656</b>	<b>3,2 %</b>	<b>176</b>	<b>3,6 %</b>	<b>1.656</b>	<b>3,2 %</b>

\* Je 1.000 Versicherte 2008.

\*\* Standardisierung nach Alter und Geschlecht der GKV-Versicherten.

**Mittlere Verweildauer in den Bundesländern\***

Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent



■ Verweildauer nicht standardisiert    ■ Verweildauer standardisiert

\* Versicherte (nach Wohnort) – 2008

Schaubild 34

den bestehen trotz der Annäherung der stationären Falldauern im Zuge der DRG-Einführung (Fallpauschalen) fort. Dies legt nahe, dass sich auch nach Einführung der neuen Abrechnungsregeln die Unterschiede der regionalen Angebotsdichte (z. B. der Bettenzahl) weiterhin deutlich messbar auswirken.

### **Krankheitsarten in den Bundesländern**

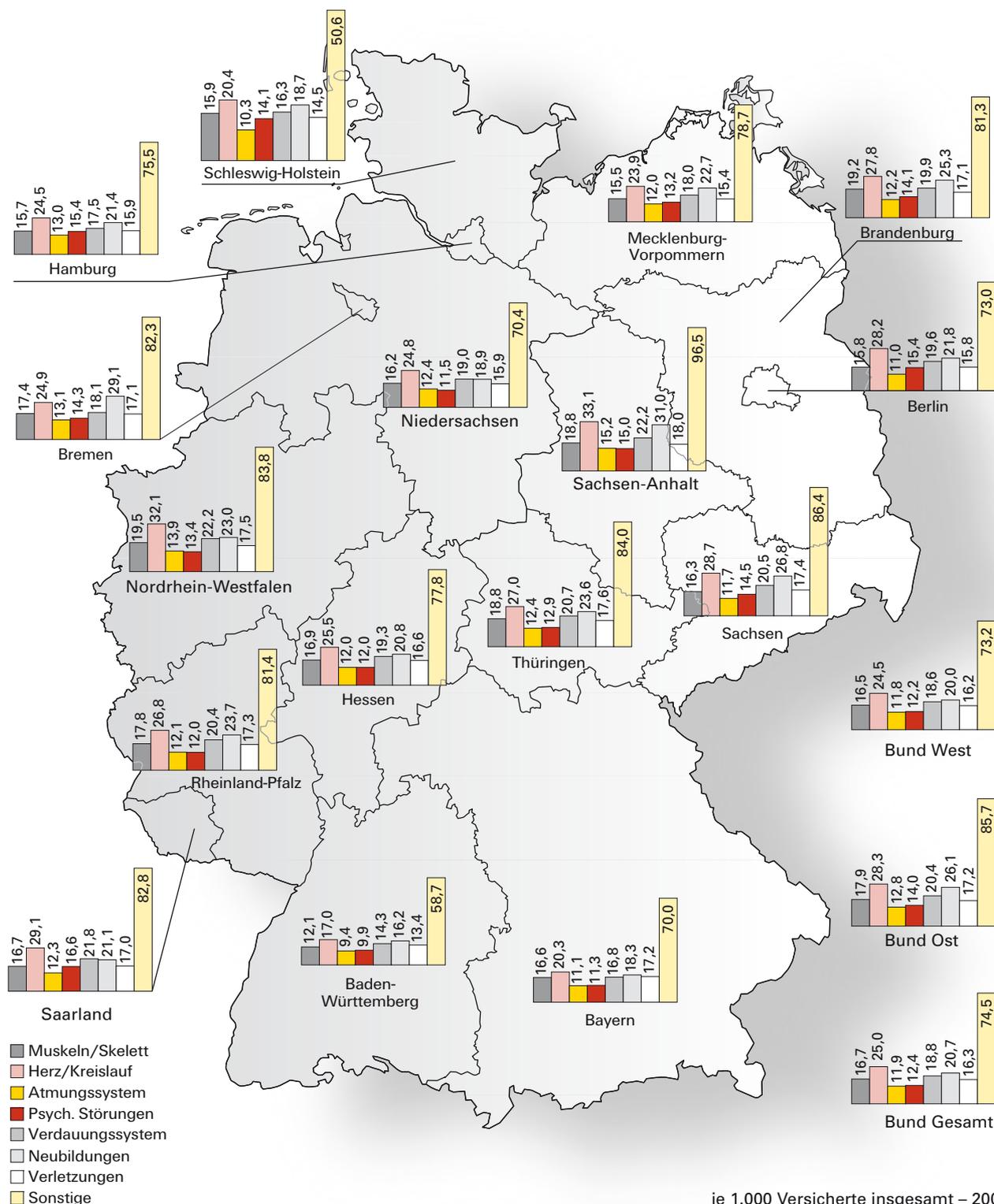
Auch die Verteilung der Krankenhausdiagnosen stellt sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil sehr unterschiedlich dar (vgl. *Schaubild 35*). Herz-/Kreislaufkrankungen sind, gefolgt von Neubildungen und Erkrankungen des Verdauungssystems, bundesweit die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt.

Jeder siebte Behandlungsfall geht auf eine Erkrankung des *Herz-/Kreislaufsystems* zurück. Die meisten auf diese Diagnosegruppe entfallenden Krankenhaufälle wurden in Sachsen-Anhalt und Nordrhein-Westfalen mit 33 bzw. 32 Fällen je 1.000 Versicherte gemeldet. Auch in Berlin waren sie mit einem Anteil von 15,8 % an allen stationären Fällen besonders auffällig. Die geringsten Anteile lagen in Bayern (12,4 %) und Baden-Württemberg (12,6 %) vor.

Auch die Anteile der *Neubildungen* an den stationären Fällen variierten in den einzelnen Bundesländern zum Teil erheblich. Während im Saarland nur 10,7 % und in Niedersachsen 11,2 % der Fälle auf diese Krankheitsgruppe entfielen, bestimmte sie die stationäre Versorgung in den ostdeutschen Ländern zumeist stärker. Hier reichten die Anteile der Neubildungen an den Krankenhaufällen von 12,2 % in Thüringen bis zu 14,2 % in Sachsen-Anhalt. Lediglich in Bremen wurde mit 15,5 % ein noch höherer Anteil erreicht. Absolut fanden sich die meisten Krankenhaufälle neben Bremen (29,1 Fälle) vor allem in Sachsen-Anhalt (31 Fälle).

Während die Zahl der Behandlungsfälle auf Grund von Erkrankungen des Herz-/Kreislaufs- sowie Atmungssystems seit Jahren rückläufig ist, steigen die durch *psychische und Verhaltensstörungen* verursachten Krankenhaufälle an. Auch hier zeigen sich regionale Unterschiede: Während ihr Anteil an den stationären Behandlungen in Schleswig-Holstein und Hamburg bei 8,8 bzw. 8,7 % lag, betrug dieser in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen lediglich 6,4 % und 6,6 %.

Krankheitsarten in den Bundesländern (KH-Fälle)



je 1.000 Versicherte insgesamt – 2008

Schaubild 35





5

Einzel Diagnosen  
und Diagnosegruppen

## 5 Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

In den bisherigen Kapiteln wurde das Erkrankungs-geschehen bei Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlungen auf der Ebene der ICD-Hauptgruppen betrachtet. Dies ermöglicht die Beschreibung langfristiger Trends in der Morbidität auffälliger Bevölkerungsgruppen nach sozioökonomischen und regionalen Merkmalen. Die ICD-Hauptgruppen umfassen jedoch zum Teil recht unterschiedliche Krankheitsbilder, so dass eine vertiefende Betrachtung anhand von Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen aufschlussreich ist.

Im vorliegenden Bericht werden die Diagnosedaten auf der Basis der ICD-10 dokumentiert, wobei jeweils die von der Kasse gekennzeichnete Hauptdiagnose verwendet wird. Da Mehrfachdiagnosen innerhalb eines Falls nicht berücksichtigt werden können, geben die Daten keinen Aufschluss über Multimorbidität.

Mit ihren bis zu 6-stelligen Schlüsselnummern und insgesamt über 14.000 Einzeldiagnosen stellt die 10. Revision der ICD-Klassifikation ein sehr viel differenzierteres Schlüssel-system dar als die 9. Revision, nach der diese Statistik bis zum Jahr 2000 geführt wurde. Dies bedeutet für die Auswertung jedoch, dass Vergleiche mit früheren Jahresergebnissen (bis 2000) auf der Ebene von Einzeldiagnosen nur eingeschränkt möglich sind, auch wenn lediglich die ersten drei Stellen der Schlüsselnummern berücksichtigt werden.

Insgesamt hat sich die vom Gesetzgeber für die Leistungserbringer ab 2000 verbindlich eingeführte Verschlüsselungspflicht der Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung (§§ 295 und 301 SGB V) positiv auf die Gesundheitsberichterstattung ausgewirkt und eine bessere Zuordnung der

Krankheitsbefunde ermöglicht. Zu einer verbesserten Spezifizierung der Diagnosen hatte zunächst auch die Übertragung der Diagnoseverschlüsselung auf die Ärzte beigetragen, die vorher durch die Kassen erfolgte. Allerdings ist im ambulanten Bereich im Unterschied zum Einführungszeitraum nun wieder eine stärkere Konzentration auf die häufigsten ICD-Kodierungen und damit eine zunehmende Tendenz, „gängige“ Kodierungen zu verwenden, zu beobachten. Während in 2001 die fünf häufigsten Diagnosen nur noch gut ein Fünftel (22,6 %) aller AU-Fälle der Mitglieder ohne Rentner umfassten, waren es 2008 bereits 30,3 % (+0,3 % zum Vorjahr). Im Jahr 1999 vor der Einführung der Verschlüsselung durch die Ärzte betrug dieser Anteil etwa ein Drittel der Fälle.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse nach Einzeldiagnosen und Diagnoseuntergruppen bei Arbeitsunfähigkeit und stationären Behandlungen dargestellt. Weitere Einzelauswertungen nach den dreistelligen ICD-Diagnosen sind bei spectrumIK (gesundheitsberichte@spectrumk.de) erhältlich.

### ICD-Hauptgruppen nach der ICD-10-GM

ICD	Bezeichnung
I	A00-B99 Infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	C00-D48 Neubildungen
III	D50-D89 Krankheiten des Blutes
IV	E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00-G99 Krankheiten des Nervensystems
VII	H00-H59 Krankheiten des Auges
VIII	H60-H95 Krankheiten des Ohres
IX	I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00-P96 Bestimmte Zustände, Ursprung in der Perinatalperiode ...
XVII	Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen
XVIII	R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde
XIX	S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen
XX	V01-Y98 Äußere Ursachen von Morbidität (nicht für AU-Bescheinigungen)
XXI	Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (nicht für AU)

## 5.1 Die häufigsten Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit

### Wichtige Einzeldiagnosen

Die häufigsten und nach Krankheits-tagen relevantesten Einzeldiagnosen bei Arbeitsunfähigkeit (auf der dreistelligen Ebene) sind der *Tabelle 9 im Anhang* zu entnehmen. Wie in den vorigen Jahren waren auch in 2008 *Akute Infektionen der oberen Atemwege* (J06) und *Rückenschmerzen* (M54) mit 10,6 % bzw. 7,4 % aller AU-Fälle die häufigsten Einzeldiagnosen in der Arbeitsunfähigkeit. An dritter Stelle stand die Diagnose *Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis* (K52; 5,0 % aller AU-Fälle und 1,9 % der AU-Tage), gefolgt von *Akuter Bronchitis* (J20; 3,7 % der Fälle, 2,1 % der Tage) sowie den *Sonstigen Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates* (K08; 3,6 % der Fälle, 0,8 % der Tage).

