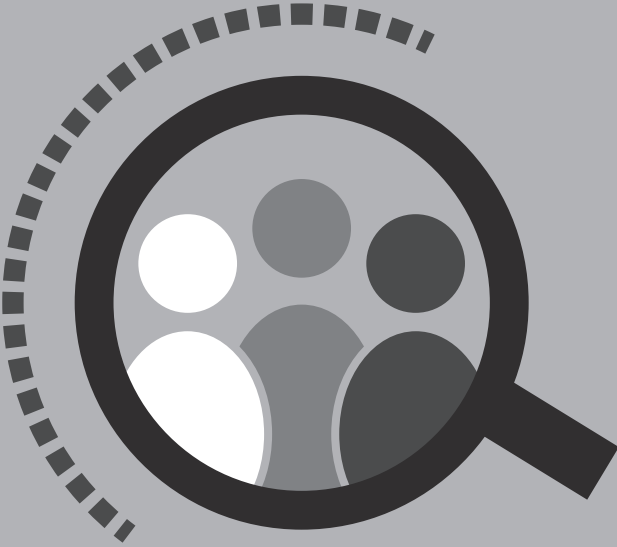


BARMER



Gesundheitsreport 2017

Arbeit + Gesundheit = Lebensqualität!?

Gesundheitsreport 2017

Schwerpunkt:
Determinanten der
psychischen und somatischen
Gesundheit

Impressum

Herausgeber

BARMER
Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin

Autoren

Thomas G. Grobe	aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung
Susanne Steinmann	und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Julia Gerr	Maschmühlenweg 8 – 10
	37073 Göttingen

Konzeption, Redaktion und fachliche Prüfung

(verantwortlich i. S. d. PR)

Klaus Möhlendick
klaus.moehlendick@barmer.de

Andrea Jakob-Pannier
andrea.jakob-pannier@barmer.de

Steffen Hardtmann
steffen.hardtmann@barmer.de

BARMER
Produktentwicklung, Versorgungsmanagement, Prävention

Druck

Druckerei Hans Hitzegrad GmbH & Co. KG
Friedrich-Ebert-Straße 102, 42117 Wuppertal

Stand: Oktober 2017

Alle Angaben wurden sorgfältig zusammengestellt und geprüft. Dennoch ist es möglich, dass Inhalte nicht mehr aktuell sind. Bitte haben Sie deshalb Verständnis, dass wir für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhalts keine Gewähr übernehmen können. Für Anregungen und Hinweise sind wir stets dankbar.

Alle Internetlinks wurden zuletzt am 04.10.2017 abgerufen.

© BARMER 2017

Alle Rechte vorbehalten

Inhaltsverzeichnis

Editorial	5
Zusammenfassung	7
Arbeitsunfähigkeiten	15
Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2016.....	15
Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse	33
Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit	44
Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD10	44
Ergebnisse zu ausgewählten Diagnosegruppen	66
Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen	71
Determinanten der psychischen und somatischen Gesundheit von Berufstätigen ...	77
Gesundheitsindikatoren bei Erwerbspersonen.....	85
Sozioökonomischer Status.....	92
Kinder und Familie	110
Flexibilisierung der Arbeit	117
Arbeitsplatzsicherheit	127
Unabhängige Einflüsse unterschiedlicher Faktoren auf die Gesundheit	130
Datengrundlage und Methoden	141
Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten und Kennzahlen	141
Erwerbspersonen in der BARMER	148
Klassifikationssysteme, Diagnoseschlüssel, Methoden.....	151
Anhang	161
Tabellenanhang	161
Verzeichnisse	182
Abkürzungen – Glossar.....	190

Editorial

Gesundheit wird immer wichtiger als Faktor für den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens. Dieser Zusammenhang ist nicht neu. Sehr viel weniger untersucht wurden die Routinedaten gesetzlicher Krankenkassen bislang hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Berufstätigen auf der einen und deren körperlicher und psychischer Gesundheit auf der anderen Seite.

Das ändert sich nun. Dafür verknüpfen wir im Schwerpunktkapitel dieses Gesundheitsreports Erkenntnisse aus einer Studie der Universität St. Gallen im Auftrag der BARMER zur Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Berufstätigen mit Routinedaten der BARMER. Beide Arbeiten bieten eine Reihe von Anknüpfungspunkten. Der Gesundheitsreport hat auf dieser Basis unter anderem die Themenfeldern „Sozioökonomischer Status“, „Kinder und Familie“, „Flexibilisierung der Arbeit“ und „Arbeitsplatzsicherheit“ unter die Lupe genommen.

Die daraus gewonnenen Erkenntnisse lassen Rückschlüsse darauf zu, wie Unternehmen die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fördern können. Denn der Gesundheitsreport beschränkt sich nicht darauf, die grundlegenden Trends bei der Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten zu analysieren. Er nähert sich den Ursachen dieser Trends und verknüpft sie stärker mit dem, was Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beruflich und privat antreibt. Die BARMER ist seit Jahren Partner von Unternehmen, die sich mit den Mitteln des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen engagieren. Darin besteht auch der eigentliche Sinn des Gesundheitsreports. Versorgungsforschung soll zu konkreten Veränderungen führen.

Neben seinem Schwerpunktkapitel bietet der Gesundheitsreport 2017 erneut eine genaue Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens. Auf Basis von standardisierten Auswertungen bietet er repräsentative Ergebnisse zu Dauer und Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten, zu regionalen Unterschieden und zu den Diagnosen, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer arbeitsunfähig werden lassen. Von besonderem Interesse dürften daneben mit Blick auf ihre Spezifik die berufs- und branchenspezifischen Auswertungen sein.

Als ein Teil der BARMER Versorgungsforschungsaktivität lässt sich der Anspruch an den Gesundheitsreport 2017 ablesen, die Routinedaten der BARMER nutzbringend für Verbesserungen in der medizinischen Versorgung oder, wie in diesem Fall, in konkreten Lebenswelten zu nutzen. Möglich wurde dies durch die sorgfältige wissenschaftliche Arbeit von Reportautor Dr. Thomas Grobe und seines Teams vom aQua-Institut Göttingen, dem dafür Dank gebührt.

In diesem Sinne wünschen wir unseren Leserinnen und Lesern eine nutzbringende Lektüre.

Prof. Dr. Christoph Straub

Vorstandsvorsitzender der BARMER

Berlin, im Oktober 2017

Zusammenfassung

Neuerungen

Den diesjährigen Gesundheitsreport betreffen zwei Neuerungen. Zum 1. Januar 2017 fusionierte die BARMER GEK mit der Deutschen BKK zur BARMER. Entsprechend ändert sich auch die Benennung des bisherigen BARMER GEK Gesundheitsreportes in BARMER Gesundheitsreport. Da im diesjährigen Gesundheitsreport noch ausschließlich Daten aus Zeiträumen vor der Fusion bis Ende 2016 betrachtet werden, beziehen sich die Auswertungen des ersten Gesundheitsreportes der BARMER allerdings zunächst – und genau wie in zurückliegenden Jahren – ausschließlich auf die Versicherten der vormaligen BARMER GEK. Die zweite grundlegende Änderung betrifft das Publikationsformat. In den Jahren von 2011 bis 2016 erschien der Gesundheitsreport jeweils in Form von 16 unterschiedlichen Bänden, wobei in jedem dieser Bände aktuelle Bundesland-spezifische Ergebnisse eines einzelnen Bundeslandes den bundesweit ermittelten Ergebnissen gegenübergestellt wurden. Mit dem diesjährigen Gesundheitsreport wird erstmals seit 2010 wieder ein bundeseinheitlicher Gesundheitsreport erscheinen. Dieser beinhaltet auch eine Reihe von regionalen Ergebnissen. Detailliertere Ergebnisse zu Kennzahlen in einzelnen Bundesländern sowie auch zu Kreisen und kreisfreien Städten innerhalb dieser Länder werden ab dem Erscheinen des vorliegenden bundesweiten Reportes im Internet auf den Seiten der BARMER unter www.barmer.de/p008348 verfügbar sein.

Methodische Hinweise

Ergebnisse von Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten hängen von vielen Faktoren ab. Vor diesem Hintergrund finden sich im Anhang des Reportes ab Seite 141 relativ umfangreiche Erläuterungen zu den Berechnungen und Abhängigkeiten der dargestellten Kennzahlen. Im Report werden Kennzahlen zumeist in geschlechts- und altersstandardisierter Form präsentiert, um Ergebnisse in Subgruppen adäquater vergleichen zu können (vgl. Textabschnitte ab Seite 157). Auch zur diesjährigen Ausgabe des Gesundheitsreportes sei zudem angemerkt, dass – ausschließlich zur Vereinfachung des sprachlichen Ausdrucks – im Text des Reportes in der Regel nur eine Geschlechtsform einer Bezeichnung verwendet wird, mit der Frauen und Männer gleichermaßen gemeint sind. Der Gesundheitsreport 2017 umfasst, wie in vorausgehenden Jahren, einen Routineteil sowie ein Schwerpunktthema.

Routineteil

Im Routineteil des Gesundheitsreportes werden vorrangig aktuelle Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten aus dem Jahr 2016 dargestellt. Basis der aktuellen Auswertungen bilden bundesweit erfasste und anonymisierte Daten zu jahresdurchschnittlich 3,55 Millionen Erwerbspersonen mit Versicherung bei der BARMER GEK 2016. Bei den Berechnungen konnten damit Daten zu etwa 11 Prozent aller sozialversicherungs-pflichtig Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden. Die Ergebnisse werden im Report sowohl für unterschiedliche Subgruppen ausgewiesen als auch mit Vorjahresergebnissen verglichen. Im Gegensatz zu den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Vorlage bei Arbeitgebern umfassen die Meldungen bei Krankenkassen auch Angaben zu Diagnosen. Damit sind erkrankungsbezogene Auswertungen möglich, die weitere wesentliche Inhalte des vorliegenden Reportes bilden.

Wesentliche Ergebnisse der Routineauswertungen im Überblick

- Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2016 bundesweit nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen geringfügig, nämlich um 0,3 Prozent beziehungsweise 0,06 Tage je Erwerbsperson, gesunken. Der Krankenstand lag damit 2016 bei 4,84 Prozent (Vorjahr: 4,85 Prozent; vgl. Tabelle 1 auf Seite 15). Dabei wurden 2016 weniger Arbeitsunfähigkeitsfälle als 2015 registriert (-1,7 Prozent), diese dauerten im Mittel jedoch etwas länger als im Vorjahr.
- Für weitgehend unveränderte beziehungsweise marginal geringere Gesamtfehlzeiten 2016 war maßgeblich das Ausbleiben einer stärkeren Grippe- und Erkältungswelle im Jahr 2016 verantwortlich. Mit Krankheiten des Atmungssystems wurden 6,7 Prozent weniger Fehltage als 2015 erfasst. Im Durchschnitt fehlte eine Erwerbsperson 2016 mit Atemwegserkrankungen 0,17 Tage weniger als 2015 (vgl. Seite 51). Psychische Störungen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems verursachten 2016 erneut etwas höhere Fehlzeiten als im Vorjahr.
- Der größte Anteil der Fehlzeiten entfiel 2016 mit 22,3 Prozent weiterhin auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Nach psychischen Störungen mit 19,0 Prozent folgen mit Anteilen von 13,7 beziehungsweise 11,9 Prozent Krankheiten des Atmungssystems sowie Verletzungen (vgl. Abschnitte ab Seite 47).
- Die Fehlzeiten variieren bei bundesweiten Auswertungen sehr deutlich in Abhängigkeit von Branchen und Berufen sowie von der Schul- und Ausbildung der Beschäftigten (vgl. Text ab Seite 33).

Schwerpunktthema: Determinanten der psychischen und somatischen Gesundheit von Berufstätigen

Der diesjährige Schwerpunkt des Gesundheitsreportes befasst sich ab Seite 77 mit Determinanten der Gesundheit von Berufstätigen sowie auch von Arbeitslosen. Ausgangspunkt der vorliegenden Betrachtung bilden dabei Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Lebenszufriedenheit von Berufstätigen und zu Abhängigkeiten dieser Lebenszufriedenheit von unterschiedlichen Einflussgrößen, die im Auftrag der BARMER von der Universität St. Gallen durchgeführt und 2017 veröffentlicht wurde.¹

Die Lebenszufriedenheit ist in Routinedaten einer Krankenkasse nicht erfasst. Allerdings lassen sich ein Teil der im Rahmen der Befragungsstudie identifizierten Einflussfaktoren auf die Lebenszufriedenheit sowie der Gesundheitszustand von Erwerbspersonen auch auf der Basis der Routinedaten abbilden. Die nachfolgenden Auswertungen gehen vor diesem Hintergrund der Frage nach, ob sich für Faktoren, welche die Lebenszufriedenheit maßgeblich beeinflussen, in den Routinedaten bei Krankenkassen Einflüsse auf die psychische und somatische (körperliche) Gesundheit sowie auf die Sterblichkeit und damit die Lebenserwartung nachweisen lassen.

Eine einfache und übergreifende Maßzahl für die Gesundheit, wie sie bei Befragungen beispielsweise mit der Frage „Wie schätzen Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand ein?“ erhoben werden kann, existiert in Daten bei Krankenkassen nicht. Aus Daten bei Krankenkassen lassen sich jedoch Kennzahlen herleiten, die im Sinne von Indikatoren Hinweise auf die Gesundheit der Versicherten liefern. Als Indikatoren wurden im Schwerpunkt Kapitel Kennzahlen aus unterschiedlichen Daten- und Leistungsbereichen der Krankenkasse betrachtet (Krankenhausaufenthalte, ambulant-ärztliche Behandlungen, Arzneiverordnungen, Arbeitsunfähigkeiten, sektorenübergreifend ermittelte Behandlungskosten sowie die Sterblichkeit der Erwerbspersonen; vgl. Abschnitte ab Seite 78). Kennwerte zur psychischen und somatischen Gesundheit wurden dabei auf Basis von Diagnoseangaben in den jeweiligen Daten und bei Arzneiverordnungen auf der Basis des Indikationsspektrums der verordneten Arzneimittelsubstanzen differenziert. Entsprechende Kennzahlen zur Gesamtgruppe der hier betrachteten Erwerbspersonen im Jahr 2015 sowie zur Sterblichkeit in den Jahren 2015 und 2016 finden sich im Abschnitt „Gesundheitsindikatoren bei Erwerbspersonen“ des Schwerpunktthemas ab Seite 85.

¹ Böhm, S. A., Baumgärtner, M. K., Breier, C., Brzykcy, A. Z., Kaufmann, F., Kreiner, P. G., Kreissner, L. M., & Loh, B. (2017). Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Berufstätigen in der Bundesrepublik Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Studie der Universität St. Gallen. St. Gallen: Universität St. Gallen. Vgl.: <https://www.barmer.de/studie-lebensqualitaet>; direkter Link zu Publikation: <https://www.barmer.de/blob/109628/dfa8e773b8e5d8e951b2bfc742b1e6e5/data/studienergebnisse-prof-boehm.pdf>

In den nachfolgenden Abschnitten des Schwerpunktes wurden anschließend – in Anlehnung an maßgebliche Ergebnisse der Befragungsstudie der Universität St. Gallen – Zusammenhänge zwischen Indikatoren der psychischen sowie somatischen Gesundheit und den in der Befragungsstudie identifizierten Determinanten der Lebenszufriedenheit unter den Überschriften

- „Sozioökonomischer Status“ (ab Seite 92),
- „Kinder und Familie“ (ab Seite 110),
- „Flexibilisierung der Arbeit“ (ab Seite 117) und
- „Arbeitsplatzsicherheit“ (ab Seite 127)

untersucht.

Sozioökonomischer Status

Im Rahmen der Befragungsstudie der Universität St. Gallen wurden positive Zusammenhänge von Bildungsabschlüssen, beruflicher Stellung sowie dem Einkommen mit der Lebenszufriedenheit beschrieben. Befragte, die gemäß dieser Merkmale einem höheren sozioökonomischen Status zuzuordnen waren, berichteten im Mittel auch eine höhere Lebenszufriedenheit.

Hinweise auf den sozioökonomischen Status geben in den hier betrachteten Routinedaten – ähnlich wie bei der Befragungsstudie – Angaben zur Schulbildung, Ausbildung und zum ausgeübten Beruf sowie eine Differenzierung zwischen Pflichtversicherten und freiwillig versicherten Mitgliedern, wobei letztere typischerweise über ein Erwerbseinkommen oberhalb der sogenannten Versicherungspflichtgrenze verfügen.

Insgesamt zeigen die ab Seite 92 dargestellten Ergebnisse bei Erwerbspersonen mit Hinweisen auf einen geringeren sozioökonomischen Status sehr konsistent häufigere gesundheitliche Probleme und Einschränkungen im Vergleich zu Personen mit höheren Schul- und Ausbildungsabschlüssen sowie mit größeren finanziellen Ressourcen. Bemerkenswert erscheint, dass sich dies Ergebnis nahezu durchgängig bei allen betrachteten Indikatoren zeigt, obwohl diese Indikatoren auf der Basis von Daten aus sehr unterschiedlichen Bereichen der Krankenversicherung gebildet wurden (Arbeitsunfähigkeiten, Krankenhausbehandlungen, Arzneiverordnungen, ambulant-ärztliche Versorgung). Dass Unterschiede im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten hier oftmals deutlicher als bei anderen Indikatoren ausfallen entspricht den Erwartungen, wenn man die vielfältigen Abhängigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten bedenkt (vgl. auch Methodenteil ab Seite 143). Ausgesprochen deutlich weisen die Ergebnisse auf

gesundheitliche Probleme bei Arbeitslosen hin. Die Sterberate lag bei Arbeitslosen um etwa den Faktor 2 höher, als dies aufgrund der Geschlechts- und Altersstruktur von Arbeitslosen hätte erwartet werden können (vgl. Tabelle 26 auf Seite 104). Jedoch auch unabhängig von einer Arbeitslosigkeit lässt sich feststellen, dass nach den vorliegenden Ergebnissen Hinweise auf einen geringeren sozioökonomischen Status durchgängig mit einer höheren Sterblichkeit assoziiert sind. Dies erscheint insbesondere deshalb erwähnenswert, weil die Sterblichkeit keiner definitorischen Unschärfe unterliegt und als Kennwert insofern nicht von potenziell schichtabhängig unterschiedlichen Einschätzungen, Bewertungen und Handlungsweisen der Patienten und Ärzte wie bei anderen Gesundheitsindikatoren abhängt.

Kinder und Familie

Ergebnisse der Befragungsstudie der Universität St. Gallen zeigen, dass Berufstätige aus Haushalten mit Kindern und Familie im Mittel eine höhere Lebenszufriedenheit berichten als Befragte ohne eine entsprechende Lebenssituation.

Im Hinblick auf die familiäre Situation erlauben die hier betrachteten Routinedaten lediglich begrenzte Analysen, die zudem mit größeren Unsicherheiten behaftet sind. So ließ sich die familiäre Situation nur für diejenigen Mitglieder abschätzen, bei denen Angehörige beitragsfrei familienversichert waren (vgl. Abschnitt ab Seite 110). Als Ehepartner familienversichert waren vorrangig Frauen. Betrachtet werden konnten im Hinblick auf bestehende Partnerschaften also überwiegend berufstätige Männer, die in einer Partnerschaft mit einer formal recht traditionellen Rollenaufteilung leben.

Insbesondere im Hinblick auf psychische Belastungen, aber auch gemessen an der Sterblichkeit weisen diese Männer eine vergleichsweise bessere Gesundheit auf als Erwerbspersonen ohne einen familienversicherten Partner. In welchem Umfang dies auch für andere und dabei weitaus häufigere Konstellationen von Partnerschaften gilt, die in den vorliegenden Daten nicht identifiziert werden konnten (beispielsweise für Paare mit zwei berufstätigen und dann eigenständig versicherten Partnern), lässt sich an dieser Stelle leider nicht belegen.

Auch das Vorhandensein von (familienversicherten) Kindern ist nach den vorliegenden Ergebnissen bei Erwerbspersonen mit geringeren gesundheitlichen Einschränkungen und einer reduzierten Sterblichkeit assoziiert. Dies kann auf unterstützende Funktionen der Familie hindeuten. Zugleich lassen sich jedoch an dieser wie auch an anderen Stellen der vorliegenden Auswertungen auch umgekehrte Wirkrichtungen nicht ausschließen, weshalb eine Interpretation mit Bedacht erfolgen sollte.

Flexibilisierung der Arbeit

Flexible Arbeit meint im Rahmen der Befragungsstudie der Universität St. Gallen eine seitens des Arbeitnehmers möglichst frei gestaltbare Arbeitszeit. Mit zunehmenden Gestaltungsmöglichkeiten wurde von den Berufstätigen im Mittel auch eine höhere Lebenszufriedenheit berichtet.

In einem Abschnitt zum Schwerpunktkapitel ab Seite 117 wurden drei Merkmale betrachtet, die direkt oder indirekt mit wechselnden Arbeitsplätzen und damit auch mit einer Flexibilität der Berufstätigen im Zusammenhang stehen (Arbeitsplatz- sowie Wohnortwechsel, Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung). Im Gegensatz zu einer flexiblen Arbeitszeitgestaltung ist die hiermit erfasste Flexibilität für betroffene Arbeitnehmer also eher als Belastung durch Erfordernisse des Arbeitsmarktes denn als supportive Bereitstellung von Freiräumen zu sehen.

Arbeitsplatzwechsel in vorausgehenden Zeiträumen sind nach den vorliegenden Ergebnissen mit vergleichsweise gering ausgeprägten gesundheitlichen Auffälligkeiten in nachfolgenden Zeiträumen assoziiert (vgl. Abschnitte ab Seite 118). Bei genau einem dokumentierten Arbeitsplatzwechsel 2014 zeigten sich im Folgejahr 2015 unter Vernachlässigung geringfügig erhöhter Krankenstände tendenziell sogar Hinweise auf eine bessere somatische Gesundheit. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Berufstätige mit vorbestehenden gesundheitlichen Einschränkungen freiwillig, beispielsweise zur Verbesserung ihrer beruflichen Stellung, nur seltener als gesündere Arbeitnehmer ihren Arbeitsplatz wechseln.

Wohnortwechsel konnten in den hier betrachteten Daten nur bei Wechseln der Wohnkreise (entsprechend den ersten fünf Ziffern des amtlichen Gemeindeschlüssels) und/oder des 3-stelligen Postleitzahlgebietes erkannt werden – Wohnungswechsel in der direkten Nachbarschaft beziehungsweise innerhalb von entsprechend abgegrenzten Gebieten wurden demnach zwangsläufig nicht berücksichtigt.

Wohnortwechsel im Jahr 2014 waren nach den vorliegenden Ergebnissen mit überraschend deutlichen Hinweisen insbesondere auf Einschränkungen der psychischen Gesundheit 2015 sowie auch mit einer statistisch signifikant erhöhten Sterblichkeit innerhalb der Jahre 2015 bis 2016 assoziiert (vgl. Abschnitte ab Seite 120). Auch wenn in diesem Kontext vertiefende Analysen wünschenswert erscheinen, liefern die Ergebnisse Anhaltspunkte für eine – auch in Zeiten des Internets mit seinen erweiterten Kommunikationsmöglichkeiten über weite Distanzen – verhältnismäßig große Bedeutung des direkten sozialen Umfeldes für das psychische Wohlbefinden und die Gesundheit.

Ergebnisse zu Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung (Leiharbeitern) ab Seite 124 weisen auf überdurchschnittliche gesundheitliche Beeinträchtigungen in dieser Gruppe von Arbeitnehmern hin. Zum Teil dürfte dies allerdings auch auf ein allgemein vergleichsweise belastendes Tätigkeitsspektrum von Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung und damit nicht ausschließlich auf den Leiharbeiter-Status an sich zurückzuführen sein.

Arbeitsplatzsicherheit

Darüber hinaus zeigt die Befragungsstudie der Universität St. Gallen Zusammenhänge zwischen der Arbeitsplatzsicherheit und der Lebenszufriedenheit. Beschäftigte aus unbefristeten Arbeitsverhältnissen berichteten im Mittel eine höhere Lebenszufriedenheit als Beschäftigte aus befristeten Arbeitsverhältnissen.

Seit Einführung des neuen Tätigkeitsschlüssels für die Meldungen der Arbeitgeber an die Sozialversicherungsträger Ende 2011 lassen sich auch in Routinedaten bei Krankenkassen Berufstätige mit befristeten und unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen unterscheiden (vgl. Erläuterungen im Methodenteil ab Seite 153).

Insbesondere Ergebnisse zu Indikatoren hinsichtlich psychischer Störungen deuten konsistent auf eine erhöhte Belastung von Beschäftigten in Zusammenhang mit einer Befristung von Beschäftigungsverhältnissen hin (vgl. Abschnitt ab Seite 127). Zugleich lässt sich bei der vergleichsweise großen Gruppe von Berufstätigen mit befristeten Beschäftigungsverhältnissen am 1. Januar 2015 eine mit 16 Prozent leicht, jedoch statistisch signifikant über den Erwartungswerten liegende Sterblichkeit in den Jahren 2015 bis 2016 nachweisen.

Unabhängige Einflüsse

Ein abschließender Abschnitt ab Seite 130 befasst sich mit der Frage, inwieweit den vorausgehend separat betrachteten Merkmalen ein eigenständiger, unabhängiger Einfluss auf die Gesundheit auch bei einer gleichzeitigen Berücksichtigung von Effekten der anderen Faktoren zugeschrieben werden kann. Berechnet wurden in diesem Kontext beispielhaft für unterschiedliche gesundheitliche Aspekte vier gleichartig aufgebaute logistische Regressionsmodelle, in denen Risiken 1.) für die Verordnung von Psychopharmaka, 2.) für Krankenhausaufenthalte mit psychischen und 3.) für Krankenhausaufenthalte mit somatischen Behandlungsanlässen sowie 4.) hinsichtlich der Sterblichkeit modelliert wurden (vgl. Tabelle 41 auf Seite 132).

Weitgehend alle der bereits zuvor genannten Merkmale im Sinne von Risikofaktoren für gesundheitliche Einschränkungen zeigen auch in den hier durchgeführten multiva-

riaten Modellrechnungen unter einer gleichzeitigen Berücksichtigung der unterschiedlichen Effekte ähnliche Einflüsse wie bei den bereits zuvor erläuterten Gegenüberstellungen (bei denen lediglich geschlechts- und altersabhängige Effekte eliminiert beziehungsweise durch das methodische Vorgehen rechnerisch bereinigt wurden). Insgesamt werden damit die Ergebnisse und inhaltlichen Aussagen der vorausgehend erläuterten Auswertungen grundsätzlich bestätigt.

Hinsichtlich aller berücksichtigter Merkmale lassen sich auch statistisch signifikante Einflüsse auf die Sterblichkeit nachweisen. Inhaltlich bedeutsam erscheint dabei insbesondere die auch im logistischen Regressionsmodell merklich erhöhte Sterblichkeit von Arbeitslosen, zumal bei den vorliegenden Auswertungen lediglich Arbeitslose mit ALG-I-Bezug und diese dabei ohne jegliche Differenzierung nach Dauer des Arbeitslosengeld-Bezuges berücksichtigt wurden. In Subgruppen mit längerfristigem ALG-I-Bezug und bei Langzeitarbeitslosen mit ALG-II-Bezug ist mit dem Nachweis von noch deutlicheren Auswirkungen zu rechnen.

Resümee

Grundsätzlich zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass sich für Merkmale, die nach den Befragungsergebnissen der Universität St. Gallen mit einer eingeschränkten Lebenszufriedenheit assoziiert waren, auch in Routinedaten einer Krankenkasse inhaltlich gleichartige Assoziationen hinsichtlich weitgehend aller der jetzt betrachteten Indikatoren für die Gesundheit nachweisen lassen. Die entsprechenden Aussagen der Befragungsstudie der Universität St. Gallen werden damit unterstützt und bestärkt.

Ein wesentlicher Vorteil der aktuell durchgeführten Auswertungen von Routinedaten der BARMER im Vergleich zu Befragungsstudien besteht darin, dass Daten zu einer mit mehr als drei Millionen Erwerbspersonen extrem großen Population einbezogen werden können. Nur damit lassen sich auch vergleichsweise seltene Ereignisse wie Krankenhausaufenthalte mit bestimmten Diagnosen und insbesondere auch Todesfälle bei Erwerbspersonen statistisch sinnvoll betrachten. Bei Auswertungen zu Abhängigkeiten der Sterblichkeit von Faktoren, welche die Lebenszufriedenheit beeinflussen, zeigten sich Ergebnisse, die sehr regelmäßig zu inhaltlich vergleichbaren Aussagen führen. In Gruppen von Personen mit einer reduzierten Lebenszufriedenheit muss demnach oftmals auch mit einer reduzierten Lebenserwartung beziehungsweise einer erhöhten Sterblichkeit gerechnet werden.

Arbeitsunfähigkeiten

Grundlegende Kennzahlen und Entwicklungen 2016

Nachfolgend werden zunächst grundlegende Kennzahlen zur Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 2015 und 2016 dargestellt. Methodische und inhaltliche Erläuterungen zu diesen Kennzahlen finden sich in Textabschnitten ab Seite 141.

Tabelle 1 zeigt Ergebnisse zum bundesweiten Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in den Jahren 2015 und 2016. Angaben zu relativen Veränderungen bundesweiter Zahlen von 2015 auf 2016 sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 1 Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit

Kennzahl	2015			2016		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	55,3%	60,0%	57,5%	53,8%	58,8%	56,1%
AU-Fälle je 100 VJ	123	140	131	120	138	129
AU-Tage je Fall	13,8	13,3	13,5	14,0	13,5	13,7
AU-Tage je 100 VJ	1.692	1.863	1.771	1.681	1.864	1.765
Krankenstand	4,64%	5,10%	4,85%	4,60%	5,11%	4,84%

BARMER GEK 2015 und 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Nach den Ergebnissen geschlechts- und altersstandardisierter Auswertungen von bundesweiten Daten der BARMER GEK waren auch im Jahr 2016 56,1 Prozent der Erwerbspersonen und damit deutlich mehr als die Hälfte mindestens einmalig erkrankungsbedingt arbeitsunfähig gemeldet. Je 100 durchgängig Beschäftigte wurden bundesweit 129 Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und insgesamt 1.765 Fehltage erfasst. Für einzelne Beschäftigte wurden demnach innerhalb des Jahres durchschnittlich rund 1,3 Arbeitsunfähigkeitsfälle sowie insgesamt rund zweieinhalb Erkrankungswochen gemeldet. Die 1.765 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre (VJ) entsprechen einem Krankenstand von 4,84 Prozent. An einem durchschnittlichen Kalendertag des Jahres 2016 waren von 1.000 Beschäftigten damit rund 48 Beschäftigte arbeitsunfähig gemeldet. Eine einzelne Arbeitsunfähigkeitsmeldung dauerte 2016 im Durchschnitt 13,7 Tage.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fehlzeiten 2016 nach bundesweit ermittelten Ergebnissen geringfügig um 0,3 Prozent gesunken. Der Rückgang resultierte dabei aus einer geringeren Anzahl von AU-Fällen (-1,7 Prozent), die jedoch durch eine etwas längere durchschnittliche fallbezogene Krankschreibungsdauer (+1,4 Prozent) teilweise kompensiert wurde.

Tabelle 2 Relative Veränderungen von Kennzahlen 2016 im Vergleich zum Vorjahr

Kennzahl	BUNDESWEIT		
	Männer	Frauen	Gesamt
Betroffenheitsquote	-2,7%	-2,1%	-2,4%
AU-Fälle je 100 VJ	-1,9%	-1,4%	-1,7%
AU-Tage je Fall	1,3%	1,5%	1,4%
AU-Tage je 100 VJ	-0,7%	0,1%	-0,3%
Krankenstand	-0,7%	0,1%	-0,3%

BARMER GEK 2016 vs. 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Regionale Variationen

AU-Fallzahlen im Bundeslandvergleich

Ergebnisse zu AU-Fallzahlen je 100 Versicherungsjahre in den 16 Bundesländern zeigen Tabelle 3 sowie Abbildung 1 auf der folgenden Seite. Während die Tabelle Ergebnisse zu 2015 und 2016 beinhaltet, beschränkt sich die Kartendarstellung auf aktuelle Angaben zum Jahr 2016. Vermerkt werden in den folgenden Abbildungen für Bundesländer primär jeweils relative Abweichungen von bundesweit ermittelten Ergebnissen. In Klammern werden zudem auch bundeslandspezifische Ergebnisse zu AU-Fällen je 100 VJ genannt.

Tabelle 3 Fälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015 und 2016

Bundesland	AU-Fälle je 100 VJ 2015			AU-Fälle je 100 VJ 2016		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	117	126	121	111	121	116
Bayern	118	125	121	113	122	117
Berlin	115	150	131	114	151	131
Brandenburg	137	166	150	136	166	150
Bremen	112	138	124	114	138	125
Hamburg	109	131	119	109	131	119
Hessen	127	141	133	124	139	131
Meckl.-Vorpommern	136	166	150	137	165	150
Niedersachsen	125	139	131	125	138	131
Nordrhein-Westfalen	118	135	126	117	133	124
Rheinland-Pfalz	127	137	131	124	134	129
Saarland	125	135	130	123	133	128
Sachsen	130	158	143	127	156	140
Sachsen-Anhalt	140	168	153	140	167	152
Schleswig-Holstein	124	140	131	123	139	130
Thüringen	144	169	156	141	167	153
BUNDESWEIT	123	140	131	120	138	129

BARMER GEK 2015 und 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

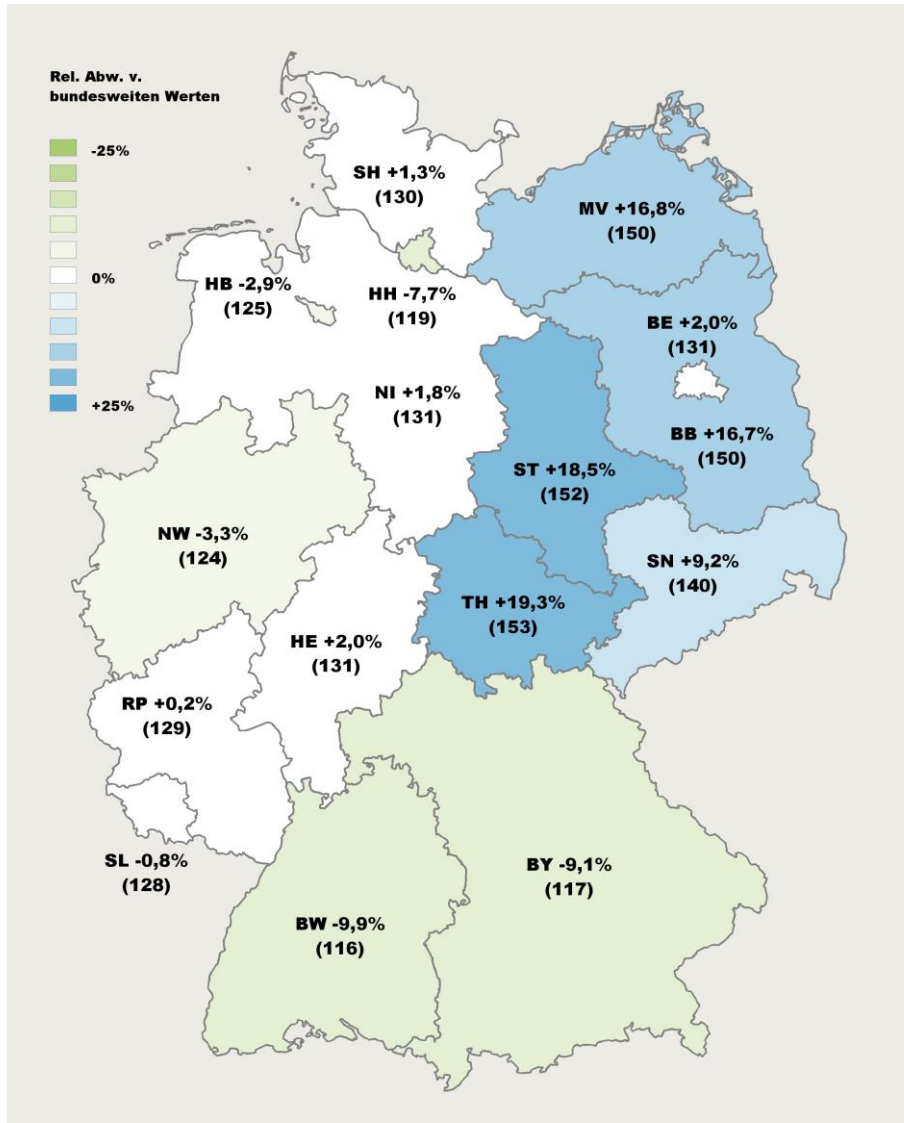


Abbildung 1 Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2016

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen;
Angaben in Klammern: AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

Die AU-Fallzahlen variierten 2016 zwischen 116 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Baden-Württemberg sowie 153 Fällen je 100 Versicherungsjahre in Thüringen, womit die bundesweiten Ergebnisse um 9,9 Prozent unterschritten beziehungsweise um 19,3 Prozent überschritten werden.

Fehlzeiten im Bundeslandvergleich

Tabelle 4 und Abbildung 2 zeigen bundeslandbezogene Ergebnisse zu Fehlzeiten, angegeben in AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre. Die Fehlzeiten variierten, wie im vorausgehenden Jahr, auch 2016 noch etwas ausgeprägter als die AU-Fallzahlen, nämlich zwischen 1.486 AU-Tagen je 100 VJ in Baden-Württemberg (-15,8%) und 2.159 AU-Tagen je 100 VJ in Mecklenburg-Vorpommern (+22,3%). Nach Baden-Württemberg weisen Erwerbspersonen aus Bayern die geringsten Fehlzeiten auf.

Tabelle 4 AU-Tag je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015 und 2016

Bundesland	AU-Tag je 100 VJ 2015			AU-Tag je 100 VJ 2016		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	1.493	1.553	1.520	1.451	1.528	1.486
Bayern	1.569	1.578	1.573	1.547	1.581	1.563
Berlin	1.666	2.170	1.898	1.649	2.190	1.898
Brandenburg	1.998	2.282	2.129	1.998	2.293	2.134
Bremen	1.412	1.769	1.577	1.481	1.807	1.631
Hamburg	1.535	1.797	1.656	1.506	1.761	1.623
Hessen	1.659	1.797	1.723	1.646	1.791	1.713
Meckl.-Vorpommern	2.045	2.218	2.125	2.075	2.256	2.159
Niedersachsen	1.680	1.839	1.753	1.710	1.847	1.773
Nordrhein-Westfalen	1.658	1.844	1.743	1.641	1.839	1.732
Rheinland-Pfalz	1.746	1.828	1.783	1.737	1.845	1.787
Saarland	1.986	2.110	2.043	1.970	2.076	2.019
Sachsen	1.801	2.017	1.901	1.767	2.058	1.901
Sachsen-Anhalt	1.999	2.211	2.097	2.015	2.245	2.121
Schleswig-Holstein	1.713	1.937	1.817	1.690	1.937	1.804
Thüringen	2.034	2.211	2.116	2.039	2.247	2.135
BUNDESWEIT	1.692	1.863	1.771	1.681	1.864	1.765

BARMER GEK 2015 und 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

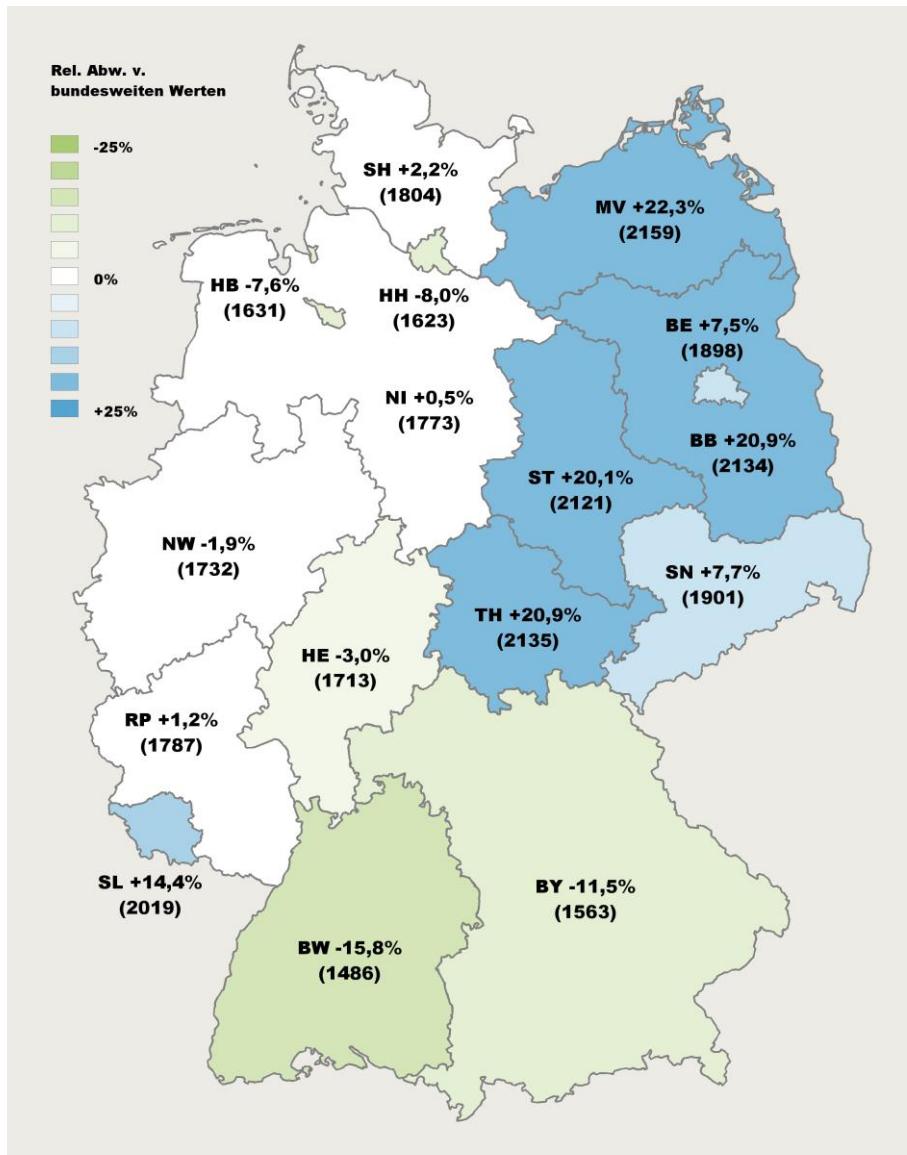


Abbildung 2 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2016

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen;
Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

Entwicklung der AU-Fallzahlen und Fehlzeiten im Bundeslandvergleich

Die Häufigkeit von Krankschreibungen ist in fast allen Bundesländern von 2015 auf 2016 gesunken. Die Ergebnisse variieren zwischen einem relativen Rückgang um 4,4 Prozent in Baden-Württemberg sowie einem geringfügigen Anstieg um 0,8 Prozent in Bremen. Auch bei den Fehlzeiten zeigen sich in einzelnen Bundesländern unterschiedliche Entwicklungen. Während die registrierten Fehlzeiten in Baden-Württemberg um 2,3 Prozent gesunken sind, war in Bremen eine Zunahme um 3,5 Prozent zu verzeichnen.