Bei den Krankheitstagen schlagen diese Erkrankungen erwartungsgemäß mit sehr unterschiedlichem Gewicht zu Buche. So entfielen 2008 auf *Akute Infektionen der oberen Atemwege* lediglich 4,9 % der Krankheitstage, *Rückenschmerzen* waren dagegen mit einem Anteil von 8,8 % erneut die Einzeldiagnose mit dem größten Anteil an den AU-Tagen. Ihre durchschnittliche Falldauer lag bei 14,9 Tagen. Neben den *Depressiven Episoden* (F32; 3,9 % der Tage, 1,0 % der Fälle) waren auch die bereits genannte *Akute Bronchitis* sowie *Sonstige Bandscheibenschäden* (M51; 2,1 % der Tage, 0,7 % der Fälle) und *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (F43; 1,9 % der Tage, 1,0 % der Fälle) bedeutsam.

Nach der Häufigkeit zeigen sich bei den Geschlechtern keine Unterschiede in der Reihenfolge und nur geringe Abweichungen bei den Anteilen der häufigsten Diagnosen. Männer sind jedoch stärker von *Rückenschmerzen* betroffen als Frauen. Mit einem Anteil von 8,7 % der Fälle und 10,0 % der Tage lagen sie deutlich über den Anteilswerten der weiblichen Versicherten (5,8 % der Fälle und 7,2 % der Tage). Hierbei spielen u. a. unterschiedliche berufliche Tätigkeiten eine Rolle: Männer sind auch heute noch häufiger als Frauen in Berufen tätig, die durch schwere körperliche Arbeit wie etwa schweres Heben und Tragen geprägt

sind. Bei den akuten Infektionen der oberen Atemwege zeigt sich ein differenziertes Bild: Während der Anteil der AU-Fälle auf Grund dieser Erkrankungen bei den Männern deutlich über dem der Frauen (Männer: 10,4 %, Frauen: 1,4 %) lag, wiesen die weiblichen Versicherten einen leicht höheren Anteil an hierdurch verursachten Arbeitsunfähigkeitstagen (Männer: 4,7 %, Frauen: 5,3 %) auf.

Bezogen auf die Krankheitstage stellen bei Männern *Depressive Episoden* (F32; 2,8 % der Tage, 0,8 % der Fälle) und *Verletzungen nicht näher bezeichneter Körperregionen* (T14; 2,4 % der Tage, 2,1 % der Fälle) weitere bedeutsame Ursachen für Arbeitsunfähigkeit dar. Bei Frauen sind

*Depressive Episoden* noch auffälliger. Mit einem Anteil von 5,3 % an den Tagen und 1,4 % an den Fällen wiesen sie fast doppelt so hohe Anteile auf wie die männlichen Versicherten. Dies gilt auch für *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (F43), die bei Frauen mit einem Anteil von 2,7 % der Tage, den vierten Rang bilden. Diese Befunde verdeutlichen die bereits in Kapitel 2.1 thematisierten unterschiedlichen Morbiditätsschwerpunkte bei Männern und Frauen. Während Männer deutlich häufiger durch Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems sowie durch Verletzungen arbeitsunfähig werden, reagieren Frauen auf Belastungen häufiger als Männer mit psychischen Störungen.

**Tabelle 20**  
**Die 10 wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen 2008**

Frauen			
Rang	ICD	Bezeichnung	Tage*
1.	M54	Rückenschmerzen	904,8
2.	F32	Depressive Episode	662,9
3.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	659,6
4.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	344,4
5.	J20	Akute Bronchitis	272,0
6.	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	241,9
7.	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	239,5
8.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	235,5
9.	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	221,1
10.	F48	Andere neurotische Störungen	183,9
Männer			
Rang	ICD	Bezeichnung	Tage*
1.	M54	Rückenschmerzen	1.250,7
2.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	589,0
3.	F32	Depressive Episode	344,2
4.	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	294,8
5.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	294,0
6.	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	283,1
7.	J20	Akute Bronchitis	259,5
8.	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	241,2
9.	M75	Schulterläsionen	229,2
10.	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	205,8

\* Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner

**Tabelle 21**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems**

Diagnoseuntergruppen	Männer			Frauen			Zusammen		
	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall
Infektiöse Arthropathien (M00-M03)	0,3	5,2	20,4	0,2	4,1	20,6	0,2	4,7	20,5
Endzündliche Polyarthropathien (M05-M14)	7,8	103,4	13,2	4,0	82,5	20,4	6,2	94,2	15,3
Arthrose (CD=M15-M19)	7,4	286,7	38,6	5,2	235,1	45,6	6,4	264,1	41,1
Sonstige Gelenkkrankheiten (M20-M25)	19,5	485,8	24,9	12,9	380,1	29,6	16,6	439,4	26,5
Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30-M36)	0,2	4,6	22,2	0,4	11,9	32,2	0,3	7,8	28,0
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M43)	2,7	49,1	18,1	2,4	47,5	19,7	2,6	48,4	18,7
Spondylopathien (M45-M49)	4,7	103,9	21,9	3,7	83,1	22,5	4,3	94,8	22,2
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50-M54)	101,7	1.713,5	16,8	75,0	1.324,6	17,7	90,0	1.542,9	17,1
Krankheiten der Muskeln (M60-M64)	2,5	26,3	10,7	2,0	23,0	11,5	2,3	24,9	11,0
Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (M65-M68)	6,1	103,8	17,0	7,4	144,0	19,4	6,7	121,5	18,2
Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes (M70-M79)	29,9	561,2	18,8	20,8	454,8	21,8	25,9	514,5	19,9
Veränderungen der Knochendichte und -struktur (M80-M85)	0,3	13,2	43,3	0,3	14,2	43,6	0,3	13,7	43,5
Sonstige Osteopathien (M86-M90)	0,6	20,1	32,8	0,5	16,6	31,3	0,6	18,6	32,2
Chondropathien (M91-M94)	0,7	23,9	36,4	0,5	19,1	35,9	0,6	21,8	36,2
Sonstige Krankheiten des (Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M95-M99)	8,4	91,7	11,0	7,6	84,3	11,1	8,0	88,5	11,0
<b>Insgesamt (M00-M99)</b>	<b>192,8</b>	<b>3.592,5</b>	<b>18,6</b>	<b>143,0</b>	<b>2.924,9</b>	<b>20,5</b>	<b>170,9</b>	<b>3.299,7</b>	<b>19,3</b>

Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – Bundesgebiet 2008

### Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems

Nach der Hochphase Anfang der 90er Jahre sind die *Muskel- und Skeletterkrankungen* in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen (1991: 782 AU-Tage, 2000: 409 AU-Tage je 100 Pflichtversicherte insgesamt). Dennoch spielen *Muskel- und Skeletterkrankungen* mit durchschnittlich 3,6 Arbeitsunfähigkeitstagen je Mitglied auch 2008 noch eine wichtige Rolle im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. In *Tabelle 21* wird ein Überblick über die Verteilung der *Muskel- und Skeletterkrankungen* nach Diagnoseuntergruppen für Männer und Frauen gegeben. Bei beiden Geschlechtern

dominierten nach Fällen und Tagen die *Wirbelsäulen- und Rückenleiden* (M40-M54; vgl. *Schaubild 36.1-36.2*).

Mit Ausnahme der *Krankheiten der Synovialis und der Sehnen* (M65-M68), der Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30-M36) sowie den *Veränderungen der Knochendichte und -struktur* (M80-M85) wiesen Frauen weniger Erkrankungsfälle als Männer auf. So meldeten Frauen ein Drittel weniger Fälle und ein Fünftel weniger Tage als Männer auf Grund von *Arthropathien* (Gelenkleiden, M00-M25). Bei *Krankheiten der Wirbel-*

*säule und des Rückens* (M40-M54) lagen sowohl Fälle als auch Tage der Frauen bei ca. drei Viertel der Vergleichsgrößen für Männer. Dass die Arbeitsunfähigkeitstage durch *Osteopathien und Chondropathien* (M80-M94) bei Frauen im Vergleich zu Männern sogar etwas niedriger ausfielen, ist dadurch zu erklären, dass diese Krankheiten bis zu einem Alter von etwa Mitte fünfzig stärker bei Männern verbreitet sind, bei Frauen dagegen erst nach der Menopause eine starke Zunahme erfahren.

Schaubild 36.1

#### Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)

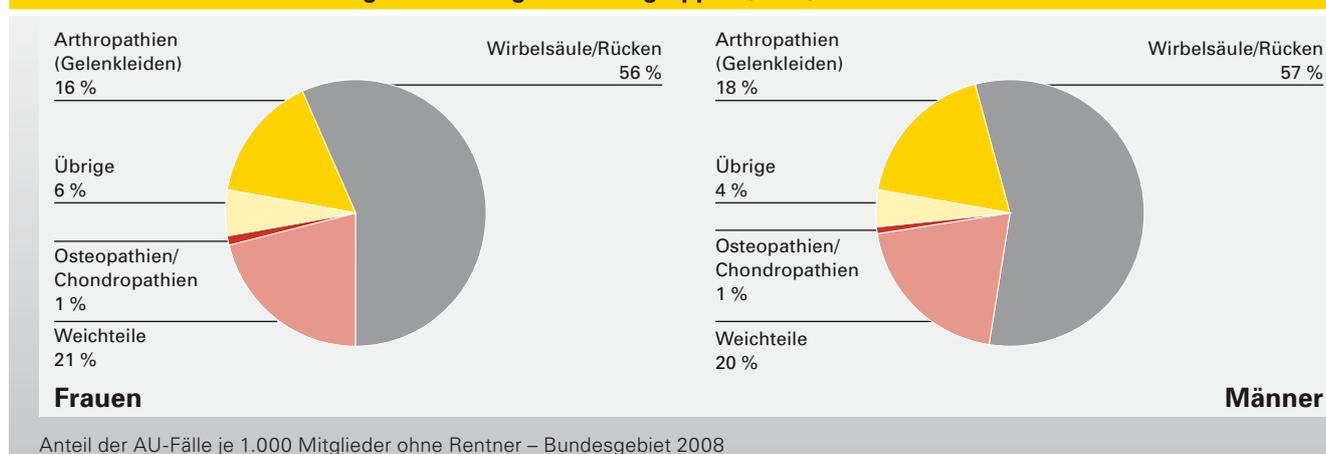
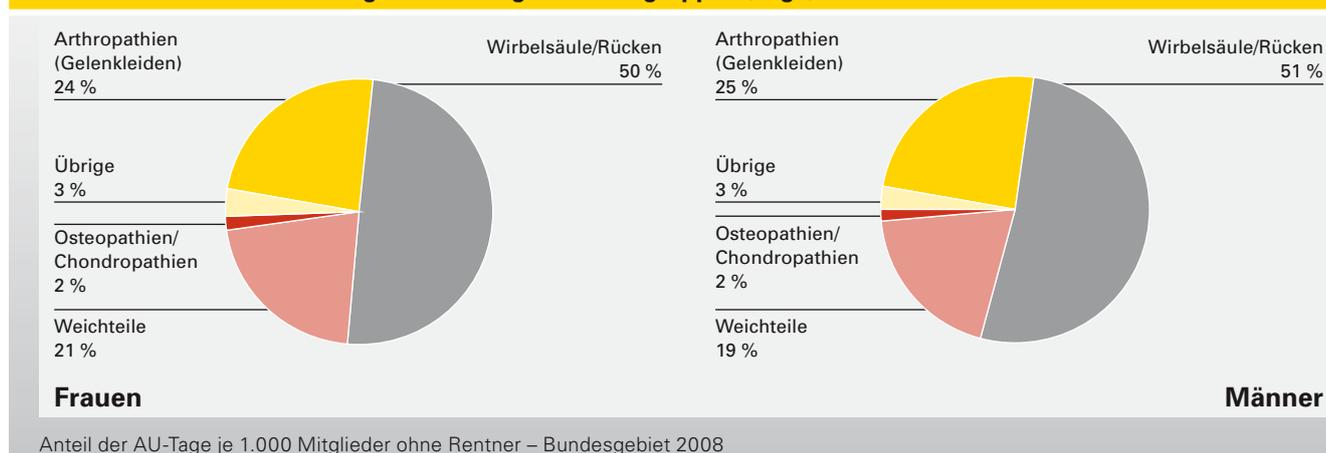


Schaubild 36.2

#### Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (Tage)



**Tabelle 22**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Krankheiten des Atmungssystems**

Diagnoseuntergruppen	Männer			Frauen			Zusammen		
	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall
Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06)	153,5	904,1	5,9	186,8	1.098,2	5,9	168,1	989,3	5,9
Grippe und Pneumonie (J10-J18)	13,1	109,6	8,4	12,2	98,3	8,0	12,7	104,7	8,2
Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (J20-J22)	38,6	277,8	7,2	40,1	290,5	7,2	39,3	283,4	7,2
Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39)	18,1	148,2	8,2	23,7	168,0	7,1	20,6	156,9	7,6
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47)	40,1	311,2	7,8	42,7	318,3	7,4	41,3	314,3	7,6
Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen (J60-J70)	0,1	1,9	22,9	0,1	0,8	12,8	0,1	1,4	19,2
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen (J80-J84)	0,1	2,9	34,3	0,1	2,3	35,1	0,1	2,6	34,6
Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege (J85-J86)	0,0	1,1	35,0	0,0	0,6	24,1	0,0	0,9	30,9
Sonstige Krankheiten der Pleura (J90-J94)	0,2	7,5	38,5	0,1	3,9	36,7	0,2	5,9	37,9
Sonstige Krankheiten des Atmungssystems (J95-J99)	7,1	45,4	6,4	8,5	52,0	6,1	7,7	48,3	6,3
<b>Insgesamt (J00-J99)</b>	<b>271,0</b>	<b>1.810,0</b>	<b>6,7</b>	<b>314,4</b>	<b>2.033,0</b>	<b>6,5</b>	<b>290,0</b>	<b>1.907,8</b>	<b>6,6</b>

Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – Bundesgebiet 2008

### Krankheiten des Atmungssystems

Bei den *Krankheiten des Atmungssystems* stehen nach Fallhäufigkeit und Krankheitstagen *Akute Infektionen der oberen Atemwege* (J00-J06) mit einem Anteil von 58 % an den AU-Fällen und 52 % an den AU-Tagen im Vordergrund. Es folgen *Chronische Krankheiten der unteren Atemwege* (J40-J47), *Akute Bronchialerkrankungen* (J20-J22) sowie *Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege* (vgl. *Tabelle 22* und *Schaubild 37.1-37.2*). Diese Rangfolge ist bei Männern und Frauen gleich. Frauen erkrankten, wie auch in den Vorjahren, generell häufiger an Atemwegserkrankungen als Männer. Die Häufigkeit dieser Krankheitsgruppe bei Frauen (314 AU-Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner)

überstieg die bei Männern (271 Fälle je 1.000) um 16 %. Dabei traten insbesondere die akuten Infektionen der oberen Atemwege bei Frauen häufiger auf, sowohl die Anzahl der AU-Fälle als auch der AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner lag jeweils um ein Fünftel über der der Männer. Dagegen waren Frauen weniger als Männer von schwereren Erkrankungen wie Grippe und Pneumonie (um etwa ein Zehntel bei Fällen und Tagen) betroffen.

Wie im Vorjahr war auch 2008 erneut ein Anstieg der Krankheiten des Atmungssystems zu verzeichnen. Arbeitsunfähigkeiten auf Grund von Krankheiten des Atmungssystems stiegen um 17 AU-Fälle

und 92 AU-Tage an (290 Fälle und 1.908 Tage je 1.000 Mitglieder 2008 gegenüber 273 Fälle und 1.816 Tage je 1.000 Mitglieder 2007). Allerdings weist diese Krankheitsgruppe in der Regel keine mehrjährigen Trends auf, da ihre Verbreitung stark durch jährlich wechselnde Erkältungs- und Grippehäufigkeiten geprägt wird.

Schaubild 37.1

#### Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)

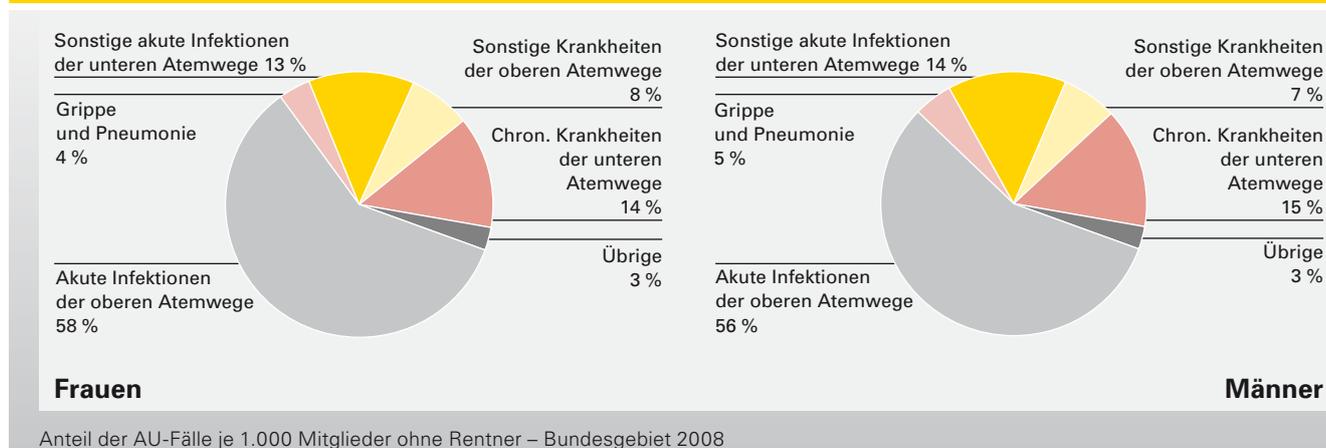
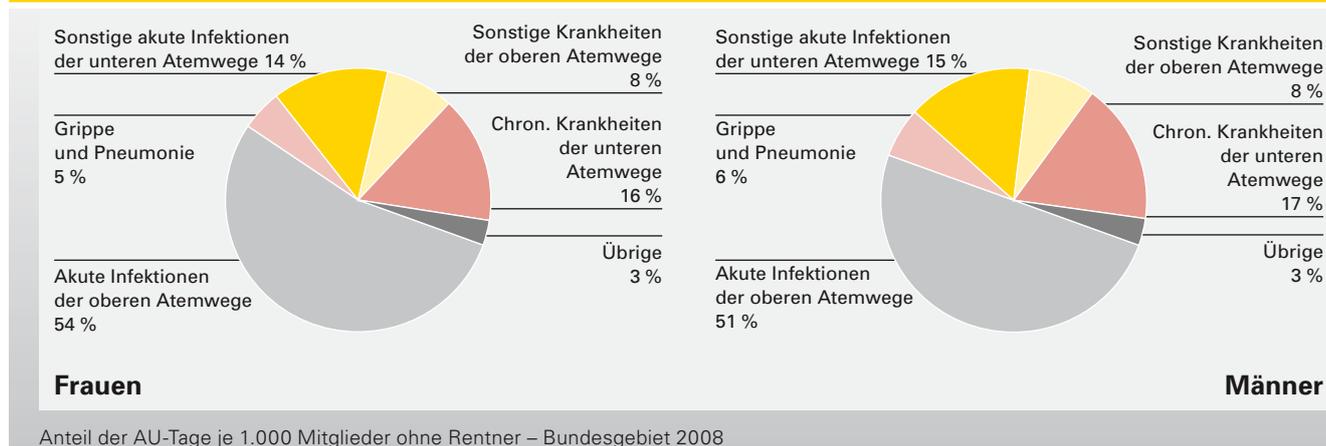


Schaubild 37.2

#### Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen (Tage)



**Tabelle 23**  
**Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: psychische und Verhaltensstörungen**

Diagnoseuntergruppen	Männer			Frauen			Zusammen		
	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall
Organische, einschließlich symptomatischer psych. Störungen (F00-F09)	0,2	7,4	47,7	0,2	5,4	31,0	0,2	6,5	39,8
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	1,8	79,4	44,7	0,7	32,4	47,4	1,3	58,8	45,3
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	0,8	46,8	61,2	0,7	42,1	61,1	0,7	44,8	61,1
Affektive Störungen (F30-F39)	8,9	440,9	49,5	17,5	841,5	48,1	12,7	616,6	48,7
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	15,3	411,4	26,9	31,4	823,8	26,2	22,4	592,2	26,5
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	0,3	4,9	19,7	0,5	22,9	43,6	0,4	12,8	34,6
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	0,2	10,7	46,2	0,4	22,6	56,7	0,3	15,9	52,2
Intelligenzminderung (F70-F79)	0,0	0,2	14,1	0,0	0,3	36,0	0,0	0,2	21,1
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	0,0	0,3	21,8	0,0	0,5	24,9	0,0	0,4	23,5
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	0,1	2,4	28,1	0,1	1,8	21,4	0,1	2,1	25,1
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99-F99)	0,2	5,7	23,6	0,5	12,0	24,4	0,4	8,5	24,1
<b>Insgesamt (F00-F99)</b>	<b>27,8</b>	<b>1.009,9</b>	<b>36,4</b>	<b>52,0</b>	<b>1.805,4</b>	<b>34,7</b>	<b>38,4</b>	<b>1.358,8</b>	<b>35,4</b>

Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – Bundesgebiet 2008

## Psychische und Verhaltensstörungen

*Psychische Störungen* haben in den letzten Jahren im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen kontinuierlich an Bedeutung gewonnen. Auch wenn in einzelnen Jahren (z. B. 1997 und 1998) die absolute Zahl der mit diesen Diagnosen verbundenen Krankheitstagen im Zuge der allgemeinen Krankenstandsentwicklung abgenommen hat, vergrößerte sich dennoch der Anteil der psychisch bedingten Fehlzeiten an der gesamten Arbeitsunfähigkeit von Jahr zu Jahr. Betrug dieser Anteil 1980 noch 2,5 % und 1990 3,7 %,

so überschritt er im Jahr 2000 bereits die 7 %-Grenze und lag 2008 bei 10,9 %. Bei Pflichtversicherten einschließlich Arbeitslosen wurden 2008 150 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 durch *Psychische Störungen* verursacht (vgl. *Schaubild 38* sowie *Tabelle 2 im Anhang*). Damit hat sich der Anteil der *Psychischen Störungen* am Krankenstand in den letzten 30 Jahren mehr als vervierfacht. Sie nehmen inzwischen unter den Diagnosehauptgruppen den vierten, bei den Frauen sogar den dritten Rang ein – vor den Krankheiten des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems. Die Gründe für die Zunahme sind sowohl in der realen

Zunahme der Morbidität als auch in veränderten Diagnosestellungen der Ärzte zu vermuten.