Tabelle 5 Relative Veränderungen 2016 im Vergleich zum Vorjahr in Bundesländern

Bundesland	Rel. Veränderungen AU-Fälle			Rel. Veränderungen AU-Tage		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Baden-Württemberg	-5,33%	-3,41%	-4,41%	-2,81%	-1,62%	-2,25%
Bayern	-4,09%	-2,67%	-3,42%	-1,39%	0,16%	-0,68%
Berlin	-0,53%	0,32%	-0,08%	-1,06%	0,91%	-0,02%
Brandenburg	-0,29%	0,30%	0,01%	0,00%	0,49%	0,24%
Bremen	2,04%	-0,37%	0,80%	4,88%	2,13%	3,46%
Hamburg	-0,50%	-0,67%	-0,59%	-1,87%	-2,03%	-1,95%
Hessen	-1,96%	-1,24%	-1,61%	-0,82%	-0,31%	-0,58%
Meckl.-Vorpommern	0,91%	-0,38%	0,25%	1,48%	1,72%	1,60%
Niedersachsen	-0,06%	-0,49%	-0,27%	1,81%	0,43%	1,14%
Nordrhein-Westfalen	-1,42%	-1,14%	-1,28%	-0,99%	-0,27%	-0,64%
Rheinland-Pfalz	-1,81%	-1,87%	-1,84%	-0,46%	0,97%	0,21%
Saarland	-1,66%	-1,70%	-1,68%	-0,77%	-1,62%	-1,17%
Sachsen	-2,42%	-1,06%	-1,72%	-1,87%	2,06%	0,05%
Sachsen-Anhalt	-0,15%	-0,73%	-0,45%	0,80%	1,53%	1,16%
Schleswig-Holstein	-0,86%	-0,75%	-0,80%	-1,36%	-0,04%	-0,71%
Thüringen	-1,73%	-1,10%	-1,41%	0,21%	1,62%	0,89%
BUNDESWEIT	-1,92%	-1,44%	-1,69%	-0,66%	0,06%	-0,31%

BARMER GEK 2016 vs. 2015, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Fehlzeiten auf Kreisebene

Abbildung 3 auf der folgenden Seite stellt bundesweite Variationen der Fehlzeiten auf der Ebene von mehr als 400 Kreisen dar. Effektiv werden Ergebnisse zu Flächen von 413 Kreisen in einer Abgrenzung entsprechend dem Stand von Gemeinde- und Kreisreformen Ende 2008 dargestellt. In den einzelnen Kreisen wohnten 2016 jahresdurchschnittlich jeweils mehr als 300 Erwerbspersonen mit Versicherung in der BARMER GEK, im Mittel waren es 8.480 Erwerbspersonen je Kreis. Durch die Verwendung dieser bereits „historischen“ Kreisaufteilung lassen sich aktuelle Ergebnisse problemlos mit Vorjahresergebnissen zu identischen Regionen vergleichen. Da Kreisreformen oftmals mit der Zusammenfassung von Gebieten einhergehen, würden mit einer Anpassung an aktuelle Abgrenzungen zudem regionale Differenzierungsmöglichkeiten weiter eingeschränkt.

Farblich angedeutet werden in den Abbildungen, mit identischen Abstufungen wie bereits in den vorausgehenden Abbildungen, relative Abweichungen der regional beobachteten Fehlzeiten von Fehlzeiten, die aufgrund der regionalen Geschlechts- und Altersstruktur nach bundesweiten Ergebnissen hätten erwartet werden können (vgl. Abschnitte zur indirekten Standardisierung auf Seite 159 im Anhang).

Deutlich werden die zum Teil merklichen Variationen auch innerhalb einzelner Bundesländer. Statistiken auf der Ebene von Bundesländern stellen insofern – wie nahezu jede Statistik – erheblich vereinfachte Blicke, hier auf die Realität regionaler Variationen, dar. Überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten zeigen sich in den meisten Kreisen innerhalb der neuen Bundesländer, ausgesprochen niedrige Fehlzeiten lassen sich insbesondere für südlich gelegene Kreise Bayerns und Baden-Württemberg nachweisen. Kreisbezeichnungen sowie Ergebnisse zu Variationen von Fehlzeiten in einzelnen Kreisen sind Bundesland-spezifischen Dokumenten zum Gesundheitsreport 2017 der BARMER zu entnehmen, die im Internet unter www.barmer.de/p008348 verfügbar sind.

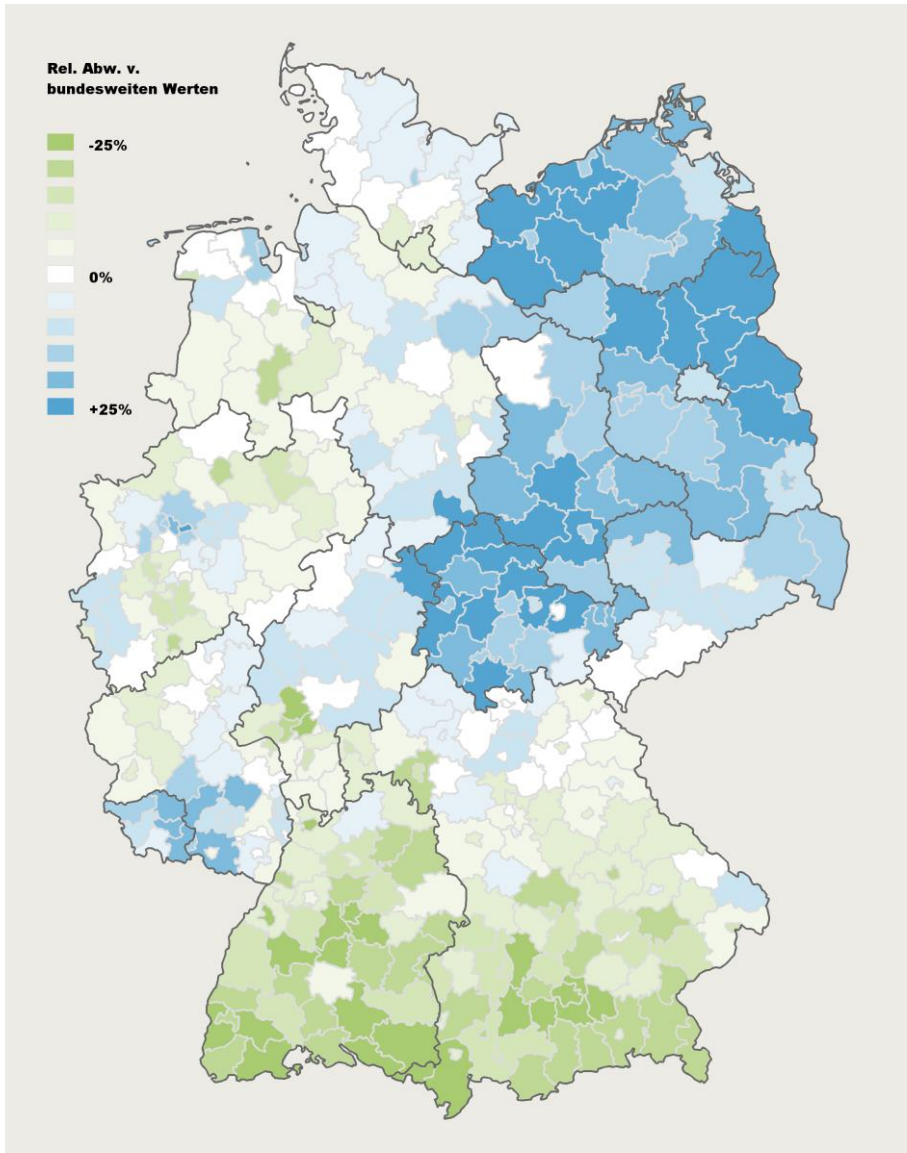


Abbildung 3 Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2016 bundesweit

Arbeitsunfähigkeiten nach Falldauer

Ein weit überwiegender Anteil der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen dauert lediglich wenige Tage, relativ wenige AU-Fälle dauern über viele Wochen. Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Bedeutung der unterschiedlich langen Arbeitsunfähigkeiten für die insgesamt erfassten Fehlzeiten.

Ein weit überwiegender Anteil der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen resultiert aus leichteren Erkrankungen. So sind beispielsweise verhältnismäßig viele Menschen innerhalb eines Jahres von einer Erkältungskrankheit betroffen und mit entsprechenden Diagnosen in der Regel dann nur kurzzeitig krankgeschrieben.

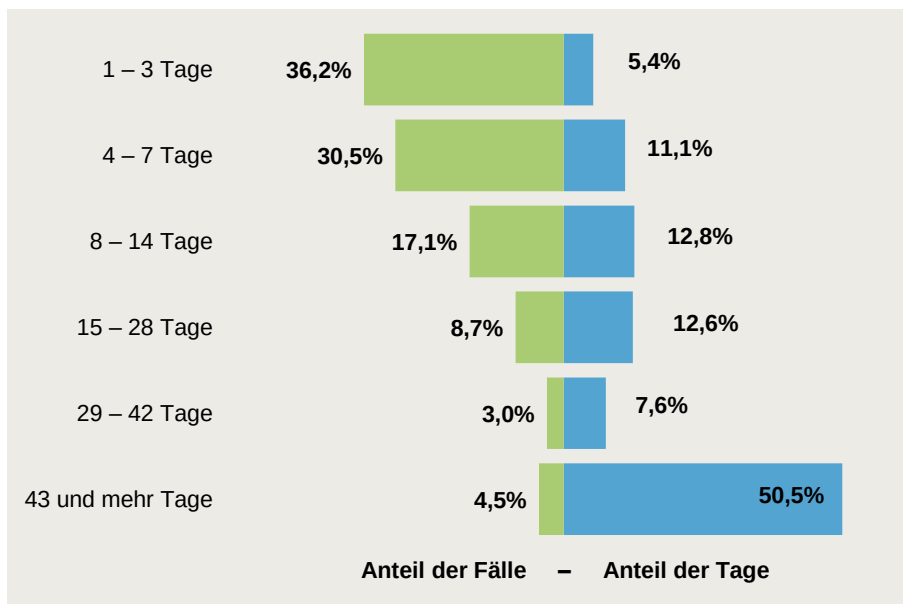


Abbildung 4 AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer 2016

Relativ wenige AU-Fälle resultieren bei Personen im Erwerbsalter aus schwerwiegenden Erkrankungen. Da entsprechende Arbeitsunfähigkeiten im Einzelfall jedoch extrem lange andauern können, entfällt auf diese eher seltenen Fälle dennoch ein wesentlicher Anteil der insgesamt in Daten von Krankenkassen erfassten Fehlzeiten. Diesen Sachverhalt verdeutlicht Abbildung 4.

Nach den Auswertungen bundesweit erhobener Daten der BARMER GEK dauerten 2016 etwa zwei Drittel der erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle maximal eine Woche. 36,2 Prozent der Fälle erstreckten sich dabei über ein bis drei Tage, 30,5 Prozent dauerten zwischen vier und sieben Tage (vgl. Tabelle 6). Auf diese große Zahl eher kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten entfiel jedoch mit einem Anteil von 16,5 Prozent lediglich etwa ein Sechstel aller erfassten Arbeitsunfähigkeitstage.

Tabelle 6 Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer 2015 und 2016

Fallbezogene Dauer	2015		2016	
	AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage
1 – 3 Tage	36,9%	7,0%	36,2%	5,4%
4 – 7 Tage	30,8%	14,4%	30,5%	11,1%
8 – 14 Tage	17,2%	16,5%	17,1%	12,8%
15 – 28 Tage	8,5%	15,6%	8,7%	12,6%
29 – 42 Tage	2,9%	9,3%	3,0%	7,6%
43 und mehr Tage	3,7%	37,1%	4,5%	50,5%

BARMER GEK 2015 und 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Lediglich 4,5 Prozent der bundesweit erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle, also etwa jede 22. Krankschreibung, dauerte länger als sechs Wochen. Allein dieser verhältnismäßig kleinen Zahl von Fällen mit mehr als sechs Wochen Dauer waren jedoch mit 50,5 Prozent etwa die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitstage zuzuordnen.

Die Vorjahresergebnisse zeigen grundsätzlich eine ähnliche Verteilung, weichen jedoch im Detail erheblich von den aktuellen Ergebnissen ab. Die Unterschiede resultieren dabei vorrangig aus einer veränderten Datenbereitstellung. Im Gegensatz zur Situation in vorausgehenden Jahren konnte bei der vorliegenden Auswertung zu 2016 auf Daten zu Arbeitsunfähigkeitsfällen über Jahresgrenzen hinweg zurückgegriffen werden, womit sehr lang andauernde Krankschreibungen adäquater berücksichtigt werden konnten.

Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen

Gemeldete erkrankungsbedingte Arbeitsunfähigkeiten verteilen sich recht unterschiedlich auf einzelne Wochentage, wobei entsprechende Ergebnisse inhaltlich in zurückliegenden Jahren gelegentlich fehlinterpretiert wurden.

Tabelle 7 zeigt bundesweit ermittelte Ergebnisse zur Häufigkeit von AU-Meldungen an einzelnen Wochentagen sowie zur Verteilung der gemeldeten Fehlzeiten auf Wochentage in den Jahren 2015 und 2016.

Tabelle 7 Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen 2015 und 2016

Wochentag	2015		2016	
	AU-Beginn	AU-Tage	AU-Beginn	AU-Tage
Montag	34,2%	13,9%	33,6%	13,9%
Dienstag	19,6%	15,0%	20,9%	14,9%
Mittwoch	16,3%	15,7%	16,9%	15,5%
Donnerstag	17,4%	15,9%	15,7%	15,6%
Freitag	9,9%	16,0%	10,2%	15,7%
Samstag	1,4%	12,0%	1,5%	12,5%
Sonntag	1,2%	11,5%	1,3%	12,0%

BARMER GEK 2015 und 2016 Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Meldung zur Arbeitsunfähigkeit an einzelnen Wochentagen

Auf den ersten Blick auffällig erscheint, dass regelmäßig etwa ein Drittel aller Arbeitsunfähigkeiten an einem Montag beginnen, was von manchen Betrachtern entsprechender Statistiken als arbeitnehmerseitige Tendenz fehlinterpretiert wurde, sich durch eine Krankschreibung am Montag das Wochenende zu verlängern. Eine zweifellos inhaltlich korrektere Begründung für die ungleiche Verteilung des AU-Beginns auf einzelne Wochentage ergibt sich aus typischen Arbeitszeiten von Arbeitnehmern sowie aus den Öffnungszeiten von Arztpraxen.

Bei Erkrankungen an Wochenenden besteht bei üblichen Arbeitsverhältnissen mit zumeist arbeitsfreien Wochenenden zum einen häufig kein Anlass, sich sofort krankzuschreiben zu lassen. Zum anderen stehen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung an Wochenenden nur Notdienste zur Versorgung dringlicher Fälle zur Verfügung. Entsprechend beginnen an Wochenenden lediglich etwa drei Prozent al-

ler Krankschreibungen. Geht man davon aus, dass sich Erkrankungsereignisse primär annähernd gleichmäßig auf Wochentage verteilen und bei Beginn am Wochenende ggf. oftmals auch über das Wochenende hinaus andauern, müssen Krankschreibungen bei Erkrankungsbeginn am Wochenende dann typischerweise montags nachgeholt werden, was hohe Fallzahlen an diesem Wochentag zur Folge hat.

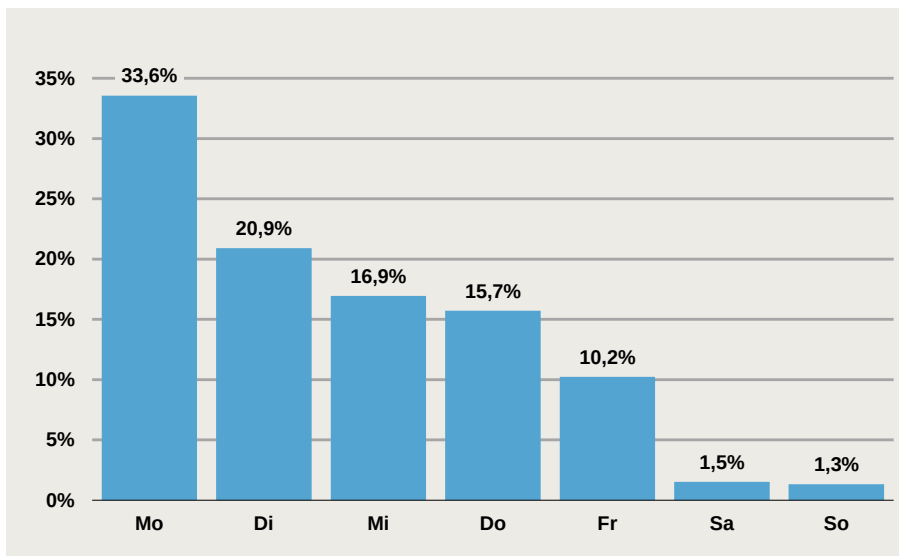


Abbildung 5 Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2016

Arbeitsunfähigkeitstage

Inhaltlich noch aufschlussreicher als Auswertungen zum Beginn von Arbeitsunfähigkeiten sind Auswertungen zur Verteilung der gemeldeten Fehlzeiten auf Wochentage. Abbildung 6 zeigt Ergebnisse zur anteiligen Verteilung der gemeldeten Fehlzeiten auf die einzelnen Wochentage innerhalb des Kalenderjahres 2016.

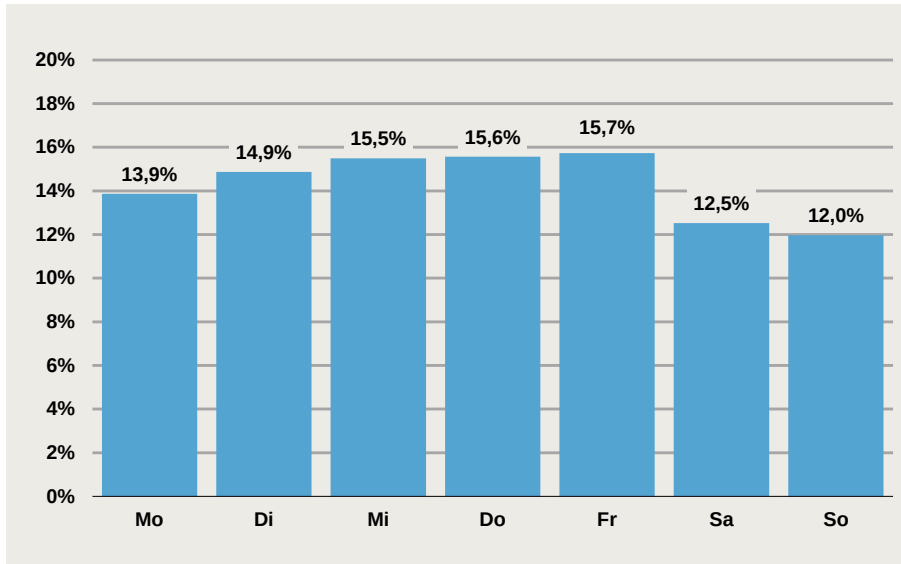


Abbildung 6 Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2016

Ganz offensichtlich entfallen, bezogen auf die Wochentage die typischerweise reguläre Arbeitstage sind, auf Montage mit Abstand die geringsten gemeldeten Fehlzeiten. Die Krankenstände am Arbeitswochenbeginn liegen also regelmäßig niedriger als im weiteren Wochenverlauf, was im Sinne von Erholungseffekten von arbeitsfreien Wochenenden interpretiert werden könnte. Relativ hoch liegen die Krankenstände demgegenüber eher in der zweiten Hälfte der Arbeitswoche.

Anteilig die geringsten gemeldeten Fehlzeiten entfallen auf Samstage und insbesondere Sonntage. Dass Arbeitnehmer an Wochenenden „besonders gesund“ sind kann daraus allerdings nicht direkt abgeleitet werden. Oftmals dürfte, wie bereits zuvor erläutert, bei Erkrankungsbeginn an diesen Tagen schlicht eine zeitnahe AU-Meldung unterblieben sein.

Arbeitsunfähigkeiten nach Geschlecht und Alter

Geschlecht und Alter haben einen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse in nahezu allen gesundheitsbezogenen Statistiken. Bei Gruppenvergleichen im Gesundheitsreport werden typischerweise geschlechts- und altersstandardisierte Zahlen gegenübergestellt, womit etwaige Unterschiede zwischen Vergleichsgruppen hinsichtlich ihrer Geschlechts- und Altersstruktur rechnerisch ausgeglichen werden (vgl. Erläuterungen im Anhang). Der nachfolgende Abschnitt befasst sich demgegenüber explizit mit dem Einfluss von Geschlecht und Alter auf Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten.

Arbeitsunfähigkeitsfälle

Mit Abstand am häufigsten werden Arbeitsunfähigkeiten erfahrungsgemäß bei Erwerbspersonen aus den jüngsten Altersgruppen erfasst. Während Erwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren durchschnittlich mehr als zweimal pro Jahr krankgeschrieben werden, liegen die Fallhäufigkeiten in mittleren Altersgruppen nur noch etwa halb so hoch. Insbesondere in Betrieben mit vielen Auszubildenden oder auch anderweitig sehr vielen jungen Beschäftigten sind demnach verhältnismäßig viele Krankmeldungen zu erwarten.

Abbildung 7 auf Seite 30 zeigt Angaben zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versicherungsjahre in 5-Jahres-Altersgruppen für Männer und Frauen (Männer – blau, Frauen – grün). Zahlenwerte sind Tabelle A1 auf Seite 161 im Anhang zu entnehmen.

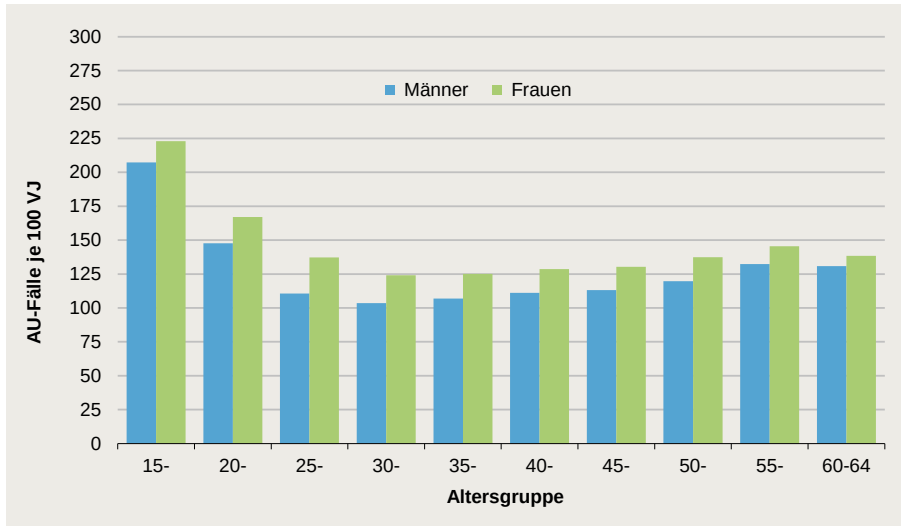


Abbildung 7 AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2016

Dauer der Arbeitsunfähigkeitsfälle

Abbildung 8 auf Seite 32 zeigt Ergebnisse zur durchschnittlichen Dauer einzelner Arbeitsunfähigkeitsfälle beziehungsweise von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter der Betroffenen. Zahlenangaben sind Tabelle A2 auf Seite 162 im Anhang zu entnehmen.

Die Falldauer steigt mit zunehmendem Alter stetig. Während einzelne AU-Fälle in der jüngsten Altersgruppe durchschnittlich weniger als 6 Tage dauerten, waren 60- bis 64-jährige Erwerbspersonen im Falle einer Krankschreibung durchschnittlich rund 24 Tage und damit mehr als drei Wochen im Rahmen einer einzelnen Krankmeldung arbeitsunfähig gemeldet.

Fehlzeiten

Abbildung 9 auf Seite 32 zeigt schließlich die aus AU-Fallzahlen und -Dauer in einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen bezogen auf jeweils 100 Versicherungsjahre resultierenden Arbeitsunfähigkeitszeiten. Zahlenangaben finden sich in Tabelle A3 auf Seite 162 im Anhang.

Trotz der ausgesprochen hohen Zahl gemeldeter AU-Fälle liegen die Fehlzeiten in den jüngsten Altersgruppen nur auf vergleichbarem Niveau wie bei Personen im Alter zwischen 30 und 34 Jahren, die 2016 nach bundesweiten Ergebnissen durchschnittlich etwa 12,4 Tage krankgemeldet waren (was der Angabe 1.235 AU-Tage je 100 VJ sowie einem Krankenstand von 3,38 Prozent entspricht).

Mit zunehmendem Alter steigt nach Vollendung des 35. Lebensjahres der Krankenstand. In der höchsten hier berücksichtigten Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen werden schließlich mehr als doppelt so hohe Fehlzeiten wie bei jungen Erwerbspersonen erfasst. Bei Betrieben ist demnach mit zunehmendem Alter der Beschäftigten kaum mit einer Veränderung der Krankschreibungshäufigkeit zu rechnen. Da jedoch einzelne Fälle im Durchschnitt erheblich länger als bei jüngeren Beschäftigten dauern, ist dennoch ein merklich höherer Krankenstand zu erwarten.

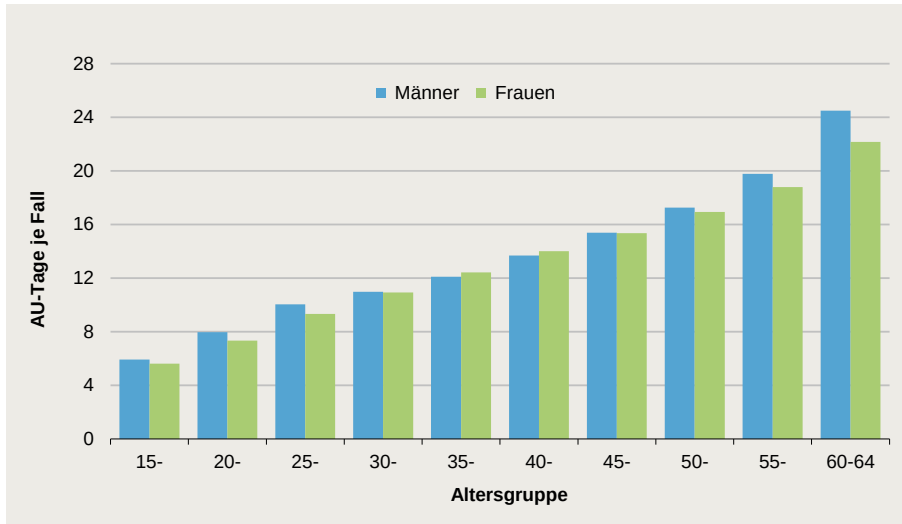


Abbildung 8 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2016

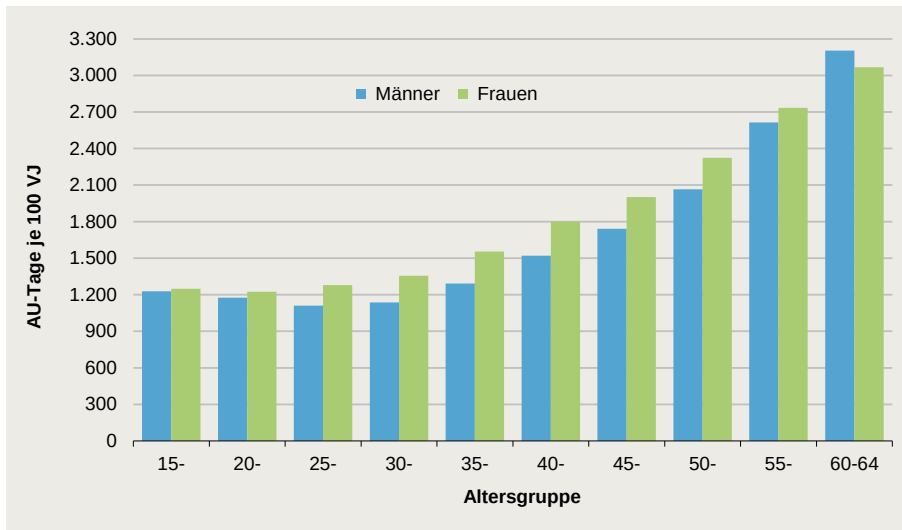


Abbildung 9 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2016

Branchen- und tätigkeitsbezogene Ergebnisse

Der nachfolgende Abschnitt liefert Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen 2016 in einzelnen Branchen sowie in Abhängigkeit von Schulabschluss, Ausbildung und Beruf.

Kennzahlen zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen in Branchen

In Deutschland erhält, abgesehen von wenigen Ausnahmen, jeder Arbeitgeber mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten von der Bundesagentur für Arbeit eine Betriebsnummer, bei Betriebsstandorten in unterschiedlichen Gemeinden gegebenenfalls auch mehrere. Unter anderem für entsprechende Aufschlüsselungen in kommunalen und bundesweiten Wirtschaftsstatistiken werden Niederlassungen eines Unternehmens dabei auch einem Wirtschaftszweig zugeordnet. Informationen zu Wirtschaftszweigen beziehungsweise zur Branchenzuordnung der Arbeitsstellen ihrer Versicherten werden an die Krankenkassen weitergeleitet. Zur Bezeichnung und Differenzierung von Branchen wird dabei aktuell in Deutschland die „Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008“ verwendet (WZ2008; vgl. auch Erläuterungen auf Seite 156).

Abbildung 10 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zur Häufigkeit von AU-Fällen sowie zu Fehlzeiten im Jahr 2016 je 100 VJ nach Branchenzuordnungen der Erwerbspersonen auf einer übergeordneten Ebene von insgesamt 21 „Abschnitten“ der WZ2008. Die offiziellen Bezeichnungen der Branchen werden aus Platzgründen in der Abbildung zum Teil nur verkürzt angegeben.

Ausgesprochen geringe Fehlzeiten und Krankschreibungshäufigkeiten finden sich für einige Branchen, deren Beschäftigte in der Regel nur wenig durch körperliche Tätigkeiten belastet sein dürften. Dies gilt insbesondere für die Branche „Information und Kommunikation“ sowie die Branche „Erbringung von freiberuflichen, technischen und wissenschaftlichen Dienstleistungen“. Beschäftigte aus diesen beiden Branchen waren 2016 durchschnittlich gut einmal krankgeschrieben und fehlten dabei nach kassenseitig vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsmeldungen innerhalb des Jahres durchschnittlich etwa 12 Tage erkrankungsbedingt am Arbeitsplatz, also mehr als fünf Tage weniger als eine durchschnittliche Erwerbsperson.

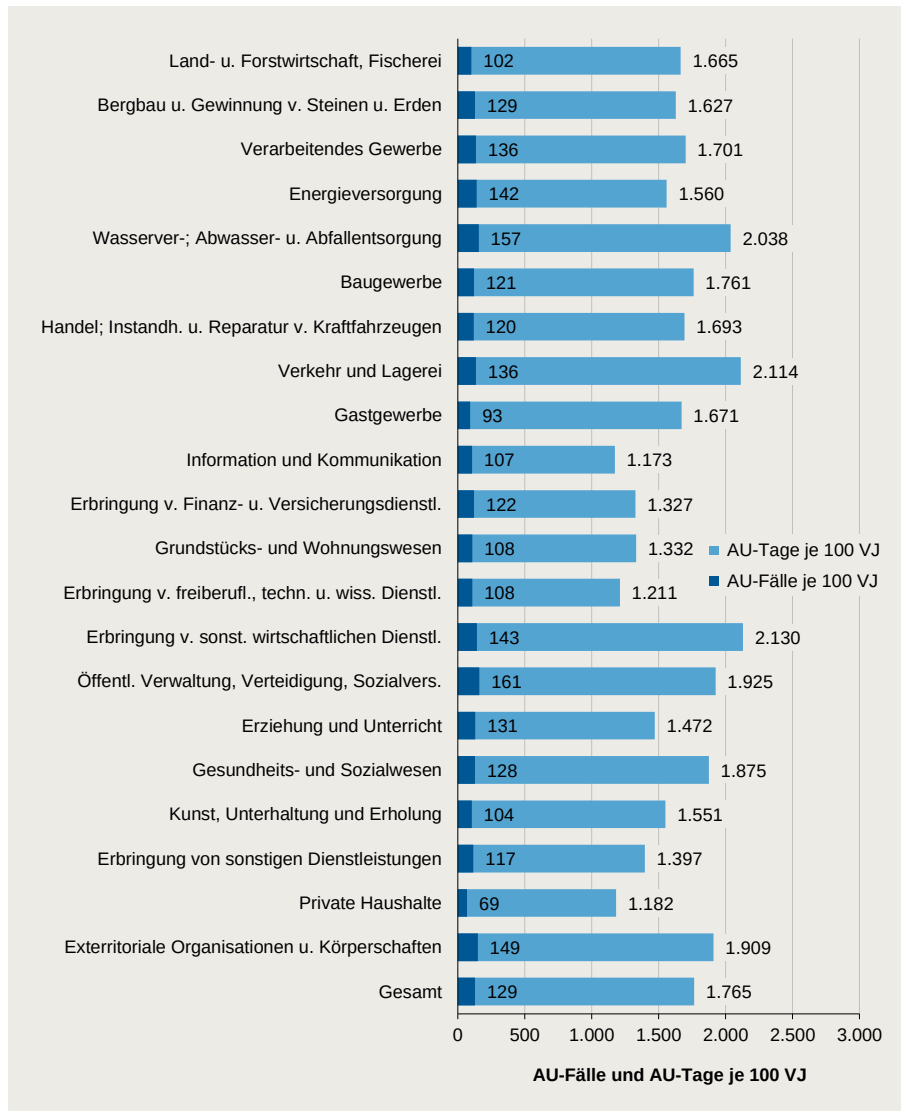


Abbildung 10 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2016

Verhältnismäßig hohe Fehlzeiten finden sich unter anderem für die Branchen „Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen“, „Verkehr und Lagerei“ sowie „Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen“, in denen von überdurchschnittlichen körperlichen Belastungen und Anforderungen der Beschäftigten ausgegangen werden kann, wobei in der letztgenannten Branche 2016 mit 2.130 AU-Tagen je 100 VJ die höchsten Fehlzeiten erfasst wurden. Die Werte dieser Branche lassen sich damit erklären, dass zu dieser Gruppe auch Leiharbeitsfirmen zählen, deren Beschäftigte häufig an überdurchschnittlich belasteten Arbeitsplätzen eingesetzt werden.

Eine **erheblich differenziertere branchenbezogene Übersicht zu den Arbeitsunfähigkeiten** auf der Ebene von 88 „Abteilungen“ der WZ2008 liefert Tabelle A4 auf Seite 163 im Anhang. Tabelle A5 auf Seite 166 beinhaltet entsprechend differenzierte Angaben zu Krankenständen, die ergänzend hier auch separat für Männer und Frauen ausgewiesen werden. Ein kleiner Teil der dargestellten branchenbezogenen Ergebnisse in den Tabellen beruht auf Angaben zu verhältnismäßig geringen Versichertenzahlen und sollte daher nur zurückhaltend interpretiert werden. Ergebnissen auf der Basis von jahresdurchschnittlich weniger als 1.000 Beschäftigten werden in den Tabellen durch kursive Schreibweise hervorgehoben.

Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten nach Schulabschluss, Ausbildung und Beruf

Arbeitgeber sind verpflichtet auch Angaben zur Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung von sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmern an die zuständigen Sozialversicherungen zu melden. Seit Dezember 2011 wird hierfür das „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit – Ausgabe 2010“ genutzt. Dieser 9-stellige Schlüssel enthält sowohl Angaben zur ausgeübten Tätigkeit, die sogenannte „Klassifikation der Berufe 2010“ (KldB 2010), als auch separat erfasste Informationen zu Schulbildung und Ausbildungsabschlüssen sowie zu Arbeitnehmerüberlassungen und zur Vertragsform (vgl. auch Erläuterungen ab Seite 153 im Anhang). Für Auswertungen im Gesundheitsreport standen diese Angaben erstmals für das Jahr 2014 zu allen berufstätigen Versicherten der Barmer GEK zur Verfügung.

Schulabschluss

Abbildung 11 zeigt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Jahr 2016 in Abhängigkeit vom höchsten gemeldeten Schulabschluss der Erwerbspersonen. Gemeldet werden können vier unterschiedliche

Formen von Schulabschlüssen sowie behelfsmäßig der Hinweis auf einen unbekannten Schulabschluss.

Die höchsten AU-Fallzahlen und Fehlzeiten weisen Personen ohne Schulabschluss sowie Personen mit Haupt- beziehungsweise Volksschulabschluss auf. Berufstätige mit entsprechenden Schulabschlüssen waren 2016 durchschnittlich mehr als 20 Tage pro Jahr krankgeschrieben. Die niedrigsten Werte sind, mit etwa halb so vielen Fehltagen, bei Berufstätigen mit Abitur oder Fachabitur zu finden.

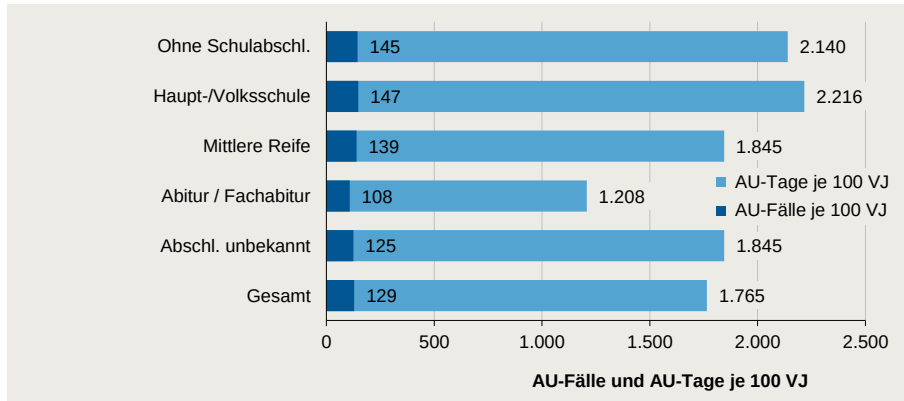


Abbildung 11 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Schulabschluss 2016

Ausbildung

Ergebnisse zur Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss der Erwerbstätigen sind in Abbildung 12 dargestellt. Die Ausbildungsabschlüsse können dabei gemäß einer Einteilung in sechs Kategorien von „ohne beruflichen Abschluss“ bis hin zu „Promotion“ gemeldet werden. Auch bei diesem Schlüssel existiert eine Kategorie „unbekannt“. Gemeldet werden sollen explizit die individuell höchsten bislang erreichten Ausbildungsabschlüsse unabhängig von ihrer Bedeutung für die jeweils aktuell ausgeübte Tätigkeit und ggf. auch unabhängig von der formalen Anerkennung eines Abschlusses in Deutschland.