Bei Frauen lagen die durch psychische Diagnosen begründeten Krankheitszeiten 2008 um ca. vier Fünftel (79 %) höher als bei Männern. Quantitativ standen hierbei die Gruppen *Affektive Störungen* (F30-F39) und *Neurotische, Belastungs- und somatoformen Störungen* (F40-F48, z. B. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) mit jeweils etwa 45 % der psychischen Erkrankungstage im Vordergrund (vgl. *Tabelle 23*). In der letztgenannten Gruppe dominierten

Schaubild 38.1

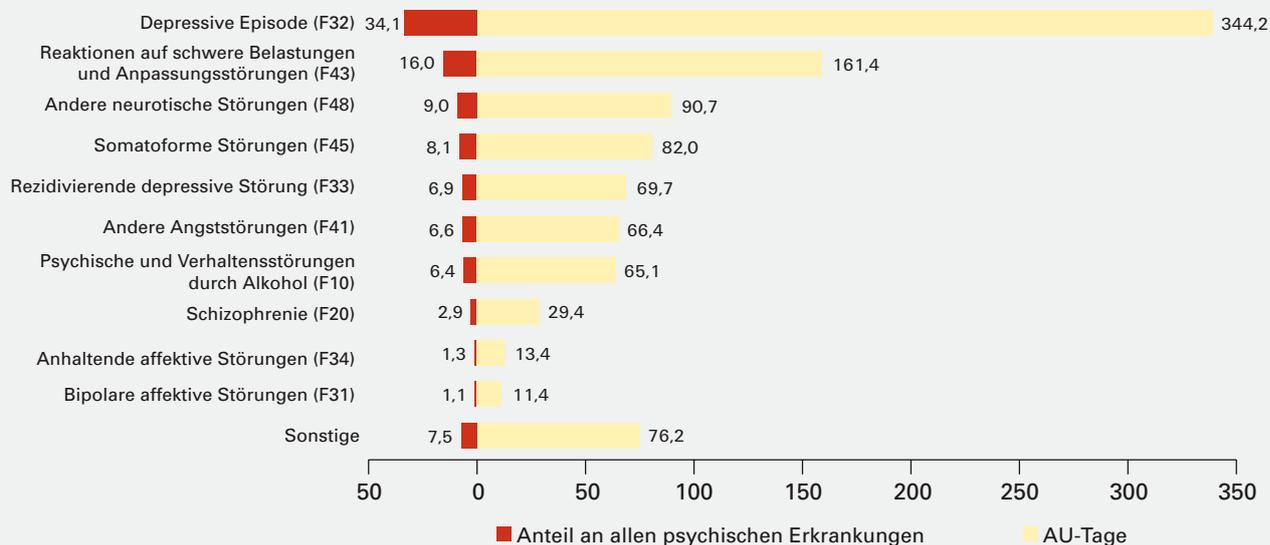
## Psychische Erkrankungen nach Geschlecht und Einzeldiagnosen – Frauen



je 1.000 Mitglieder ohne Rentner - Bundesgebiet 2008

Schaubild 38.2

## Psychische Erkrankungen nach Geschlecht und Einzeldiagnosen – Männer



je 1.000 Mitglieder ohne Rentner - Bundesgebiet 2008

*Depressionen*, die bei den AU-Tagen der Frauen schon den zweiten Rang unter den Einzeldiagnosen einnehmen. In beiden Diagnosegruppen wiesen Frauen nahezu die doppelte Anzahl der Krankheitstage auf.

Bei Männern kommen als dritte bedeutende Erkrankungsgruppe *Psychi-*

*sche und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (F10-F19) hinzu, auf die 2008 8% der gemeldeten Tage entfielen. Mehr als drei Viertel hiervon standen in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch (82%). Bei Frauen spielen derartige Erkrankungen – wie auch psychische Krankheiten auf Grund des Missbrauchs anderer Drogen – bisher eine

deutlich geringere Rolle. Die hierdurch verursachten AU-Tage betragen nur etwa zwei Fünftel der Werte für Männer und machten zugleich nur rund 2% der für Frauen gemeldeten AU-Tage mit dieser Erkrankungsgruppe aus.

**Tabelle 24**  
**Häufigste Diagnosegruppen im Krankenhaus 2008**

Diagnosegruppen	Männer			Frauen			Zusammen		
	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall	KH-Fälle	KH-Tage	Tage je Fall
Sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I52)	8,1	80,7	9,9	6,8	70,8	10,4	7,4	75,7	10,2
Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25)	9,0	67,1	7,4	4,0	31,3	7,8	6,5	48,9	7,6
Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (G40-G47)	5,4	27,7	5,2	3,6	23,1	6,4	4,5	25,4	5,7
Sonstige Krankheiten des Darmes (K55-K63)	4,4	33,8	7,8	4,3	37,4	8,7	4,3	35,6	8,2
Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39)	4,7	24,5	5,2	3,9	20,6	5,4	4,3	22,5	5,3
Arthrose (M15-M19)	3,3	39,0	11,9	4,6	59,3	12,8	4,0	49,3	12,5
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	5,6	55,1	9,8	2,2	20,5	9,2	3,9	37,6	9,6
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50-M54)	3,7	31,6	8,5	3,9	35,2	9,1	3,8	33,4	8,8
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26)	4,6	53,9	11,6	2,8	35,1	12,5	3,7	44,4	12,0
Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (K80-K87)	3,0	28,6	9,6	3,9	31,7	8,1	3,5	30,2	8,7
Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)	3,5	47,5	13,7	3,1	43,1	14,1	3,3	45,3	13,9
Verletzungen des Kopfes (S00-S09)	3,8	18,0	4,8	2,7	12,3	4,6	3,2	15,1	4,7
Affektive Störungen (F30-F39)	2,3	82,7	35,8	3,8	146,3	38,2	3,1	115,0	37,3
Infektiöse Darmkrankheiten (A00-A09)	2,8	15,0	5,4	3,1	17,8	5,8	2,9	16,4	5,6
Gutartige Neubildungen (D10-D36)	1,3	8,7	6,9	4,4	29,6	6,7	2,9	19,3	6,8
Hernien (K40-K46)	4,4	20,9	4,7	1,3	8,8	6,7	2,9	14,7	5,2
Allgemeinsymptome (R50-R69)	2,6	15,1	5,8	2,8	17,2	6,1	2,7	16,2	6,0
Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums (K20-K31)	2,7	19,6	7,4	2,6	19,8	7,6	2,6	19,7	7,5
Komplikationen bei chirurg. Eingriffen und mediz. Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert (T80-T88)	2,5	28,6	11,3	2,5	30,2	12,1	2,5	29,4	11,7
Grippe und Pneumonie (J10-J18)	3,0	31,7	10,7	2,1	21,8	10,5	2,5	26,7	10,6
<b>Insgesamt (A00-Z99)</b>	<b>175,9</b>	<b>1.625,2</b>	<b>9,2</b>	<b>175,4</b>	<b>1.685,8</b>	<b>9,6</b>	<b>175,6</b>	<b>1.655,9</b>	<b>9,4</b>

Je 1.000 Versicherte insgesamt – Bundesgebiet 2008

## 5.2 Krankheitsursachen stationärer Krankenhausbehandlungen im Jahr 2008

In den vorherigen Kapiteln wurde bereits über die Fallzahlsteigerung und den Anstieg der Behandlungstage im Jahr 2008 berichtet. Diese Entwicklung entspricht durchaus dem bundesweiten Trend.<sup>1</sup> Augenfällig sind jedoch die im bundesweiten Vergleich recht hohen Behandlungstage je Fall, die 2008 durchschnittlich 9,4 Tage betragen und somit gegenüber dem Vorjahr nur leicht zurückgegangen sind. Die folgende Analyse wesentlicher Einzeldiagnosen soll Aufschluss über die Gründe dieser Abweichung geben. In die Betrachtung fließt punktuell die Krankheitsliste des Bundesversicherungsamtes (BVA)<sup>2</sup> ein, weil sich auch hieraus eine Veränderung der Schweregrade stationär behandelte Fälle ableiten lässt.

### Das Diagnosespektrum im Jahr 2008

Einen Überblick über die häufigsten Krankheitsgruppen in der stationären Behandlung gibt die nebenstehende *Tabelle 24*. Wie im Jahr zuvor nehmen in der Gesamtheit die *Sonstigen Formen der Herzkrankheit* (I30-I52) und die *Ischämischen Herzkrankheiten* (I20-I25) die beiden obersten Ränge ein. Verantwortlich für diese hohe Platzierung sind bei der Krankheitsgruppe *Sonstige Formen der Herzkrankheit* z. B. die *I50 Herzinsuffizienz*, Nr. 52 der BVA-KH, oder die *I48 Vorhofflimmern*, BVA-KH 59. Die *Ischämischen Herzkrankheiten* werden von der *I20 Angina Pectoris* (BVA-KH 55) dominiert. Die Zunahme der *Sonstigen Formen der Herzkrankheit* von 7,1 auf 7,4 Fälle je 1.000 Versicherte sowie der Rückgang der *Ischämischen Herzkrankheiten* von 6,6 auf 6,5 Fälle entsprechen dem bundesweiten Trend.<sup>3</sup>

An die Stelle der *Sonstigen Krankheiten der oberen Atemwege* (J30-J39), die 2007 noch die dritthäufigste stationäre Behandlungsursache war, sind die *Episodischen und paroxysmalen Krankheiten*

*des Nervensystems* (G40-G47) mit 4,5 Fällen je 1.000 Versicherte getreten. Der Drittplatzierung der *episodischen und paroxysmalen Krankheiten des Nervensystems* liegt u. a. eine Zunahme der Diagnose G40 *Epilepsie* (BVA-KH 49) zugrunde. Der Abschlussbericht zum G-DRG-System 2008 lässt auf Veränderungen im Themenbereich Epilepsie schließen. Bei derartigen Systemumbauten kann die Verfeinerung der DRG-Leistungsbeschreibungen mit einer Entmischung (fachl.: Dekondensierung) einhergehen, was sich in der Diagnosekodierung niederschlagen und einen statistischen Effekt (z. B. Erhöhung einer Erkrankungshäufigkeit) zur Folge haben kann. Eine erkennbare rückläufige Tendenz liegt bei der Einzeldiagnose G47 *Schlafstörungen* vor, die z. B. durch eine Verlagerung der Leistungserbringung in den ambulanten Bereich zustande gekommen sein kann.

*Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege* teilen sich mit einer Häufigkeit von 4,3 Fällen je 1.000 Versicherte den vierten Rang mit den *Sonstigen Krankheiten des Darmes* (K55-K63). Eine Erklärung für die Rang-Verschiebung der *Sonstigen Krankheiten der oberen Atemwege* ist ein leichter Rückgang der chronischen Mandelentzündungen (J35).

### Die Alkoholkrankheit bleibt die häufigste Einzeldiagnose

Wenngleich die Krankheitsgruppe *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (F10-F19) den gleichen Rang einnimmt wie im Vorjahr, darf dies nicht über den Anstieg von 3,6 auf 3,9 Fälle je 1.000 Versicherte hinwegtäuschen. Bei stationärer Behandlung war die häufigste Einzeldiagnose in dieser Krankheitsgruppe erneut die *Psychische Störung durch Alkohol* (F10, KH 36 der BVA-Krankheitsliste). Gegenüber 2,9 Fällen und 26 Tagen im Vorjahr erfolgte die Diagnosestellung im Jahr 2008 bei

3,1 Fällen je 1.000 Versicherte, die an rund 27 Tagen je 1.000 Versicherte (vgl. *Tabelle 12 im Anhang*) im Krankenhaus lagen. Auch wenn in der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes<sup>4</sup> keine Diagnosedaten aus dem Entgeltbereich der Bundespflegesatzverordnung enthalten sind, so ist auch bundesweit für die F10 eine bedenkliche Zunahme zu erkennen.

Der F10 direkt nachgelagerte Einzeldiagnosen waren die *Herzinsuffizienz* (I50) mit 3,0 Fällen je 1.000 Versicherte und *Angina pectoris* (I20) mit 2,6 Fällen je 1.000 Versicherte. Die durchschnittliche Verweildauer je Fall war bei den Herzerkrankungen mit 12,6 Tagen (-0,2 *Herzinsuffizienz*) bzw. 6,1 Tagen (-0,1 *Angina pectoris*) rückläufig gegenüber 2007. Bei gestiegener Fallzahl und ebenfalls gestiegener Zahl an Krankenhaustagen je 1.000 Versicherte entwickelte sich auch die Verweildauer der F10 mit 8,8 Tagen (-0,2) leicht zurück. Die hohe durchschnittliche Verweildauer der Herzinsuffizienz in Höhe von 38 Krankenhaustagen je 1.000 Versicherte wurde nur durch die Depressionen (F32-33, BVA-KH 38) mit 55 bzw. 50 Tagen übertroffen, die damit im Vergleich zum Vorjahr mit rund 26 % dem zunehmenden Trend der letzten Jahre folgt. Auch *Gallensteine* (K80) gehörten mit 2,3 Fällen je 1.000 zu den häufigsten Krankheitsursachen für stationäre Behandlung. Eine außergewöhnliche Veränderung gegenüber dem Vorjahr ist jedoch nicht zu vermerken. Mit 7,6 Tagen je Fall (-0,2) zählt diese Erkrankungsart zu denjenigen, die eine rückläufige Verweildauer aufweisen.

### Krankenhausdiagnosen bei älteren Versicherten

Da die Morbidität mit dem Alter zunimmt, steigt vor allem bei älteren Menschen die Wahrscheinlichkeit der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Dem entsprechend wiesen Rentner auch 2008 die

<sup>1</sup> Siehe hierzu u. a. destatis 2009, Fachserie 12 Reihe 6.1.1; Grunddaten der Krankenhäuser 2008. Für einen direkten Vergleich ist diese Statistik auf Grund eines anderen Ursprungs nur bedingt geeignet, weil sie z. B. eine andere zeitbezogene Fallzuordnung vornimmt, was auch eine Erklärung für die Verweildauerabweichung sein kann.

<sup>2</sup> Vgl. Festlegungen des BVA vom 30. September 2009. Im Folgenden abgekürzt durch BVA-KH.

<sup>3</sup> Siehe hierzu destatis 2009, Fachserie 12 Reihe 6.4; Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren und Fallpauschalen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern 2007 und 2008, jew. Tab. 2.1.1.1.

<sup>4</sup> Siehe auch hierzu destatis 2009, Fachserie 12 Reihe 6.4; DRG-Statistik; Tab. 2.1.1.1.

höchste Morbidität auf. Die Einweisungshäufigkeit lag bei dieser Gruppe auf 1.000 Versicherte gerechnet wie im Vorjahr beinahe um das Dreieinhalbfache höher als bei AKV-Versicherten. Die höhere Morbidität von Rentnern zeigt sich noch deutlicher bei der Zahl der Krankenhaustage, die auch viereinhalbmal höher lag als bei den jüngeren Versichertengruppen. Ihre Verweildauer fiel im Schnitt drei Tage höher aus als im Gesamtdurchschnitt. Fast jeder fünfte Krankenhausfall (22,5 %) bei Rentenversicherten stand mit Herz- und Kreislaufkrankungen in Verbindung, weitere 14,5 % ihrer stationären Fälle wurden wegen – meist bösartiger – Neubildungen stationär behandelt. Es folgten Krankheiten des Verdauungssystems mit 10 %, Muskel- und Skelettleiden mit 9,5 % der Fälle und Verletzungen mit 8,7 %.

Zu den besonders häufigen Einweisungsgründen zählen bei den älteren Versicherten die Krankheiten des Herz-/Kreislaufsystems. Besonders ins Gewicht fallen hier die *Sonstigen Formen der Herzkrankheit*, die vor allem für die Altersgruppe der über 70-Jährigen mit 28 Krankenhausfällen je 1.000 Versicherte im Jahr 2008 ursächlich für einen stationären Krankenhausaufenthalt waren. Bei den über 80-Jährigen ist gegenüber 2007 mit 66 Krankenhausfällen ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Insgesamt ist innerhalb der jeweiligen Altersgruppe der Anteil der Krankenhausfälle bei den Männern mit 34 bis 72 höher als der der Frauen mit 22 bis 63 Fällen je 1.000 Versicherte. Die Vorjahreswerte lagen hier noch bei 22 bis 61 Krankenhausfällen. Die gegenüber dem Vorjahr gestiegene Fallzahl der Frauen mit einer Herzerkrankung macht sich auch auf der Ebene der Einzeldiagnosen bemerkbar. Hier ist es die oben bereits angeführte *Herzinsuffizienz* (I50), die 2008 die bedeutendste Rolle bei der Einweisung der genannten Altersgruppen spielt. Bei den Männern blieben die Fallzahlen in der jeweiligen Altersgruppe mit 14 bis 45 Fällen je 1.000 Versicherte recht konstant, während es bei den Frauen mit 8 bis 41 Fällen zu einem Anstieg gekommen ist. In den jeweiligen Altersgruppen verursachten *Ischämische Herzkrankheiten* bei Frauen mit zunehmendem Alter 17 bis 23 Fälle

je 1.000 Versicherte, während bei den Männern der Anteil mit 40 bis 46 Fällen deutlich höher war, wobei sich die meisten Fälle im Alter zwischen 75 und 80 Jahren ereigneten. Insgesamt ist für die *Ischämischen Herzkrankheiten* bei höheren Altersgruppen sowohl für Männer als auch für Frauen ein Rückgang eingetreten. *Angina pectoris* (I20) und *Akuter Myokardinfarkt* (I21) stehen allerdings wie im Vorjahr im Vordergrund. Schließlich verursachten die *Zerebrovaskulären Krankheiten* (I60-69, Schlaganfälle, BVA-KH 61) in diesen Altersgruppen ebenfalls rund 12 bis 29 Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte. Besonders bei den Frauen waren auch Bluthochdruckkrankheiten (I10-15 *Hypertonie*, I10 sowie I15 sind unter der Nr. 58 in der BVA-Krankheitsliste enthalten) mit etwa 10 Fällen je 1.000 bei den über 70-Jährigen bis hin zu fast 18 Fällen bei den über 80-Jährigen häufiger Grund für eine stationäre Behandlung.

Ein unerwarteter Effekt ist bei der *Zerebralen transitorische Ischämie und verwandte Syndrome* zu beobachten. In der ICD-10-GM Version 2008 wurde unter der Schlüsselnummer G45 - das zusätzliche Exklusivum „*In der Bildgebung nachgewiesener, korrelierender Infarkt*“ (I63.-) zur besseren Abgrenzung zwischen der Schlüsselnummer unter der G45 und denjenigen unter I63 *Hirnininfarkt* (BVA-KH 61) vorgenommen.<sup>5</sup> Das Exklusivum führt für Fälle, die vormals mit dem Kode aus G45 als Hauptdiagnose für die betroffenen Fälle kodiert wurden, zu einer durchschnittlich höherwertigen DRG-Zuordnung. Auch wenn es zu einem Anstieg der I63 von 1,89 Fällen 2007 auf 2,01 Fälle je 1.000 Versicherte 2008 gekommen ist, so ist es demgegenüber bei der Hauptdiagnose G45 nicht zu einem erwartbaren Rückgang, sondern ebenfalls zu einer Zunahme gekommen. Eine systemisch bedingte Fehlkodierung im Jahr 2007 und davor lässt sich somit nicht belegen. In beiden Einzeldiagnosen rangieren die obigen Altersgruppen der über 70-Jährigen bis über 80-Jährigen mit 8 bis 20 Krankenhausfällen an oberster Stelle.

Die ebenfalls bei älteren Versicherten sehr häufigen Krankheiten im Bereich der Neubildungen weisen einen deutlichen

Schwerpunkt in der Gruppe der *Bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane* (C15-26, in KH 6 der BVA-Krankheitsliste enthalten) auf. Sie verursachten bei den über 70-jährigen Männern rund 22 Krankenhausfälle je 1.000 Versicherte, hierbei in der Gruppe der 75- bis unter 80-Jährigen wiederum mit etwa 23 Fällen die meisten. Bei den Frauen gab es auch bei dieser Krankheitsgruppe 2008 deutlich weniger Einweisungen als bei den Männern. Die Fallzahlen in den Altersgruppen liegen bei gut der Hälfte der Fallzahlen für männliche Versicherte. Ein gutes Drittel dieser Gruppe entfiel auf *Bösartige Neubildungen des Kolons* (C18, Dickdarm).

Zusätzlich treten bei Männern und Frauen weitere Krebsdiagnosen geschlechtsspezifisch unterschiedlich in den Vordergrund. So entfielen je 1.000 Männer im Alter zwischen 65 und 80 über 12 bis zu 14 stationäre Fälle auf Bronchial- und Lungenkrebs (*Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge*, C34, in KH 7 enthalten). Bei Frauen dieses Alters waren die hierdurch verursachten stationären Behandlungen mit vier bis fünf Fällen vergleichsweise seltener. Für sie waren besonders zwischen 60 und 70 Jahren Brustkrebskrankungen (*Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]*, C50, BVA-KH 9) mit etwa 9-11 Krankenhausfällen je 1.000 Versicherte bedeutsamer in der stationären Behandlung (s. u.). Sowohl in der hier zu Grunde liegenden Statistik als auch bundesweit sind die Brustkrebskrankungen von 2007 auf 2008 angestiegen, was durchaus auch als Effekt frühzeitiger Diagnostik, z. B. durch das von den BKKn mitgetragene Mammographie-Screening gewertet werden kann.

Schließlich spielte auch *Diabetes mellitus* (E10-14, KH 17) bei den älteren Krankenhauspatienten eine größere Rolle: so waren hierdurch immerhin acht bis zwölf Fälle je 1.000 männliche Versicherte in den Altersgruppen ab 70 Jahre zu verzeichnen. Bei den Frauen bis 80 Jahre fielen mit fünf bis acht Fällen je 1.000 zunächst weniger Krankenseinweisungen wegen Diabetes an, ab 80 Jahre lag ihre Fallhäufigkeit dann gleichauf mit der der Männer (jeweils 12,1 Fälle).

<sup>5</sup> ICD-10-GM-Version 2008, Seite 10; siehe auch Abschlussbericht des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH), S. 85.

Bei den älteren Frauen zwischen 70 und 80 Jahren bildeten zudem *Arthroseerkrankungen* (M15-19, BVA-KH 28) mit 23 bis 27 Fällen je 1.000 Versicherte einen häufigen Grund für Krankenhauseinweisungen. Ältere Männer über 80 Jahre erleiden häufig Grippe und Lungenentzündungen (J10-18, in BVA-KH 68 enthalten), die zu über 29 Krankenhaufällen je 1.000 männliche Versicherte dieses Alters führten.

### Stationäre Diagnosen der übrigen Gruppen

Bei den Mitgliedern ohne Rentner (AKV) standen auf Seiten der Männer insbesondere zwischen 40 und 55 Jahren, wie oben schon angesprochen, *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol* (F10) mit 7 bis 9 Fällen und 68 bis 98 Krankenhaustagen je 1.000 Versicherte weit an der Spitze der Krankheitsursachen für stationäre Behandlungen. Besonders gefährdet sind hierbei Männer zwischen 50 und 54 Jahren (9,1 Fälle je 1.000) Diese Altersgruppe lag 2008 noch vor der Altersgruppe von 45- bis 50-jährigen Männern (8,6 Fälle je 1.000). Nach wie vor besorgniserregend ist die hohe Einweisungsquote von 5,7 Fällen je 1.000 männliche Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren. Im Vergleich zum Vorjahr ist diese nochmals angewachsen – eine Tendenz, die sich zwischenzeitlich auch in der gleichen Altersgruppe der weiblichen Versicherten bemerkbar macht (3,0 2007 zu 3,4 Fällen je 1.000 Versicherte).

Bei den über 50-jährigen Männern waren nach der Häufigkeit auch noch *Schlafstörungen* (G47) mit über 5 bis zu 6 Fällen je 1.000 Versicherte Anlass für stationäre Behandlungen, allerdings bei nur kurzen Verweildauern von durchschnittlich unter drei Tagen. Die kurze Verweildauer lässt sich dadurch erklären, dass bestimmte Erkrankungen aus diesem Formenkreis (z. B. Schlafapnoe-Syndrom) zunehmend teilstationär oder ambulant behandelt werden.