Noch deutlicher als bei den weniger differenziert erfassten Schulabschlüssen zeigt sich bei dieser Auswertung eine starke Abhängigkeit der Krankschreibungshäufigkeit und -dauer von der beruflichen Qualifikation, wobei beide Kennzahlen mit steigendem Ausbildungsabschluss kontinuierlich zurückgehen. Die niedrigsten Fehlzeiten sind in der Gruppe der Berufstätigen mit Promotion zu verzeichnen.

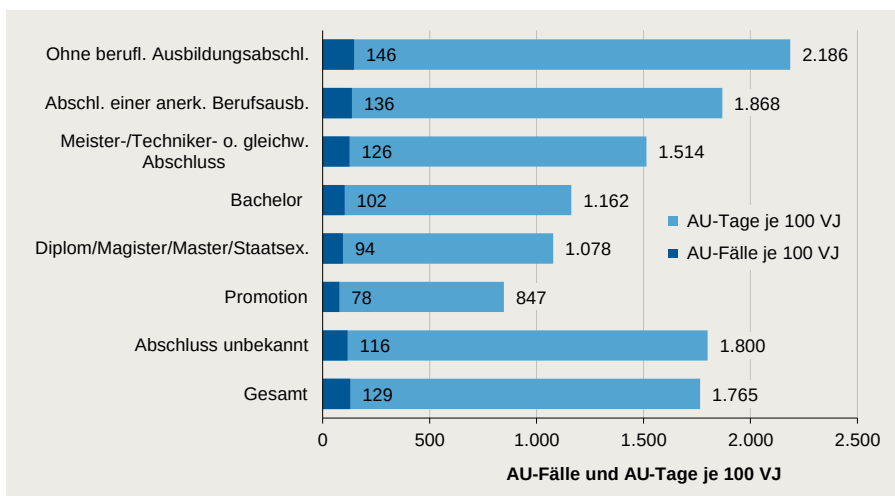


Abbildung 12 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildungsabschluss 2016

Auch die hier beobachteten Unterschiede dürften maßgeblich in Zusammenhang mit spezifischen körperlichen Belastungen stehen, denen Berufstätige mittelbar in Abhängigkeit vom Schul- beziehungsweise Ausbildungsabschluss im Erwerbsleben ausgesetzt sind. Es ist davon auszugehen, dass Tätigkeiten, die mit stärkeren körperlichen Belastungen verbunden sind und bereits vor diesem Hintergrund mit häufigeren Krankschreibungen und höheren Fehlzeiten assoziiert sind, eher von Berufstätigen mit geringerer Qualifikation ausgeübt werden. Weitere potenzielle Determinanten von Arbeitsunfähigkeiten werden ab Seite 143 im Anhang erläutert.

Berufsfelder

Abbildung 13 zeigt AU-Fallzahlen und Fehlzeiten 2016 in Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf in 20 sogenannte Berufsfelder mit vergleichbarer Charakteristika (vgl. Erläuterungen zu den traditionell im Report verwendeten Berufsfeldern im Anhang auf Seite 156). Im Gegensatz zur Branchenzuordnung, die in der Regel bei allen Beschäftigten eines Betriebes identisch ist, sollte die Berufszuordnung individuell und in Abhängigkeit von der jeweils aktuell ausgeübten Tätigkeit erfolgen und insofern die berufliche Situation eines einzelnen Beschäftigten trennschärfer beschreiben.

Die geringsten Fehlzeiten ließen sich nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen für das Jahr 2016 mit durchschnittlich weniger als 14 Fehltagen je Person für Beschäftigte mit technisch-naturwissenschaftlichen Berufen, mit Verwal-

tungs-/Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Berufen sowie mit Medien-, geisteswissenschaftlichen und künstlerischen Berufen ermitteln.

Durchschnittlich etwa 24 Fehltage je Person pro Jahr wurden demgegenüber bei Chemiearbeitern und Kunststoffverarbeitern, bei Metallberufen in Metallerzeugung und -bearbeitung, bei Beschäftigten mit Bau-, Bauneben- und Holzberufen sowie bei Verkehrs- und Lagerberufen erfasst.

Auch nach dieser Auswertung zeigt sich, dass insbesondere Beschäftigte mit körperlich belastenden Tätigkeiten beziehungsweise mit Tätigkeiten, die in ihrer Ausübung eine höhere körperliche Belastbarkeit voraussetzen, häufiger von höheren erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten betroffen sind (vgl. auch Textabschnitt zu Determinanten der Arbeitsunfähigkeit auf Seite 143).

Trotz geringer AU-Fallzahlen noch höhere erkrankungsbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten als in allen zuvor differenzierten Berufsfeldern finden sich bei arbeitslos gemeldeten Berufstätigen beziehungsweise ALG-I-Empfängern.

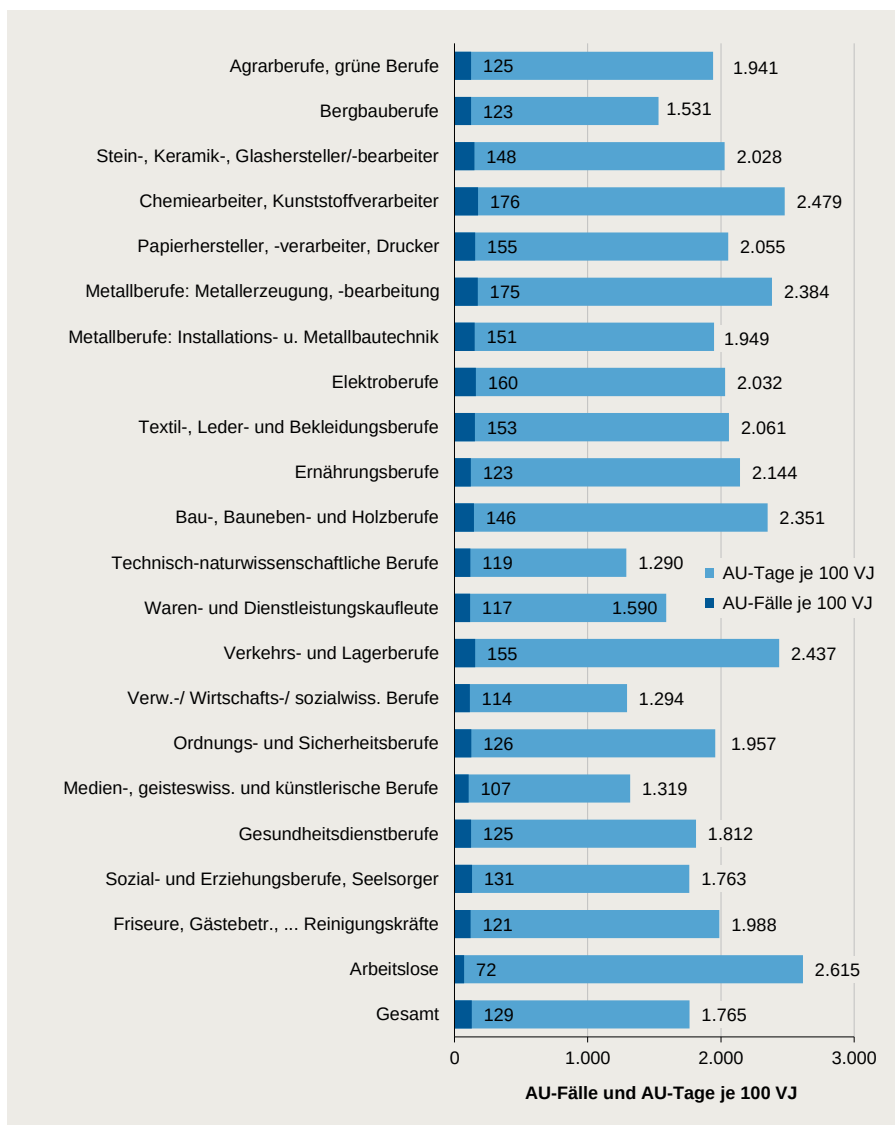


Abbildung 13 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern 2016

Zweistellige Klassifikation der Berufe 2010

Die Ende 2011 zur Meldung der Arbeitgeber bei Sozialversicherungsträgern neu eingeführte Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) ist hierarchisch aufgebaut und umfasst zur Kodierung von Berufen insgesamt fünf Ziffern, die eine Unterscheidung von insgesamt mehr als 1.200 beruflichen Tätigkeiten erlauben (vgl. Erläuterungen ab Seite 153 im Anhang). Tabelle 8 zeigt Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und Fehlzeiten differenziert nach den ersten zwei Stellen der KldB 2010, den sogenannten Berufshauptgruppen. Diese ermöglichen eine Unterscheidung von insgesamt 37 Gruppen in Abhängigkeit von der ausgeübten Tätigkeit. Da die Ausübung einiger Berufe nicht in allen Altersgruppen möglich ist, wurde bei dieser und weiter differenzierten tätigkeitsbezogenen Auswertungen auf eine Geschlechts- und Altersstandardisierung verzichtet. Dies gilt auch für die in diesen Tabellen ausgewiesenen berufsübergreifenden Werte, weshalb diese hier von den üblicherweise im Report berichteten (standardisierten) Werten abweichen.

Tabelle 8 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach zweistelliger KldB 2010 im Jahr 2016

	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, zweistellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
01	Angehörige der regulären Streitkräfte	139	2.253	16,2
11	Land-, Tier- & Forstwirtschaftsberufe	110	1.764	16,0
12	Gartenbauberufe & Floristik	143	1.959	13,7
21	Rohstoffgewinnung & -aufbereitung, Glas- & Keramikbe- & -verarbeitung	153	2.253	14,7
22	Kunststoffherstellung & -verarbeitung, Holzbe- & -verarbeitung	160	2.220	13,9
23	Papier- & Druckberufe, technische Mediengestaltung	134	1.663	12,4
24	Metallerzeugung & -bearbeitung, Metallbauberufe	164	2.272	13,8
25	Maschinen- & Fahrzeugtechnikberufe	152	1.939	12,8
26	Mechatronik-, Energie- & Elektroberufe	144	1.695	11,8
27	Technische Forschungs-, Entwicklungs-, Konstruktions- & Produktionssteuerungsberufe	117	1.348	11,6
28	Textil- & Lederberufe	149	2.046	13,7
29	Lebensmittelherstellung & -verarbeitung	122	2.127	17,4
31	Bauplanungs-, Architektur- & Vermessungsberufe	101	1.183	11,7
32	Hoch- & Tiefbauberufe	136	2.427	17,9
33	(Innen-)Ausbauberufe	143	2.144	14,9

	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, zweistellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
34	Gebäude- & versorgungstechnische Berufe	144	2.198	15,3
41	Mathematik-, Biologie-, Chemie- & Physikberufe	139	1.641	11,8
42	Geologie-, Geografie- & Umweltschutzberufe	111	1.210	10,9
43	Informatik-, Informations- & Kommunikationstechnologieberufe	99	989	10,0
51	Verkehrs- & Logistikberufe (außer Fahrzeugführung)	154	2.337	15,1
52	Führer/innen von Fahrzeug- & Transportgeräten	124	2.621	21,2
53	Schutz-, Sicherheits- & Überwachungsberufe	140	2.509	18,0
54	Reinigungsberufe	141	2.645	18,8
61	Einkaufs-, Vertriebs- & Handelsberufe	110	1.319	12,0
62	Verkaufsberufe	118	2.034	17,2
63	Tourismus-, Hotel- & Gaststättenberufe	104	1.537	14,7
71	Berufe in Unternehmensführung & -organisation	116	1.492	12,8
72	Berufe in Finanzdienstleistungen, Rechnungswesen & Steuerberatung	123	1.424	11,6
73	Berufe in Recht & Verwaltung	149	1.915	12,9
81	Medizinische Gesundheitsberufe	132	1.964	14,9
82	Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- & Wellnessberufe, Medizintechnik	135	2.404	17,9
83	Erziehung, soziale & hauswirtschaftliche Berufe, Theologie	163	2.228	13,7
84	Lehrende & ausbildende Berufe	101	1.340	13,3
91	Sprach-, literatur-, geistes-, gesellschafts- & wirtschaftswissenschaftliche Berufe	127	1.546	12,2
92	Werbung, Marketing, kaufmännische & redaktionelle Medienberufe	132	1.612	12,3
93	Produktdesign & kunsthandwerkliche Berufe, bildende Kunst, Musikinstrumentenbau	125	1.520	12,2
94	Darstellende & unterhaltende Berufe	91	1.379	15,1
Gesamt		130	1.884	14,5

BARMER GEK 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, **NICHT geschlechts- und altersstandardisiert**

Auf zweistelliger Ebene der KIdB 2010 lassen sich hinsichtlich der Fehlzeiten noch größere Unterschiede zwischen einzelnen Tätigkeitsgruppen feststellen als bei der Einteilung der Tätigkeit nach Berufsfeldern.

Wenige Krankschreibungsfälle und relativ geringe Fehlzeiten finden sich mit durchschnittlich weniger als 1,1 Krankschreibungsfällen und unter 12 Fehltagen pro Person im Jahr insbesondere in den Tätigkeitsgruppen „Bauplanungs-, Architektur- & Vermessungsberufe“ (KIdB zweistellig: 31) sowie „Informatik-, Informations- & Kommunikationstechnologieberufe“ (43).

Dagegen wurden in den Tätigkeitsgruppen „Führer/innen von Fahrzeug- & Transportgeräten“ (52), „Schutz-, Sicherheits- & Überwachungsberufe“ (53) sowie „Reinigungsberufe“ (54) im Durchschnitt mehr als 25 Fehltag pro Berufstätigem im Jahr dokumentiert.

Kennzahlen zu Angehörigen der regulären Streitkräfte basieren – als einzige der dargestellten Tätigkeitsgruppen – auf Angaben zu weniger als 1.000 Versicherten und sind daher zurückhaltend zu interpretieren.

Vierstellige Klassifikation der Berufe 2010

Auf Basis der KIdB 2010 lassen sich noch differenziertere Einteilungen als in der vorausgehenden Abbildung betrachten. **Tabelle A6 auf Seite 170** im Anhang **zeigt Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten** mit einer Differenzierung von Tätigkeiten nach vierstelligen Tätigkeitsschlüsseln der KIdB 2010, die eine Einteilung in 700 Gruppen ermöglichen (vgl. Erläuterungen ab Seite 153 im Anhang). Dargestellt sind Ergebnisse zu den bei Versicherten der BARMER GEK im Jahr 2016 am häufigsten erfassten 100 Berufsgruppen. Auswertungen zu den aufgeführten Berufen beruhen auf Angaben zu jeweils mehr als 7.500 Personen. Wie auch bei den Auswertungen zu Fehlzeiten nach zweistelliger KIdB 2010 wurde auf eine Geschlechts- und Altersstandardisierung verzichtet.

Durchschnittlich mehr als 27 Tage innerhalb des Jahres 2016 waren nach den vorliegenden Ergebnissen Beschäftigte aus folgenden Berufsgruppen arbeitsunfähig gemeldet (gemäß Reihenfolge ihrer Nennung in der Tabelle): „Berufe für Post- & Zustelldienste“ (Tätigkeitsschlüssel 5132), „Berufskraftfahrer/innen (Güterverkehr/LKW)“ (5212), „Bus- & Straßenbahnfahrer/innen“ (5213), „Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)“ (8210) sowie „Berufe im Dialogmarketing“ (9212). Zu der letztgenannten Berufsgruppe zählen insbesondere auch Callcenter-Mitarbeiter.

Durchschnittlich weniger als 8 Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb eines Jahres fanden sich bei den Auswertungen 2015 demgegenüber in den Berufsgruppen „Berufe in der Softwareentwicklung“ (4341) und in der Gruppe „Berufe in der Hochschullehre & -forschung“ (8430).

Tabelle A7 auf Seite 174 im Anhang liefert ergänzend **Ergebnisse zum Krankenstand** von Beschäftigten in den 100 bei Mitgliedern der BARMER GEK 2016 am häufigsten vertretenen Berufsgruppen nach Differenzierung auf der Basis von vierstelligen Schlüsseln der KIdB 2010. Bei den in dieser Tabelle ergänzend auch geschlechtsspezifisch ausgewiesenen Ergebnissen beruhen Angaben vereinzelt auf Daten zu weniger als 1.000 Versicherten (z.B. bei Frauen mit Berufen in der Werkzeugtechnik oder bei Männern unter den zahnmedizinischen Fachangestellten). Entsprechende Angaben sollten zurückhaltend interpretiert werden und sind in kursiver Schrift dargestellt. Die Reihenfolge der Berufsnennung entspricht der in Tabelle A6. Da sich die in Tabelle A7 genannten geschlechtsübergreifenden Krankenstände einfach und direkt aus den Angaben zu den Arbeitsunfähigkeitstagen je Versicherungsjahr der Tabelle A6 berechnen lassen, führen die Ergebnisse aus beiden Tabellen auch inhaltlich zu übereinstimmenden Aussagen.

Für einen weit überwiegenden Teil der betrachteten Berufe gilt, dass weibliche Beschäftigte auch bei übereinstimmender Berufszuordnung durchschnittlich höhere Krankenstände als ihre männlichen Kollegen aufweisen.

Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit

Im Gegensatz zu Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, die bei den Arbeitgebern abgegeben werden müssen, umfassen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen bei den Krankenkassen auch Angaben zu Erkrankungsdiagnosen, die Rückschlüsse auf spezifische gesundheitlichen Belastungen erlauben. Dabei lassen sich Diagnosen auf unterschiedlichen Differenzierungsebenen betrachten.

Krankheitsarten – Diagnosekapitel der ICD10

In Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden Diagnosen von Ärzten ausschließlich in Form von Diagnoseschlüsseln angegeben. Verwendet wird hierbei in Deutschland gemäß gesetzlicher Vorgaben seit dem Jahr 2000 die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ in der 10. Revision, kurz auch als ICD10 bezeichnet (vgl. auch Erläuterungen ab Seite 151 im Anhang). In der ICD10 werden Krankheiten hierarchisch gegliedert. Die übergeordnete, höchste Gliederungsebene der ICD10 bilden insgesamt 22 Kapitel. In Gesundheitsberichten von Krankenkassen und vergleichbaren Publikationen wird bei entsprechend zusammengefassten Erkrankungsgruppen oftmals auch von „Krankheitsarten“ gesprochen. Auswertungen auf der Ebene dieser Krankheitsarten können einen ersten Überblick zu Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten geben.

Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten

Abbildung 14 zeigt einleitend zunächst die anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf einzelne Krankheitsarten im Jahr 2016 (Bezeichnungen aus Darstellungsgründen verkürzt). Eine differenziertere Verteilung lässt sich aus Angaben zu Fehlzeiten in Tabelle A10 auf Seite 180 im Anhang herleiten.

Offensichtlich wird die relativ große Bedeutung der vier für die Fehlzeiten relevantesten Krankheitsarten, namentlich die Bedeutung von psychischen Störungen, von Krankheiten des Atmungssystems, von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie von Verletzungen. Die hier, vorrangig ob ihrer Bedeutung in höheren Altersgruppen, separat ausgewiesenen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems spielen bei Krankschreibungen von Personen im typischen Erwerbsalter insgesamt noch eine eher untergeordnete Rolle.

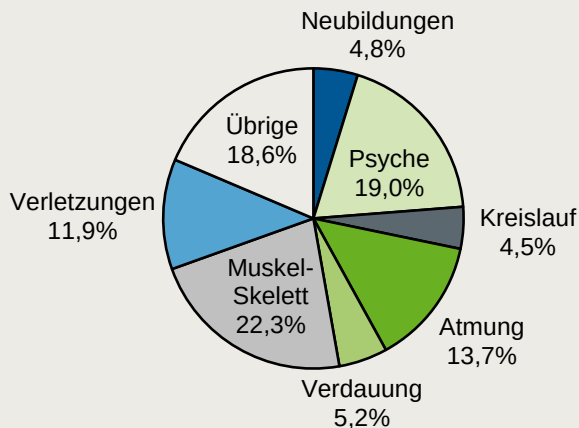


Abbildung 14 Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2016

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsarten

Ein typischerweise erster Schritt diagnosebezogener Auswertungen befasst sich mit der Anzahl der Erkrankungsfälle. Abbildung 15 auf Seite 48 zeigt Ergebnisse zur Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen je 100 Versicherungsjahre mit Zuordnungen zu einzelnen Krankheitsarten. Ausschließlich in **Tabelle A8 auf Seite 178** im Anhang werden auch Ergebnisse zu weniger bedeutsamen Kapiteln der ICD10 sowie **separate Ergebnisse für Männer und Frauen** gelistet.

- Mit Abstand die meisten Arbeitsunfähigkeitsfälle werden unter der Diagnose von „**Krankheiten des Atmungssystems**“ erfasst. Nach bundesweiten Auswertungen waren es 2016 37,6 AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre. Zu Krankheiten des Atmungssystems zählen insbesondere auch typische Erkältungskrankheiten (vgl. auch differenziertere Auswertungen in späteren Abschnitten).
- Bezogen auf die Fallhäufigkeiten den zweiten Rang belegen nach bundesweiten Auswertungen „**Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems**“, zu denen insbesondere diverse Erkrankungen des Rückens zählen.
- Von verhältnismäßig großer Relevanz im Hinblick auf die AU-Fallzahlen sind des Weiteren „Bestimmte infektiöse Krankheiten“, „Krankheiten des Verdauungssystems“ und „Verletzungen“.

Dauer der Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten (je Fall)

Abbildung 16 auf Seite 49 zeigt Ergebnisse zur durchschnittlichen fallbezogenen Dauer von Arbeitsunfähigkeitsfällen mit Zuordnungen zu den einzelnen Krankheitsarten. Es geht also um die Frage, wie lange einzelne Krankschreibungsfälle durchschnittlich dauern, sofern sie unter Diagnosen aus den unterschiedlichen Diagnosekapiteln erfasst wurden. Zahlenwerte sind der Tabelle A9 auf Seite 179 im Anhang zu entnehmen.

- Mit Abstand **am längsten** dauern Arbeitsunfähigkeitsfälle mit einer Diagnose aus dem Kapitel „**Psychische und Verhaltensstörungen**“ oder aus dem Kapitel „**Neubildungen**“. Im Mittel werden bei einzelnen Krankschreibungsfällen unter entsprechenden Diagnosen jeweils etwa 45 beziehungsweise 41 AU-Tage erfasst. Einzelne Erkrankungsfälle erstrecken sich demnach häufiger über mehr als sechs Wochen. Während als psychische Störung bei Arbeitsunfähigkeiten häufig Depressionen diagnostiziert werden, werden aus dem Kapitel Neubildungen ggf. häufig bösartige Neubildungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeiten dokumentiert, was die verhältnismäßig langen Erkrankungszeiträume verständlich erscheinen lässt.
- Demgegenüber **ausgesprochen kurz**, nämlich durchschnittlich nur etwa sechs bis sieben Tage, dauern Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Diagnosen aus den Kapiteln „**Infektiöse und parasitäre Krankheiten**“, „**Krankheiten des Atmungssystems**“ sowie „**Krankheiten des Verdauungssystems**“. Offensichtlich bilden aus diesen Kapiteln vorrangig leichtere Erkrankungen mit nur kurzzeitigen Erkrankungsintervallen eine Ursache für den überwiegenden Teil der Arbeitsunfähigkeitsfälle.

Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Aus den Fallhäufigkeiten und der durchschnittlichen fallbezogenen Dauer resultieren die Fehlzeiten, die bestimmten Erkrankungen zugeschrieben werden können. Einleitend wurde bereits die anteilige Bedeutung der relevantesten Krankheitsarten für die Fehlzeiten dargestellt (vgl. Abbildung 14 auf Seite 45). In der nachfolgenden Abbildung 17 auf Seite 50 werden die den einzelnen Krankheitsarten zuzuordnenden AU-Tage je 100 Versicherungsjahre 2016 dargestellt, sinngemäß also, wie viele Fehltag mit bestimmten Diagnosen in einer Gruppe von 100 Beschäftigten im Jahr 2016 durchschnittlich beobachtet werden konnten. Zahlenangaben auch zum Vorjahr sind Tabelle A10 auf Seite 180 im Anhang zu entnehmen.

- Nach Auswertungen bundesweit erhobener Daten ließen sich **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems** mit 394 AU-Tagen je 100 Versicherungsjahre die meisten Fehlzeiten auf der Ebene von Krankheitsarten zuordnen. Eine einzelne durchgängig versicherte Erwerbsperson war 2016 statistisch gesehen durchschnittlich also knapp vier Tage allein mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems krankgeschrieben.
- Den Rang zwei belegen **Psychische und Verhaltensstörungen**. Mit entsprechenden Diagnosen wurden 2016 geschlechtsübergreifend 335 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre erfasst, was durchschnittlich 3,35 Tagen je Person entspricht.
- 210 beziehungsweise 242 Tage je 100 VJ waren nach bundesweiten Auswertungen im Jahr 2016 **Verletzungen** sowie **Krankheiten des Atmungssystems** zuzuordnen. Krankheiten des Atmungssystems waren 2015 noch mehr, nämlich 260 Tage, zugeordnet worden.
- Typische Erkrankungen höherer Altersgruppen wie Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen demgegenüber als Ursachen von Arbeitsunfähigkeiten noch eine vergleichsweise geringe Rolle.

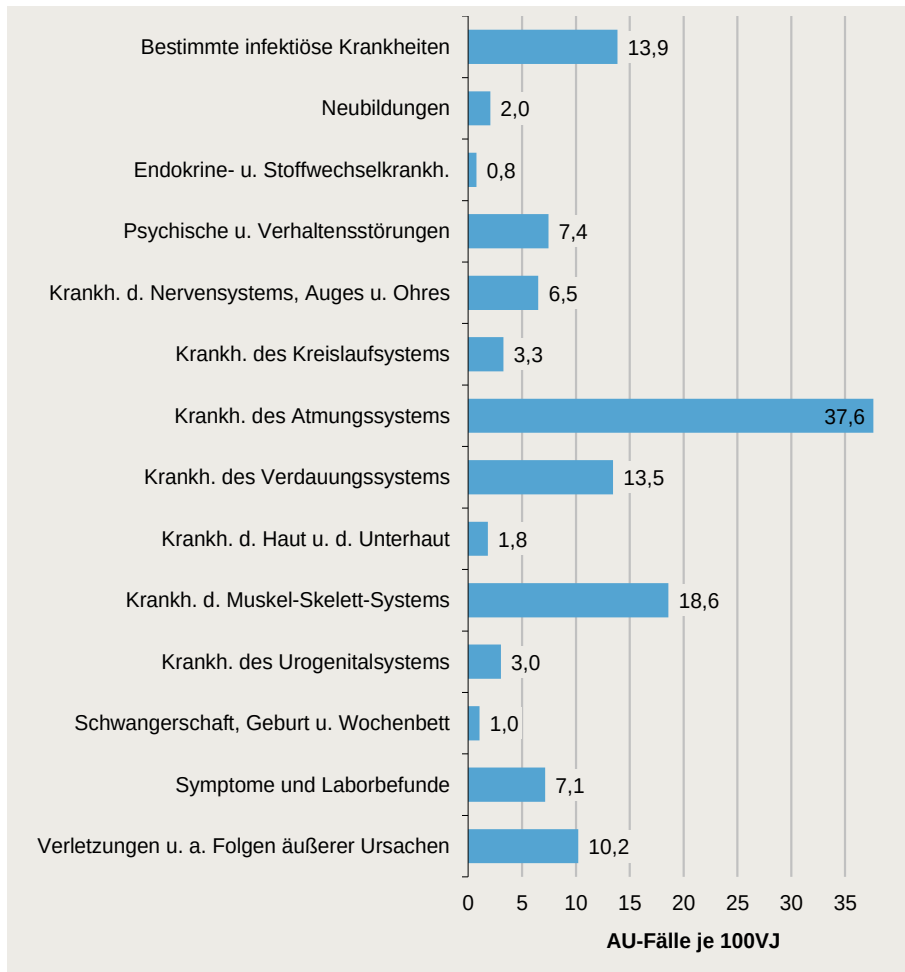


Abbildung 15 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten 2016

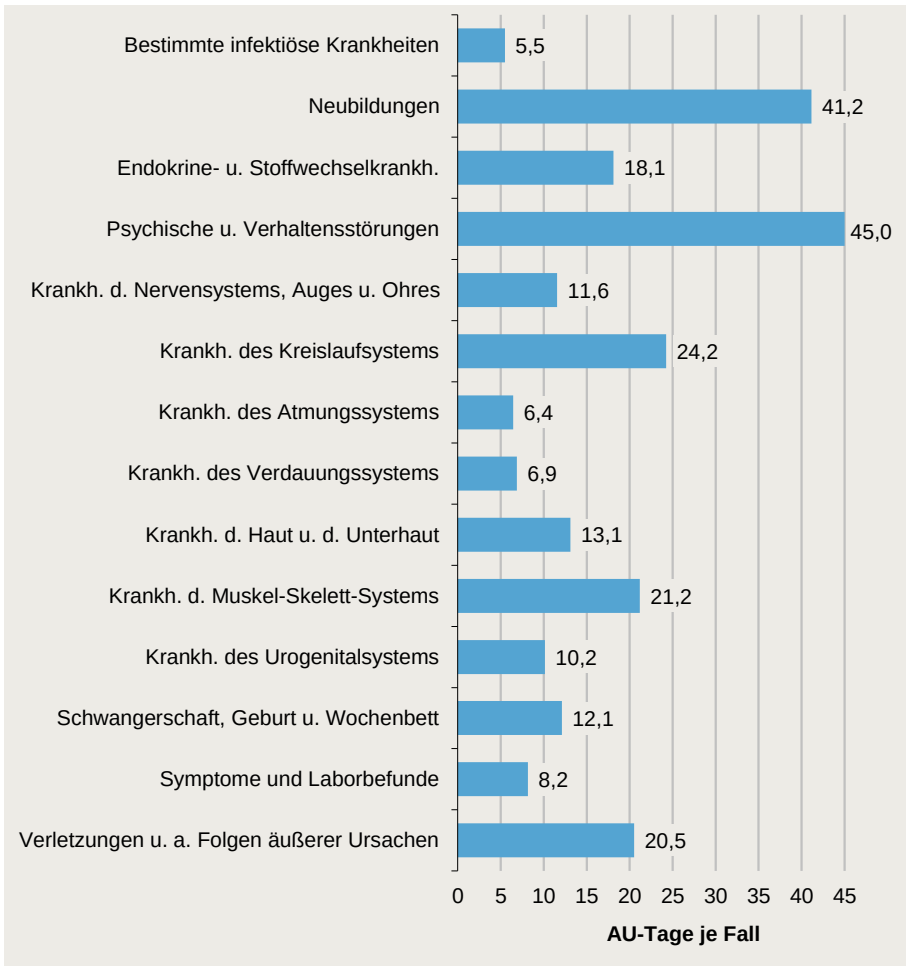


Abbildung 16 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten 2016

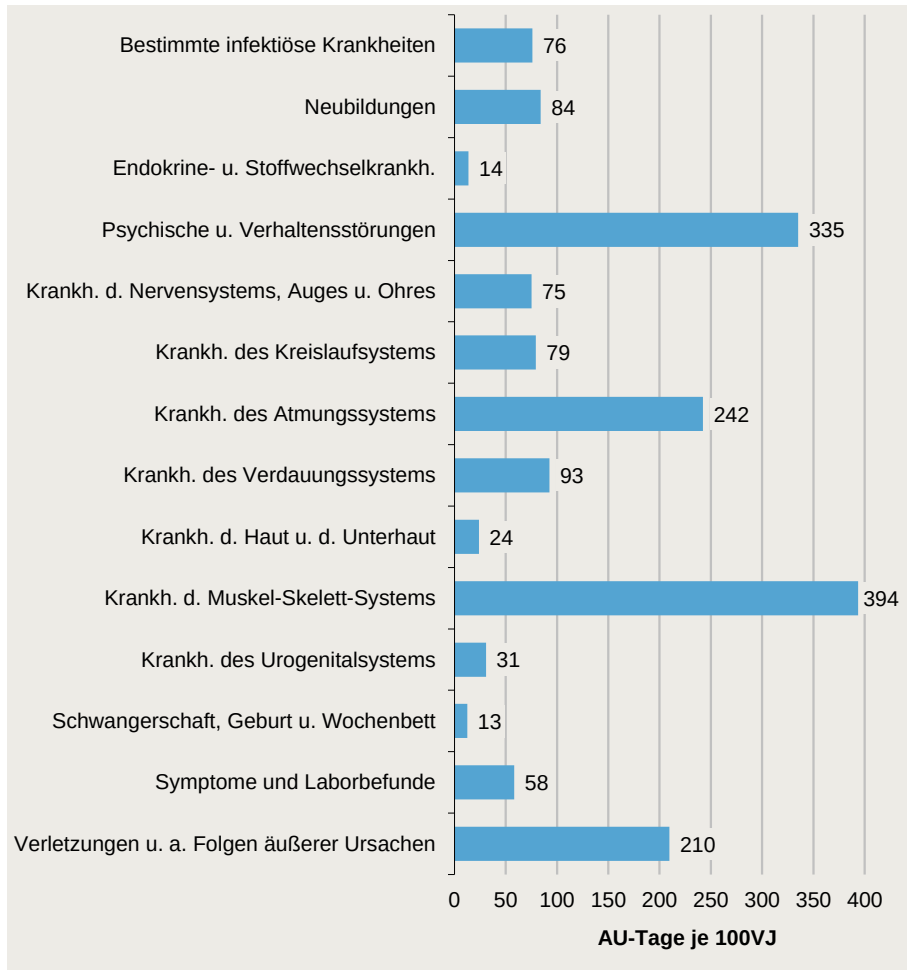


Abbildung 17 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten 2016

Veränderungen diagnosebezogener Fehlzeiten im Vergleich zum Vorjahr

Abbildung 18 zeigt die Veränderungen der Fehlzeiten von 2015 auf 2016 bezogen auf einzelne Krankheitsarten, aus denen bundesweit weitgehend unveränderte Fehlzeiten beziehungsweise eine Abnahme der Fehlzeiten um 0,3 Prozent beziehungsweise rechnerisch 5,6 Fehltag je 100 Versicherungsjahre resultierte.

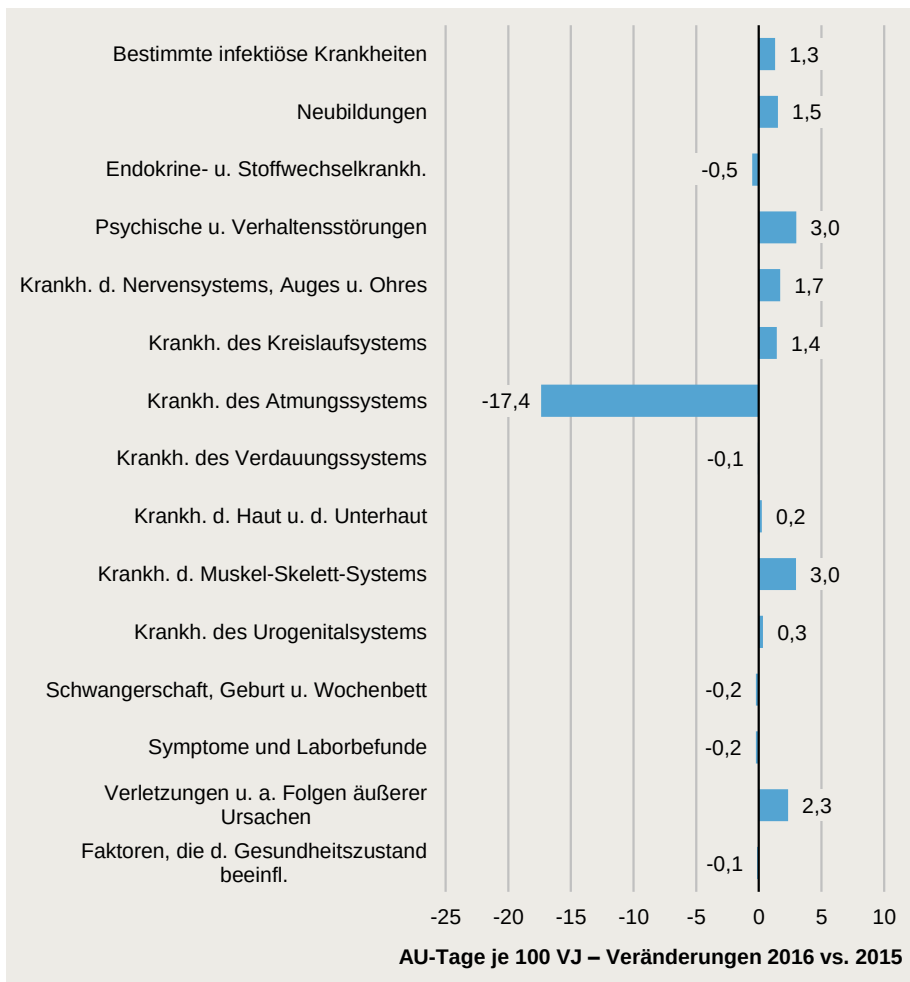


Abbildung 18 AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2016 gegenüber 2015

Verantwortlich für den bundesweit beobachteten marginalen Rückgang waren weit überwiegend rückläufige Fehlzeiten unter der Diagnose von Krankheiten des Atmungssystems.

Altersabhängige Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Wie bereits betont und diagnoseübergreifend dargestellt, hängen die erfassten Fehlzeiten maßgeblich vom Geschlecht und insbesondere vom Alter der Erwerbspersonen ab. Dass dabei krankheitsartenspezifisch erheblich unterschiedliche Muster zu beobachten sind, belegt der nachfolgende Abschnitt.

Abbildung 19 und Abbildung 20 zeigen altersabhängig ermittelte Fehlzeiten je 100 Versicherungsjahre für jeweils sieben relevante Krankheitsarten (beziehungsweise Diagnosekapitel) getrennt für Männer und Frauen. Dargestellt und diskutiert werden hier eher grundsätzliche Muster. Zahlenwerte zu den dargestellten Ergebnissen sind Tabelle A11 auf Seite 181 im Anhang zu entnehmen.

- Beide Abbildungen, sowohl zu Männern als auch zu Frauen, werden auf den ersten Blick sehr wesentlich von den altersabhängigen Fehlzeiten unter Diagnosen aus dem **Kapitel XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“** bestimmt, die mit ansteigendem Alter in zunehmendem Umfang erfasst werden. Während der Anstieg vor Vollendung des 35. Lebensjahres noch moderat erscheint, steigen die Fehlzeiten mit zunehmendem Alter ab 35 Jahre steil an. So wurden in der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen Erwerbspersonen im Jahr 2016 bundesweit bei Männern im Durchschnitt mehr als neun und bei Frauen rund acht Arbeitsunfähigkeitstage allein mit Diagnosen aus diesem Kapitel erfasst. Verantwortlich sind vorrangig degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und Rückenschmerzen.
- Auch Diagnosen aus dem **Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“** führen mit zunehmendem Alter der Erwerbspersonen vermehrt zu Fehlzeiten. Während bei Männern im Jahr 2016 die Fehlzeiten altersabhängig – von der jüngsten bis zur höchsten Altersgruppe – von 84 auf 446 AU-Tage je 100 VJ stiegen, ließ sich bei Frauen ein altersabhängiger Anstieg auf deutlich höherem Niveau von 182 auf 624 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre feststellen. Weibliche Erwerbspersonen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren waren durchschnittlich also gut sechs Tage mit entsprechenden Diagnosen arbeitsunfähig gemeldet. Da nicht jedes psychische Problem zu einer entsprechend andauernden Krankschreibung führt dürften allgemeine Arbeitsausfälle durch psychische Probleme durch gemeldete Krankschreibungstage mit entsprechenden Diagnosen noch erheblich unterschätzt werden.

- **„Krankheiten des Atmungssystems“ (Kapitel X)** führen, im Gegensatz zu den beiden zuvor abgehandelten Krankheitsarten, vorrangig in den jüngsten, aber auch in den oberen Altersgruppen zu verhältnismäßig hohen Fehlzeiten. Frauen waren insgesamt etwas stärker als Männer betroffen.
- **„Verletzungen“ (Kapitel XIX)** betreffen unter Männern insbesondere die jüngste Altersgruppe, was maßgeblich aus deren Risikoverhalten, vermutlich sowohl in der Freizeit als auch am Arbeitsplatz, resultieren dürfte. Unter Frauen werden demgegenüber die höchsten verletzungsbedingten Fehlzeiten in den oberen Altersgruppen erfasst. Jüngere Frauen sind in deutlich geringerem Umfang als jüngere Männer von Krankschreibungen mit Verletzungen betroffen.
- **„Krankheiten des Verdauungssystems“ (Kapitel XI)** führen bei beiden Geschlechtern zu annähernd vergleichbaren Fehlzeiten, wobei sich die geringsten Fehlzeiten für mittlere Altersgruppen nachweisen lassen. Höhere Fehlzeiten in den unteren und oberen Altersgruppen könnten dabei auch Folge recht unterschiedlicher Erkrankungen sein.

Sowohl Fehlzeiten mit **„Krankheiten des Kreislaufsystems“ (Kapitel IX)** als auch mit **„Neubildungen“ (Kapitel II)** spielen vor Vollendung des 35. Lebensjahres bei beiden Geschlechtern eine sehr untergeordnete Rolle. Erst in höheren Altersgruppen zeigen sich zunehmende Bedeutungen, wobei die Anstiege kurz vor Erreichen des regulären bisherigen Renteneintrittsalters von 65 Jahren insbesondere unter Männern recht steil verlaufen. Entsprechend ließe sich vermuten, dass eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit zu einem merklichen Anstieg der Bedeutung der Erkrankungen im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten bei Männern führen dürfte.

Während unter Männern Kreislauferkrankungen zu höheren Fehlzeiten als Neubildungen führen, dominieren bei Frauen Fehlzeiten mit der Diagnose von Neubildungen. Fehlzeiten unter der Diagnose von Neubildungen bei Frauen resultieren maßgeblich aus bösartigen Neubildungen der Brustdrüse, der insgesamt häufigsten Krebserkrankung bei Frauen.

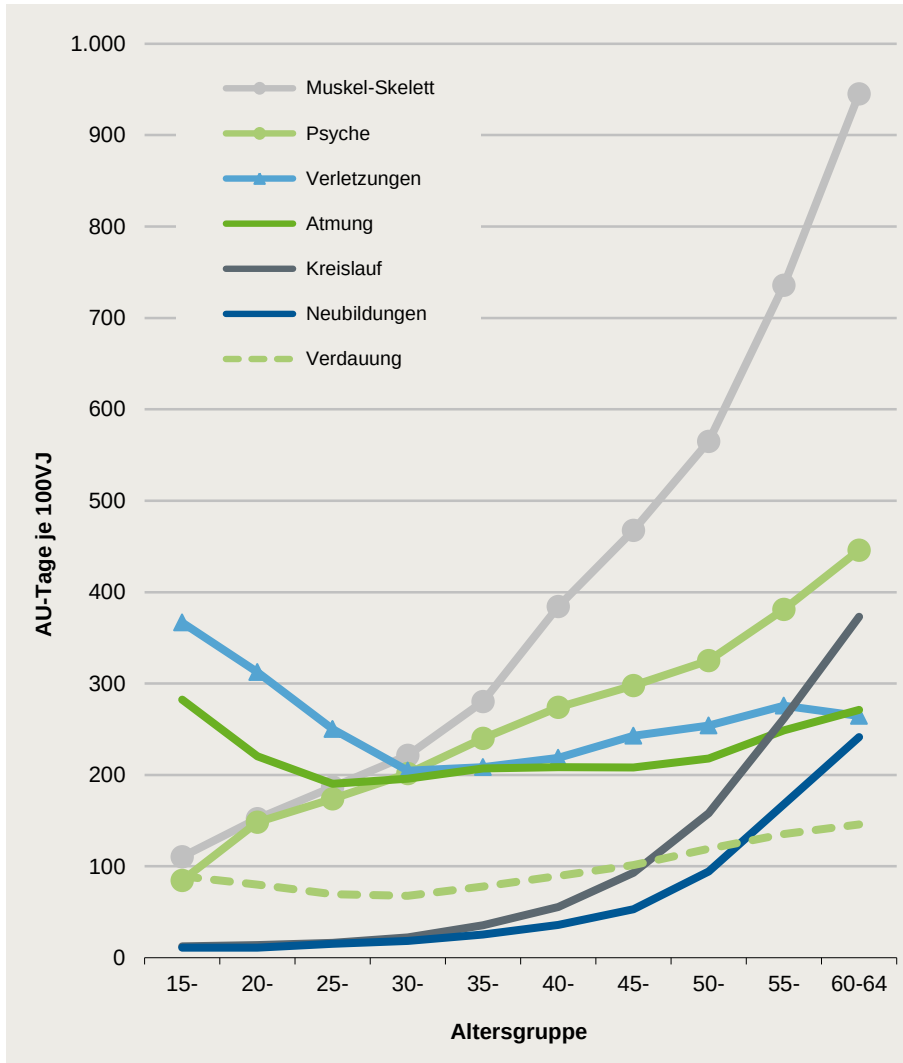


Abbildung 19 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer 2016

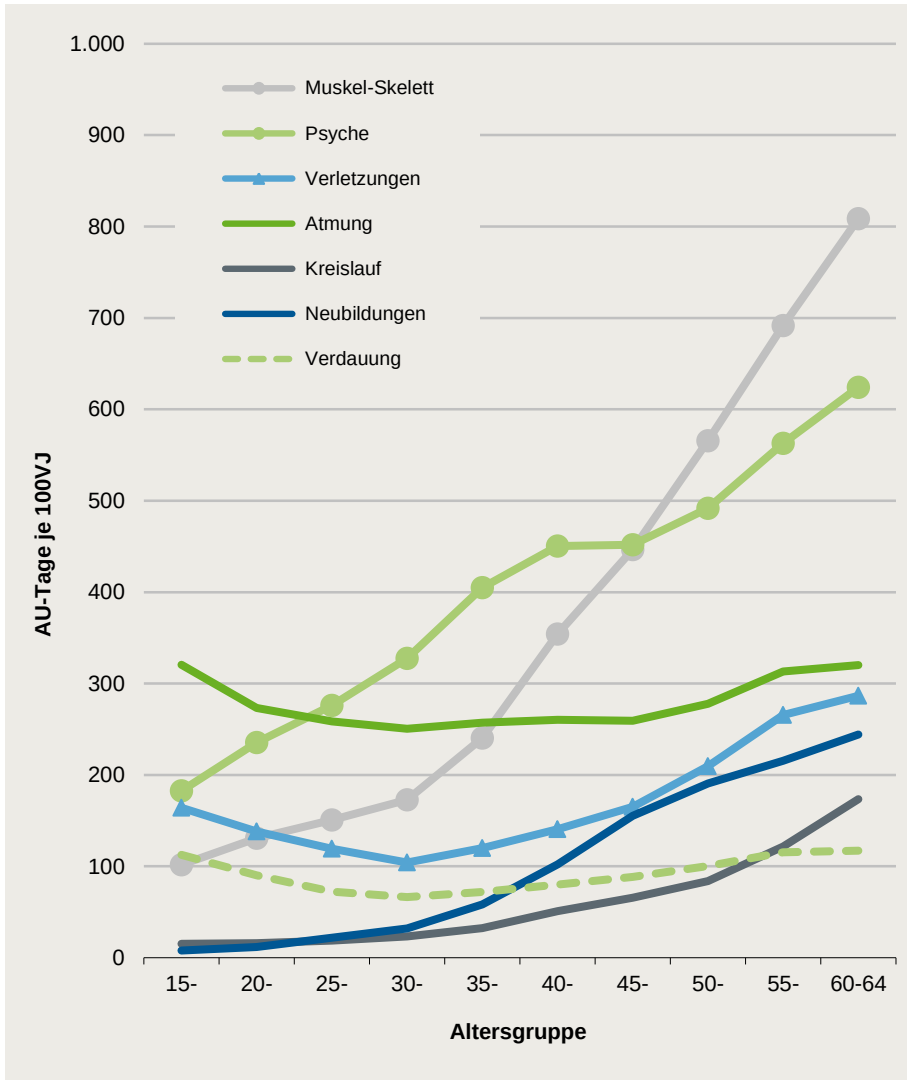


Abbildung 20 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen 2016

Regionale Variationen von Fehlzeiten nach Krankheitsarten

Der nachfolgende Abschnitt stellt für die vier relevantesten Krankheitsarten regionale Variationen der Fehlzeiten sowohl auf der Ebene von Bundesländern als auch auf der Ebene von Kreisen in geschlechts- und altersstandardisierter Form dar.

Für jede der vier Krankheitsarten finden sich bundesweite Kartendarstellungen sowohl in einer Gliederung auf Bundesland- als auch auf Kreisebene. Hingewiesen sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf, dass diagnosebezogene Ergebnisse zu Fehlzeiten auf Kreisebene immer mit einer gewissen Zurückhaltung interpretiert werden sollten. Dies gilt insbesondere für stark abweichende Werte in einzelnen Kreisen, die keinem erkennbaren regionalen oder inhaltlich begründbaren Muster folgen. Entsprechende Ergebnisse sollten ggf. vorrangig einen Anlass für weitergehende Analysen liefern.

■ **Kapitel XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“** führen, unter Ausnahme der Stadtstaaten, insbesondere in den nördlichen und nordöstlichen Bundesländern sowie dem Saarland zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten (vgl. Abbildung 21). Die höchsten Werte wurden 2016 – wie in den Vorjahren – für Mecklenburg-Vorpommern mit 493 AU-Tagen je 100 VJ ermittelt, die niedrigsten für Hamburg mit 305 AU-Tagen je 100 VJ. Merkliche Variationen auch innerhalb einzelner Bundesländer werden in Abbildung 22 offensichtlich. Neben einigen klaren Mustern, wie beispielsweise den überdurchschnittlichen Fehlzeiten in nördlichen Kreisen Bayerns, deuten sich in der Karte tendenziell geringere Fehlzeiten in städtischen Räumen im Vergleich zu umliegenden Bereichen an. So zeigen sich für Regionen kreisfreier Städte (als kleinere Flächen innerhalb von größeren Regionen) oftmals geringere Fehlzeiten als im direkten Umfeld. Ursache könnten körperlich weniger belastende Tätigkeiten von Erwerbspersonen aus Städten im Vergleich zu Personen aus eher ländlichen Gebieten sein.

■ **Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“** betreffen demgegenüber tendenziell eher Menschen in städtischen Regionen als in ländlichen Gebieten. Auf Bundeslandebene die höchsten Fehlzeiten unter entsprechenden Diagnosen waren 2016 für das Saarland mit 416 AU-Tagen je 100 VJ sowie für Hamburg und Schleswig-Holstein mit 405 und 384 AU-Tagen je 100 VJ nachweisbar. Auch für Berlin wurden mit 376 AU-Tagen je 100 VJ Fehlzeiten über dem Bundesdurchschnitt ermittelt (vgl. Abbildung 23). Fehlzeiten von nur weniger als 300 AU-Tagen je 100 VJ zeigten sich für Baden-Württemberg und Bayern.

Kreisfreie Städte scheinen zumindest zum Teil eher stärker als das jeweilige ländliche Umfeld betroffen zu sein (vgl. Abbildung 24). Damit ständen den zuvor vermuteten geringeren körperlichen Belastungen im städtischen Umfeld höhere psychische Belastungen gegenüber. Inwieweit zu den Ergebnissen auch Stadt-Land-Unterschiede bei der Diagnosevergabe von Ärzten aus unterschiedlichen Regionen eine Rolle spielen, lässt sich nur schwer abschätzen.

- **Kapitel X „Krankheiten des Atmungssystems“** führten 2016 insbesondere in den neuen Bundesländern einschließlich Berlins zu überdurchschnittlichen Fehlzeiten (vgl. Abbildung 25). Nahezu durchgängig unterdurchschnittliche Fehlzeiten zeigten sich demgegenüber im Nordwesten und Süden Deutschlands (vgl. Abbildung 26).
- **Kapitel XIX „Verletzungen“** betreffen nach Auswertungen auf Bundeslandebene gleichfalls insbesondere Erwerbspersonen in den neuen Bundesländern in überdurchschnittlichem Umfang (vgl. Abbildung 27). Vergleichbar hohe Fehlzeiten lassen sich nach differenzierteren Auswertungen auf Kreisebene jedoch auch in einer Reihe von Kreisen innerhalb der alten Bundesländer identifizieren (vgl. Abbildung 28). Ländliche Regionen scheinen zum Teil stärker als städtische betroffen. Wie schon im Kontext von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems diskutiert, könnte dabei ein wohnortabhängig unterschiedliches Tätigkeitsspektrum eine Rolle spielen. Bestimmte Tätigkeiten können mit einem erhöhten Verletzungsrisiko verbunden sein. Gleichzeitig sind bestimmte körperlich belastende oder anspruchsvolle Tätigkeiten im Falle von Verletzungen zum Teil erheblich länger nicht ausführbar als diesbezüglich weniger anspruchsvolle Tätigkeiten, was zu unterschiedlichen Fehlzeiten bei identischen Verletzungen führen kann. Ob sich die Verletzungshäufigkeit in städtischen und ländlichen Regionen primär unterscheidet, wäre eher auf Basis von Daten zu beantworten, die unabhängig von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen erhoben werden (z.B. mit Daten zu Krankenhausbehandlungen). Zu unterschiedliche Verletzungshäufigkeiten könnten auch unterschiedliche Freizeitaktivitäten sowie verkehrsbedingte Unfallrisiken beitragen.

Ergebnisangaben auch zu einzelnen Kreisen sind Bundesland-spezifischen Dokumenten zum Gesundheitsreport 2017 der BARMER zu entnehmen, die im Internet unter www.barmer.de/p008348 verfügbar sind.

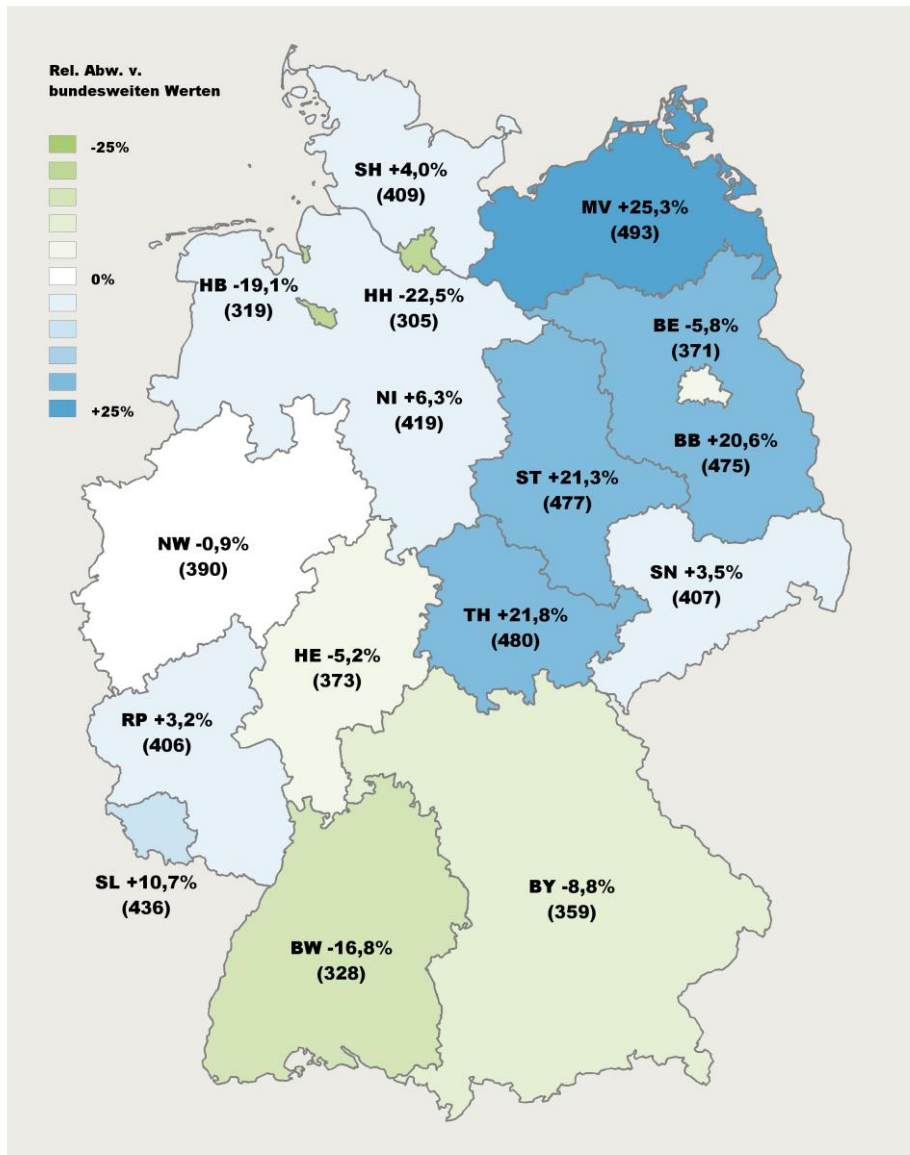


Abbildung 21 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2016, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen;
Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

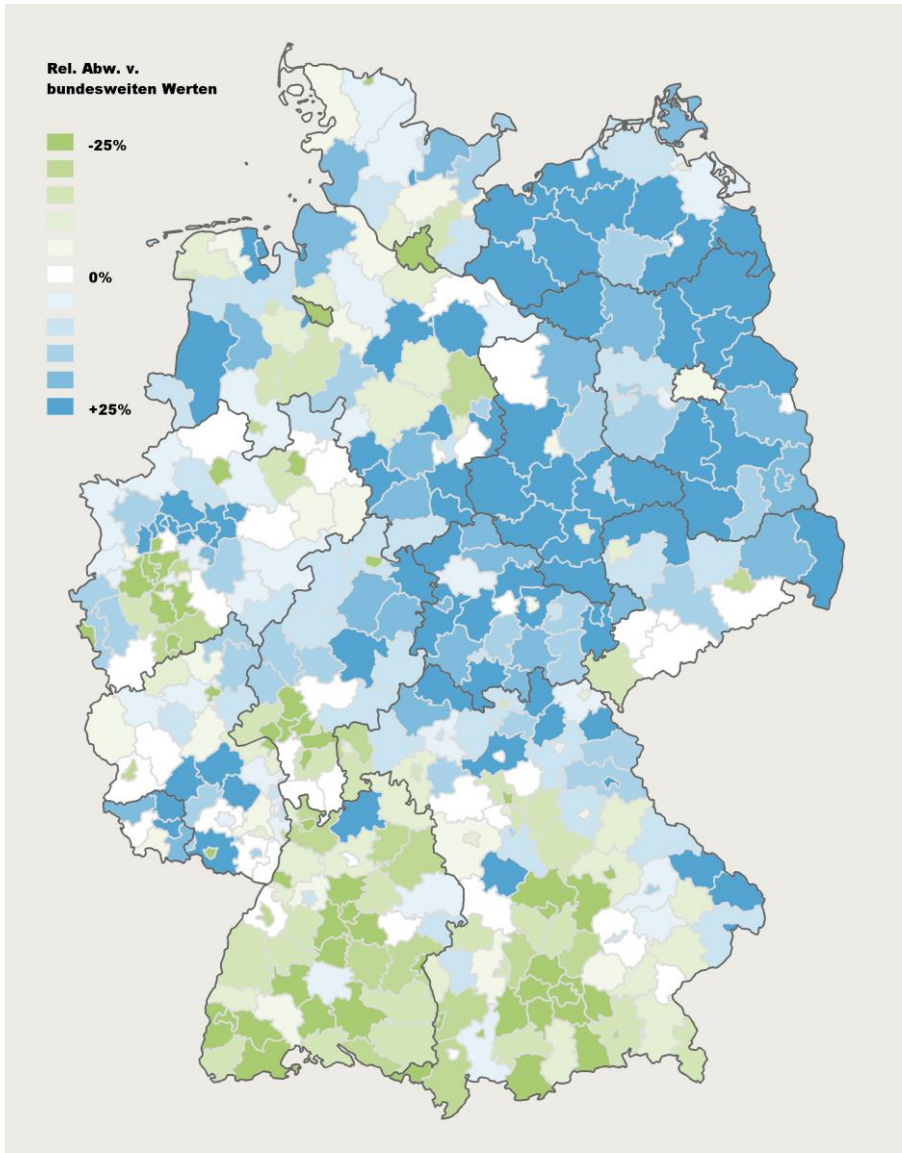


Abbildung 22 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2016, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

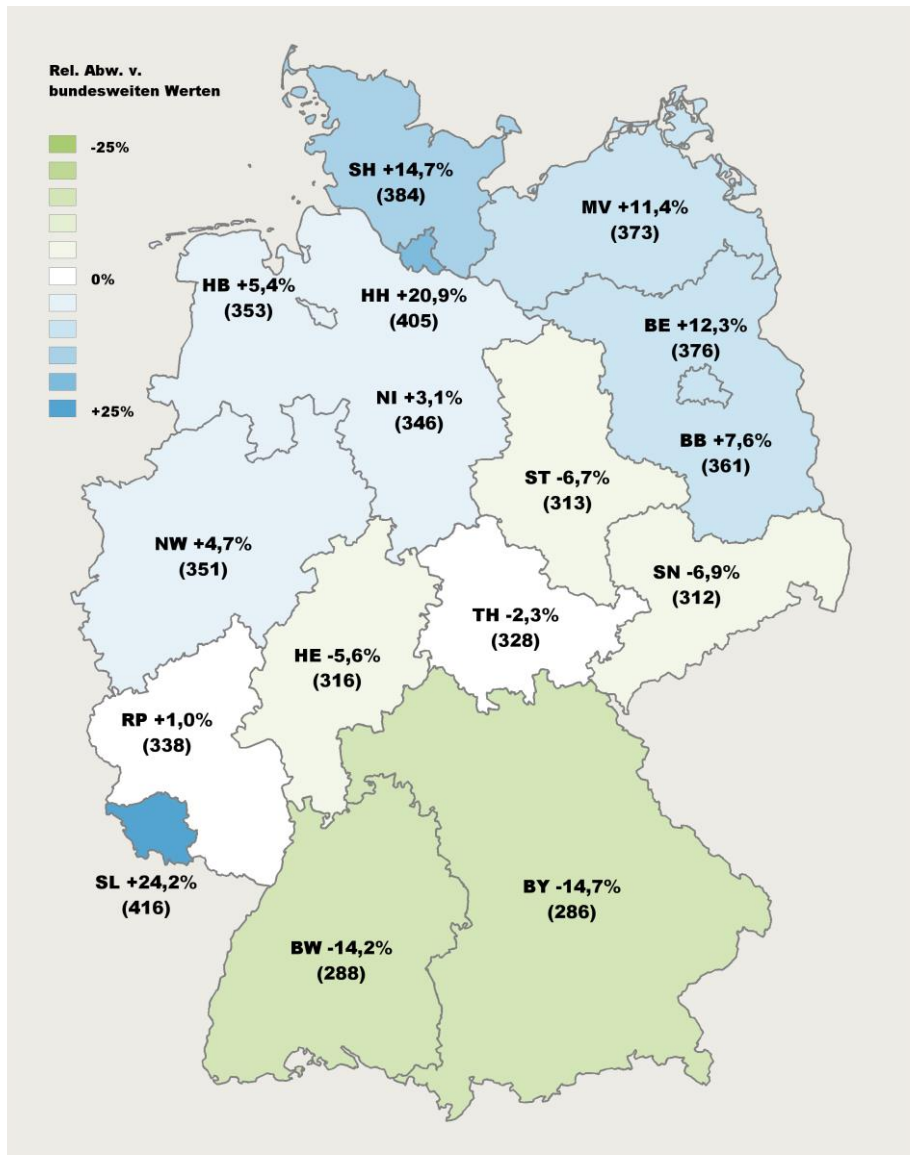


Abbildung 23 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2016, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen;
Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

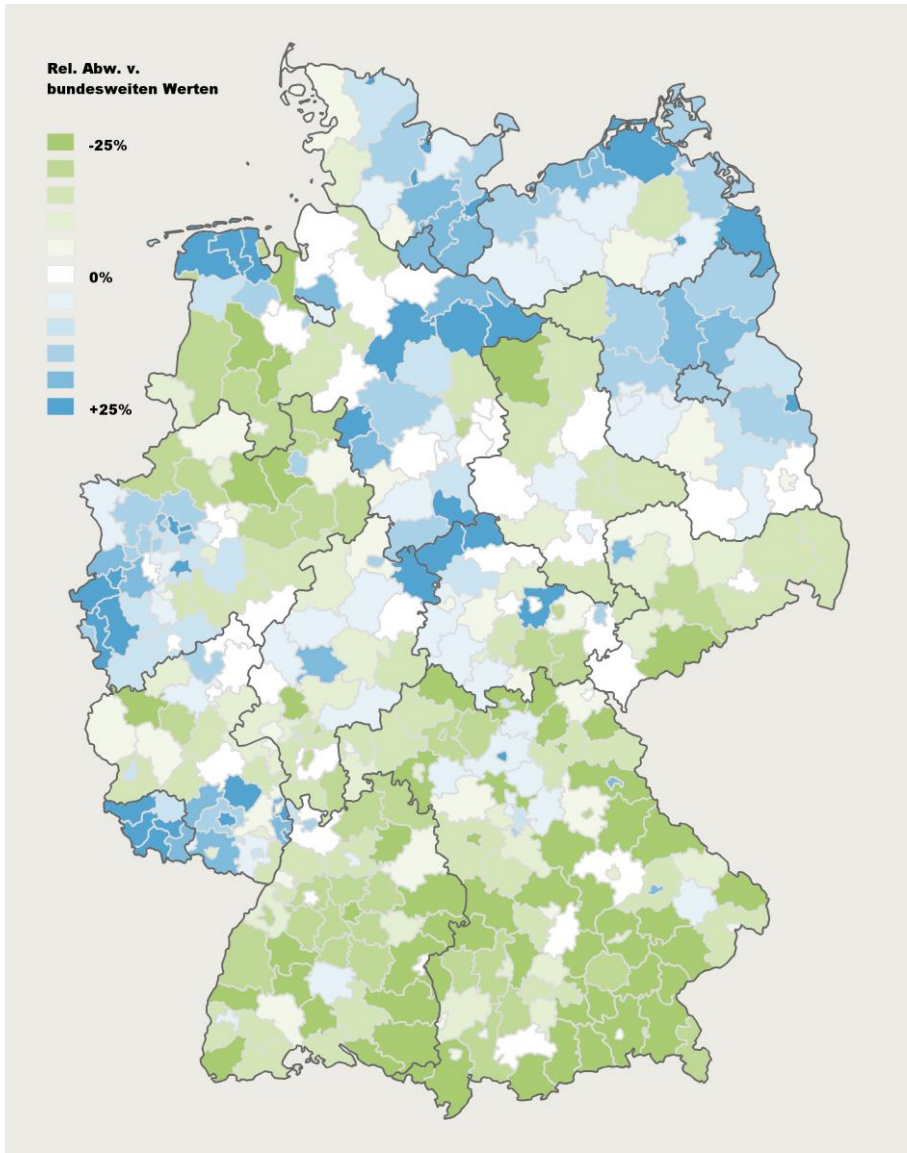


Abbildung 24 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2016, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen

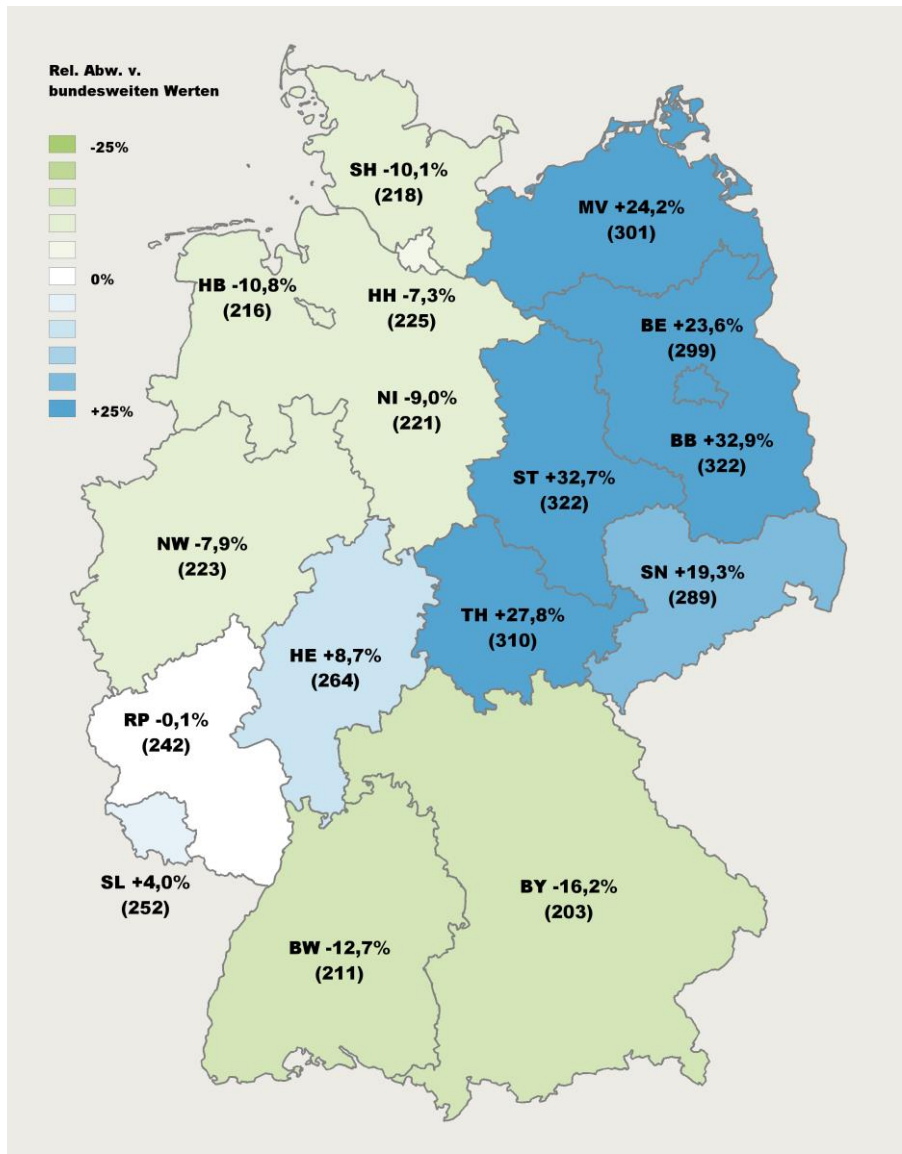


Abbildung 25 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2016, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen;
Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

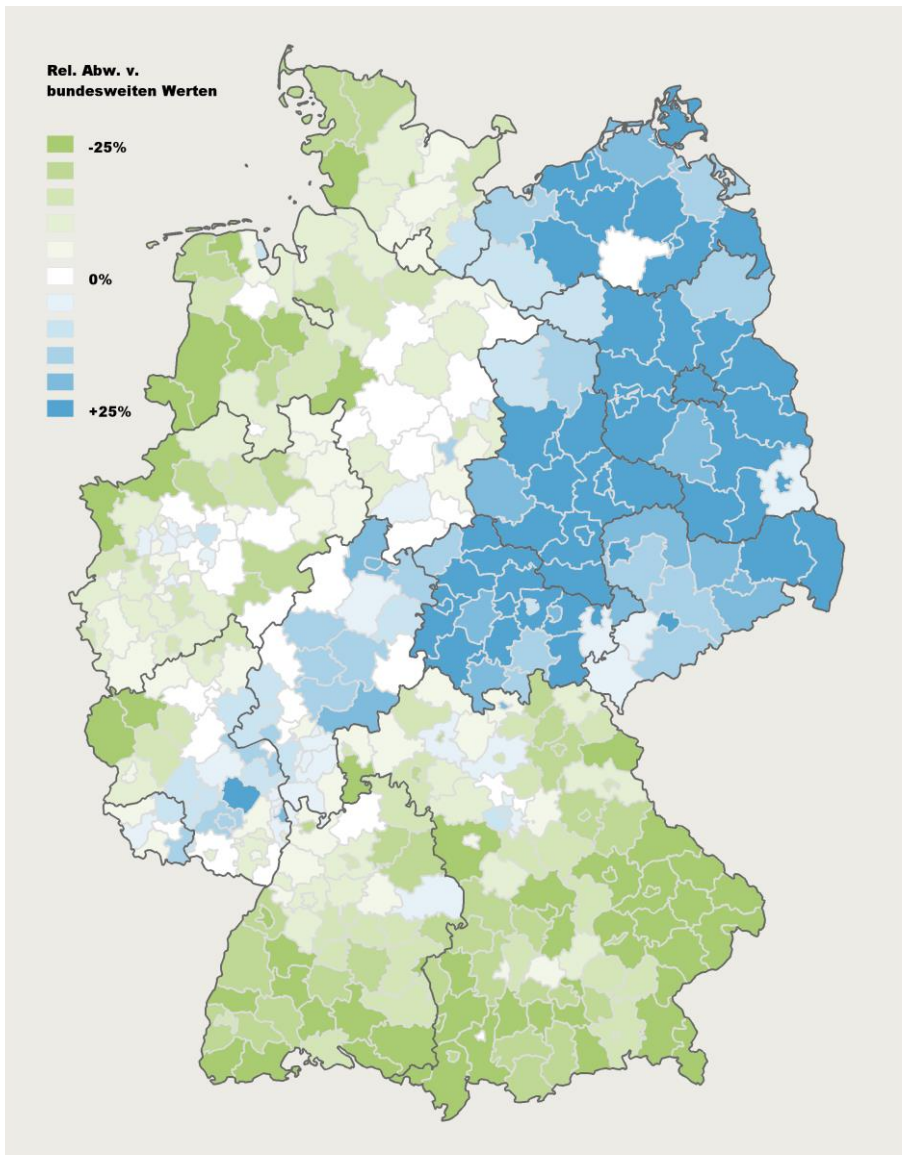


Abbildung 26 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2016, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems

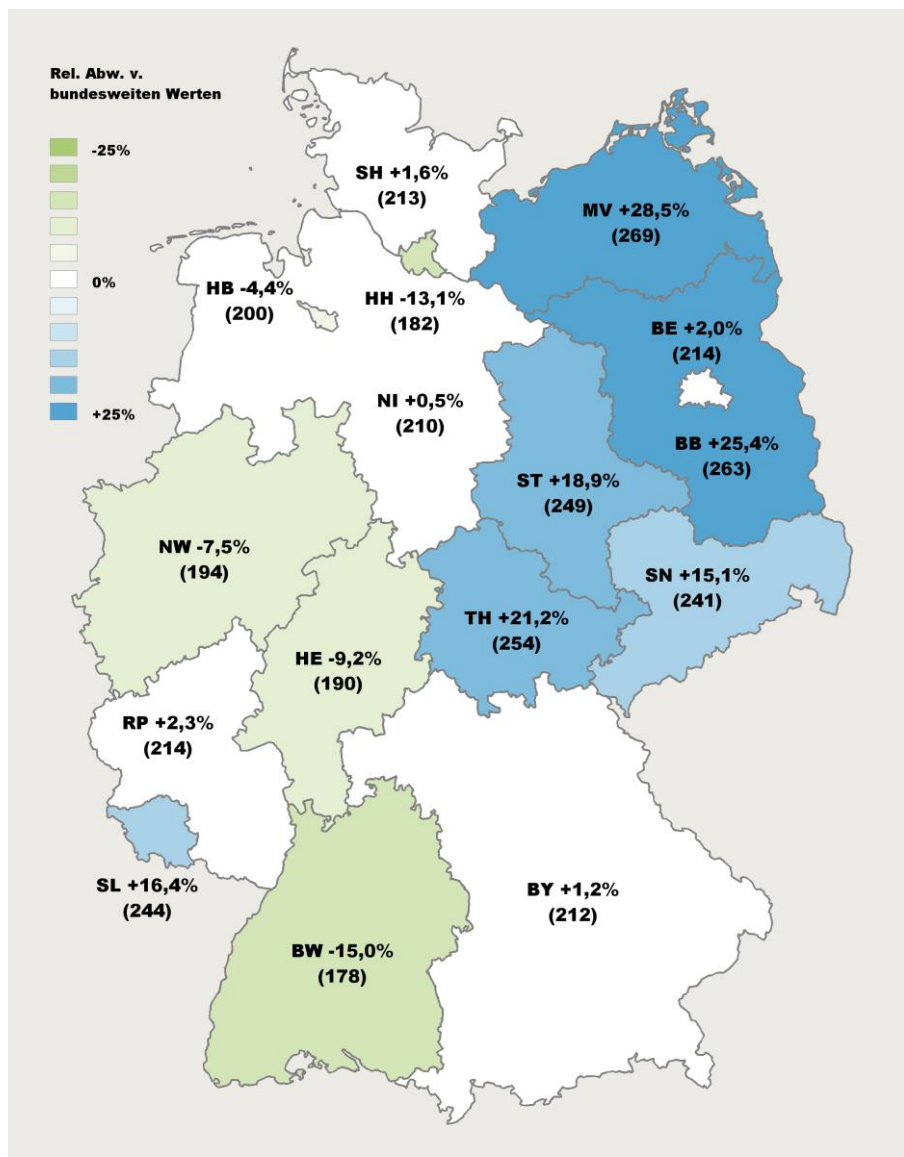


Abbildung 27 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2016, Kapitel XIX – Verletzungen

Prozentangaben: relative Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen;
Angaben in Klammern: AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in einzelnen Bundesländern.

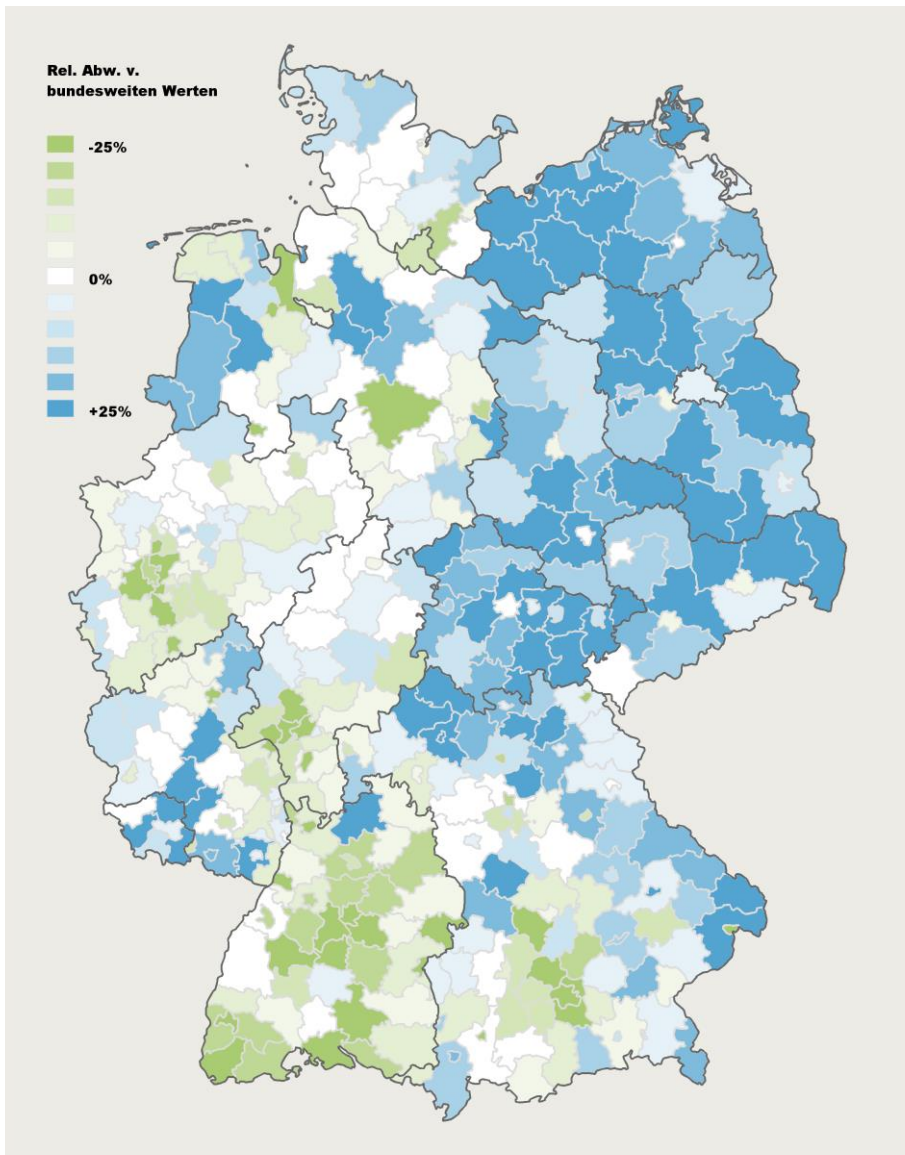


Abbildung 28 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2016, Kapitel XIX – Verletzungen

Ergebnisse zu ausgewählten Diagnosegruppen

Insgesamt lassen sich Erkrankungen und Gesundheitszustände in der ICD10 mehr als 200 unterschiedlichen Gruppen zuordnen, welche nach den zuvor dargestellten Diagnosekapiteln beziehungsweise Krankheitsarten eine nächste Differenzierungsebene bilden.