Frauen zwischen 40 und 50 Jahren mussten besonders häufig wegen *Myomen des Uterus* (D25) stationär behandelt werden. Je 1.000 Versicherte sind in

dieser Altersspanne etwa 6,3 bis 8,5 Krankenhaufälle mit 45 bis 63 Krankenhaustagen angefallen. Ab 45 Jahre nehmen bei Frauen zudem die stationären Einweisungen wegen Brustkrebs (s. o.) deutlich auf 5 Fälle je 1.000 Versicherte zu. Danach steigen die Fallhäufigkeiten in jeder 5-Jahres-Altersgruppe um einen Fall je 1.000 Frauen: So werden bei weiblichen Versicherten zwischen 50 und 60 Jahren hierdurch bereits 7 bis 8 stationäre Fälle mit 63 und 73 Krankenhaustagen gemeldet. Bei den über 60-Jährigen sind es bereits 9,2 Fälle und 90 Krankenhaustage je 1.000 Frauen, wobei sich die hohe Fallhäufigkeit in den nächsten 10 Lebensjahren der Frauen fortsetzt (s. o.).

Bei den Kindern unter 15 Jahren verursachten die *Chronischen Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln* (J35) mit 6 Fällen je 1.000 Versicherte (Jungen: 6,4; Mädchen: 5,6 Fälle) die meisten Krankenhauseinweisungen. Während diese Anlässe für Krankenhauseinweisungen bei den über 15-jährigen männlichen Jugendlichen dann deutlich abnehmen (2,2 Fälle je 1.000), bleibt die Behandlungshäufigkeit bei den jungen Mädchen dieses Alters mit 6,5 Fällen je 1.000 recht hoch. Auf dem Vormarsch begriffen sind bei den unter 15-jährigen Jungen *Inkranielle Verletzungen* (S06), die mit etwa 6 Fällen je 1.000 bei 16 Krankenhaustagen je 1.000 Versicherte an zweiter Stelle stehen.

In der Gruppe der weiblichen Jugendlichen zwischen 15 und 20 Jahren fiel, wie schon früher berichtet, erneut die hohe Einweisungshäufigkeit wegen *akuter Appendizitis* (K35, Blinddarmentzündung) mit ebenfalls knapp 5,4 Fällen je 1.000 auf. Warum sie mit über 60 % die Häufigkeit der männlichen Jugendlichen überschreiten, ist medizinisch nicht begründbar. Insgesamt gibt das Bild der Krankheitsgruppe K35-K38 (*Krankheiten der Appendix*) in der Gruppe der weiblichen Jugendlichen zu denken, fällt diese Gruppe mit 7,2 Fällen je 1.000 Versicherte auch auf dieser Ebene nahezu um 80 % höher aus als bei den männlichen Jugendlichen dieser Altersgruppe (3,7 Fälle). Hier könnte Fehlbelegung im Spiel sein.

Die meisten Krankenhaustage bei weiblichen Jugendlichen (72 je 1.000 Versicherte) entfielen wegen der langen Verweildauer von durchschnittlich 46 Tagen erneut auf Essstörungen (F 50, BVA-KH 40) mit einer Fallhäufigkeit von 1,6 je 1.000 über 15-jährige Mädchen.

Die Anzahl der Krankenhaustage korrespondiert in weiten Teilen mit der Fallzahl. Eine Ausnahme stellen aber psychische Erkrankungen dar, die zu weit überdurchschnittlichen Liegezeiten führen. So fallen bei Schizophrenie (F 20, BVA-KH 37) die meisten stationären Behandlungstage, bei jungen Männern zwischen 20 und 30 Jahren mit 86 bis 120 Krankenhaustagen an. Bei den *Psychischen Störungen durch Alkohol* liegt bei männlichen Versicherten mit über 98 Krankenhaustagen je 1.000 die Altersgruppe der 45- bis 55-Jährigen an der Spitze.

Bei den weiblichen AKV-Versicherten führten die *rezidivierenden depressiven Störungen* (F33) und *depressive Episoden* (F32) zu den meisten Krankenhaustagen. Je nach Altersgruppe waren es erneut die depressiven Episoden, die mit durchschnittlich 74 Krankenhaustagen je 1.000 schon bei den unter 40-Jährigen ursächlich für einen längeren Krankenhausaufenthalt waren. Im Alter von über 40 bis zu 55 Jahren verbrachten Frauen wegen einer *rezidivierenden depressiven Störung* sogar bis zu 120,8 Tage je 1.000 Versicherte im Krankenhaus. Die durchschnittliche Verweildauer war in 2008 bei einer *depressiven Episode* mit etwa 36 Tagen und bei *rezidivierenden depressiven Störungen* mit fast 40 Tagen unverändert gegenüber 2007, und äußerst lang.

Die für die stationäre Versorgung bedeutsamen Hauptgruppen der Krankheiten des Kreislaufsystems, Neubildungen sowie die durch ihre Zunahme im Blickfeld stehenden psychischen Störungen werden im Folgenden noch einmal nach Einzelerkrankungen zusammenfassend betrachtet.

**Krankheiten des Kreislaufsystems**

Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems (I00-I99) zählen wie oben bereits dargestellt mit im Schnitt 25 Fällen je 1.000 Versicherte zu den häufigsten Behandlungsanlässen im Krankenhaus (14,2 % aller Fälle). Bei Rentnern und deren Angehörigen lag die Häufigkeit bei über 90 Fällen je 1.000 Versicherte, dies waren 22,2 % aller Krankenhausfälle dieser Versichertengruppe. 2008 wurden je 1.000 Versicherte ca. 236 Krankentage durch Krankheiten des Kreislaufsystems verursacht, bei den Rentnern und ihren Angehörigen waren es sogar

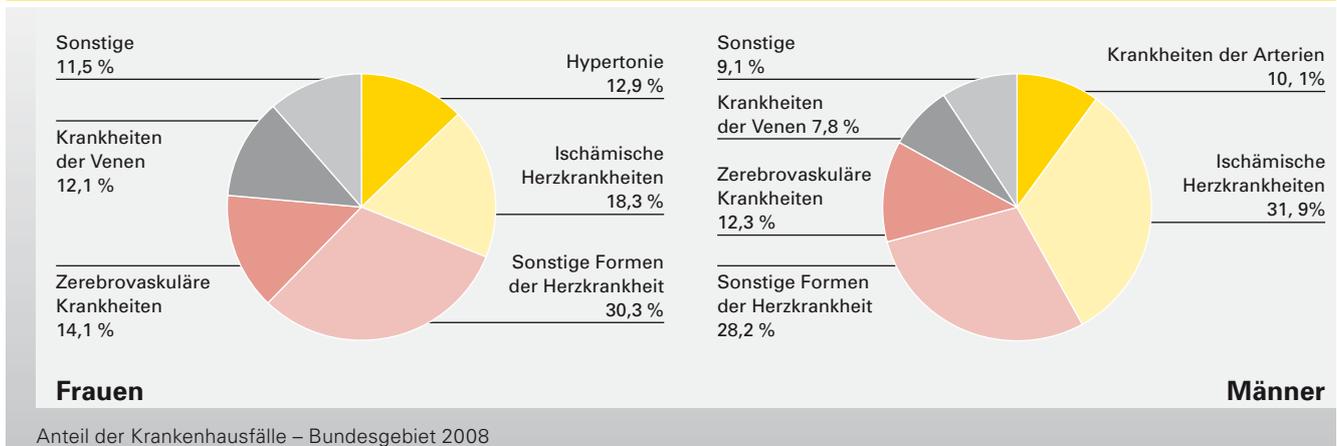
950 Tage je 1.000. Die Verweildauer bei Krankheiten des Kreislaufsystems sinkt weiterhin leicht (-0,1) und lag 2008 durchschnittlich bei 9,5 Tagen. Bei Rentnern war sie durchschnittlich etwa einen Tag länger (10,6 Tage je Fall).

Schaubild 39.1-39.2 verdeutlicht die auch in der bisherigen Darlegung erkennbaren Verteilungen der wichtigsten Krankheitsarten des Herz- und Kreislaufsystems – die größte Gruppe bildeten mit 7,4 Fällen je 1.000 die *Sonstigen Formen der Herzkrankheit*, 29,8 % aller Kreislaufferkrankungen gehörten zu dieser Untergruppe. Es folgten die *Ischämischen Herzkrankheiten*, die mit 25,9 %

der Fälle dieser Krankheitsgruppe ein ähnliches Gewicht hatten und bei den Männern sogar über 31,9 % der Fälle in dieser Gruppe ausmachten. Häufigste Einzeldiagnosen (s.o., vgl. *Tabelle 20*) waren *Herzinsuffizienz* (I50, 3,0 Fälle je 1.000) und *Angina pectoris* (I20) mit 2,6 Fällen je 1.000 Versicherte, gefolgt von *Akutem Myokardinfarkt* (I21) und der *Chronisch ischämischen Herzkrankheit* (I25) mit 2,0 und 1,9 Fällen je 1.000 Versicherte. Bei Männern stellten Krankheiten des Kreislaufsystems bereits ab einem Alter von 50 Jahren den häufigsten Anlass für eine stationäre Behandlung dar, während sie bei Frauen erst in den Altersgruppen ab 70 Jahren die

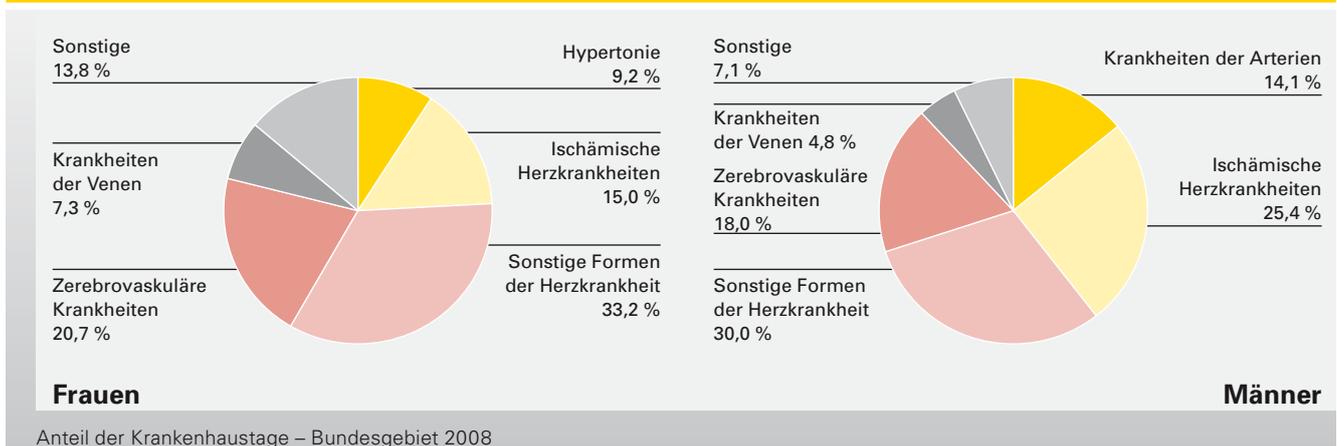
**Schaubild 39.1**

**Herz-/Kreislaufferkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)**



**Schaubild 39.2**

**Herz-/Kreislaufferkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (Tage)**



Fallhäufigkeiten der Neubildungen sowie die der Muskel- und Skeletterkrankungen übersteigen. Je 1.000 Versicherte wurden für Männer zwischen 50 und 55 Jahren sogar 4,4 Fälle mit *Angina pectoris* und 3,6 Fälle mit *Myokardinfarkt* stationär behandelt.

Während von den meisten Kreislauferkrankungen Frauen seltener betroffen waren, gab es auch einige Ausnahmen: wie oben schon angesprochen wurden Frauen häufiger wegen *Hypertonie* (I10-I15) im Krankenhaus behandelt als Männer (Frauen: 2,8, Männer: 1,7 Fälle je 1.000 Versicherte). Gleiches gilt für Krankheiten der Venen, Lymphgefäße

und Lymphknoten (I80-I89. Hier wiesen Frauen mit 2,6 Fällen je 1.000 Versicherte gegenüber Männern mit 2,2 Fällen ebenfalls mehr stationäre Behandlungen auf.