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Diagnosegruppen

Tabelle 9 listet relevante Diagnosegruppen in einer Rangfolge im Hinblick auf ihre fallzahlbezogene Relevanz nach bundesweit ermittelten Ergebnissen zum Jahr 2016. Den 20 gelisteten Diagnosegruppen waren bei bundesweiten Auswertungen 73 Prozent und damit ein weit überwiegender Teil aller Arbeitsunfähigkeitsfälle zuzuordnen. Offensichtlich wird auch bei einer Betrachtung auf dieser Differenzierungsebene der ICD10 die große Bedeutung von Atemwegserkrankungen für die AU-Fallzahlen (vgl. alle Diagnoseschlüssel mit „J“ als erstem Zeichen). Im Vergleich zu akuten Infekten der Atemwege werden chronische Atemwegserkrankungen verhältnismäßig selten diagnostiziert. Auch Infekte anderer Körperbereiche spielen im Hinblick auf die AU-Fallzahlen eine verhältnismäßig große Rolle.

Fehlzeiten nach Diagnosegruppen

Inhaltlich relevanter als die Zuordnungen von AU-Fallzahlen erscheinen Zuordnungen von Fehlzeiten beziehungsweise von AU-Tagen zu Diagnosegruppen. Entsprechende Ergebnisse finden sich in Tabelle 10 auf Seite 70. Gelistet werden Ergebnisse zu Fehlzeiten mit Zuordnung zu relevanten Diagnosegruppen aus dem Jahr 2016, wobei die Sortierung der Tabelle der Rangfolge der zugeordneten Fehlzeiten folgt. Auf die gelisteten 20 Diagnosegruppen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 69 Prozent, also mehr als zwei Drittel aller 2016 erfassten Fehlzeiten.

- Nach bundesweiten Auswertungen von BARMER GEK-Daten lassen sich allein 10,3 Prozent der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitszeiten „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ zuordnen. Statistisch gesehen war jede Erwerbsperson 2016 durchschnittlich 1,83 Tage mit entsprechenden Diagnosen krankgeschrieben.

- „Affektive Störungen“, die in einer Veränderung des Gefühlslebens vorrangig im Sinne von Depression bestehen, lassen sich für 9,0 Prozent der bundesweit gemeldeten Fehlzeiten beziehungsweise 159 AU-Tage je 100 VJ verantwortlich machen. Bei Frauen sind sie bundesweit für höhere Fehlzeiten als Rückenbeschwerden verantwortlich.
- „Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen“ sind mit 143 AU-Tagen je 100 VJ Ursache für 8,1 Prozent der bundesweit gemeldeten Fehlzeiten verantwortlich. Dabei sind die Fehlzeiten von Frauen mit entsprechenden Diagnosen fast doppelt so hoch wie die von Männern. Bundesweit entfielen bei Frauen auf diese Erkrankungsgruppe nach „Affektiven Störungen“ die zweitmeisten Fehltage.
- „Akute Infektionen der oberen Atemwege“, die im Wesentlichen normale Erkältungen umfassen, waren 2016 für 8,3 Prozent der bundesweit gemeldeten Fehlzeiten beziehungsweise 147 AU-Tage je 100 VJ verantwortlich.

Abbildung 29 auf Seite 68 stellt bundesweite Ergebnisse zu geschlechtsübergreifend ermittelten Fehlzeiten für relevante Diagnosegruppen grafisch dar – Bezeichnungen der Gruppen können Tabelle 10 entnommen werden.

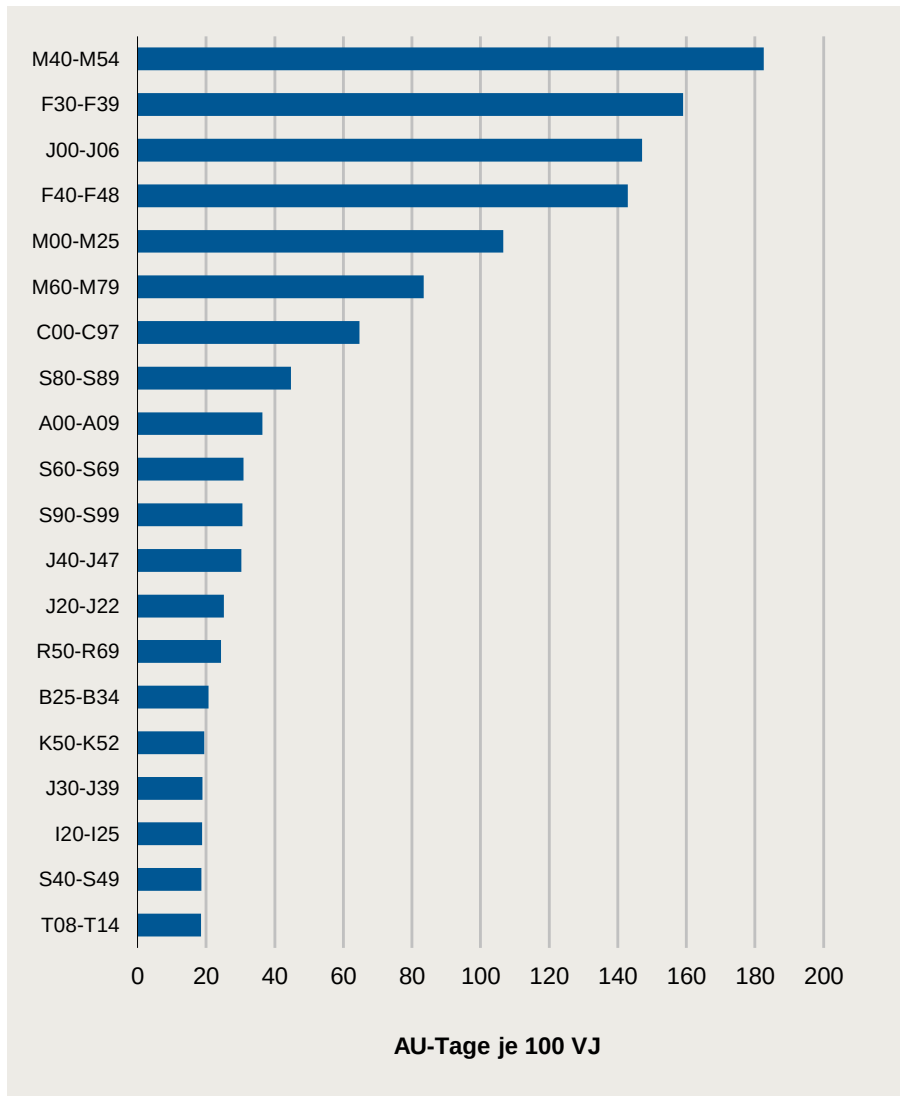


Abbildung 29 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen 2016

Tabelle 9 Fallzahlrelevante Diagnosegruppen 2016 – Top 20

ICD10-Diagnosegruppe	AU-Fälle je 100 VJ		
	Männer	Frauen	Gesamt
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	22,8	28,7	25,5
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	10,6	9,0	9,8
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	8,2	8,4	8,3
K00-K14 Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer	4,8	5,2	5,0
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	3,2	6,3	4,6
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	4,2	3,7	3,9
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	3,4	3,9	3,6
B25-B34 Sonstige Viruskrankheiten	3,3	3,8	3,5
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	3,5	3,5	3,5
M00-M25 Arthropathien	3,9	3,0	3,5
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	3,3	3,7	3,5
R10-R19 Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	1,9	3,3	2,5
R50-R69 Allgemeinsymptome	2,2	2,9	2,5
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	2,1	2,9	2,4
G40-G47 Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	1,6	2,9	2,2
K20-K31 Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	2,0	2,4	2,2
F30-F39 Affektive Störungen	1,6	2,7	2,1
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	1,8	1,4	1,6
S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	2,1	0,9	1,6
T08-T14 Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	1,8	1,2	1,5
Gesamt	120,4	138,2	128,6

BARMER GEK 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle 10 Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen 2016 – Top 20

ICD10-Diagnosegruppe	AU-Tage je 100 VJ		
	Männer	Frauen	Gesamt
M40-M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	194	170	183
F30-F39 Affektive Störungen	126	198	159
J00-J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege	129	169	147
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	104	188	143
M00-M25 Arthropathien	110	102	107
M60-M79 Krankheiten der Weichteilgewebe	85	81	83
C00-C97 Bösartige Neubildungen	51	81	65
S80-S89 Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	52	36	45
A00-A09 Infektiöse Darmkrankheiten	36	37	36
S60-S69 Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	43	17	31
S90-S99 Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	34	26	31
J40-J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	28	32	30
J20-J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	23	27	25
R50-R69 Allgemeinsymptome	21	28	24
B25-B34 Sonstige Viruskrankheiten	19	23	21
K50-K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	19	20	19
J30-J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	17	21	19
I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	29	7	19
S40-S49 Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	24	12	19
T08-T14 Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	22	14	18
Gesamt	1.681	1.864	1.765

BARMER GEK 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Ergebnisse zu ausgewählten Einzeldiagnosen

Einzelne Erkrankungen im üblichen Sprachsinn werden typischerweise vorrangig auf der Ebene 3-stelliger ICD10-Schlüssel differenziert. Da auf dieser Differenzierungsebene in der ICD10 jedoch mehr als 1.600 unterschiedliche Schlüssel existieren, müssen Darstellungen in der Regel auf einen vergleichsweise kleinen Ausschnitt relevanter Diagnosen beschränkt bleiben.

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Einzeldiagnosen

Tabelle 11 listet Diagnosen sortiert in der Rangfolge im Hinblick auf ihre fallzahlbezogene Relevanz nach bundesweit ermittelten Ergebnissen zum Jahr 2016. Den dargestellten 20 häufigsten von insgesamt mehr als 1.600 Diagnosen waren bei bundesweiten Auswertungen mit 53,2 Prozent gut die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitsfälle zuzuordnen. Bei einem überwiegenden Teil der Diagnosen handelt es sich um akute Erkrankungen und Beschwerden.

Fehlzeiten nach Einzeldiagnosen

Eine Zuordnung von Fehlzeiten zu anteilig relevanten Einzeldiagnosen findet sich in Tabelle 12 auf Seite 75. Gelistet werden Ergebnisse zu relevanten Diagnosen aus dem Jahr 2016, wobei hier die Sortierung der Tabelle in der Rangfolge der bundesweit zugeordneten Fehlzeiten erfolgte. Auf die gelisteten 20 dreistelligen Diagnosen entfielen nach bundesweiten Ergebnissen 43,7 Prozent aller 2016 erfassten Fehlzeiten.

- **„Rückenschmerzen“ (ICD10: M54)** belegten hinsichtlich der zugeordneten Fehlzeiten mit einem Anteil von 5,8 Prozent bei bundesweiten Auswertungen im Jahr 2016 lediglich den dritten Rang. 2014 hatten sie noch den ersten Rang belegt. Jede Erwerbsperson war 2016, statistisch betrachtet, im Mittel fast genau einen Tag unter dieser Diagnose krankgeschrieben. Männer waren in größerem Umfang als Frauen betroffen.
- Auf die Diagnose **„Depressive Episoden“ (ICD10: F32)** entfielen nach geschlechtsübergreifenden Auswertungen bundesweiter Daten der BARMER GEK 6,1 Prozent aller Fehlitage. Gemeinsam mit der Diagnose **„Rezidivierende depressive Störungen“ (ICD10: F33)**, auf die 2,5 Prozent der Fehlzeiten entfielen, erfassen sie das Erkrankungsbild von Depressionen, dem damit insgesamt 8,7 Prozent der gemeldeten Fehlzeiten direkt zugeordnet werden können.

- Die häufigste Diagnose von Krankschreibungen „**Akute Infektionen der oberen Atemwege**“ (ICD10: J06) war 2016 für 5,9 Prozent der Fehlzeiten verantwortlich.
- Eine verhältnismäßig hohe Relevanz für die Fehlzeiten besitzen aus dem Diagnosekapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ neben den beiden bereits genannten Depressionsdiagnosen noch die dreistelligen Diagnosen „Reaktionen auf schwere Belastungen“ (ICD10: F43; Anteil 3,5%), „Andere neurotische Störungen“ (ICD10: F48; Anteil 1,8%), „Somatoforme Störungen“ (ICD10: F45; Anteil 1,3%) sowie „Andere Angststörungen“ (ICD10: F41; Anteil 1,2%).
- Fehlzeitenrelevant waren ansonsten vorrangig eine Reihe weiterer Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie Verletzungen.
- Als einzige Neubildungsdiagnose zählte bei einer Differenzierung auf dreistelliger Ebene „Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]“ 2016 zu den zwanzig Diagnoseschlüsseln mit den (geschlechtsübergreifend) meisten Fehlzeiten. Unter Frauen belegt die Diagnose mit 43 AU-Tagen je 100 VJ hinsichtlich der erfassten Fehlzeiten den siebten Rang.

Abbildung 30 auf Seite 73 zeigt Ergebnisse zu Fehlzeiten für relevante dreistellige Diagnosen grafisch – Bezeichnungen der Diagnosen können in diesem Fall Tabelle 12 auf Seite 75 entnommen werden.

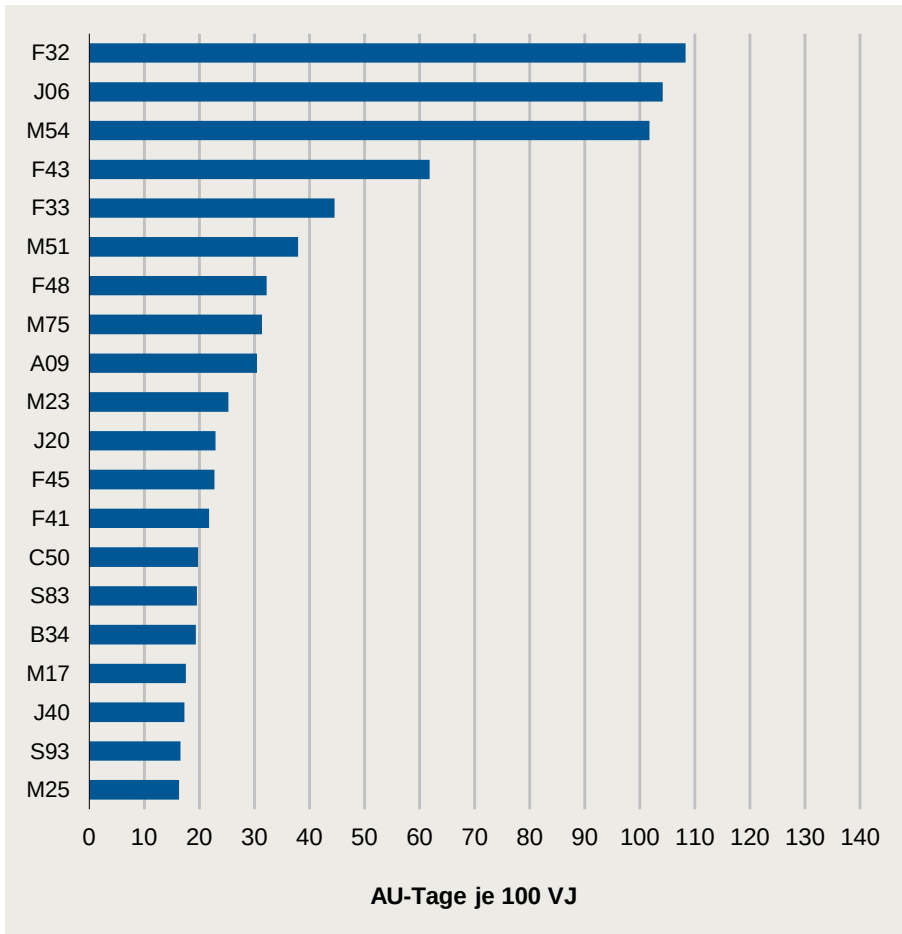


Abbildung 30 AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2016

Tabelle 11 Fallzahlrelevante Diagnosen 2016 – Top 20

ICD10-Diagnose	AU-Fälle je 100 VJ		
	Männer	Frauen	Gesamt
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	16,8	19,7	18,2
M54 Rückenschmerzen	8,1	6,5	7,4
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	7,0	7,2	7,1
K08 Sonst. Krankh. der Zähne und des Zahnhalteapparates	4,1	4,4	4,2
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	3,2	3,7	3,4
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	3,2	3,2	3,2
J20 Akute Bronchitis	3,0	3,4	3,2
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,3	2,7	2,4
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,6	3,1	2,3
J03 Akute Tonsillitis	1,5	2,1	1,8
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	1,2	2,4	1,8
J32 Chronische Sinusitis	1,4	2,2	1,7
J01 Akute Sinusitis	1,3	2,2	1,7
K29 Gastritis und Duodenitis	1,4	1,9	1,6
J02 Akute Pharyngitis	1,3	1,9	1,6
F32 Depressive Episode	1,2	2,0	1,6
J00 Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	1,3	1,5	1,4
G43 Migräne	0,7	2,2	1,4
T14 Verletzung an einer nicht näher bez. Körperregion	1,6	1,0	1,3
F48 Andere neurotische Störungen	0,8	1,7	1,2
Gesamt	120,4	138,2	128,6

BARMER GEK 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle 12 Fehlzeitenrelevante Diagnosen 2016 – Top 20

ICD10-Diagnose	AU-Tage je 100 VJ		
	Männer	Frauen	Gesamt
F32 Depressive Episode	88	132	108
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	94	116	104
M54 Rückenschmerzen	111	91	102
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	45	82	62
F33 Rezidivierende depressive Störung	33	58	45
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	41	34	38
F48 Andere neurotische Störungen	22	44	32
M75 Schulterläsionen	34	28	31
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	30	31	30
M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	30	20	25
J20 Akute Bronchitis	21	25	23
F45 Somatoforme Störungen	17	30	23
F41 Andere Angststörungen	17	27	22
C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0	43	20
S83 Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	24	15	20
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	18	21	19
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	19	16	18
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	16	19	17
S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	18	15	17
M25 Sonst. Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	18	14	16
Gesamt	1.681	1.864	1.765

BARMER GEK 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Schwerpunktkapitel

Determinanten der psychischen und somatischen Gesundheit von Berufstätigen

Der diesjährige Schwerpunkt des Gesundheitsreportes befasst sich mit Determinanten der Gesundheit von Berufstätigen. Den Ausgangspunkt der zunächst sehr offenen Themenwahl bilden die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Berufstätigen und deren Abhängigkeiten von unterschiedlichen Einflussgrößen, die im Auftrag der BARMER von der Universität St. Gallen durchgeführt wurde.² Lebensqualität und Lebenszufriedenheit sind in Routinedaten einer Krankenkasse nicht erfasst. Allerdings lässt sich eine Reihe von Einflussfaktoren auf die Lebensqualität auch auf Basis der Routinedaten abbilden. Zudem existieren in den Daten vielfältige Informationen zur Gesundheit, welche mit der Lebensqualität in einem engen Zusammenhang stehen. Die nachfolgenden Auswertungen gehen vor diesem Hintergrund der Frage nach, ob sich für Faktoren, welche die Lebensqualität maßgeblich beeinflussen, in Routinedaten einer Krankenkasse auch Einflüsse auf die psychische und somatische beziehungsweise körperliche Gesundheit von Berufstätigen nachweisen lassen.

Lebensqualität und Lebenszufriedenheit

Im Rahmen der bereits eingangs zitierten Studie mit dem Titel „Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Berufstätigen in der Bundesrepublik Deutschland“ wurden nach einer repräsentativen Befragung von Berufstätigen vielfältige Betrachtungen zu Aspekten der Lebensqualität und zu Abhängigkeiten der Lebensqualität von der beruflichen sowie familiär-privaten Situation vorgenommen. Zentrale Ergebnisse der Studie wurden in zehn Kernthesen zusammengefasst.³ Zu einem Teil der in der Befragungsstudie aufgegriffenen Aspekte lassen sich in Routinedaten bei Krankenkassen, welche die Basis für Auswertungen zum vorliegenden Gesundheitsreport bilden, keine Informationen identifizieren und insofern kaum Anknüpfungspunkte finden (AS-

² Böhm, S. A., Baumgärtner, M. K., Breier, C., Brzykcy, A. Z., Kaufmann, F., Kreiner, P. G., Kreissner, L. M., & Loki, B. (2017). Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Berufstätigen in der Bundesrepublik Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Studie der Universität St. Gallen. St. Gallen: Universität St. Gallen. Vgl.: <https://www.barmer.de/studie-lebensqualitaet>; direkter Link zur Publikation: <https://www.barmer.de/blob/109628/dfa8e773b8e5d8e951b2bfc742b1e6e5/data/studienergebnisse-prof-boehm.pdf>

³ Vgl. auch ein im Internet gesondert verfügbares Dokument: <https://www.barmer.de/blob/109624/397a4cb83c1d186ace315312feede5de/data/10-thesen.pdf>

pekte wie Lebenszufriedenheit allgemein, Abgrenzbarkeit von Berufs- und Privatleben, Mobbing und Diskriminierung, technologische und emotionale Arbeitsanforderungen, Autonomie und Beziehung zu Kollegen).

Bei einem anderen Teil der Thesen und Ergebnisse ergeben sich demgegenüber durchaus Anknüpfungspunkte (Zitate der Thesen kursiv):

- *Der sozioökonomische Status ist für die Lebenszufriedenheit wichtiger als das Alter und das Geschlecht (These 2).*
- *Haushalte mit Kindern sind zufriedener als kinderlose Haushalte (These 3) sowie Freunde und Familie sind ein Eckpfeiler zum Erhalt von Gesundheit und Zufriedenheit (These 4).*
- *Flexibilisierung von Arbeit beeinflusst die Lebenszufriedenheit positiv (These 9).*

Zudem liefert die Befragungsstudie auch Hinweise darauf, dass die Lebenszufriedenheit bei Beschäftigten in befristeten (und damit weniger sicheren) Arbeitsverhältnissen deutlich niedriger als bei Beschäftigten in unbefristeten (und damit eher gesicherten) Arbeitsverhältnissen ist.⁴

Im Rahmen des Gesundheitsreportes sollen Aspekte aus den zuvor gelisteten Themenfeldern „Sozioökonomischer Status“, „Kinder und Familie“, „Flexibilisierung der Arbeit“ und „Arbeitsplatzsicherheit“ aufgegriffen und Zusammenhänge mit der psychischen und somatischen Gesundheit von Berufstätigen auf der Basis von Informationen aus Routinedaten der BARMER betrachtet werden.

Hinweise auf die psychische und somatische Gesundheit in Routinedaten

Hinweise auf die psychische und somatische Gesundheit von Beschäftigten existieren in Routinedaten bei Krankenkassen in vielfältiger Form – schließlich sind Krankenkassen für die Erstattung eines weit überwiegenden Teils der Leistungen im Rahmen der regulären gesundheitlichen Versorgung ihrer Versicherten zuständig. Allerdings existiert kein allgemein akzeptierter zusammenfassender Indikator, der Auskunft über den Grad der Gesundheit insgesamt gibt.

Ausführlich dargestellt werden bereits im Routineteil des Gesundheitsreportes Kennzahlen zu gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten. Aufgrund ihrer vielfältigen Abhängigkeiten können **gemeldete Arbeitsunfähigkeiten** allerdings keinesfalls als „perfekter“ Indikator zur Beurteilung des Gesundheitszustandes von Beschäftigten gelten. Nicht

⁴ Vgl. zuvor zitierte Studienpublikation: Abbildung 6 auf Seite 20.

jede Einschränkung der Gesundheit führt auch zu einer gemeldeten Arbeitsunfähigkeit, die Dauer von Arbeitsunfähigkeiten hängt nicht nur von der Schwere einer Erkrankung, sondern beispielsweise maßgeblich auch von den körperlichen Anforderungen am Arbeitsplatz ab (vgl. auch weitere Erläuterungen im Methodenteil des Gesundheitsreportes ab Seite 143).

Auf Basis der Diagnoseangaben zu Arbeitsunfähigkeitsmeldungen lassen sich erfasste Arbeitsunfähigkeiten psychischen und somatischen Erkrankungsbereichen zuordnen, wobei für nachfolgend dargestellte Auswertungen ganz allgemein den psychischen Erkrankungen in einer eher engen Abgrenzung lediglich die Diagnosen aus dem ICD10-Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ zugeordnet wurden. Alle übrigen Diagnosen wurden als Hinweise auf somatische Erkrankungen gewertet, wobei schwangerschaftsbedingte Arbeitsunfähigkeiten (alle ICD10-Diagnosen des ICD10-Kapitels XV, beginnend mit dem Buchstaben „O“) nicht berücksichtigt wurden.

Schwerwiegende Erkrankungen erfordern ganz allgemein in der Regel zumindest phasenweise eine Behandlung im Krankenhaus. Insofern können **Krankenhausbehandlungen** mit gewissen Einschränkungen als Indikatoren für gravierendere gesundheitliche Probleme gelten. Da bei vollstationären Krankenhausbehandlungen, also bei Krankenhausaufenthalten in einem engeren Sinn mit einer Übernachtung, obligat für jeden Behandlungsfall auch eine Hauptentlassungsdiagnose festgelegt und dokumentiert werden muss, lassen sich auch Behandlungen in Krankenhäusern einem primär psychischen oder somatischen Behandlungsanlass zuordnen. Auch bei diesen Auswertungen wurden schwangerschaftsbedingte Aufenthalte nicht berücksichtigt, da sie im Regelfall nicht auf eine Erkrankung hindeuten.

Zumindest erste allgemeine Anhaltspunkte für die Schwere der stationär behandelten Erkrankung können die Verweildauer sowie die Kosten der Behandlung liefern – insofern lassen sich beide Angaben auch als Indikatoren für den Grad der gesundheitlichen Einschränkung interpretieren.

Im Gegensatz zu Krankenhausbehandlungen lassen sich **ambulant-ärztliche Behandlungen** – zumeist durch niedergelassene Ärzte – in den vorrangig zu Abrechnungszwecken erfassten Routinedaten in der Regel nicht eindeutig einem bestimmten Behandlungsanlass zuordnen. Bei einem überwiegenden Teil der ambulanten Behandlungsfälle, die in den Abrechnungsdaten jeweils alle Behandlungen eines bestimmten Arztes oder einer Arztpraxis bei einem Patienten innerhalb eines Quartals zusammenfassen, wird eine größere Zahl an Erkrankungsdiagnosen erfasst. Dabei werden die Diagnosen nicht hinsichtlich ihrer Bedeutung für die durchgeführten Behandlungen gewichtet, auch eine Zuordnung zu einzelnen Behandlungsmaßnahmen

oder Behandlungstagen existiert nicht.⁵ Will man die Gesamtbehandlungsleistungen eines Behandlungs- beziehungsweise Abrechnungsfalls den dokumentierten Diagnosen zuordnen, bietet sich bei übergreifenden Auswertungen als pragmatisches Vorgehen eine gleichartige anteilige Verteilung der Leistungen auf alle fallbezogen dokumentierten Diagnosen an.⁶ Bei den nachfolgend präsentierten Auswertungen, bei denen Gesundheitsindikatoren differenziert nach psychischen und somatischen Erkrankungen betrachtet werden sollen, wurden Kennzahlen zu einzelnen Behandlungsfällen bei Vorliegen sowohl somatischer als auch psychischer Diagnosen anteilig entsprechend der Anzahl der jeweils differenzierbaren Diagnoseeinträge aus beiden Bereichen aufgeteilt, wobei diejenigen Anteile mit Diagnosen aus dem Kapitel XV „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ unberücksichtigt blieben.

Informationen zu **Arzneiverordnungen** können weitere Hinweise auf den Gesundheitszustand liefern. Diese liegen bei Krankenkassen regelmäßig dann vor, wenn Arzneimittel von Ärzten verordnet und die anschließend von Betroffenen in Apotheken eingelösten Rezepte mit den Krankenkassen abgerechnet wurden. Erhalten Versicherte keinerlei verschreibungspflichtige Arzneimittel, deutet dies tendenziell auf einen eher guten Gesundheitszustand hin. Wurden Arzneimittel verordnet, lässt sich das Verordnungsvolumen auf unterschiedliche Arten quantifizieren. Ein Maß für das Verordnungsvolumen bilden die Kosten für die verordneten Arzneimittel. Ein weiteres übergreifendes Maß bilden sogenannte „Definierte Tagesdosen“ (englisch „Defined Daily Doses“, kurz DDD). Dabei entspricht eine DDD derjenigen Menge eines Arzneimittels, die in typischer Dosierung für die Behandlung eines Erwachsenen für genau einen Tag ausreicht. Kosten und DDD können auch für bestimmte Arzneimittelgruppen ermittelt werden.

Arzneimittel lassen sich auf der Basis sogenannter ATC-Codes bestimmten Substanzgruppen zuordnen.⁷ Auf das Vorliegen psychischer Probleme und Erkrankungen deutet vorrangig die Verordnung von Psychopharmaka hin. Als Psychopharmaka werden üblicherweise Arzneimittel mit einer Zuordnung zu den beiden ATC-Gruppen „N05“ (Psycholeptika) sowie „N06“ (Psychoanaleptika) bezeichnet. Zu diesen Arzneimitteln zählen beispielsweise antipsychotisch wirksame und angstlösende Medikamente sowie Antidepressiva. Entsprechende Verordnungen werden bei nachfol-

⁵ Vgl. BARMER Arztreport 2017, insbesondere Abschnitte ab Seite 33; Link:

<https://www.barmer.de/ueberuns/barmer/forschung-und-innovation/barmer-arztreport-2017-99114>

⁶ Sollen nur wenige und gut definierte Erkrankungen betrachtet werden, sind auch anderweitige Aufteilungen vorstellbar, die inhaltlich valider erscheinen, jedoch bei übergreifenden Auswertungen unter Einbeziehung aller Patienten mit beliebigen Behandlungsanlässen nur schwer realisiert werden könnten.

⁷ ATC steht für Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem und wird für die Klassifikation von Arzneimitteln verwendet; vgl. weitere Informationen beim DIMDI unter dem nachfolgenden Link: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/atcddd/index.htm>

gend dargestellten Auswertungen als Indikatoren für psychische Probleme beziehungsweise psychische Erkrankungen interpretiert, alle übrigen Verordnungen demgegenüber im Sinne von Indikatoren für die somatische Gesundheit. Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass psychische Erkrankungen keineswegs ausschließlich mit den hier berücksichtigten Psychopharmaka behandelt werden und insbesondere auch umgekehrt Psychopharmaka gelegentlich bei primär somatischen Erkrankungen indiziert sein können. Nicht berücksichtigt wurden bei den nachfolgend präsentierten Auswertungen Verordnungen von lokal oder systemisch angewendeten Kontrazeptiva, also von Verhütungsmitteln, da diese typischerweise nicht auf einen eingeschränkten Gesundheitszustand hindeuten (ATC-Codes aus den Gruppen „G02B“ sowie „G03A“).⁸

Als Indikator für die Gesundheit von unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen mit langer Tradition kann die (geschlechts- und altersspezifische) Sterblichkeit gelten. Als Maßzahl für die Sterblichkeit wird als sogenannte **Sterberate** der Anteil der innerhalb eines definierten Zeitraums verstorbenen Bevölkerung – beispielsweise Verstorbene innerhalb eines Jahres je 100.000 Personen – ermittelt. Die Sterberate besitzt als Gesundheitsindikator insofern eine wesentliche Bedeutung, als dass sie eindeutig definiert und nicht durch unterschiedliche und im Zeitverlauf wechselnde Konventionen beeinflusst ist, denen beispielsweise Abgrenzungen von Krankheiten unterliegen können. Dies veranlasste bereits im vorletzten Jahrhundert den bekannten Epidemiologen William Farr zu dem Ausspruch: *„Die Sterblichkeitsrate ist eine Tatsache. Alles darüber hinaus sind Schlussfolgerungen.“*⁹

Typischerweise verstirbt in Deutschland im Erwerbsalter innerhalb einzelner Jahre allerdings nur ein sehr kleiner Anteil der Bevölkerung, weshalb die Sterblichkeit nur basierend auf Daten zu ausgesprochen großen Populationen beziehungsweise Bevölkerungsgruppen mit ausreichender statistischer Präzision und Sicherheit ermittelt werden kann. Bei Ergebnissen auf der Basis kleinerer Populationen wäre andernfalls mit einer zu großen zufallsbedingten Streuung der Ergebnisse zu rechnen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass Krankenkassen generell keine Informationen zu ärztlich bescheinigten Todesursachen erhalten – auf Todesursachen könnte auf der Basis von Daten bei Krankenkassen nur indirekt und mit einer gewissen Unsicherheit ge-

⁸ Verordnungen von hormonellen Kontrazeptiva (die „Pille“) werden von den gesetzlichen Krankenkassen bei Frauen bis zum 20. Geburtstag erstattet und spielen insofern hinsichtlich des Verordnungsvolumens insbesondere bei jungen Frauen eine wesentliche Rolle, ohne dabei auf eine eingeschränkte Gesundheit hinzudeuten.

⁹ "The death rate is a fact. Anything beyond this is an inference" (William Farr, zitiert nach Humphreys N.A. (Editor, 1885): *Vital Statistics: A Memorial Volume of Selections from the Reports and Writings of William Farr*. London, Sanitary Institute. Reprinted for the New York Academy of Medicine by the Scarecrow Press, Inc., Metuchen NJ, 1975.

geschlossen werden, beispielsweise sofern ein Versicherter im Krankenhaus verstirbt und dann Diagnosen mit zeitlichem Bezug zum Todeszeitpunkt vorliegen, worauf im Kontext der vorliegenden Auswertungen jedoch verzichtet wurde.

Die zuvor aufgeführten Indikatoren des Gesundheitszustands sollen nachfolgend für Subgruppen von Berufstätigen beziehungsweise Erwerbspersonen mit unterschiedlichen Ausprägungen bestimmter Merkmale ermittelt werden, für die sich im Rahmen der zitierten repräsentativen Befragung Zusammenhänge mit der Lebenszufriedenheit nachweisen ließen.

Untersuchungspopulation

Bei den nachfolgend dargestellten Auswertungen wurden vorrangig Daten aus dem Jahr 2015 und zum Teil auch aus dem Jahr 2016 betrachtet. Lediglich für das Jahr 2015 standen bereits Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung zur Verfügung – entsprechende Informationen hätten bei einer Auswertung zum Jahr 2016 insofern nicht berücksichtigt werden können.

Betrachtet wurden ausschließlich Erwerbspersonen, die nachweislich bereits am 1. Januar 2015 bei der BARMER beziehungsweise der vormaligen BARMER GEK versichert und im Jahr 2015 zwischen 18 und 64 Jahre alt waren. Die Wahl der unteren Altersgrenze erfolgte in Anlehnung an die Altersbeschränkung im Rahmen der Befragungsstudie der Universität St. Gallen. Zu diesen Versicherten wurden Informationen zum sozioökonomischen Status, zur familiären Situation sowie zur Art der Beschäftigung zu Jahresbeginn 2015 ermittelt. Zudem wurden Wohnort- und Arbeitsplatzwechsel betrachtet (vgl. weitere Erläuterungen in späteren Abschnitten). Basierend auf Routinedaten zu gemeldeten Arbeitsunfähigkeiten zur ambulanten und stationären Versorgung wurden anschließend für diese Population Indikatoren für die gesundheitliche Situation vorrangig im weiteren Verlauf des Jahres 2015 ermittelt. Informationen zum Versicherungs- sowie Überlebensstatus wurden bis zum 31. Dezember 2016 betrachtet. Die Auswertungen beschränken sich dabei auf diejenigen Personen, welche zwischen dem 1. Januar 2015 und dem 31. Dezember 2016 – oder im Falle eines Versterbens bis zum Sterbetag – mindestens 90 Prozent der Kalendertage nachweislich bei der vormaligen BARMER GEK versichert waren. Hiermit sollte sichergestellt sein, dass Inanspruchnahmen der gesundheitlichen Versorgung von allen betrachteten Personen im Beobachtungszeitraum auch weitgehend vollständig in den bei der BARMER verfügbaren Daten dokumentiert wurden. Da bei einigen Auswertungen auch Ereignisse im Jahr 2014 betrachtet wurden, wurde zudem die grundsätzliche Dokumentation von Versicherungszeiten (mindestens ein Tag) auch zu diesem Jahr obligat vorausgesetzt.

Insgesamt konnten Daten zu $n = 3.327.012$ Personen berücksichtigt werden. Von diesen waren bis zum 31. Dezember 2015 $n = 4.721$ Personen verstorben, was einer Sterberate von 142 Fällen je 100.000 Personen pro Jahr entspricht. Bis zum 31. Dezember 2016 waren insgesamt $n = 10.076$ Personen verstorben. Weitere Charakteristika der Untersuchungspopulation sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 13 Grundlegende Charakteristika der betrachteten Untersuchungspopulation

	Männer	Frauen	Gesamt
Anzahl betrachtete Personen	1.447.232	1.879.780	3.327.012
Alter (Dezember 2015, MW)	42,3	44,4	43,5
Anteil 18 – 19 Jahre	1,7%	0,9%	1,2%
Anteil 20 – 24 Jahre	7,8%	5,7%	6,6%
Anteil 25 – 29 Jahre	10,5%	8,9%	9,6%
Anteil 30 – 34 Jahre	12,1%	9,7%	10,8%
Anteil 35 – 39 Jahre	10,8%	9,6%	10,2%
Anteil 40 – 44 Jahre	9,6%	10,0%	9,8%
Anteil 45 – 49 Jahre	12,5%	14,5%	13,6%
Anteil 50 – 54 Jahre	13,9%	16,3%	15,3%
Anteil 55 – 59 Jahre	12,1%	14,4%	13,4%
Anteil 60 – 64 Jahre	8,8%	10,0%	9,5%
Versicherungstage 2014 (MW)	359,9	361,8	361,0
Versicherungstage 2015 (MW)	364,3	364,6	364,5
Versicherungstage 2016 (MW)	364,4	365,0	364,7
Versicherungstage als Erwerbsperson 2015 (MW)	356,7	357,4	357,1
Anzahl Verstorbene bis 31.12.2015	2.701	2.020	4.721
Anzahl Verstorbene bis 31.12.2016	5.744	4.332	10.076

BARMER GEK, Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015 (vgl. Text); MW: Mittelwert.

Statistische Methoden

Die nachfolgend präsentierten Auswertungen sollen Zusammenhänge zwischen bestimmten Merkmalen (zu den Themenfeldern „Sozioökonomischer Status“, „Kinder und Familie“, „Flexibilisierung der Arbeit“, „Arbeitsplatzsicherheit“) und Indikatoren der psychischen sowie somatischen Gesundheit möglichst anschaulich und inhaltlich

sinnvoll beschreiben. Eine einfache Form der Darstellung von Zusammenhängen besteht in einer Gegenüberstellung von Kennwerten aus unterschiedlichen Subgruppen der Untersuchungspopulation. So ließe sich beispielsweise die Sterberate von Erwerbspersonen ohne und mit Berufsausbildung bis hin zur Promotion (Dokortitel) vergleichen, wobei die Berufsausbildung als ein Indikator für die soziale Schichtzugehörigkeit aufgefasst werden kann. Allerdings sind entsprechend einfach berechnete Ergebnisse nicht unbedingt einfach interpretierbar. Im genannten Beispiel weisen Erwerbspersonen mit Promotion eine höhere Sterberate als Erwerbspersonen ohne Berufsausbildung auf, was als Hinweis auf gesundheitliche Belastungen von Akademikern fehlinterpretiert werden könnte. Ursächlich dürfte das Ergebnis schlicht aus dem Umstand resultieren, dass Personen mit Promotion im Mittel erheblich älter als Personen ohne eine Berufsausbildung sind, zumal sich in der letztgenannten Gruppe viele Auszubildende befinden. Inhaltlich relevante Gegenüberstellungen sollten daher Sterberaten jeweils innerhalb begrenzter Altersgruppen vergleichen.

Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend **zu einzelnen Gesundheitsindikatoren vorrangig indirekt geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse** präsentiert. Bei diesem epidemiologisch häufiger angewendeten Vorgehen werden die in einzelnen Subgruppen beobachteten Ergebnisse (z.B. Sterberaten bei Beschäftigten mit Promotion) mit Ergebnissen verglichen, welche bei der in dieser Gruppe bestehenden Geschlechts- und Altersstruktur nach anderweitig nicht selektierten Daten hätten erwartet werden können. Als Ergebnis wird das Verhältnis der beobachteten zu den erwarteten Kennzahlen angegeben, wobei ein Wert von 100 Prozent bei einer Übereinstimmung der Werte und damit bei unauffälligen Ergebnissen resultieren würde. Ein Wert von 200 Prozent würde eine doppelt so hohe Kennzahl wie erwartet anzeigen, ein Wert von 50 Prozent eine halb so hohe Kennzahl (vgl. auch Erläuterungen zur indirekten Standardisierung im allgemeinen Methodenteil ab Seite 159). Eine indirekt standardisierte Sterberate bei Personen mit Promotion von 50 Prozent würde entsprechend beispielsweise bedeuten, dass in dieser Gruppe nur halb so viele Personen wie geschlechts- und altersentsprechend erwartet versterben, also ein vergleichsweise deutlich reduziertes Sterberisiko besteht.

Gesundheitsindikatoren bei Erwerbspersonen

Unter der Zwischenüberschrift „Hinweise auf die psychische und somatische Gesundheit in Routinedaten“ wurden vorausgehend bereits Daten zu unterschiedlichen Leistungsbereichen bei Krankenkassen beschrieben, die für die Bildung von Gesundheitsindikatoren genutzt werden können. Nachfolgend sollen zunächst Kennwerte im Sinne von Gesundheitsindikatoren aus diesen Bereichen für die hier betrachtete Gesamtgruppe der Erwerbspersonen vorgestellt werden.

Dabei werden die nachstehenden Kennwerte zur betrachteten Gesamtgruppe der Erwerbspersonen – wie auch im Routineteil des Gesundheitsreportes – in einer direkt geschlechts- und altersstandardisierten Form präsentiert. Die Kennwerte sind damit unabhängig von den Besonderheiten der Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbspersonen mit Versicherung bei der BARMER.

Arbeitsunfähigkeiten

Mit Arbeitsunfähigkeiten befasst sich ausführlich bereits der Routineteil des Gesundheitsreportes. Die nachfolgend an dieser Stelle dargestellten Kennwerte wurden insofern durchgängig und in sehr ähnlicher Form bereits an anderer Stelle vorgestellt. Geringfügige Abweichungen der jetzt in Tabelle 14 aufgeführten Ergebnisse resultieren vorrangig aus der leicht abweichenden Selektion der Untersuchungspopulation und einer zum Teil auch methodisch leicht abweichenden Auswertung.

Der Anteil von Erwerbspersonen mit mindestens einer Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Jahres wird auch als Betroffenenquote bezeichnet. Diese lag in der hier betrachteten Population 2015 bei 57,5 Prozent und damit geschlechtsübergreifend auf dem gleichen Niveau wie nach Routineauswertungen (vgl. Tabelle 1 auf Seite 15). Eine Differenzierung nach Diagnosen zeigt, dass 6,5 Prozent der Erwerbspersonen innerhalb des Jahres mindestens einmalig mit der Diagnose einer psychischen Störung arbeitsunfähig gemeldet waren, 55,5 Prozent waren von Krankschreibungen mit somatischen Diagnosen betroffen.

Pro Person wurden in der Population 2015 durchschnittlich 17,51 Arbeitsunfähigkeitstage erfasst. Davon entfielen knapp 3,5 Tage (ein Fünftel) auf psychische Störungen und gut 14 Tage (vier Fünftel) auf somatische Diagnosen. Bezieht man diese Fehlzeiten wie bei den Routineauswertungen ausschließlich auf Versicherungszeiten als Erwerbsperson, innerhalb derer Arbeitsunfähigkeiten gemeldet werden müssen,

ergibt sich ein Krankenstand von 4,90 Prozent, der geringfügig höher als nach routinemäßigen Auswertungen liegt (vgl. erneut Tabelle 1).

Insgesamt betrachtet liefern Daten zu Arbeitsunfähigkeiten im Jahr 2015 Hinweise auf zwischenzeitliche gesundheitliche Einschränkungen bei mehr als der Hälfte der Erwerbspersonen. Mit 6,5 Prozent bei etwa jeder 15. Person ergeben sich dabei auch Hinweise auf psychische Störungen im Sinne des ICD10-Kapitels V. Nach Auswertungen zum Gesundheitsreport 2014 der BARMER GEK hatte dieser Anteil im Jahr 2012 noch bei 6,0 Prozent gelegen.

Tabelle 14 Gesundheitsindikatoren: Arbeitsunfähigkeiten 2015

Indikator	Männer	Frauen	Gesamt
Anteil mit Arbeitsunfähigkeit	55,7%	59,6%	57,5%
Anteil mit Arbeitsunfähigkeit – psych. Diagnosen	4,9%	8,4%	6,5%
Anteil mit Arbeitsunfähigkeit – übrige Diagnosen	54,1%	57,1%	55,5%
AU-Tage pro Person (MW)	16,85	18,27	17,51
AU-Tage pro Person – psych. Diagnosen (MW)	2,76	4,29	3,47
AU-Tage pro Person – übrige Diagnosen (MW)	14,09	13,98	14,04
Krankenstand (als Erwerbsperson [EP])	4,72%	5,10%	4,90%
Krankenstand als EP – psych. Diagnosen	0,77%	1,20%	0,97%
Krankenstand als EP – übrige Diagnosen	3,95%	3,90%	3,93%

BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, standardisiert, **ohne schwangerschaftsbedingte Arbeitsunfähigkeiten** mit Diagnosen aus dem ICD10-Kapitel XV (vgl. Text); MW: Mittelwert.

Krankenhausaufenthalte

Vollstationäre Behandlungen in Krankenhäusern betrafen 2015 lediglich 9,3 Prozent der hier betrachteten Erwerbspersonen (vgl. Tabelle 15). Dabei wurden 0,8 Prozent der Erwerbspersonen mindestens einmalig innerhalb des Jahres auch mit der Hauptentlassungsdiagnose einer psychischen Störung im Krankenhaus behandelt.

Durchschnittlich verbrachte jede Erwerbsperson innerhalb des Jahres 0,92 Tage im Krankenhaus, wofür Kosten in Höhe von 431 Euro mit der Krankenkasse abgerechnet wurden. Bezogen auf die Betroffenen entspricht dies Behandlungskosten von 4.638 Euro je Krankenhauspatient. Krankenhausbehandlungen betreffen nach diesen Ergebnissen erwartungsgemäß nur einen verhältnismäßig kleinen Teil der Erwerbspersonen.

Tabelle 15 Gesundheitsindikatoren: vollstationäre Krankenhausbehandlungen 2015

Indikator	Männer	Frauen	Gesamt
Anteil mit Behandlung	9,16%	9,46%	9,30%
Anteil mit Behandlung – psych. Diagnosen	0,82%	0,77%	0,80%
Anteil mit Behandlung – übrige Diagnosen	8,53%	8,86%	8,68%
Anzahl Behandlungstage (MW)	0,91	0,94	0,92
Anzahl Behandlungstage – psych. Diag. (MW)	0,24	0,30	0,27
Anzahl Behandlungstage – übrige Diag. (MW)	0,68	0,63	0,66
Behandlungskosten (approximativ, MW)	444 €	416 €	431 €
Behandlungskosten – psych. Diagnosen (MW)	56 €	68 €	62 €
Behandlungskosten – übrige Diagnosen (MW)	388 €	348 €	370 €

BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, standardisiert, **ohne schwangerschaftsbedingte Krankenhausaufenthalte** mit einer Hauptentlassungsdiagnose aus dem ICD10-Kapitel XV (vgl. Text); MW: Mittelwert.

Ambulant-ärztliche Behandlungen

Von mindestens einer ambulant-ärztlichen Behandlung, also in der Regel einer Behandlung durch niedergelassene Ärzte in Arztpraxen, war innerhalb eines Jahres mit 92,1 Prozent der weit überwiegende Teil der Erwerbspersonen betroffen (vgl. Tabelle 16). Nur ein geringer Teil von 7,9 Prozent suchte dementsprechend innerhalb des Jahres keinen niedergelassenen Arzt auf.¹⁰

Mindestens eine somatische Diagnose wurde im Jahr 2015 (unter Einbeziehung aller nicht psychischen sowie nicht schwangerschaftsbedingten ICD10-Diagnoseschlüssel) bei knapp 92 Prozent aller Erwerbspersonen dokumentiert, mindestens eine Diagnose aus dem ICD10-Kapitel V der psychischen Störungen wurde bei 33 Prozent und damit bei rund einem Drittel aller Erwerbspersonen erfasst.

Alle Behandlungen eines Arztes bei einem Patienten werden in der ambulanten Versorgung quartalsweise abgerechnet und bilden, unabhängig von der Zahl der Kontakte und Leistungen innerhalb des Quartals, sogenannte Abrechnungs- beziehungs-

¹⁰ Da niedergelassene Psychotherapeuten über dieselben Wege (Kassenärztliche Vereinigungen) wie niedergelassene Ärzte abrechnen, sind in den hier betrachteten Daten und Ergebnissen auch Kontakte, Diagnosen und Leistungen von Psychotherapeuten enthalten bzw. berücksichtigt, die lediglich zur Vereinfachung der sprachlichen Formulierungen nicht jeweils auch explizit erwähnt werden. Zahnärztliche Behandlungen werden demgegenüber separat mit den Krankenkassen abgerechnet und sind bei den vorliegenden Auswertungen grundsätzlich nicht berücksichtigt.

weise Behandlungsfälle. Innerhalb des Jahres wurden je Erwerbsperson 2015 durchschnittlich 7,5 entsprechende Behandlungsfälle dokumentiert.

Bestimmte Einzelleistungen und abrechnungsfallbezogene Leistungspauschalen müssen von den Ärzten jeweils mit Angabe eines Tagesdatums dokumentiert werden. Als ein Maß für die Inanspruchnahme lassen sich daher auch Kalendertage mit der Abrechnung von Leistungen auszählen. Da einerseits bereits viele Leistungen über die Pauschalen vergütet werden und andererseits beispielsweise auch Laborleistungen von entsprechenden Fachärzten mit Angabe eines Tagesdatums separat abgerechnet werden, kann eine entsprechende Kennzahl inhaltlich nur eingeschränkt interpretiert werden und ist entsprechend nicht mit realen Arztkontakten beziehungsweise Arztbesuchen gleichzusetzen. Ebenso wie Behandlungsfallzahlen bilden daher leider auch die Tage mit Abrechnungen von Leistungen ein eher abstraktes und eingeschränkt interpretierbares Maß. Bei Erwerbspersonen wurden 2015 durchschnittlich 12,5 Abrechnungstage pro Person erfasst.

Tabelle 16 Gesundheitsindikatoren: ambulant-ärztliche Behandlungen 2015

Indikator	Männer	Frauen	Gesamt
Anteil mit Behandlung	88,3%	96,6%	92,1%
Anteil mit Behandlung – psych. Diagnosen	26,6%	40,6%	33,0%
Anteil mit Behandlung – übrige Diagnosen	88,0%	96,4%	91,9%
Anzahl Behandlungsfälle (MW)	5,65	9,64	7,49
Anzahl Behandlungsfälle – psych. Diag. (MW)	0,35	0,57	0,45
Anzahl Behandlungsfälle – übrige Diag. (MW)	5,30	9,08	7,04
Anzahl Tage mit Abrechnung v. Leistungen (MW)	9,77	15,66	12,49
Anzahl Tage – psych. Diagnosen (MW)	0,96	1,64	1,27
Anzahl Tage – übrige Diagnosen (MW)	8,81	14,03	11,22
Behandlungskosten (approximativ, MW)	336 €	535 €	427 €
Behandlungskosten – psych. Diagnosen (MW)	46 €	92 €	67 €
Behandlungskosten – übrige Diagnosen (MW)	290 €	442 €	360 €

BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, standardisiert, **ohne Berücksichtigung schwangerschaftsbedingter Diagnosen** aus dem ICD10-Kapitel XV (vgl. Text); MW: Mittelwert.

Der überwiegende Teil von Preisen ambulant-ärztlicher Leistungen wird mit Punktwerten angegeben. Seit der Einführung von kassenübergreifend bundeseinheitlichen Orientierungspunktwerten lassen sich die Kosten für ärztliche Leistungen damit nä-

herungsweise gut beziffern. Für Erwerbspersonen ergeben entsprechende Abschätzungen einen Betrag von durchschnittlich 427 Euro je Person für das Jahr 2015. Die Kosten bewegen sich damit bei Erwerbspersonen auf etwa demselben Niveau wie die Kosten für vollstationäre Krankenhausbehandlungen.

Arzneiverordnungen

Da Arzneimittel, abgesehen von einigen Ausnahmen wie beispielsweise den Impfstoffen, in der Regel bei gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen verordnet werden, lassen sich auch Kennzahlen zu Arzneiverordnungen als Indikatoren für die Gesundheit der Betroffenen interpretieren (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17 Gesundheitsindikatoren: Arzneiverordnungen 2015

Indikator	Männer	Frauen	Gesamt
Anteil mit Verordnung	67,9%	78,5%	72,8%
Anteil mit Verordnung von Psychopharmaka	6,8%	10,7%	8,6%
Anteil mit Verordnung anderer Arzneimittel	67,0%	77,5%	71,9%
Verordnungskosten (approximativ, MW)	369 €	379 €	374 €
Verordnungskosten Psychopharmaka (MW)	14 €	17 €	16 €
Verordnungskosten andere Arzneimittel (MW)	354 €	362 €	358 €
Verordnete Tagesdosen (MW)	296,6	274,9	286,6
Verordnete Tagesdosen Psychopharmaka (MW)	16,8	23,9	20,0
Verordnete Tagesdosen andere Arzneimittel (MW)	279,8	251,1	266,6

BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, standardisiert, **ohne Verordnungen von Kontrazeptiva** gemäß ATC-Gruppen G02B sowie G03A, als Psychopharmaka wurden alle Präparate mit ATC-Codes aus den Gruppen N05 und N06 berücksichtigt (vgl. Text); MW: Mittelwert.

Mit 72,8 Prozent erhielten 2015 nahezu drei Viertel aller Erwerbspersonen mindestens eine Arzneiverordnung, die zulasten der Krankenkasse abgerechnet wurde. Dabei erhielten 8,6 Prozent der Erwerbspersonen mindestens einmalig ein Präparat aus der Gruppe der Psychopharmaka.

Die durchschnittlichen Kosten für entsprechende Verordnungen beliefen sich 2015 auf 358 Euro je Erwerbsperson. Dabei wurden je Erwerbsperson im genannten Jahr durchschnittlich 287 Tagesdosen im Sinne von „Daily Defined Doses“ (DDD) verordnet, also insgesamt eine Arzneimittelmenge, die für die Behandlung aller Erwerbspersonen mit genau einem Medikament in typischer Dosierung über 287 Tage ausreichend gewesen wäre. Auf Psychopharmaka entfielen 20 der 287 Tagesdosen.

Behandlungskosten

Da zu ambulant-ärztlichen Behandlungen, zu vollstationären Krankenhausbehandlungen sowie zu Arzneiverordnungen Abschätzungen der Kosten vorliegen, lassen sich für diese drei Teilbereiche der gesundheitlichen Versorgung die Kosten auch aufsummieren und als sektorenübergreifend ermittelte Behandlungskosten angeben (vgl. Tabelle 18). Weil hierbei jedoch nicht alle Leistungsbereiche der Krankenkasse berücksichtigt werden, dürfen die hier genannten Werte allerdings nicht mit den durchschnittlichen Gesamtausgaben der Krankenkasse für die gesundheitliche Versorgung der Erwerbspersonen gleichgesetzt werden und bilden entsprechend nur einen weiteren Indikator für den Gesundheitszustand.

Tabelle 18 Gesundheitsindikatoren: Summe Behandlungskosten aus drei Teilbereichen 2015

Indikator	Männer	Frauen	Gesamt
Behandlungskosten gesamt (MW)*	1.149 €	1.330 €	1.232 €
Behandlungskosten psych. Diagnosen (MW)*	116 €	178 €	145 €
Behandlungskosten übrige Diagnosen (MW)*	1.032 €	1.152 €	1.087 €

BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, standardisiert, * **approximative Behandlungskosten für vollstationäre Behandlungen in Krankenhäusern, ambulant-ärztliche Behandlungen (inklusive Psychotherapeuten) sowie für Arzneimittelverordnungen**, ohne Verordnungen von Kontrazeptiva und ohne die Berücksichtigung von Inanspruchnahmen mit schwangerschaftsbedingten Diagnosen (vgl. Text); MW: Mittelwert.

Insgesamt beliefen sich die Kosten aus den genannten drei Teilbereichen der Versorgung je Erwerbsperson im Jahr 2015 auf durchschnittlich 1.232 Euro. Davon ließen sich approximativ 145 Euro der Behandlung von psychischen Störungen einschließlich der Verordnung von Psychopharmaka zuschreiben.

Sterberate

Wie bereits einleitend hervorgehoben verstirbt in Deutschland – wie auch in anderen entwickelten Ländern – innerhalb des typischen Erwerbsalters nur ein vergleichsweise geringer Teil der Bevölkerung. Auf Basis der hier betrachteten Daten der BARMER GEK ließ sich für das Jahr 2015 nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen eine Sterberate von 124 Verstorbenen je 100.000 Personen ermitteln. Bei einer Ausdehnung des Betrachtungszeitraums auf zwei Jahre lag die Rate mit 265,5 Verstorbenen je 100.000 erwartungsgemäß gut doppelt so hoch (vgl. Tabelle 19). Offensichtlich wird bei einer Betrachtung der geschlechtsspezifischen Ergebnisse das rund doppelt so hohe Sterberisiko von männlichen im Vergleich zu weiblichen Erwerbspersonen. Das Ergebnis steht in Einklang mit Ergebnissen zu geschlechts-

und altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten in Deutschland, die vom Statistischen Bundesamt in sogenannten Sterbetafeln veröffentlicht werden, welche gleichfalls für die hier betrachteten Altersgruppen rund doppelt so hohe Sterbewahrscheinlichkeiten bei Männern im Vergleich zu Frauen aus entsprechenden Altersgruppen ausweisen.¹¹ Die in Tabelle 19 geschlechtsspezifisch ausgewiesenen Sterberaten für 2015 entsprechen dabei in etwa denjenigen, die in der Sterbetafel 2013/2015 für 43-jährige Männer beziehungsweise für 42-jährige Frauen ausgewiesen werden.

Tabelle 19 Gesundheitsindikatoren: Ein- und Zwei-Jahres-Sterberate 2015 sowie 2015/2016

Indikator	Männer	Frauen	Gesamt
Verstorbene je 100.000 bis 31.12.2015	160,4	82,1	124,3
Verstorbene je 100.000 bis 31.12.2016	342,4	175,6	265,5

BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, standardisiert (vgl. Text).

Vorrangig betrachtete Indikatoren

Im Rahmen der Auswertungen zum Gesundheitsreport wurden zunächst Ergebnisse zu allen vorausgehend beschriebenen Indikatoren auch für Subgruppen von Erwerbspersonen differenziert gemäß aller nachfolgend dargestellten Merkmale im Sinne von möglichen Determinanten der Gesundheit ermittelt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit beschränken sich die nachfolgenden Darstellungen dabei zumeist auf Ergebnisse zu lediglich einem stellvertretenden Indikator je Leistungsbereich beziehungsweise Themenfeld. Systematisch dargestellt werden entsprechend Kennwerte mit einer Differenzierung zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen zum **Krankenstand**, zu Behandlungstagen in Krankenhäusern (**KH-Tage**), zu Verordnungsvolumen von Arzneimitteln gemessen in definierten Tagesdosen (**DDD**) sowie zur Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen in der ambulant-ärztlichen Versorgung (**Amb. Abrechnungstage**). Ohne eine Differenzierung zwischen den beiden Erkrankungsbereichen werden zudem Ergebnisse zu den approximativen **Gesamtbehandlungskosten** (für vollstationäre Behandlungen in Krankenhäusern, die ambulant-ärztliche Behandlung inklusive Psychotherapeuten sowie für Arzneimittelverordnungen) und schließlich auch Ergebnisse zu **Sterberaten** betrachtet.

¹¹ Vgl. aktuelle Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/PeriodensterbetafelnBundeslaender.html>

Sozioökonomischer Status

Im Rahmen der Befragungsstudie der Universität St. Gallen wurden positive Zusammenhänge von Bildungsabschlüssen, beruflichen Stellungen und dem Einkommen mit der Lebenszufriedenheit beschrieben. Befragte, die gemäß dieser Merkmale einem höheren sozioökonomischen Status zuzuordnen waren, berichteten im Mittel auch eine höhere Lebenszufriedenheit. Nachfolgend sollen Zusammenhänge entsprechender Merkmale mit Indikatoren für den Gesundheitszustand nach Ergebnissen auf der Basis von Routinedaten dargestellt werden.

Informationen zu Bildungsabschlüssen und der beruflichen Stellung von Berufstätigen liegen regelmäßig in den Routinedaten bei Krankenkassen vor, womit sich auch auf der Basis von Routinedaten deren Zusammenhänge mit Indikatoren der somatischen und psychischen Gesundheit beschreiben lassen. Zum einen werden bei den Meldungen der Arbeitgeber an die Krankenkassen aktuell ausgeübte Tätigkeiten in Form eines fünfstelligen Tätigkeitsschlüssels gemäß „Klassifikation der Berufe 2010“ – kurz auch „KldB 2010“ – übermittelt. Zum anderen werden dabei auch Informationen zum Schulabschluss sowie zum höchsten Ausbildungsabschluss (unabhängig von der aktuell ausgeübten Tätigkeit) übermittelt. Umfassendere Informationen zu dieser Klassifikation gibt ein entsprechender Abschnitt „Berufe – Schulbildung – Ausbildung“ im Methodenteil des Gesundheitsreportes ab Seite 153.

Informationen zum Einkommen standen für die vorliegenden Auswertungen nicht zur Verfügung. In einer einfachen Gegenüberstellung konnte jedoch zwischen Pflichtversicherten sowie freiwillig versicherten Mitgliedern unterschieden werden, wobei die letztgenannte Gruppe 2015 zur Überschreitung der sogenannten Versicherungspflichtgrenze in der Regel über ein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt (Bruttojahresgehalt) von mehr als 54.900 Euro verfügen musste.¹²

Betrachtet werden sollen im Rahmen der vorliegenden Auswertungen Informationen zur Tätigkeit und zu Bildungsabschlüssen, die am 1. Januar 2015, also bereits zu Beginn des Beobachtungszeitraums (im Sinne von vorausgehend erfassten „Risikofaktoren“) verfügbar waren. Während Tätigkeiten und Bildungsabschlüsse bei Berufstätigen regelmäßig erfasst werden sollten, liegen diese Angaben zu anderen Teilpopulationen der hier betrachteten Erwerbspersonen – namentlich insbesondere bei

¹² Vgl.: <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2014/10/2014-10-15-rechengroessen-sozialversicherung.html>

Arbeitslosen – regulär nicht vor. In entsprechenden Fällen wurde versucht, die Informationen aus vorausgehend dokumentierten Beschäftigungsintervallen zu ergänzen. Die nachfolgenden Ergebnisdarstellungen beschränken sich auf Erwerbspersonen mit entsprechenden Informationen.¹³

Schulbildung

Abbildung 31 zeigt Ergebnisse zu relativen Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen in Abhängigkeit von der Schulbildung. Zugehörige Zahlenwerte finden sich in Tabelle 20 auf Seite 95. Abgesehen von einer Ausnahme zeigen Ergebnisse zu Indikatoren aus allen vier betrachteten Bereichen sowohl hinsichtlich der psychischen als auch hinsichtlich der somatischen Gesundheit einen deutlichen und zugleich stetigen Zusammenhang mit der Schulbildung: Mit zunehmender Schulbildung sinken die Indikatorenwerte mit Hinweisen auf gesundheitliche Einschränkungen gemessen an den geschlechts- und altersentsprechenden Erwartungswerten merklich. Am offensichtlichsten erscheint dies im Hinblick auf das Verordnungsvolumen an Psychopharmaka (vgl. Balken zu definierten Tagesdosen beziehungsweise DDD im oberen Teil der Abbildung). Während das altersentsprechend erwartete Verordnungsvolumen bei Erwerbspersonen ohne Schulabschluss bei 211 Prozent und damit mehr als doppelt so hoch wie erwartet liegt, wird es bei Erwerbspersonen mit Abitur oder Fachabitur um 12 Prozent unterschritten beziehungsweise erreicht nur 88 Prozent des Erwartungswertes.

Einzig im Hinblick auf ambulant-ärztliche Abrechnungstage mit einer Zuordnung zu psychischen Störungen zeigt sich kein stetiger Rückgang der Indikatorenwerte mit ansteigender Schulbildung. So zeigen sich für Erwerbspersonen mit Abitur oder Fachabitur Überschreitungen altersentsprechender Erwartungswerte, wohingegen diese bei Erwerbspersonen mit Hauptschulabschluss und mittlerer Reife unterschritten werden. Eine Ursache dürfte in der vergleichsweise häufigen Inanspruchnahme von Psychotherapeuten durch Menschen mit Abitur oder Fachabitur liegen. Bleiben ärztliche und psychologische Psychotherapeuten bei den Auswertungen unberücksichtigt, sinken bei den verbleibenden ambulant-ärztlichen Abrechnungstagen mit einer Zuordnung zu psychischen Störungen Abweichungen von Erwartungswerten mit

¹³ Nach der Ergänzung fehlten in der hier betrachteten Untersuchungspopulation noch Angaben zu 1,24 Prozent bzw. zu insgesamt n = 41.249 Personen. Von diesen Personen waren am gewählten Stichtag 52,7 Prozent arbeitslos gemeldet, 6,3 Prozent regulär beschäftigt, 6,7 Prozent erhielten gesetzliches Krankengeld. 33,6 Prozent der Personen waren gemäß Mitgliedsstatus als Behinderte versichert, alle übrigen Mitgliedschaftsgruppen spielten in der hier betrachteten Gruppe von Erwerbspersonen allenfalls eine marginale Rolle. Ergebnisse zu dieser sicherlich insgesamt überdurchschnittlich gesundheitlich belasteten Subgruppe werden nachfolgend nicht dargestellt, da sie nicht primär mit der Bildung oder Tätigkeit zusammenhängen.

zunehmender Schulbildung kontinuierlich von 187 Prozent bei Personen ohne Schulabschluss auf 104, auf 92 und schließlich auf 89 Prozent bei Erwerbspersonen mit Abitur oder Fachabitur (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt).

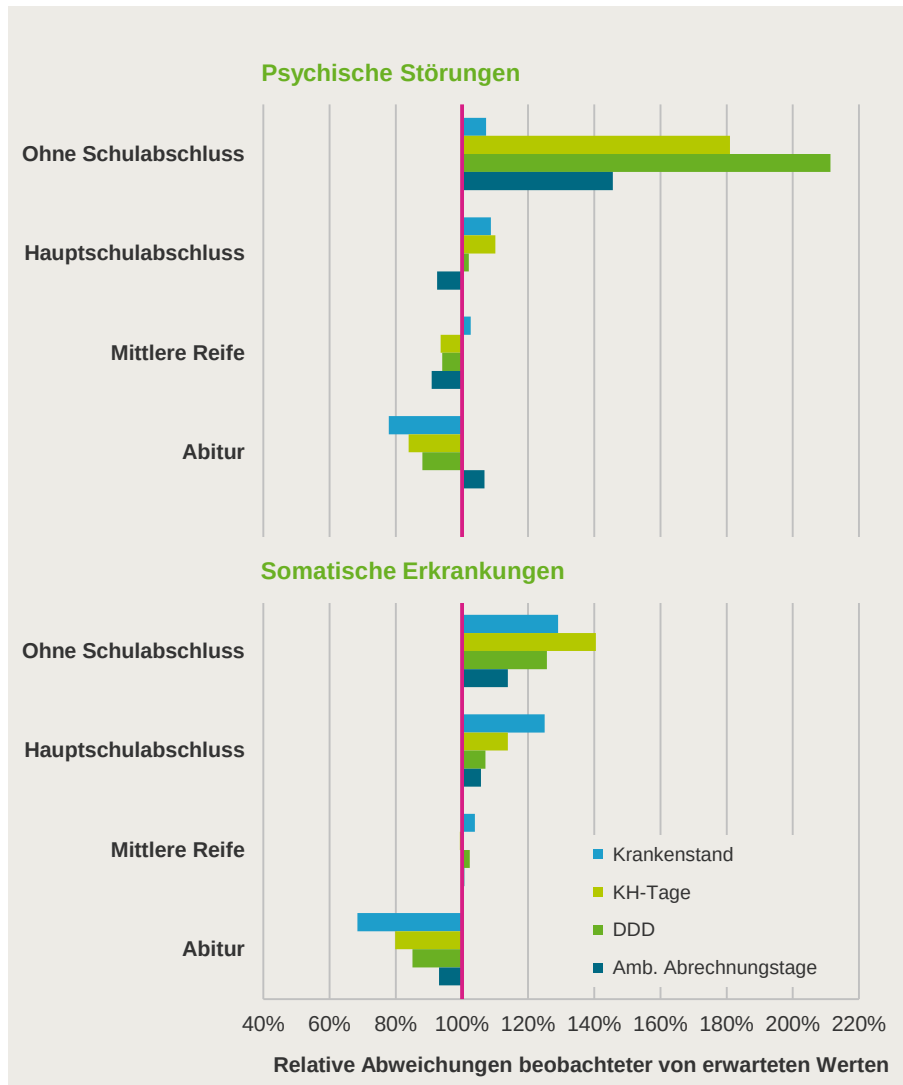


Abbildung 31 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von der Schulbildung

Tabelle 20 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von der Schulbildung

Schulbildung am 01.01.2015	Krankenstand	KH-Tage	DDD	Amb. Abrechnungstage
Psychische Störungen				
Ohne Schulabschluss	107%	181%	211%	146%
Haupt-/Volksschulabschluss	109%	110%	102%	93%
Mittlere Reife o. gleichwertiger Abschluss	103%	94%	94%	91%
Abitur / Fachabitur	78%	84%	88%	107%
<i>Abschluss unbekannt</i>	<i>104%</i>	<i>100%</i>	<i>98%</i>	<i>98%</i>
Somatische Erkrankungen				
Ohne Schulabschluss	129%	140%	126%	114%
Haupt-/Volksschulabschluss	125%	114%	107%	106%
Mittlere Reife o. gleichwertiger Abschluss	104%	99%	102%	101%
Abitur / Fachabitur	68%	80%	85%	93%
<i>Abschluss unbekannt</i>	<i>106%</i>	<i>105%</i>	<i>101%</i>	<i>100%</i>

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015; KH-Tage: Behandlungstage in Krankenhäusern; DDD: Arzneimittelverordnungsvolumen in definierten Tagesdosen.

Tabelle 21 Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von der Schulbildung

Schulbildung am 01.01.2015	Kosten	Sterberate (95%-Konfidenzintervall)
Ohne Schulabschluss	124%	138% (111% – 169%)
Haupt – /Volksschulabschluss	104%	107% (102% – 111%)
Mittlere Reife o. gleichwertiger Abschluss	99%	96% (92% – 99%)
Abitur / Fachabitur	93%	82% (78% – 86%)
<i>Abschluss unbekannt</i>	<i>101%</i>	<i>106% (102% – 110%)</i>

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, approximative Kosten von ambulant-ärztlichen Behandlungen, Arzneiverordnungen sowie vollstationären Krankenhausbehandlungen, Zwei-Jahres-Sterberate 2015 bis 31. Dezember 2016 mit 95%-Konfidenzintervallen.

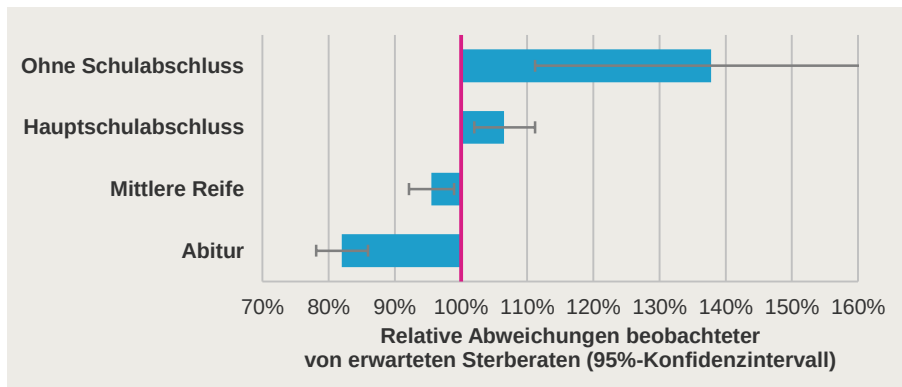


Abbildung 32 Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von der Schulbildung

Wie bei nahezu allen anderen Indikatoren zeigen sich auch hinsichtlich der Behandlungskosten sowie insbesondere hinsichtlich der Sterberaten mit zunehmender Schulbildung sinkende Indikatorenwerte (vgl. Tabelle 21 sowie Abbildung 32). Während die Sterblichkeit bei Erwerbspersonen ohne Schulabschluss um 38 Prozent, also mehr als ein Drittel, über dem Erwartungswert liegt, wird der Erwartungswert bei Menschen mit Abitur oder Fachabitur um 18 Prozent unterschritten. Dabei schließen die statistischen Vertrauensbereiche beziehungsweise 95%-Konfidenzintervalle weder in den zwei Gruppen mit Überschreitung von Erwartungswerten noch in den zwei Gruppen mit Unterschreitung von Erwartungswerten den Wert von 100 Prozent ein. In allen vier Gruppen weichen die Ergebnisse demnach statistisch signifikant von den geschlechts- und altersentsprechenden Erwartungswerten ab. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass diese Ergebnisse rein zufällig entstanden sind.

Ausbildung

Auswertungen zur Abhängigkeit der psychischen und somatischen Gesundheit von Ausbildungsabschlüssen zeigen Ergebnisse, die inhaltlich grundsätzlich vergleichbare Aussagen wie die Auswertungen zu Schulabschlüssen nahelegen. Auch mit ansteigenden Ausbildungsabschlüssen sinken die meisten Indikatorenwerte für gesundheitliche Beeinträchtigungen stetig. Ambulante Abrechnungstage mit einer Zuschreibung zu psychischen Störungen sowie ansatzweise auch das Arzneiverordnungsvolumen an Psychopharmaka gemessen in DDD bilden hinsichtlich dieser ansonsten regelmäßigen Beobachtung allerdings Ausnahmen.

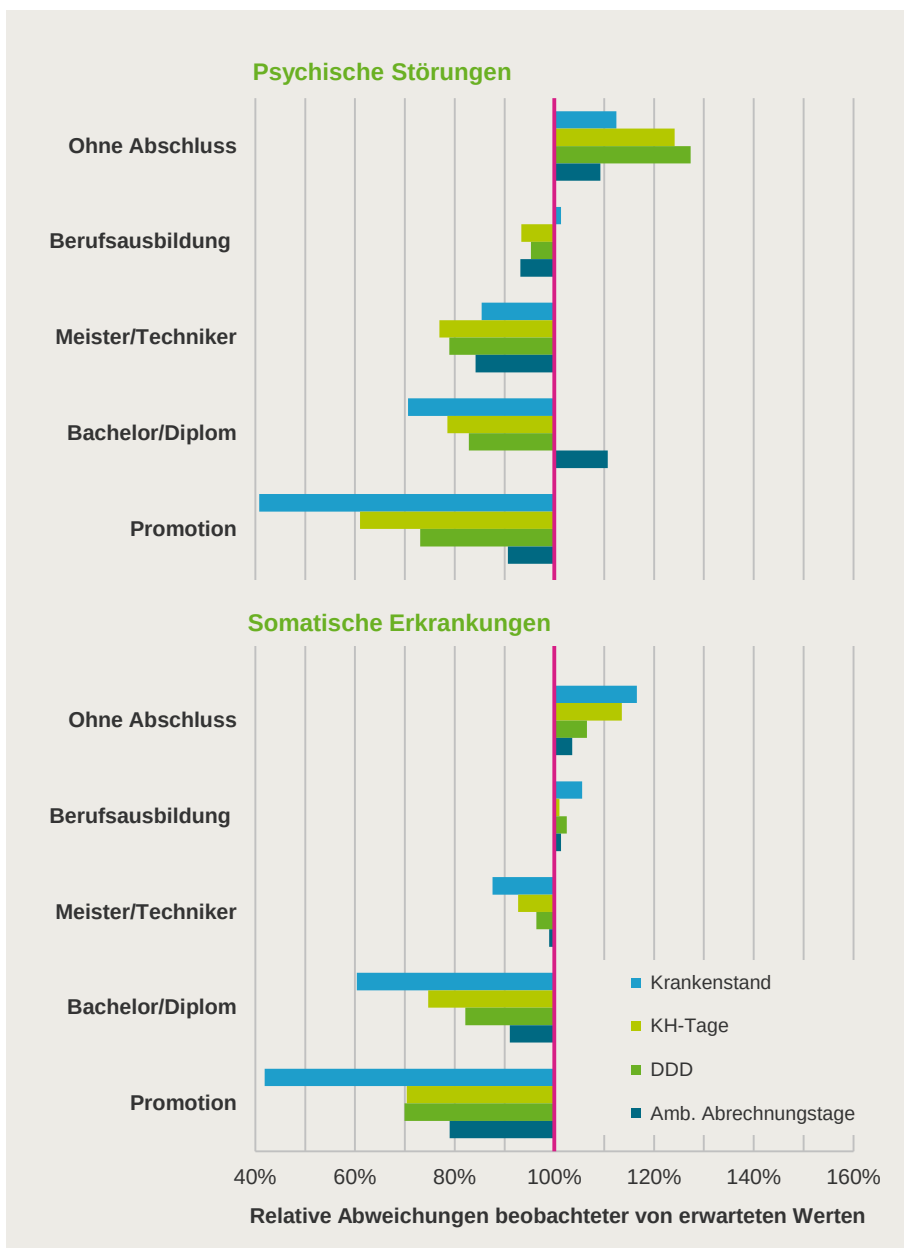


Abbildung 33 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von der Ausbildung

Tabelle 22 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von der Ausbildung

Ausbildungsabschluss am 01.01.2015	Krankenstand	KH-Tage	DDD	Amb. Abrechnungstage
Psychische Störungen				
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	112%	124%	127%	109%
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	101%	93%	95%	93%
Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	85%	77%	79%	84%
Bachelor/Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	71%	79%	83%	111%
Promotion	41%	61%	73%	91%
<i>Abschluss unbekannt</i>	<i>106%</i>	<i>109%</i>	<i>101%</i>	<i>103%</i>
Somatische Erkrankungen				
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	117%	114%	107%	104%
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	106%	101%	102%	101%
Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	88%	93%	96%	99%
Bachelor/Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	60%	75%	82%	91%
Promotion	42%	70%	70%	79%
<i>Abschluss unbekannt</i>	<i>104%</i>	<i>106%</i>	<i>98%</i>	<i>97%</i>

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012
 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015; KH-Tage: Behandlungstage in Krankenhäusern; DDD: Arzneimittelverordnungsvolumen in definierten Tagesdosen.

So werden die deutlichsten Überschreitungen bezüglich ambulanter Abrechnungstage mit einer Zuschreibung zu psychischen Störungen nicht bei Personen ohne Ausbildungsabschluss, sondern bei Berufstätigen mit Bachelor-, Master- beziehungsweise Diplomabschlüssen mit Überschreitungen von Erwartungswerten um 11 Prozent beobachtet (vgl. Abbildung 33 sowie Zahlenangaben in Tabelle 22). Ähnlich wie bei den Schulabschlüssen dürfte dies mindestens zum Teil mit einer vermehrten Inanspruchnahme von Psychotherapeuten durch Personen mit höheren Ausbildungsabschlüssen zusammenhängen. Bleiben Kontakte zu ärztlichen und psychologischen

Psychotherapeuten bei den Auswertungen unberücksichtigt, finden sich bei Erwerbspersonen mit Bachelor- beziehungsweise Diplomabschlüssen Werte zu den Abrechnungstagen mit einer Zuschreibung zu psychischen Störungen, die 13 Prozent unterhalb der Erwartungswerte liegen. Allerdings zeigt sich mit Werten von 120, 94, 79, 87 und 68 Prozent auch nach diesem Ausschluss kein gänzlich stetiges Absinken mit zunehmendem Ausbildungsstand ausgehend von den Personen ohne eine abgeschlossene Berufsausbildung bis hin zur Gruppe der promovierten Erwerbspersonen (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt). Die auch nach Ausschluss der Leistungen von Psychotherapeuten gegenüber dem allgemeinen Trend zumindest leicht erhöht erscheinenden Werte speziell bei Personen mit Bachelor- beziehungsweise Diplomabschlüssen finden sich in ähnlicher Form auch bei den dargestellten Auswertungen zum Verordnungsvolumen an Psychopharmaka. Demnach lässt sich für Ausbildungsabschlüsse in der hier erfassten Form sowie für psychische Störungen kein einfacher stetiger Zusammenhang formulieren und postulieren.