Herz- und Kreislauferkrankungen stehen häufig in direktem Zusammenhang mit anderen Erkrankungen. So gilt Diabetes mellitus z. B. als gewichtiger Risikofaktor. Nach Studienergebnissen leiden 75 % aller Herzinfarkt-Patienten an Diabetes oder einer Vorstufe davon.<sup>6</sup> Durch die Früherkennung und Behandlung dieser Krankheit kann der Gefahr von Herz-/ Kreislauferkrankungen vorgebeugt werden.

### Neubildungen

Unter Neubildungen werden verschiedene gut- und bösartige Gewebewucherungen zusammengefasst. Die bösartigen Neubildungen überwiegen in den stationären Fallzahlen aber eindeutig: Vier von fünf Fällen mit Neubildungen werden wegen Krebs stationär behandelt. Die Art der Neubildung variiert zwischen männlichen und weiblichen Patienten (vgl. *Schaubilder 40.1 und 40.2*). Tumorerkrankungen der Männer betrafen in der stationären Behandlung am häufigsten bösartige Neubildungen der *Verdauungsorgane* (C15-C26; 22,3 %) aller Neubildungen) und der *Atmungsorgane*

Schaubild 40.1

#### Neubildungen nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)

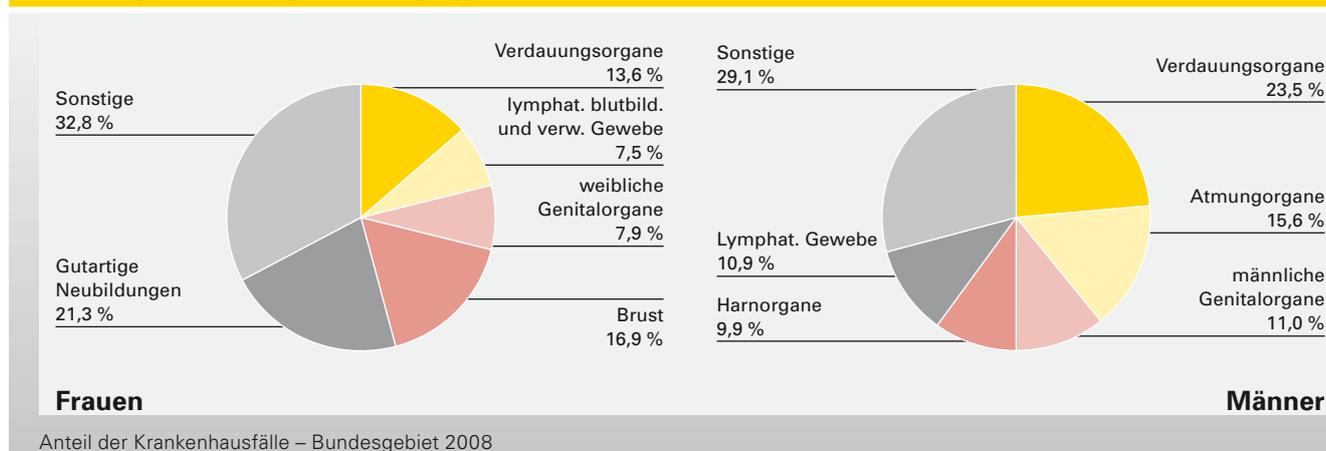
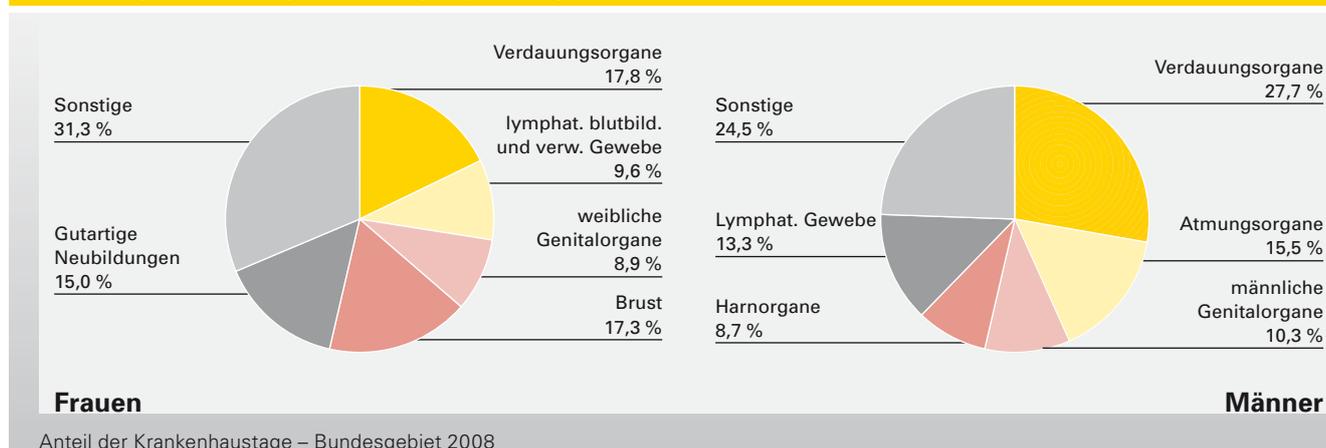


Schaubild 40.2

#### Neubildungen nach Diagnoseuntergruppen (Tage)



<sup>6</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (2004): Europäischer Kardiologenkongress 2004: Experten fordern Diabetes-Tests für Herzpatienten, Kardiologenkongress 2004.

(C30-C39; 14,8%). Maligne *Tumore der Geschlechtsorgane* (C60-C63) standen bei ihnen nach Häufigkeit mit 10,5 % an dritter Stelle.

Bei den Frauen dominieren andere Neubildungsarten. Ein gutes Fünftel hiervon (21,3 %) waren gutartig (D10-D36). Hierbei handelte es sich zumeist um *Myome* (D25. s. o.), die rund 51 % der gutartigen Neubildungen von Frauen ausmachten. Die häufigsten bösartigen Tumore betrafen Brustkrebs (C50) mit einem Anteil von 16,9 %, gefolgt von Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26; 13,6 %) und der weiblichen Geschlechtsorgane (C51-C58) mit einem Anteil von 7,9 % an den Neubildungen.

Das Risiko, an Krebs zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter. Besonders ab dem 45. Lebensjahr nimmt die Inzidenz der Krebserkrankungen deutlich zu. Die Häufigkeit von Brustkrebs steigt jedoch auch schon bei jüngeren Frauen ab dem 30. Lebensjahr signifikant an und erreicht im Alter zwischen 60 und 70 Jahren ihren Höchstwert (s. o.).

### Psychische und Verhaltensstörungen

Die Zunahme psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren wird von allen Kassenarten übereinstimmend berichtet. Seit 1976, dem ersten Jahr der Krankheitsartenstatistik des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, wird ein kontinuierlicher Anstieg dieser Erkrankungen beobachtet. Arbeitsunfähigkeitszahlen, stationäre Behandlungsdaten sowie die Arzneiverordnungen der BKK Versicherten belegen diesen langjährigen Trend. Seit 1986 ist die Zahl der wegen

psychischer Erkrankungen stationär Behandelten jedoch um mehr als das Dreifache gestiegen (1986: 3,8 Fälle je 1.000 Versicherte vs. 12,5 Fälle je 1.000 Versicherte in 2008). Außerdem ist bei den psychischen Erkrankungen als einzige Diagnosegruppe, die weitestgehend noch nicht nach Fallpauschalen abgerechnet wird, die durchschnittliche Verweildauer überdurchschnittlich hoch, auch wenn sie in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich abgenommen hat. Es bleibt abzuwarten, welche Veränderung die Entwicklung und die Einführung der tagesbezogenen Fallpauschalen für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie ab dem Jahr 2013 zeigen wird (siehe hierzu § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG).

Insgesamt betrachtet hat in den letzten Jahren die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen wegen psychischer Probleme über alle Altersgruppen hinweg zugenommen. Sie liegt – anders als bei den ambulanten Kenngrößen – für Männer (12,9 Fälle je 1.000) höher als für Frauen (11,9 Fälle je 1.000). Besonders bei Männern im Alter von Anfang zwanzig und später in den Altersgruppen von 40 bis 60 Jahren sind deutliche Steigerungen erkennbar. Ähnliches gilt für junge Mädchen und Frauen zwischen 15 und 25 Jahren sowie mit ähnlich deutlichen Zuwächsen in allen höheren Altersgruppen bis zum 60. Lebensjahr.

Das Diagnosespektrum psychischer Erkrankungen wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Zwischen den Geschlechtern, aber auch in verschiedenen Altersstufen variieren Art und Häufigkeit psychischer Erkrankungen beträchtlich. Fast die Hälfte aller Männer mit psychi-

schen Erkrankungen (44 %) war wegen des Missbrauchs bewusstseinsverändernder Substanzen (F10-F19) – hauptsächlich Alkohol – in stationärer Behandlung.

Bei Frauen dagegen spielten *affektive Störungen* (F30-F39), wozu insbesondere Depressionen gehören, die entscheidende Rolle (32,2 % der Fälle). An zweiter Stelle standen bei den Frauen *neurotische und Belastungsstörungen* (F40-F48) mit 19,5 % aller Fälle. *Psychische Störungen durch bewusstseinsverändernde Substanzen* stellten mit einem Anteil von 18,7 % die dritthäufigste Ursache für einen stationären Aufenthalt bei Frauen dar (vgl. Schaubilder 41.1 und 41.2). Hierzu ist ergänzend zu erwähnen, dass die stationären Behandlungsfälle der Frauen mit der Einzeldiagnose F10 (Alkohol) mit 1,8 Fällen je 1.000 sich bereits der Häufigkeit von *depressiven Episoden* (F32, 1,9 Fälle je 1.000) annähern, wenn auch natürlich hier noch in gleicher Größenordnung die *rezidivierenden Depressionen* (F33, 1,6 Fälle je 1.000) und die *bipolaren affektiven Störungen* hinzugerechnet werden müssen. Dennoch nehmen die Abhängigkeitserkrankungen auch bei Frauen zu.

Bestimmte psychische Erkrankungen sind stark altersabhängig. Bei Kindern treten vermehrt Verhaltensstörungen (F90-F98) auf, zu denen insbesondere ADHS/ADS und damit verbundene Störungen des sozialen Verhaltens gehören. Je 1.000 Versicherte unter 15 Jahren waren 2008 bei leichter Zunahme gegenüber 2007 2,2 Fälle von Verhaltens- und emotionalen Störungen gemeldet – für Jungen deutlich häufiger als für Mädchen (3,0 Fälle bzw. 1,3 Fälle). Alle

anderen Arten von psychischen Störungen spielen in diesem Alter noch keine wesentliche Rolle.

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern nimmt die Zahl der wegen *affektiver Störungen* (u. a. Depressionen) stationär Behandelten mit steigendem Alter bis etwa Mitte fünfzig zu, mit einem leichten Rückgang bei den 60- bis 69-Jährigen. Allerdings bleiben die affektiven Erkrankungen auch in der stationären Versorgung bis in das hohe Alter von Bedeutung. Dabei übersteigt die Morbidität der Frauen die der Männer in allen Altersstufen deutlich (s. u., Demenzerkrankungen).

Auch wegen neurotischer Störungen werden Frauen weit häufiger stationär behandelt als Männer. Auffällig ist bei beiden Geschlechtern die hohe Zahl an Krankenhausaufnahmen in der Altersgruppe zwischen 15 und 25. Der Missbrauch psychotroper Substanzen wie Alkohol und Drogen stellt, wie sich zeigt, ein großes Problem dar, besonders in den jungen und mittleren Altersstufen. Ein trauriger Höhepunkt wird im Alter zwischen 45 und 54 Jahren erreicht. Männer sind durchweg häufiger als Frauen wegen Substanzmissbrauch in stationärer Behandlung, in der besagten Altersstufe um das 2,4- bis 2,7-Fache, wobei sich auch hier ein mit den Jahren

verringertes Abstand zwischen den Geschlechtern zeigt.