Die deutlichsten ausbildungsabhängigen Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Krankenstände. Sowohl altersabhängig erwartete Krankenstände mit psychischen als auch Krankenstände mit somatischen Diagnosen werden bei Erwerbspersonen ohne Ausbildungsabschluss um mehr als 10 Prozent überschritten, wohingegen die entsprechenden Erwartungswerte bei Erwerbspersonen mit Promotion um fast 60 Prozent unterschritten werden. Hierbei dürften neben gesundheitlich unterschiedlichen Umständen auch unterschiedliche Anforderungen sowie Freiräume am Arbeitsplatz eine Rolle spielen (vgl. Methodenteil ab Seite 143).

Auch Sterberaten variieren in Abhängigkeit vom Ausbildungsniveau noch deutlich. Während Sterberaten bei Erwerbspersonen ohne Ausbildung die Erwartungswerte statistisch signifikant um gut ein Fünftel überschreiten, werden die Erwartungswerte bei Erwerbspersonen mit Promotion gleichfalls statistisch signifikant um gut ein Viertel unterschritten (vgl. Tabelle 23 und Abbildung 34 auf Seite 100). Ähnlich wie bei der Schulbildung zeigen sich auch ausbildungsabhängig bezüglich der Sterberaten deutlicher ausgeprägte relative Abweichungen als im Hinblick auf die hier berücksichtigten Kosten für die gesundheitliche Versorgung (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23 Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von der Ausbildung

Ausbildungsabschluss am 01.01.2015	Kosten	Sterberate (95%-Konfidenzintervall)
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	107%	121% (112% – 131%)
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	100%	98% (95% – 100%)
Meister – /Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	95%	83% (76% – 91%)
Bachelor/Diplom/Magister/Master/ Staatsexamen	91%	79% (74% – 84%)
Promotion	87%	74% (54% – 99%)
Abschluss unbekannt	101%	112% (107% – 118%)

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, approximative Kosten von ambulant-ärztlichen Behandlungen, Arzneiverordnungen sowie vollstationären Krankenhausbehandlungen, Zwei-Jahres-Sterberate 2015 bis 31. Dezember 2016 mit 95%-Konfidenzintervallen.

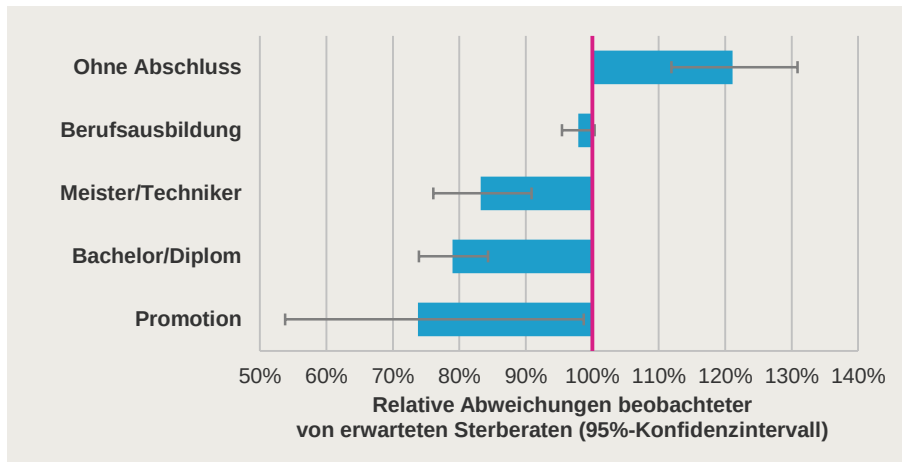


Abbildung 34 Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von der Ausbildung

Beruf

Mit den von Arbeitgebern an die Krankenkassen übermittelten Angaben lassen sich aktuell ausgeübte Tätigkeiten beziehungsweise Berufe von Arbeitnehmern bei Bedarf sehr stark differenzieren. Vorrangig zum Erhalt der Übersichtlichkeit von Ergebnissen beschränken sich die nachfolgenden Darstellungen auf eine Differenzierung nach sogenannten Berufsfeldern (vgl. Erläuterungen im Anhang auf Seite 156), wobei die Ergebnisse zu einzelnen Berufsfeldern nur dargestellt wurden, sofern dem jeweiligen Berufsfeld am 1. Januar 2015 mindestens 10.000 Mitglieder mit Versicherung bei der BARMER GEK zugeordnet werden konnten.

Tabelle 24 zeigt Ergebnisse zu relativen Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische Störungen für insgesamt 18 Berufsfelder sowie für die Gruppe derjenigen Erwerbspersonen, die am 1. Januar 2015 arbeitslos gemeldet war¹⁴. Tabelle 25 auf Seite 103 zeigt entsprechende Ergebnisse im Hinblick auf Indikatoren für die somatische Gesundheit. Betrachtet man zunächst ausschließlich Ergebnisse zu Personen, die am 1. Januar 2015 berufstätig waren, zeigen sich eher moderate Abweichungen hinsichtlich der Gesundheitsindikatoren, wobei sich die größten Unterschiede zwischen einzelnen Berufsfeldern beim Krankenstand mit somatischen Diagnosen offenbaren. Während hier die Erwartungswerte bei Beschäftigten mit „Technisch-naturwissenschaftlichen Berufen“ sowie mit „Verwaltungs-, Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Berufen“ um gut ein Viertel unterschritten werden, werden sie bei „Bau-, Bauneben- und Holzberufen“ um mehr als 50 Prozent überschritten. Abweichungen weiterer Indikatoren für die somatische Gesundheit von Erwartungswerten fallen in der Regel geringer als diejenigen hinsichtlich des Krankenstandes aus.

Indikatoren hinsichtlich der psychischen Gesundheit zeigen bei Berufstätigen mit Beschäftigung in einzelnen Berufsfeldern überwiegend moderate und zum Teil auf den ersten Blick inkonsistent erscheinende Abweichungen von Erwartungswerten (vgl. vorausgehende Tabelle 24 auf Seite 102). Durchgängig günstige Ergebnisse zeigen sich für „Technisch-naturwissenschaftliche Berufe“, aber auch für einige handwerklich orientierte Berufsfelder. Durchgängig oberhalb von Erwartungswerten liegen demgegenüber die vier Indikatoren für psychische Störungen im Berufsfeld „Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger“.

¹⁴ Berücksichtigt wurden an dieser Stelle – wie auch allgemein im Gesundheitsreport – nur Arbeitslose mit Arbeitslosengeld-I-Bezug, da lediglich diese Gruppe von Arbeitslosen im Krankheitsfall ggf. auch zur Abgabe einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung bei der Krankenkasse verpflichtet ist.

**Tabelle 24 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische Störungen:
Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf**

Berufsfeldzuordnung am 01.01.2015 (nur Berufsfelder mit Daten zu mehr als 10.000 Beschäftigten)	Kranken- stand	KH-Tage	DDD	Amb. Ab- rech- nungstage
Agrarberufe, grüne Berufe	77%	99%	106%	81%
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	112%	103%	90%	86%
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	95%	132%	129%	105%
Metallberufe: Metallerzeugung, -bearbeitung	94%	102%	96%	102%
Metallberufe: Installations- u. Metallbau- technik	83%	92%	98%	84%
Elektroberufe	82%	87%	88%	82%
Ernährungsberufe	110%	119%	89%	83%
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	81%	91%	65%	69%
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	62%	62%	67%	74%
Waren- und Dienstleistungskaufleute	100%	79%	86%	89%
Verkehrs- und Lagerberufe	108%	109%	93%	87%
Verwaltungs-/Wirtschafts- /sozialwissenschaftliche Berufe	84%	74%	88%	94%
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	108%	95%	99%	97%
Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe	82%	94%	99%	131%
Gesundheitsdienstberufe	99%	91%	96%	91%
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	122%	114%	109%	124%
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschaf- ter, Reinigungskräfte	101%	112%	95%	87%
Arbeitslose	256%	341%	232%	212%

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015; KH-Tage: Behandlungstage in Krankenhäusern; DDD: Arzneimittelverordnungsvolumen in definierten Tagesdosen.

**Tabelle 25 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für somatische Erkrankungen:
Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf**

Berufsfeldzuordnung am 01.01.2015 (nur Berufsfelder mit Daten zu mehr als 10.000 Beschäftigten)	Kranken- stand	KH-Tage	DDD	Amb. Ab- rech- nungstage
Agrarberufe, grüne Berufe	119%	103%	98%	91%
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	146%	115%	102%	107%
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	119%	105%	99%	102%
Metallberufe: Metallerzeugung, -bearbeitung	140%	117%	102%	109%
Metallberufe: Installations- u. Metallbau- technik	122%	103%	98%	103%
Elektroberufe	112%	97%	98%	100%
Ernährungsberufe	127%	115%	105%	98%
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	156%	111%	90%	95%
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	74%	83%	91%	93%
Waren- und Dienstleistungskaufleute	91%	94%	97%	99%
Verkehrs- und Lagerberufe	141%	114%	107%	102%
Verwaltungs-/Wirtschafts- /sozialwissenschaftliche Berufe	74%	91%	99%	99%
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	115%	112%	111%	102%
Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe	74%	83%	84%	93%
Gesundheitsdienstberufe	104%	99%	99%	100%
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	103%	96%	98%	100%
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschaft- ler, Reinigungskräfte	121%	109%	101%	98%
Arbeitslose	120%	147%	125%	112%

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015; KH-Tage: Behandlungstage in Krankenhäusern; DDD: Arzneimittelverordnungsvolumen in definierten Tagesdosen.

Tabelle 26 Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf

Berufsfeldzuordnung am 01.01.2015	Kosten	Sterberate (95%-Konfidenzintervall)
Agrarberufe, grüne Berufe	94%	110% (90% – 134%)
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	101%	92% (72% – 118%)
Papierhersteller, -verarbeiter, Drucker	101%	86% (61% – 119%)
Metallberufe: Metallherzeugung, -bearbeitung	103%	112% (99% – 126%)
Metallberufe: Installations- u. Metallbau-technik	96%	96% (89% – 104%)
Elektroberufe	94%	88% (78% – 100%)
Ernährungsberufe	99%	103% (87% – 122%)
Bau-, Bauneben- und Holzberufe	91%	113% (99% – 128%)
Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	89%	78% (71% – 86%)
Waren- und Dienstleistungskaufleute	95%	89% (84% – 94%)
Verkehrs- und Lagerberufe	100%	121% (113% – 129%)
Verwaltungs-/Wirtschafts-/sozialwissenschaftliche Berufe	98%	95% (91% – 99%)
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	103%	112% (100% – 126%)
Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe	100%	91% (76% – 107%)
Gesundheitsdienstberufe	100%	84% (78% – 90%)
Sozial- und Erziehungsberufe, Seelsorger	100%	87% (81% – 92%)
Friseure, Gästebetreuer, Hauswirtschaftler, Reinigungskräfte	100%	109% (98% – 121%)
Arbeitslose	145%	198% (185% – 212%)

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, approximative Kosten von ambulant-ärztlichen Behandlungen, Arzneiverordnungen sowie vollstationären Krankenhausbehandlungen, Zwei-Jahres-Sterberate 2015 bis 31. Dezember 2016 mit 95%-Konfidenzintervallen.

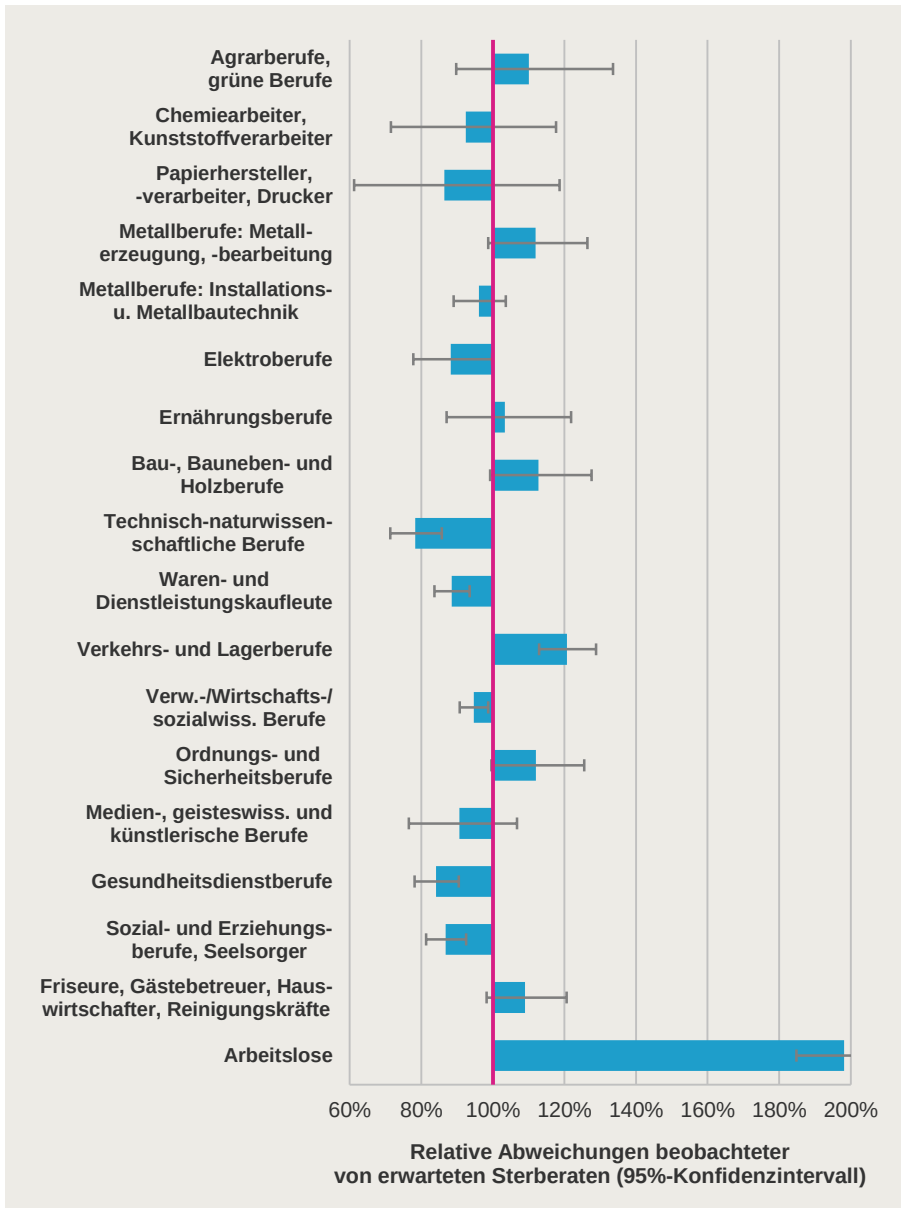


Abbildung 35 Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit vom Beruf

Erstaunlich erscheint zunächst die mit 31 Prozent vergleichsweise deutliche Überschreitung der Erwartungswerte ausschließlich zu ambulanten Abrechnungstagen mit einer Zuschreibung zu psychischen Störungen bei Beschäftigten aus dem Berufsfeld „Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe“. Hierbei zeigen ergänzende Auswertungen, dass dieses Ergebnis – ähnlich wie bereits das hinsichtlich einer höheren Schulbildung beobachtete Ergebnis – maßgeblich aus einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme von Psychotherapeuten durch Angehörige dieses Berufsfeldes resultiert. Werden ärztliche und psychologische Psychotherapeuten bei den Auswertungen nicht berücksichtigt, liegt der Indikatorwert bei Angehörigen des Berufsfeldes „Medien-, geisteswissenschaftliche und künstlerische Berufe“ nur noch um 4 Prozent über den Erwartungswerten (Ergebnis anderweitig nicht dargestellt).

Mit Abstand die erheblichsten Abweichungen aller vier Indikatorenwerte für psychische Störungen von altersentsprechenden Erwartungswerten (jeweils mehr als doppelt so hohe Werte) zeigen sich für Erwerbspersonen, die zu Beginn des Beobachtungszeitraums arbeitslos gemeldet waren (vgl. letzte Ergebniszeile in Tabelle 24). Zudem zeigt sich bei diesen Arbeitslosen im Vergleich zu altersentsprechenden Erwartungswerten auch eine um etwa den Faktor Zwei erhöhte Sterblichkeit (vgl. Tabelle 26 sowie Abbildung 35 auf den vorausgehenden Seiten). Arbeitslose sind demnach in vergleichsweise ausgesprochen hohem Maße gesundheitlich gefährdet oder bereits beeinträchtigt. Die hier präsentierten Ergebnisse erscheinen umso bedenklicher, als dass an dieser Stelle lediglich Arbeitslosengeld-I-Empfänger ohne weitere Differenzierung entsprechend der vorausgehenden Arbeitslosigkeitsdauer betrachtet wurden und Langzeitarbeitslose mit Arbeitslosengeld-II-Bezug, bei denen tendenziell mit noch größeren gesundheitlichen Problemen zu rechnen ist, bei den Auswertungen nicht berücksichtigt sind.¹⁵

Versicherte mit Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze

Die Abgrenzung von Berufstätigen mit Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze erlaubt zumindest eine grobe Klassifikation der Erwerbspersonen hinsichtlich des Erwerbseinkommens, da das regelmäßig erzielte Jahresarbeitsentgelt bei sogenannten freiwillig Versicherten in der Regel einen bestimmten Grenzwert überschreiten muss. 2015 lag dieser bei 54.900 Euro (vgl. auch Seite 92).¹⁶

¹⁵ Vgl. z.B.: Grobe TG, Schwartz FW (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. 24 Seiten. Robert Koch-Institut, Berlin. ISBN: 3-89606-140-2
http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=8176&p_sprache=D

¹⁶ Für bereits am 31. Dezember 2002 privat krankenversicherte Beschäftigte gilt an Stelle der Versicherungspflichtgrenze die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung.

Abbildung 36 sowie Tabelle 27 zeigen relative Abweichungen der Indikatoren für die psychische und somatische Gesundheit in Abhängigkeit von der individuellen Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze. Dabei werden den Ergebnissen zu freiwillig versicherten Mitgliedern unter der Überschrift „Pflichtversichert“ die Ergebnisse zu Mitgliedern aus allen übrigen im Rahmen des Gesundheitsreports betrachteten Beitragsgruppen gegenübergestellt.

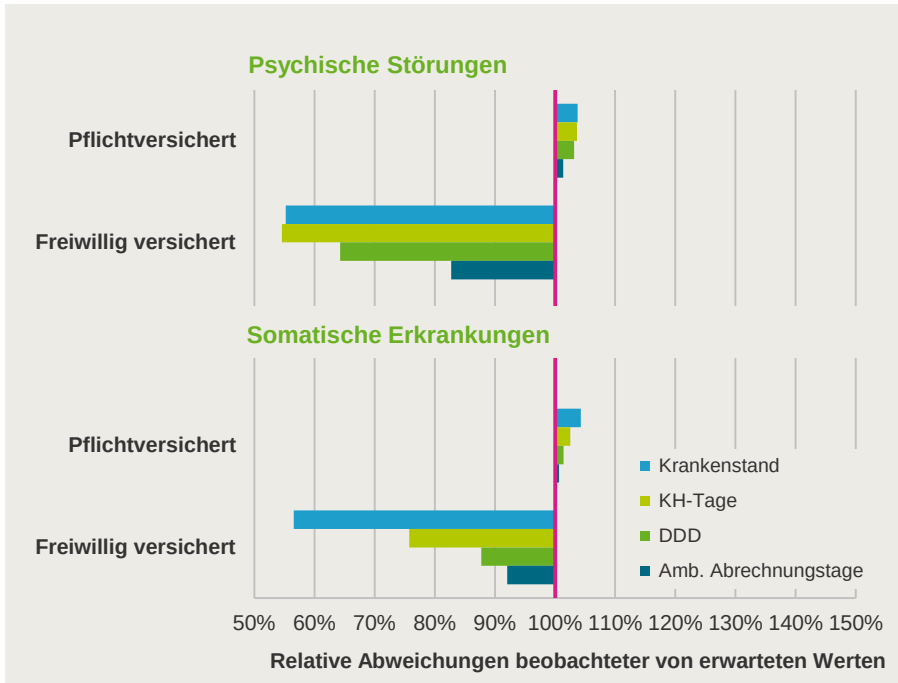


Abbildung 36 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von der Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze

Ganz offensichtlich deuten alle der hier betrachteten Gesundheitsindikatoren auf vergleichsweise geringere gesundheitliche Einschränkungen bei freiwillig versicherten Mitgliedern hin. Diese Beobachtung gilt auch im Hinblick auf die Sterberate, die nach der vorliegenden Gegenüberstellung bei freiwillig versicherten Mitgliedern 30 Prozent niedriger als geschlechts- und altersabhängig erwartet liegt (vgl. Tabelle 28 sowie Abbildung 37).

Die hier aufgezeigten Unterschiede reduzieren sich graduell, wenn man die Auswertungen auf freiwillige Mitglieder und pflichtversicherte Berufstätige beschränkt, also insbesondere arbeitslos gemeldete Mitglieder nicht in der Gruppe der Pflichtversicherten berücksichtigt. Auch bei einer derartigen Beschränkung auf Berufstätige findet sich jedoch beispielsweise noch eine bei freiwillig versicherten Mitgliedern um 24,0 Prozent signifikant unter den Erwartungswerten liegende Sterberate im Vergleich zu einer um 3,5 Prozent über den Erwartungswerten liegenden Sterberate bei pflichtversicherten Berufstätigen (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt).

Tabelle 27 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von der Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze

Versicherungsstatus am 01.01.2015	Krankenstand	KH-Tage	DDD	Amb. Abrechnungstage
Psychische Störungen				
Pflichtversichert	104%	104%	103%	101%
Freiwillig versichert	55%	55%	64%	83%
Somatische Erkrankungen				
Pflichtversichert	104%	103%	101%	101%
Freiwillig versichert	57%	76%	88%	92%

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012
Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015; KH-Tage: Behandlungstage in Krankenhäusern; DDD: Arzneimittelverordnungsvolumen in definierten Tagesdosen.

Tabelle 28 Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von der Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze

Versicherungsstatus am 01.01.2015	Kosten	Sterberate (95%-Konfidenzintervall)
Pflichtversichert	101%	104% (102% – 106%)
Freiwillig versichert	87%	70% (65% – 75%)

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012
Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, approximative Kosten von ambulant-ärztlichen Behandlungen, Arzneiverordnungen sowie vollstationären Krankenhausbehandlungen, Zwei-Jahres-Sterberate 2015 bis 31. Dezember 2016 mit 95%-Konfidenzintervallen.

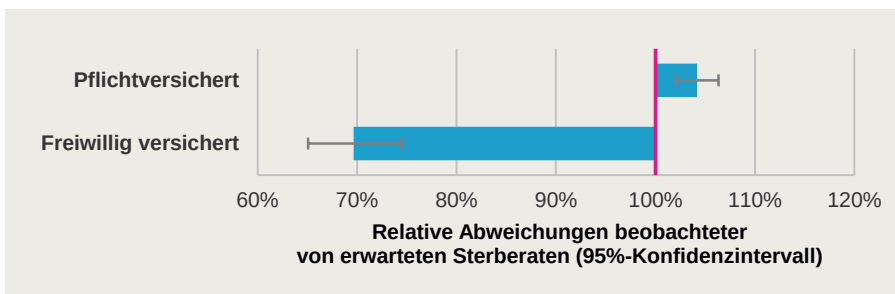


Abbildung 37 Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von der Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze

Resümee

Insgesamt zeigen die vorausgehend dargestellten Auswertungen Ergebnisse, die sehr konsistent auf größere gesundheitliche Probleme und Einschränkungen bei Erwerbspersonen mit geringerem sozioökonomischen Status im Vergleich zu Personen mit höheren Schul- und Ausbildungsabschlüssen sowie finanziellen Ressourcen hindeuten. Bemerkenswert erscheint, dass sich dies Ergebnis nahezu durchgängig zeigt, obwohl Indikatoren für die Gesundheit auf der Basis von Daten aus sehr unterschiedlichen Bereichen der Krankenversicherung gebildet wurden (Arbeitsunfähigkeiten, Krankenhausbehandlungen, Arzneiverordnungen, ambulant-ärztliche Versorgung). Dass Unterschiede im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten hier oftmals deutlicher als bei anderen Indikatoren ausfallen, entspricht den Erwartungen, wenn man die vielfältigen Abhängigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten bedenkt (vgl. auch Methodenteil ab Seite 143). Abweichungen von allgemein beobachteten Tendenzen – namentlich die vergleichsweise hohe Inanspruchnahme ambulanter Leistungen mit einer Zuschreibung zu psychischen Störungen durch Personen mit höheren Bildungsabschlüssen – deuten auf eine vergleichsweise hohe Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen durch diejenigen Personen hin, die aufgrund ihres Bildungshintergrunds auch im beruflichen Alltag eher mit der sprachlichen Formulierung von Problemen befasst sein dürften.

Ausgesprochen deutlich weisen die Ergebnisse auf gesundheitliche Probleme bei Arbeitslosen hin. Ganz allgemein scheint darüber hinaus erwähnenswert, dass nach den vorliegenden Ergebnissen Hinweise auf einen geringeren sozioökonomischen Status durchgängig auch mit einer höheren Sterblichkeit assoziiert sind, welche nicht wie bei anderen Gesundheitsindikatoren von einer möglicherweise schichtabhängig unterschiedlichen Einschätzung und Bewertung von Symptomen abhängen kann.

Kinder und Familie

Ergebnisse der Befragungsstudie der Universität St. Gallen zeigen, dass Berufstätige aus Haushalten mit Kindern und Familie im Mittel eine höhere Lebenszufriedenheit berichten als Befragte ohne eine entsprechende Lebenssituation. Zumindest partiell beinhalten Routinedaten bei berufstätigen Mitgliedern ggf. auch Informationen zu (familienversicherten) Kindern sowie Ehepartnern, womit sich zumindest für einen Teil der Berufstätigen das Vorhandensein von Kindern und ggf. eines Ehepartners verifizieren lässt. Diese Gruppen von Personen können dann mit Gruppen ohne entsprechende Hinweise verglichen werden.

Ehepartner lassen sich in den hier verwendeten Routinedaten der BARMER nur zum Teil und dann ggf. immer mit einer gewissen Unsicherheit identifizieren. Grundvoraussetzung für die Identifikation eines Ehepartners mit den verwendeten Daten ist, dass innerhalb eines dokumentierten Versicherungszeitraums beide Partner bei der BARMER versichert waren, und zwar einer der beiden als (beitragszahlendes) Mitglied und der jeweils andere als zugehöriger Familienversicherter (ohne beitragspflichtiges Einkommen).

Für die nachfolgend dargestellten Auswertungen wurden zu den hier betrachteten Erwerbspersonen zunächst alle familienversicherten Angehörigen mit Versicherung am 1. Januar 2015 identifiziert. Betrug die Altersdifferenz zwischen der Erwerbsperson und dem Familienversicherten weniger als 17 Jahre, waren beide einem unterschiedlichen Geschlecht zuzuordnen und zudem beide bereits zu Beginn des den 1. Januar 2015 einschließenden Versicherungsintervalls mindestens 17 Jahre alt, wurden diese Familienversicherten als Ehepartner angesehen. Mit dem beschriebenen Vorgehen konnten (zumindest vermeintliche) familienversicherte Ehepartner zu 6,7 Prozent der hier betrachteten Erwerbspersonen identifiziert werden. Bei lediglich 15,4 Prozent dieser (vermeintlichen) Partnerschaften waren Männer über ihre Frauen familienversichert, in 84,6 Prozent der Fälle bildeten Frauen den familienversicherten Partner. Familienversicherte, die mindestens 17 Jahre jünger als die Erwerbsperson waren, wurden demgegenüber grundsätzlich als Kinder klassifiziert. Gemäß dieser Zuordnung konnten am Stichtag 1. Januar 2015 bei 21,8 Prozent der bei der BARMER GEK versicherten und hier näher betrachteten Erwerbspersonen ein oder mehrere familienversicherte Kinder identifiziert werden. Bei männlichen Erwerbspersonen lag dieser Anteil bei lediglich 19,3 Prozent, unter weiblichen Erwerbspersonen bei 23,7 Prozent.

Familienversicherte Ehepartner

Tabelle 29 sowie Abbildung 38 auf Seite 112 zeigen relative Abweichungen beobachteter Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen von entsprechenden Erwartungswerten innerhalb des Jahres 2015 in zwei Gruppen von Erwerbspersonen mit beziehungsweise ohne einen Hinweis auf einen familienversicherten Ehepartner am 1. Januar 2015. Während die Indikatorenwerte hinsichtlich psychischer Störungen bei Erwerbspersonen mit Hinweis auf einen familienversicherten Ehepartner auf einen merklich günstigeren Gesundheitszustand im Vergleich zu geschlechts- und altersabhängigen Erwartungswerten hindeuten, zeigen sich im Hinblick auf somatische Erkrankungen nur geringe Abweichungen.

Tabelle 29 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf einen Ehepartner

Hinweise auf familienversicherte Ehepartner am 01.01.2015	Krankenstand	KH-Tage	DDD	Amb. Abrechnungstage
Psychische Störungen				
Kein Hinweis auf Partner	101%	102%	101%	101%
Hinweis auf familienversicherten Partner	87%	70%	80%	78%
Somatische Erkrankungen				
Kein Hinweis auf Partner	100%	100%	100%	100%
Hinweis auf familienversicherten Partner	97%	96%	98%	99%

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012
 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015; KH-Tage: Behandlungstage in Krankenhäusern; DDD: Arzneimittelverordnungsvolumen in definierten Tagesdosen.

Trotz der geringen Unterschiede von Indikatorenwerten hinsichtlich somatischer Erkrankungen zeigt sich bei Erwerbspersonen mit Hinweis auf einen familienversicherten Partner eine signifikant um 17 Prozent unter den Erwartungswerten liegende und damit im Vergleich zu Erwerbspersonen ohne entsprechende Hinweise merklich reduzierte Sterblichkeit (vgl. Tabelle 30 sowie Abbildung 39).

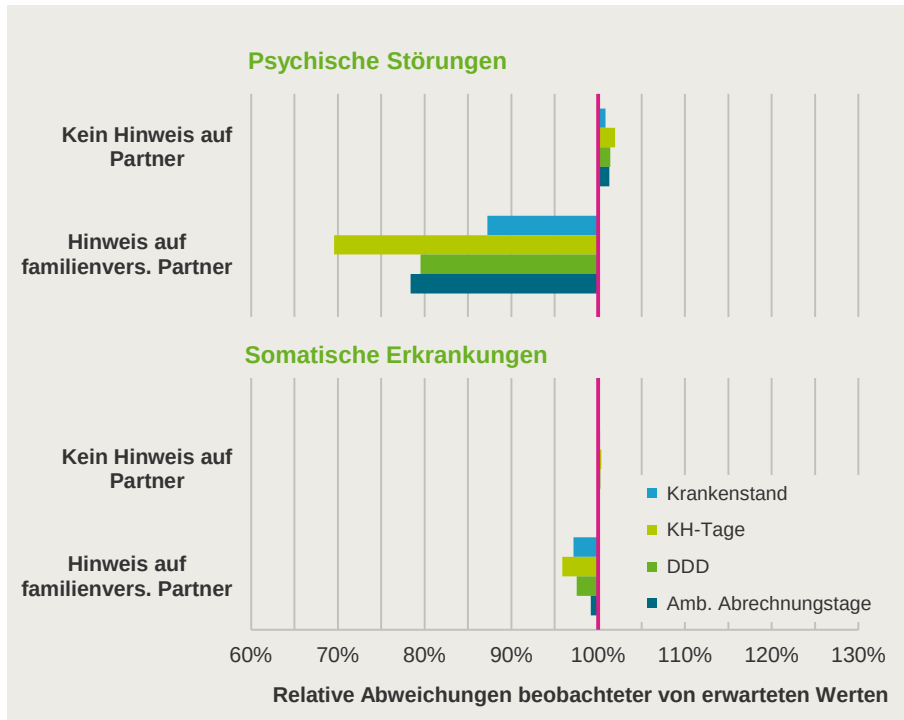


Abbildung 38 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf einen Ehepartner

Tabelle 30 Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von Hinweisen auf einen Ehepartner

Hinweise auf familienversicherte Ehepartner am 01.01.2015	Kosten	Sterberate (95%-Konfidenzintervall)
Kein Hinweis auf Partner	101%	102% (100% – 104%)
Hinweis auf familienversicherten Partner	91%	83% (78% – 89%)

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, approximative Kosten von ambulant-ärztlichen Behandlungen, Arzneiverordnungen sowie vollstationären Krankenhausbehandlungen, Zwei-Jahres-Sterberate 2015 bis 31. Dezember 2016 mit 95%-Konfidenzintervallen.

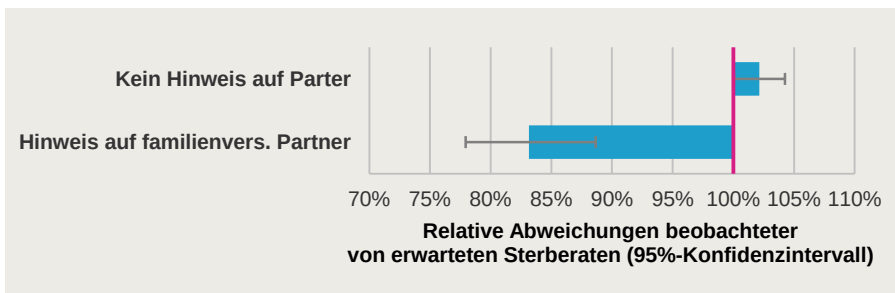


Abbildung 39 Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von Hinweisen auf einen Ehepartner

Familienversicherte Kinder

In Abbildung 40 sowie Tabelle 31 sind relative Abweichungen beobachteter Indikatorenwerte von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Werten in Abhängigkeit von der Anzahl der am 1. Januar 2015 familienversicherten Kinder dargestellt.

Während die Indikatorenwerte und damit die Hinweise auf gesundheitliche Einschränkungen bei 78,2 Prozent der Erwerbspersonen ohne familienversicherte Kinder leicht über den Erwartungswerten liegen, werden die Erwartungswerte insbesondere bei den 9,6 Prozent Erwerbspersonen mit zwei und mehr familienversicherten Kindern merklich unterschritten. Insgesamt fallen die Unterschiede dabei im Hinblick auf psychische Störungen etwas deutlicher als im Hinblick auf somatische Erkrankungen aus.

Auch die hier ermittelten Kosten für die gesundheitliche Versorgung der Erwerbspersonen lagen nach den vorliegenden Auswertungen unterhalb von Erwartungswerten, sofern über die Erwerbsperson Kinder familienversichert waren. Noch deutlicher als die Kosten war die Sterblichkeit bei Hinweisen auf familienversicherte Kinder reduziert. Während die Erwartungswerte für die Sterblichkeit in der Gruppe ohne familienversicherte Kinder leicht, jedoch statistisch signifikant überschritten wurden, lagen die beobachteten Sterberaten im Zeitraum 2015 bis 2016 bei Erwerbspersonen, bei denen am 1. Januar 2015 zwei oder mehr Kinder familienversichert waren, rund ein Drittel und statistisch signifikant niedriger als geschlechts- und altersabhängig erwartet (vgl. Tabelle 32 sowie Abbildung 41).

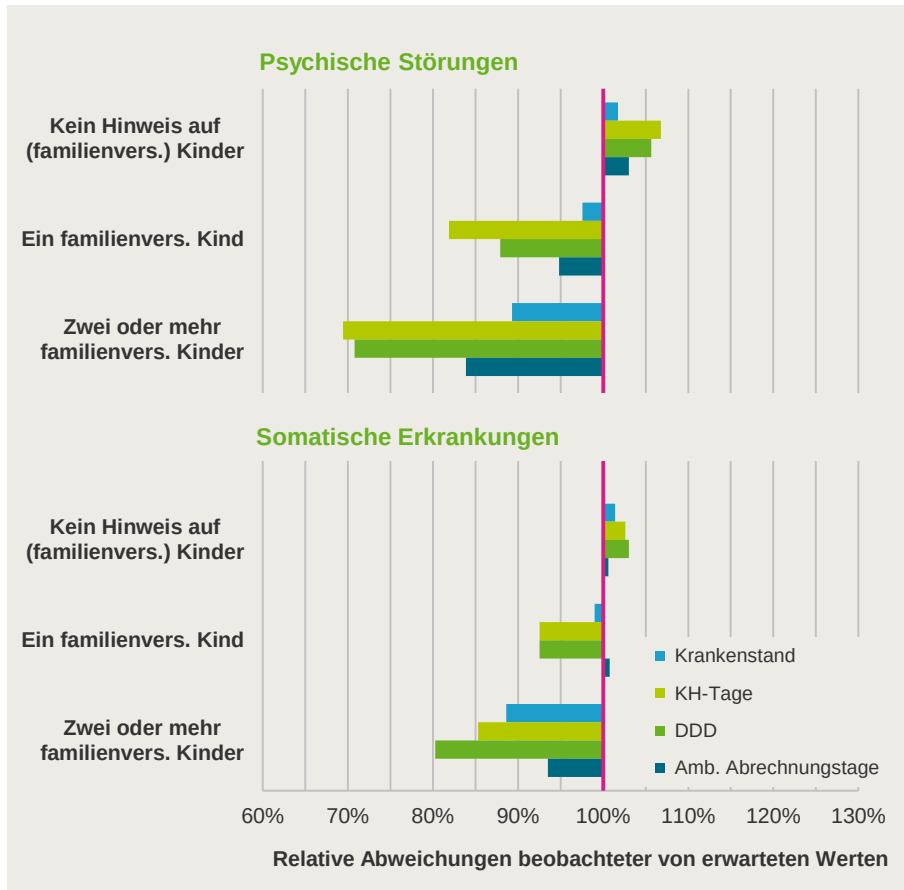


Abbildung 40 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf Kinder

Tabelle 31 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf Kinder

Hinweise auf familienversicherte Kinder am 01.01.2015	Krankenstand	KH-Tage	DDD	Amb. Abrechnungstage
Psychische Störungen				
Kein Hinweis auf Kinder	102%	107%	106%	103%
Ein familienversichertes Kind	98%	82%	88%	95%
Zwei oder mehr familienvers. Kinder	89%	69%	71%	84%
Somatische Erkrankungen				
Kein Hinweis auf Kinder	101%	103%	103%	101%
Ein familienversichertes Kind	99%	93%	93%	101%
Zwei oder mehr familienvers. Kinder	89%	85%	80%	93%

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015; KH-Tage: Behandlungstage in Krankenhäusern; DDD: Arzneimittelverordnungsvolumen in definierten Tagesdosen.

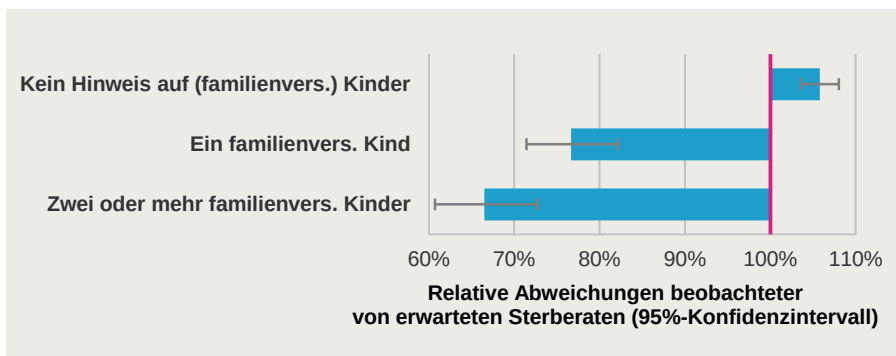


Abbildung 41 Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von Hinweisen auf Kinder

Tabelle 32 Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von Hinweisen auf Kinder

Hinweise auf familienversicherte Kinder am 01.01.2015	Kosten	Sterberate (95%-Konfidenzintervall)
Kein Hinweis auf Kinder	103%	106% (104% – 108%)
Ein familienversichertes Kind	95%	77% (71% – 82%)
Zwei oder mehr familienvers. Kinder	83%	67% (61% – 73%)

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, approximative Kosten von ambulant-ärztlichen Behandlungen, Arzneiverordnungen sowie vollstationären Krankenhausbehandlungen, Zwei-Jahres-Sterberate 2015 bis 31. Dezember 2016 mit 95%-Konfidenzintervallen.