Mit steigendem Alter spielen Demenzerkrankungen (F00-F09) eine zunehmende Rolle. Bei den über 80-Jährigen gab es 11,6 Fälle je 1.000 Versicherte mit einer solchen Diagnose (Frauen 11,4, Männer 12,6). Insbesondere in einem frühen Stadium der Krankheit werden oftmals verschiedene Formen der Depression (F30-F39) diagnostiziert (s. o.), da die Diagnosestellung gerade zu Beginn der Erkrankung oft schwierig ist.

Schaubild 41.1

**Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen (Fälle)**

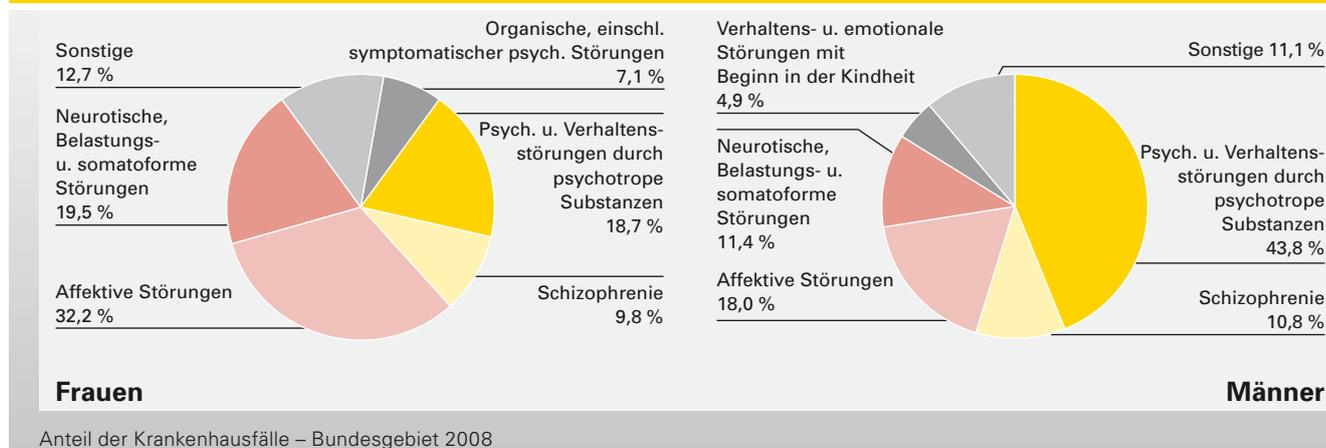


Schaubild 41.2

**Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen (Tage)**

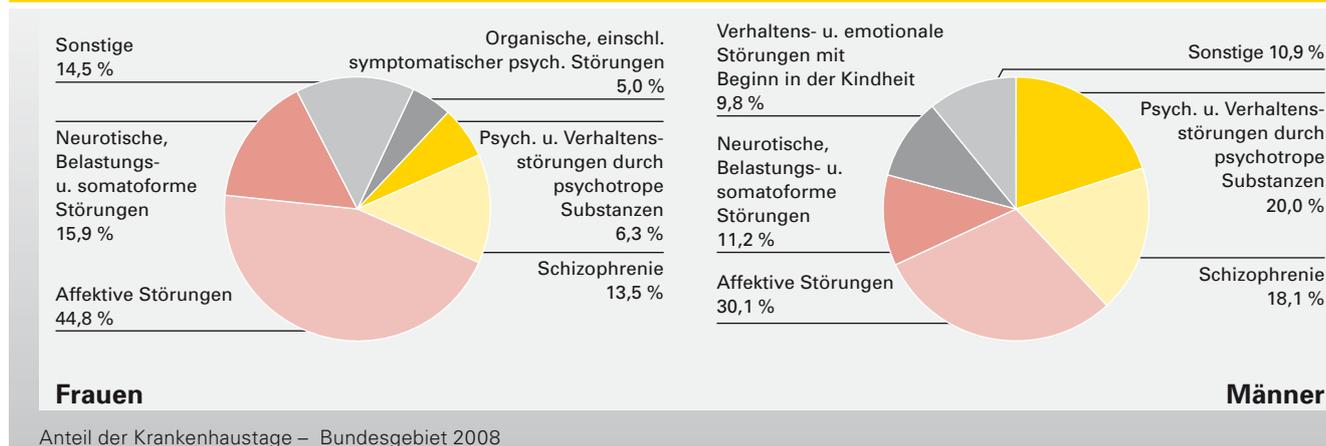


Schaubild	1.1:	Arbeitsunfähigkeit seit 1976 – (Fälle je beschäftigtes Mitglied)
Schaubild	1.2:	Arbeitsunfähigkeit seit 1976 – (Tage je beschäftigtes Mitglied)
Schaubild	2:	Arbeitsunfähigkeit nach Betriebsgrößen
Schaubild	3:	BKK Krankenstand 2008 und 2009
Schaubild	4:	Arbeitsunfähigkeit nach Wochentagen
Schaubild	5:	Die häufigsten Krankheitsarten
Schaubild	6:	Arbeitsunfähigkeit und Krankheitsarten – Trends seit 1976
Schaubild	7:	Krankengeldtage nach Krankheitsgruppen
Schaubild	8:	Arbeitsunfähigkeit nach Dauer
Schaubild	9:	Entwicklung der Krankenhausbehandlungen seit 1987
Schaubild	10.1:	Krankenhausfälle nach Krankheitsarten
Schaubild	10.2:	Krankenhaustage nach Krankheitsarten
Schaubild	11:	Krankenhausbehandlung nach Dauer
Schaubild	12:	Krankenhausbehandlung nach Krankheitsarten – Trends seit 1987
Schaubild	13:	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht
Schaubild	14:	Arbeitsunfähigkeit nach Alter in ausgewählten Berufen
Schaubild	15:	Arbeitsunfähigkeit nach Geschlecht und Krankheitsarten (Tage)
Schaubild	16.1:	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Fälle)
Schaubild	16.2:	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Tage)
Schaubild	17.1:	Krankenhausbehandlung nach Geschlecht und Alter (Fälle)
Schaubild	17.2:	Krankenhausbehandlung nach Geschlecht und Alter (Tage)
Schaubild	18.1:	Krankenhausfälle der Frauen nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten
Schaubild	18.2:	Krankenhausfälle der Männer nach Alter und ausgewählten Krankheitsarten
Schaubild	19:	Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus
Schaubild	20:	Arbeitsunfähigkeit der Empfänger von Arbeitslosengeld nach Alter und Krankheitsarten (Tage)
Schaubild	21:	Krankenhausfälle nach Versichertenstatus
Schaubild	22.1:	Krankenhausfälle nach ICD-Hauptgruppen (Frauen)
Schaubild	22.2:	Krankenhausfälle nach ICD-Hauptgruppen (Männer)
Schaubild	23.:	Arbeitsunfähigkeitstage nach Wirtschaftsgruppen
Schaubild	S1:	Krankheits- und Expositionslast bei Frauen
Schaubild	S2:	Krankheits- und Expositionslast bei Männern
Schaubild	S3:	Erfolgspotenziale von betrieblicher Gesundheitsförderung
Schaubild	24:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Metallverarbeitung
Schaubild	25:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Postdienste und Telekommunikation
Schaubild	26:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Öffentliche Verwaltung

Schaubild	27:	Standardisierte Arbeitsunfähigkeit für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppen
Schaubild	28.1:	Krankheitsarten im Dienstleistungsbereich
Schaubild	28.2:	Krankheitsarten in der Land- und Forstwirtschaft und im verarbeitenden Gewerbe
Schaubild	29:	Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsgruppen
Schaubild	30.1:	Krankheitsgeschehen nach Berufsgruppen: Berufe mit den meisten AU-Tagen
Schaubild	30.2:	Krankheitsgeschehen nach Berufsgruppen: Berufe mit den wenigsten AU-Tagen
Schaubild	S4:	Psychische Erkrankungen nach Wirtschaftsgruppen
Schaubild	S5:	Anteil der Erwerbspersonen mit Psychopharmaka- und Antidepressiva-Verordnungen
Schaubild	S6.1:	Psychopharmaka-Verordnungen nach Erwerbsstatus und Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Frauen
Schaubild	S6.2:	Psychopharmaka-Verordnungen nach Erwerbsstatus und Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Männer
Schaubild	S7.1:	Antidepressiva-Verordnungen nach Erwerbsstatus und Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Frauen
Schaubild	S7.2:	Antidepressiva-Verordnungen nach Erwerbsstatus und Tätigkeit – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Männer
Schaubild	31:	Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern
Schaubild	32:	Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern (Tage) – Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent
Schaubild	33:	Krankheitsarten in den Bundesländern (AU-Tage)
Schaubild	34:	Mittlere Verweildauer in den Bundesländern – Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent
Schaubild	35:	Krankheitsarten in den Bundesländern (KH-Fälle)
Schaubild	36.1:	Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (AU-Fälle)
Schaubild	36.2:	Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (AU-Tage)
Schaubild	37.1:	Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen (AU-Fälle)
Schaubild	37.2:	Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen (AU-Tage)
Schaubild	38.1:	Psychische Erkrankungen nach Geschlecht und Einzeldiagnosen – Frauen
Schaubild	38.2:	Psychische Erkrankungen nach Geschlecht und Einzeldiagnosen – Männer
Schaubild	39.1:	Herz-/Kreislaufferkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Fälle)
Schaubild	39.2:	Herz-/Kreislaufferkrankungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Tage)
Schaubild	40.1:	Neubildungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Fälle)
Schaubild	40.2:	Neubildungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Tage)
Schaubild	41.1:	Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Fälle)
Schaubild	41.2:	Psychische Störungen nach Diagnoseuntergruppen (KH-Tage)

Tabelle 1:	Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus 2008
Tabelle 2:	Teilzeitbeschäftigung und Arbeitsunfähigkeit in wichtigen Berufen
Tabelle 3:	Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus und Krankheitsarten
Tabelle 4:	Arbeitsunfähigkeitstage nach Branchen 2008
Tabelle 5:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2008 – Gesamt
Tabelle 5.1:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2008 – Frauen
Tabelle 5.2:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen 2008 – Männer
Tabelle 6:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Metallherstellung
Tabelle 7:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Chemie
Tabelle 8:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Baugewerbe
Tabelle 9:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Handel
Tabelle 10:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Verkehr
Tabelle 11:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Dienstleistungen
Tabelle 12:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen: Gesundheits- und Sozialwesen
Tabelle 13:	Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Wirtschaftsgruppen
Tabelle 14.1:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen 2008 – Frauen Standardisiert für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten
Tabelle 14.2:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen 2008 – Männer Standardisiert für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten
Tabelle 15:	Die häufigsten Verletzungen 2008
Tabelle T1:	Berufe mit den meisten psychisch verursachten AU-Tagen – Frauen
Tabelle T2:	Berufe mit den meisten psychisch verursachten AU-Tagen – Männer
Tabelle 16:	BKK Versicherte nach Bundesländern 2008
Tabelle 17:	Veränderungen der Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern 2008 gegenüber dem Vorjahr
Tabelle 18:	Arbeitsunfähigkeit nach Kreisen in ausgewählten Bundesländern
Tabelle 19:	Krankenhausbehandlung in den Bundesländern
Tabelle 20:	Die 10 wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen 2008
Tabelle 21:	Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems
Tabelle 22:	Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Krankheiten des Atmungssystems
Tabelle 23:	Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Psychische und Verhaltensstörungen
Tabelle 24:	Häufigste Diagnosegruppen im Krankenhaus 2008