Resümee

Im Hinblick auf die familiäre Situation erlauben die hier verfügbaren Routinedaten lediglich begrenzte Analysen, die zudem mit größeren Unsicherheiten behaftet sind. Als (vermeintlicher) Hinweis auf einen Ehepartner wurde ausschließlich das Vorhandensein eines Familienversicherten abweichenden Geschlechts in einem plausibel erscheinenden Alter gewertet, wobei überwiegend familienversicherte Frauen zu jeweils berufstätigen Männern und vergleichsweise wenige umgekehrte Konstellationen identifiziert werden konnten. Betrachtet werden also vornehmlich berufstätige Männer, die in einer Partnerschaft mit zumindest formal recht traditioneller Rollenteilung leben. Insbesondere im Hinblick auf psychische Belastungen, aber auch gemessen an der Sterblichkeit scheinen diese Männer eine vergleichsweise bessere Gesundheit als Personen ohne einen familienversicherten Partner aufzuweisen.¹⁷ In welchem Umfang dies auch für andere und dabei weitaus häufigere Konstellationen von Partnerschaften gilt, die in den vorliegenden Daten nicht identifiziert werden konnten, lässt sich an dieser Stelle leider nicht belegen.

Auch das Vorhandensein von (familienversicherten) Kindern ist nach den vorliegenden Ergebnissen bei Erwerbspersonen mit geringeren gesundheitlichen Einschränkungen und einer reduzierten Sterblichkeit assoziiert. Dies kann auf unterstützende Funktionen der Familie hindeuten. Zugleich lassen sich jedoch an dieser wie auch an vielen anderen Stellen der vorliegenden Auswertungen umgekehrte Wirkrichtungen nicht ausschließen, weshalb eine Interpretation mit Bedacht erfolgen sollte.

¹⁷ Hier nicht weiter dargestellte geschlechtsspezifische Auswertungen zeigen, dass erwerbstätige Frauen, bei denen Männer familienversichert sind, tendenziell in geringerem Umfang als Männer vom Vorhandensein eines entsprechenden Partners profitieren (sofern man der Partnerschaft an dieser Stelle eine ursächliche Rolle zuschreibt).

Flexibilisierung der Arbeit

Flexible Arbeit meinte im Rahmen der Befragungsstudie der Universität St. Gallen eine seitens des Arbeitnehmers möglichst frei gestaltbare Arbeitszeit. Mit zunehmenden Gestaltungsmöglichkeiten wurde von den Berufstätigen im Mittel auch eine höhere Lebenszufriedenheit berichtet. Die Flexibilität der Berufstätigen lässt sich jedoch auch von einer anderen, gleichfalls häufig verwendeten Seite betrachten – Flexibilität in dem Sinne, in dem sie primär den arbeitgeberseitigen und wirtschaftlichen Interessen entgegenkommt und vom Arbeitnehmer tendenziell eher als belastend erlebt werden dürfte. Mit entsprechenden Aspekten befasst sich der nachfolgende Abschnitt.

Über Details zu Arbeitszeitregelungen und insbesondere im Hinblick auf Möglichkeiten zu deren individueller und flexibler Gestaltung liegen in den Routinedaten zu Versicherten bei Krankenkassen keine Informationen vor. Bei Arbeitszeiten können lediglich Teil- und Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse differenziert werden, was jedoch keine Rückschlüsse auf eine Flexibilität bei Beschäftigungen und Beschäftigungsverhältnissen erlaubt.

Allerdings sind in den verfügbaren Daten auch Wechsel von Arbeitgebern beziehungsweise Betriebsstätten, Wohnortwechsel sowie Beschäftigungen im Rahmen von Arbeitnehmerüberlassungen (Leiharbeit) dokumentiert, die zumindest teilweise als Indikatoren für eine Flexibilisierung von Arbeitsverhältnissen gedeutet werden können und denen als Gegenpol langfristige und durchgängige Beschäftigungen bei ein und demselben Arbeitgeber an einem Ort gegenüberstehen. Betrachtet werden können mit Arbeitsplatz- und Wohnortwechseln demnach Hinweise auf eine Flexibilität, die primär den arbeitgeberseitigen und wirtschaftlichen Interessen entgegen kommen dürfte. Einschränkend muss an dieser Stelle allerdings angemerkt werden, dass bei dieser Interpretation Arbeitsplatz- und Wohnortwechsel ausschließlich als Anpassungen an den Arbeitsmarkt beziehungsweise die Arbeitsmöglichkeiten interpretiert werden, was nur zum Teil auch der Realität entsprechen dürfte. Zweifellos erfolgt ein nicht unwesentlicher Teil der Wohnort- und Arbeitsplatzwechsel primär auf Wunsch der Beschäftigten oder aufgrund von Verpflichtungen und Notwendigkeiten, die unmittelbar wenig oder nichts mit dem Arbeitsleben zu tun haben, was bei einer inhaltlichen Interpretation der nachfolgend dargestellten Ergebnisse bedacht werden sollte.

Arbeitsplatzwechsel

Arbeitsplatzwechsel lassen sich in den hier betrachteten Daten auf der Basis von pseudonymisierten Betriebsnummern identifizieren, durch die unterschiedliche Arbeitgeber eines Versicherten in einzelnen Tätigkeitszeiträumen ggf. auch unterschiedlich gekennzeichnet sind.¹⁸ Für die nachfolgenden Auswertungen wurde versichertenbezogen die Anzahl unterschiedlicher Betriebszuordnungen innerhalb des Jahres 2014 bis einschließlich zum 1. Januar 2015 ermittelt. Tabelle 33 sowie Abbildung 42 zeigen Ergebnisse zu relativen Abweichungen beobachteter von erwarteten Indikatorenwerten hinsichtlich der psychischen und somatischen Gesundheit bei 85,6 Prozent der Erwerbspersonen ohne Arbeitsplatzwechsel sowie bei 11,1 Prozent der Personen mit einem Arbeitsplatzwechsel und 3,2 Prozent mit zwei oder mehr Arbeitsplatzwechseln. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Gruppen vergleichsweise gering. Die deutlichsten Unterschiede zeigen sich im Hinblick auf Krankenstände mit einer Diagnose psychischer Störungen, die bei Personen mit Arbeitsplatzwechseln leicht über den Erwartungswerten liegen.

Tabelle 33 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf Arbeitsplatzwechsel

Hinweise auf Arbeitsplatzwechsel 2014 bis einschließlich zum 01.01.2015	Krankenstand	KH-Tage	DDD	Amb. Abrechnungstage
Psychische Störungen				
Kein Arbeitsplatzwechsel	98%	100%	100%	99%
Ein Arbeitsplatzwechsel	114%	102%	99%	107%
Zwei oder mehr Arbeitsplatzwechsel	113%	100%	100%	106%
Somatische Erkrankungen				
Kein Arbeitsplatzwechsel	99%	100%	100%	100%
Ein Arbeitsplatzwechsel	102%	97%	96%	98%
Zwei oder mehr Arbeitsplatzwechsel	108%	100%	101%	102%

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012
Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015; KH-Tage: Behandlungstage in Krankenhäusern; DDD: Arzneimittelverordnungsvolumen in definierten Tagesdosen.

¹⁸ In Deutschland erhält, abgesehen von wenigen Ausnahmen, jeder Arbeitgeber mit sozialversicherungs-pflichtig Beschäftigten von der Bundesagentur für Arbeit eine Betriebsnummer, bei Betriebsstandorten in unterschiedlichen Gemeinden oder mit unterschiedlichen Branchenzuordnungen können einem Betrieb ggf. auch mehrere unterschiedliche Nummern zugeordnet sein.

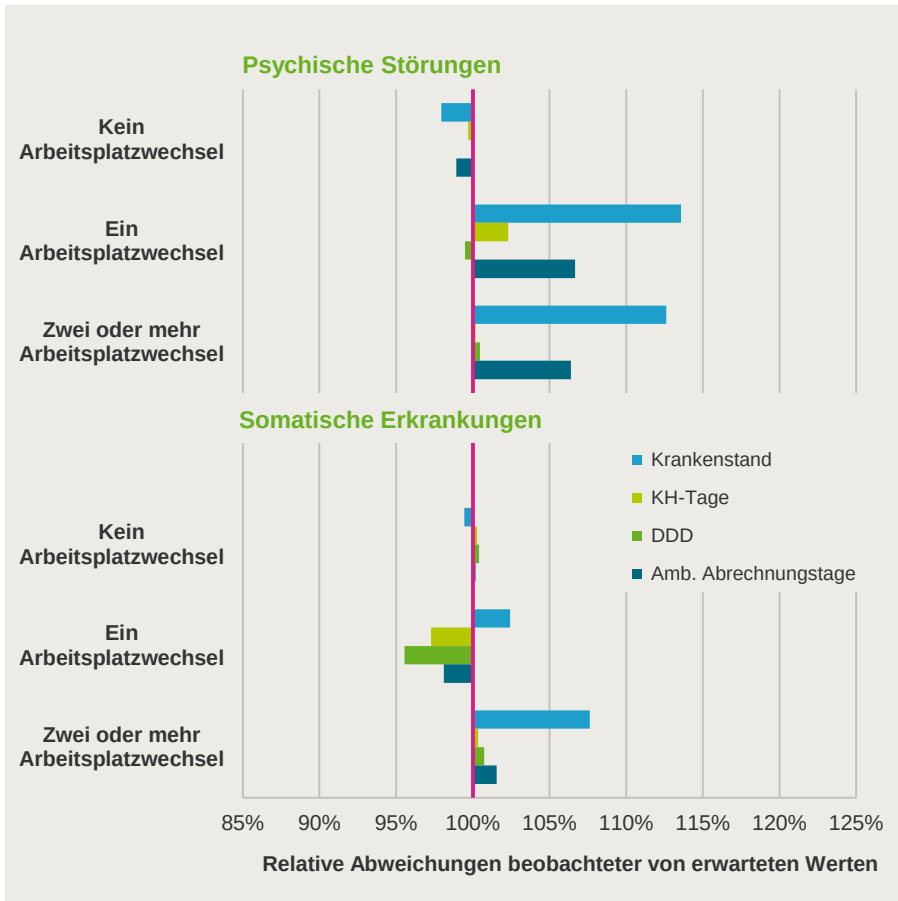


Abbildung 42 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf Arbeitsplatzwechsel

Ebenfalls vergleichsweise gering fallen die Unterschiede zwischen den Gruppen auch hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Kosten sowie der Sterberaten aus (vgl. Tabelle 34 und Abbildung 43). Lediglich grenzwertig signifikant unterhalb der zugehörigen Erwartungswerte liegt die Sterberate in den Jahren 2015 bis 2016 bei Erwerbspersonen, die innerhalb des Jahres einmalig den Arbeitsplatz wechselten.

Tabelle 34 Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von Hinweisen auf Arbeitsplatzwechsel

Hinweise auf Arbeitsplatzwechsel 2014 bis einschließlich zum 01.01.2015	Kosten	Sterberate (95%-Konfidenzintervall)
Kein Arbeitsplatzwechsel	100%	101% (99% – 103%)
Ein Arbeitsplatzwechsel	97%	93% (86% – 100%)
Zwei oder mehr Arbeitsplatzwechsel	99%	99% (88% – 111%)

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, approximative Kosten von ambulant-ärztlichen Behandlungen, Arzneiverordnungen sowie vollstationären Krankenhausbehandlungen, Zwei-Jahres-Sterberate 2015 bis 31. Dezember 2016 mit 95%-Konfidenzintervallen.

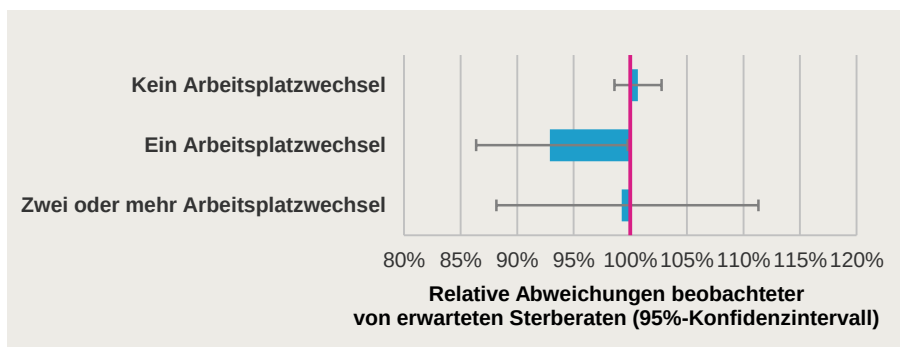


Abbildung 43 Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von Hinweisen auf Arbeitsplatzwechsel

Wohnortwechsel

Anonymisierte Daten zu Versicherten der BARMER GEK umfassen auch Historien zu Wohnorten. Aus Datenschutzgründen beschränken sich die Angaben zu Wohnorten in einzelnen Versicherungszeiträumen auf eine Zuordnung des jeweiligen Wohnortes zu einem der insgesamt 413 Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland (entsprechend dem Stand von Gemeinde- und Kreisreformen Ende 2008) sowie auf Angaben zu dreistelligen Postleitzahlen. Auf Basis entsprechender Daten wurde für die nachfolgenden Auswertungen ermittelt, wie häufig sich bei den einzelnen Erwerbspersonen mindestens eine dieser Angaben innerhalb des Jahres 2014 bis einschließlich zum 1. Januar 2015 änderte. Wohnortwechsel innerhalb von Kreisen mit unveränderter dreistelliger Postleitzahlzuordnung konnten nicht identifiziert werden und blieben insofern ggf. zwangsläufig unberücksichtigt.

Abbildung 44 sowie Tabelle 35 zeigen Ergebnisse zu relativen Abweichungen der beobachteten von erwarteten Indikatorenwerten hinsichtlich der psychischen und somatischen Gesundheit bei den 95,2 Prozent der Erwerbspersonen ohne Hinweis auf einen Wohnortwechsel sowie bei den 4,3 Prozent der Personen mit einem Wohnortwechsel und den 0,5 Prozent mit zwei oder mehr Wohnortwechseln.

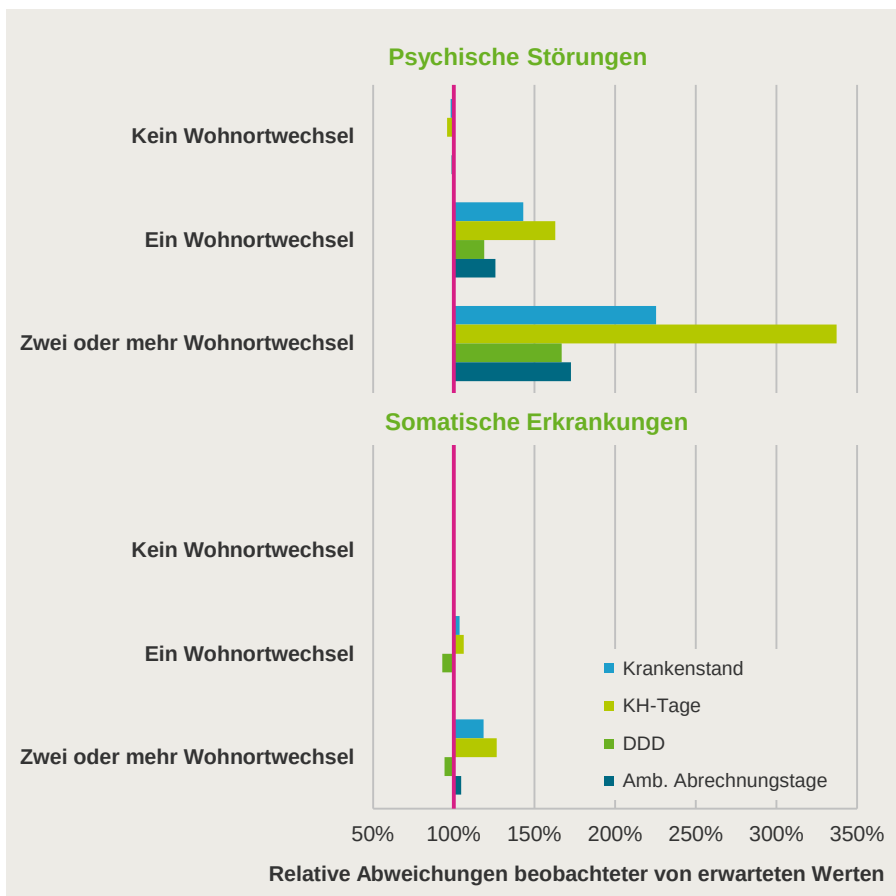


Abbildung 44 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit vom Hinweisen auf Wohnortwechsel

Tabelle 35 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf Wohnortwechsel

Hinweise auf Wohnortwechsel 2014 bis einschließlich zum 01.01.2015	Krankenstand	KH-Tage	DDD	Amb. Abrechnungstage
Psychische Störungen				
Kein Wohnortwechsel	98%	96%	99%	99%
Ein Wohnortwechsel	143%	163%	119%	126%
Zwei oder mehr Wohnortwechsel	225%	337%	167%	173%
Somatische Erkrankungen				
Kein Wohnortwechsel	100%	100%	100%	100%
Ein Wohnortwechsel	104%	106%	93%	100%
Zwei oder mehr Wohnortwechsel	118%	127%	94%	105%

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012
Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015; KH-Tage: Behandlungstage in Krankenhäusern; DDD: Arzneimittelverordnungsvolumen in definierten Tagesdosen.

Tabelle 36 Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von Hinweisen auf Wohnortwechsel

Hinweise auf Wohnortwechsel 2014 bis einschließlich zum 01.01.2015	Kosten	Sterberate (95%-Konfidenzintervall)
Kein Wohnortwechsel	100%	99% (97% – 101%)
Ein Wohnortwechsel	108%	135% (120% – 152%)
Zwei oder mehr Wohnortwechsel	133%	169% (120% – 231%)

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.327.012
Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, approximative Kosten von ambulant-ärztlichen Behandlungen, Arzneiverordnungen sowie vollstationären Krankenhausbehandlungen, Zwei-Jahres-Sterberate 2015 bis 31. Dezember 2016 mit 95%-Konfidenzintervallen.

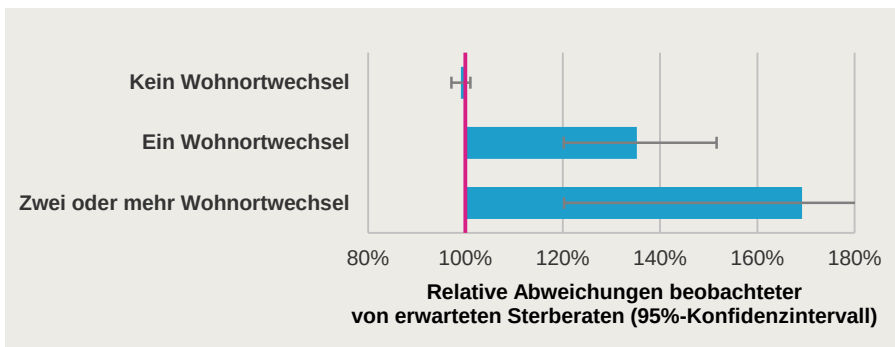


Abbildung 45 Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von Hinweisen auf Wohnortwechsel

Mit Wohnortwechseln steigen nach den vorliegenden Ergebnissen insbesondere Indikatorenwerte für psychische Störungen. Bei Erwerbspersonen mit zwei oder mehr Wohnortwechseln im Jahr 2014 werden im Folgejahr 2015 Krankenstände und Verweilzeiten in Krankenhäusern mit der Diagnose von psychischen Störungen beobachtet, die um mehr als den Faktor Zwei über den Erwartungswerten liegen. Auch das Verordnungsvolumen an Psychopharmaka sowie die Zahl der Abrechnungstage ärztlicher Leistungen mit einer Zuschreibung zu psychischen Störungen liegen deutlich über den geschlechts- und altersabhängigen Erwartungswerten. Indikatoren für somatische Erkrankungen scheinen demgegenüber nur vergleichsweise gering verändert.

Deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von vorausgehenden Wohnortwechseln lassen sich auch bei Sterberaten im Zeitraum 2015 bis 2016 nachweisen (vgl. Tabelle 36 und Abbildung 45). Diese lag bei Erwerbspersonen mit einem Wohnortwechsel signifikant und dabei gut 30 Prozent oberhalb des Erwartungswertes, bei zwei und mehr Wohnortwechseln sogar rund 70 Prozent über dem Erwartungswert. Aufgrund der verhältnismäßig kleinen Zahl an Personen mit zwei und mehr Wohnortwechseln im Jahr 2014 und der im Erwerbsalter insgesamt geringen Sterblichkeit resultieren beim letztgenannten Ergebnis allerdings vergleichsweise große Konfidenzintervalle, weshalb der genannte Schätzwert hinsichtlich seiner genauen Lage mit statistischen Unsicherheiten behaftet ist.

Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung

Leiharbeit bietet Arbeitgebern eine Möglichkeit, ggf. auch verhältnismäßig kurzfristig und zeitlich begrenzt auf einen höheren Bedarf an Arbeitskräften zu reagieren. Seit Einführung des neuen Tätigkeitsschlüssels Ende 2011 müssen Arbeitgeber (in diesem Fall ggf. die Leiharbeitsfirmen) bei Meldungen an die Sozialversicherungsträger wie Krankenkassen explizit mitteilen, ob ein Arbeitnehmer in Leiharbeit beziehungsweise „Arbeitnehmerüberlassung“ beschäftigt war (vgl. auch Erläuterungen zum Tätigkeitsschlüssel im Methodenteil ab Seite 153).

Tabelle 37 sowie Abbildung 46 zeigen Abweichungen beobachteter von erwarteten Indikatorenwerten hinsichtlich der psychischen und somatischen Gesundheit bei 1,9 Prozent am 1. Januar 2015 entsprechend gekennzeichneten Beschäftigten mit einer Tätigkeit in Arbeitnehmerüberlassung sowie bei den anderweitigen 98,1 Prozent der Berufstätigen ohne eine entsprechende Kennzeichnung (Erwerbspersonen ohne Tätigkeitsangabe und damit insbesondere Arbeitslose wurden bei den hier gezeigten Auswertungen nicht berücksichtigt).

Tabelle 37 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung

Beschäftigungsverhältnis am 01.01.2015	Krankenstand	KH-Tage	DDD	Amb. Abrechnungstage
Psychische Störungen				
Keine Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung	100%	99%	100%	100%
Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung	129%	162%	111%	110%
Somatische Erkrankungen				
Keine Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung	99%	100%	100%	100%
Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung	134%	119%	101%	99%

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.199.823 Berufstätige aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015; KH-Tage: Behandlungstage in Krankenhäusern; DDD: Arzneimittelverordnungsvolumen in definierten Tagesdosen.

Sowohl die Ergebnisse zu Indikatoren für psychische Störungen als auch zwei der vier Ergebnisse zu somatischen Erkrankungen weisen auf vergleichsweise erhöhte gesundheitliche Belastungen bei Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung hin.

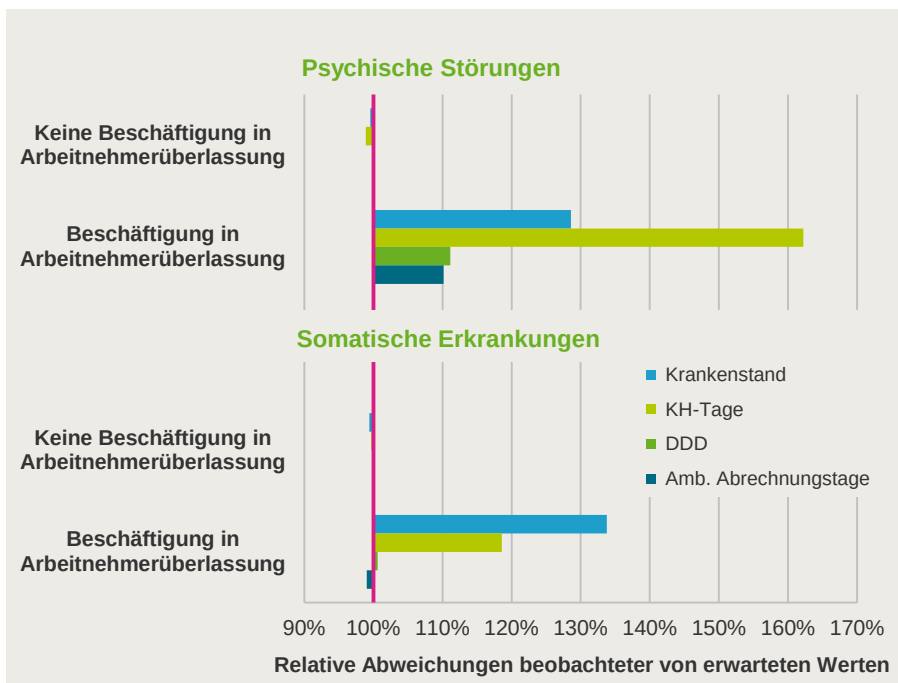


Abbildung 46 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung

Auch die Sterberate innerhalb der Jahre 2015 und 2016 lag nach den vorliegenden Ergebnissen bei Berufstätigen, die nachweislich am 1. Januar in Arbeitnehmerüberlassung beschäftigt waren, mehr als 40 Prozent und statistisch signifikant über den Erwartungswerten (vgl. Tabelle 38 und Abbildung 47).

Tabelle 38 Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung

Beschäftigungsverhältnis am 01.01.2015	Kosten	Sterberate (95%-Konfidenzintervall)
Keine Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung	100%	99% (97% – 101%)
Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung	106%	142% (124% – 162%)

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.199.823 Berufstätige aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, approximative Kosten von ambulant-ärztlichen Behandlungen, Arzneiverordnungen sowie vollstationären Krankenhausbehandlungen, Zwei-Jahres-Sterberate 2015 bis 31. Dezember 2016 mit 95%-Konfidenzintervallen.

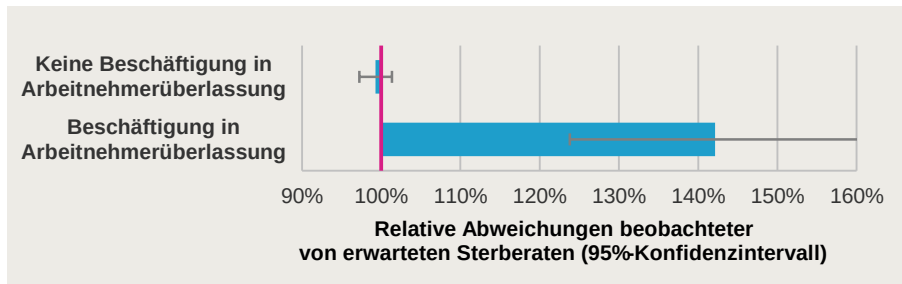


Abbildung 47 Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung

Resümee

Im vorliegenden Abschnitt wurden drei Merkmale betrachtet, die direkt oder indirekt mit wechselnden Arbeitsplätzen und damit auch mit der Flexibilität von Berufstätigen im Zusammenhang stehen (Arbeitsplatz- und Wohnortwechsel, Arbeitnehmerüberlassung).

Vorausgehende Arbeitsplatzwechsel sind nach den vorliegenden Ergebnissen mit vergleichsweise gering ausgeprägten gesundheitlichen Auffälligkeiten assoziiert. Bei genau einem dokumentierten Arbeitsplatzwechsel 2014 zeigten sich im Folgejahr unter Vernachlässigung geringfügig erhöhter Krankenstände tendenziell sogar Hinweise auf eine bessere somatische Gesundheit. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Berufstätige mit vorbestehenden gesundheitlichen Einschränkungen auch frei-

willig, beispielsweise zur Verbesserung ihrer beruflichen Stellung, nur seltener als gesündere Arbeitnehmer ihren Arbeitsplatz wechseln dürften.

Wohnortwechsel konnten bei den vorliegenden Auswertungen nur bei Wechseln der Wohnkreise und/oder des 3-stelligen Postleitzahlgebietes berücksichtigt werden – Wohnungswechsel in der direkten Nachbarschaft wurden demnach zumindest überwiegend vernachlässigt. Die berücksichtigten Wohnortwechsel im Jahr 2014 waren nach den vorliegenden Ergebnissen mit überraschend deutlichen Hinweisen insbesondere auf Einschränkungen der psychischen Gesundheit 2015 sowie auch mit einer statistisch signifikant erhöhten Sterblichkeit innerhalb der Jahre 2015 bis 2016 assoziiert. Auch wenn in diesem Kontext vertiefende Analysen zweifellos wünschenswert erscheinen, liefern die Ergebnisse Anhaltspunkte für eine auch in Zeiten des Internets mit erweiterten Kommunikationsmöglichkeiten verhältnismäßig große Bedeutung des direkten sozialen Umfeldes für das psychische Wohlbefinden und die Gesundheit.

Ergebnisse zu Beschäftigten in Arbeitnehmerüberlassung weisen auf überdurchschnittliche gesundheitliche Beeinträchtigungen in dieser Gruppe von Arbeitnehmern hin. Zum Teil dürfte dies allerdings auch auf ein allgemein vergleichsweise belastendes Tätigkeitsspektrum von Arbeitnehmern in Leiharbeit und damit nicht ausschließlich auf den Leiharbeiter-Status an sich zurückzuführen sein.

Arbeitsplatzsicherheit

Im Rahmen der Befragungsstudie der Universität St. Gallen zeigten sich Zusammenhänge zwischen der Arbeitsplatzsicherheit und der Lebenszufriedenheit. Beschäftigte aus unbefristeten Arbeitsverhältnissen berichteten im Mittel eine höhere Lebenszufriedenheit als Beschäftigte aus befristeten Arbeitsverhältnissen.

Befristete und unbefristete Arbeitsverhältnisse

Seit Einführung des neuen Tätigkeitsschlüssels für die Meldungen der Arbeitgeber an die Sozialversicherungsträger Ende 2011 lassen sich auch in Routinedaten bei Krankenkassen Berufstätige mit befristeten und unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen unterscheiden (vgl. Erläuterungen im Methodenteil ab Seite 153). Abbildung 48 sowie Tabelle 39 zeigen relative Abweichungen beobachteter Indikatorenwerte von Erwartungswerten hinsichtlich der psychischen und somatischen Gesundheit bei Be-

rufstätigen in Abhängigkeit von einer Befristung der Arbeitsverhältnisse, von der in der hier betrachteten Untersuchungspopulation 15,2 Prozent der Berufstätigen betroffen waren. Erwerbspersonen ohne Tätigkeitsangabe und damit insbesondere Arbeitslose wurden – wie schon bei Auswertungen zu Arbeitnehmerüberlassungen – auch bei den hier gezeigten Auswertungen zur Befristung von Beschäftigungsverhältnissen nicht berücksichtigt

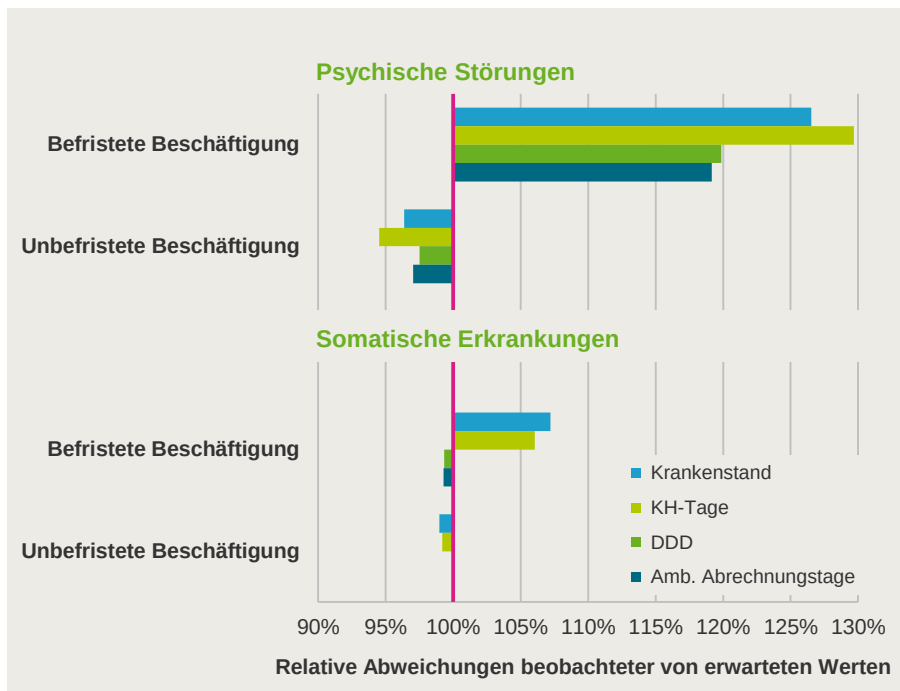


Abbildung 48 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit vom einer Befristung der Arbeitsverhältnisse

Insbesondere Ergebnisse zu Indikatoren hinsichtlich psychischer Störungen deuten sehr konsistent auf eine erhöhte Belastung von Beschäftigten in Zusammenhang mit einer Befristung von Beschäftigungsverhältnissen hin. Zugleich lässt sich bei der noch vergleichsweise großen Gruppe von Berufstätigen mit befristeten Beschäftigungsverhältnissen am 1. Januar 2015 eine mit 16 Prozent leicht, jedoch statistisch signifikant über den Erwartungswerten liegende Sterblichkeit nachweisen (vgl. Tabelle 40 sowie Abbildung 49).

Tabelle 39 Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von einer Befristung der Arbeitsverhältnisse

Beschäftigungsverhältnis am 01.01.2015	Krankenstand	KH-Tage	DDD	Amb. Abrechnungstage
Psychische Störungen				
Befristete Beschäftigung	127%	130%	120%	119%
Unbefristete Beschäftigung	96%	95%	98%	97%
Somatische Erkrankungen				
Befristete Beschäftigung	107%	106%	99%	99%
Unbefristete Beschäftigung	99%	99%	100%	100%

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.199.823 Berufstätige aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015; KH-Tage: Behandlungstage in Krankenhäusern; DDD: Arzneimittelverordnungsvolumen in definierten Tagesdosen.

Tabelle 40 Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von einer Befristung der Arbeitsverhältnisse

Beschäftigungsverhältnis am 01. 01.2015	Kosten	Sterberate (95%-Konfidenzintervall)
Befristete Beschäftigung	103%	116% (108% – 124%)
Unbefristete Beschäftigung	100%	99% (96% – 101%)

Relative Abweichungen der beobachteten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Indikatorenwerten 2015 (indirekt standardisiert, 100% wenn beobachtet = erwartet); BARMER GEK, n = 3.199.823 Berufstätige aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015, approximative Kosten von ambulant-ärztlichen Behandlungen, Arzneiverordnungen sowie vollstationären Krankenhausbehandlungen, Zwei-Jahres-Sterberate 2015 bis 31. Dezember 2016 mit 95%-Konfidenzintervallen.

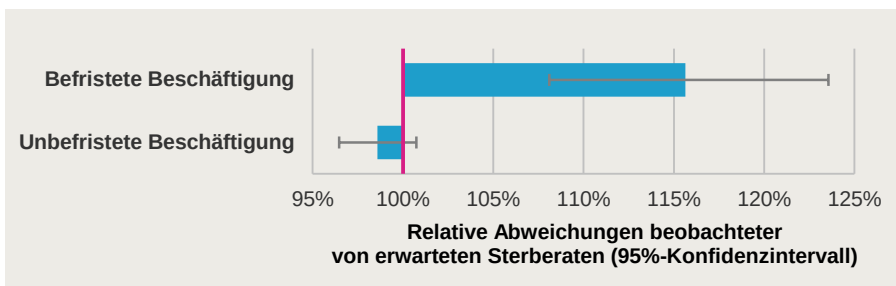


Abbildung 49 Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von einer Befristung der Arbeitsverhältnisse

Unabhängige Einflüsse unterschiedlicher Faktoren auf die Gesundheit

Oftmals bestehen zwischen unterschiedlichen Merkmalen im Sinne von Einflussfaktoren in empirischen Daten auch untereinander vielfältige statistische Zusammenhänge. Empirisch festgestellte Einflüsse einzelner Merkmale auf die jeweils betrachteten Outcomes lassen sich dann möglicherweise teilweise oder gänzlich auf Assoziationen mit anderen Faktoren zurückführen, womit ihnen selbst nur noch eine geringere Bedeutung zugeschrieben werden kann. Inwieweit den vorausgehend betrachteten Merkmalen ein eigenständiger, unabhängiger Einfluss auf die Gesundheit auch bei gleichzeitiger Berücksichtigung von Effekten anderer Faktoren zugeschrieben werden kann, lässt sich in komplexeren statistischen Modellrechnungen ermitteln, die im nachfolgenden und abschließenden Abschnitt dargestellt werden sollen.

In vorausgehenden Abschnitten wurden Einflüsse des sozioökonomischen Status, von Kindern und Familie, Arbeitsplatz- und Wohnortwechseln, einer Arbeitnehmerüberlassung sowie einer Befristung von Beschäftigungsverhältnissen auf die Gesundheit betrachtet. Bereits dabei wurden ausschließlich Effekte betrachtet, die unabhängig von möglicherweise gleichzeitig bestehenden Zusammenhängen mit dem Alter und Geschlecht der Erwerbspersonen beobachtet werden konnten. So wurde beispielsweise die real beobachtete Sterblichkeit bei Arbeitslosen genau mit derjenigen verglichen, die bei der Geschlechts- und Altersstruktur von Arbeitslosen aufgrund von Daten zu allen entsprechenden Erwerbspersonen hätte erwartet werden können. In den bisherigen Auswertungen nicht berücksichtigt ist, dass sich Effekte der eingangs genannten Faktoren möglicherweise auch gegenseitig beeinflussen, also beispielsweise ein Teil des Einflusses der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit statistisch aus einer weniger qualifizierten Schulbildung ableitbar sein könnte.

Logistische Regression – betrachtete Gesundheitsindikatoren

Um die Effekte weitgehend aller zuvor betrachteten Einflussfaktoren gleichzeitig innerhalb einer Modellrechnung berücksichtigen zu können, wurden logistische Regressionsmodelle berechnet. Die logistische Regression ist ein in der Epidemiologie häufiger verwendetes Verfahren, um die Einflüsse einer größeren Zahl potenzieller Risikofaktoren auf ein zumeist dichotomes, d.h. zweistufiges Outcome abzuschätzen (beispielsweise verstorben vs. nicht verstorben). Ermittelt werden im Rahmen der Modellbildung sogenannte Odds Ratios (OR). Diese lassen sich in den nachfolgend

präsentierten Ergebnissen wie relative Risiken interpretieren und geben an, um welchen Faktor das Risiko für das jeweils betrachtete Outcome (z.B. das Versterben) bei einer bestimmten Eigenschaft beziehungsweise Merkmalsausprägung einer Erwerbsperson (z.B. mindestens zwei Wohnortwechseln) im Vergleich zu einer Referenzkategorie (z.B. kein Wohnortwechsel) erhöht ist. Eine OR von 2 würde dabei beispielsweise die Verdopplung des Risikos anzeigen, eine OR von 0,5 ein nur halb so großes Risiko (von Personen mit mindestens zwei Wohnortwechseln im Vergleich zu Personen mit konstantem Wohnort). Mit den ORs resultieren also Ergebnisse, die sich inhaltlich ähnlich wie die in vorausgehenden Abschnitten berichteten Abweichungen der beobachteten von den erwarteten Werten interpretieren lassen. Auch zu den OR lassen sich 95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) beziehungsweise Vertrauensbereiche angeben, die Rückschlüsse auf deren statistische Absicherung beziehungsweise Signifikanz erlauben. Ist der Wert 1 nicht in das Konfidenzintervall eingeschlossen besteht eine statistisch signifikante Abweichung vom Risiko der Referenzkategorie. In der nachfolgenden Ergebnistabelle werden noch einige weitere Kennzahlen genannt, die im Zuge der Ergebnisinterpretation erläutert werden.¹⁹

Berechnet wurden gleichartig aufgebaute logistische Regressionsmodelle zu vier unterschiedlichen Indikatoren für die Gesundheit mit jeweils nur zwei Ausprägungen:

- Modell 1: Verordnung von Psychopharmaka 2015 ja/nein
- Modell 2: Krankenhausbehandlung aufgrund psychischer Störungen 2015 ja/nein
- Modell 3: Krankenhausbehandlung aufgrund somatischer Erkrankungen 2015 ja/nein
- Modell 4: Verstorben innerhalb des Beobachtungszeitraums 2015 bis 2016 ja/nein

Betrachtet werden im Rahmen der Modellrechnungen also die Einflüsse von Risikofaktoren auf die Wahrscheinlichkeit für eine Verordnung von Psychopharmaka, für Krankenhausbehandlungen mit psychischen und mit somatischen Diagnosen im Jahr 2015 sowie für Todesfälle in den Jahren 2015 bis 2016.

Tabelle 41 zeigt die wesentlichen Ergebnisse aller vier Modellrechnungen, in die jeweils Daten zu $n = 3.285.733$ Erwerbspersonen einbezogen werden konnten. Von diesen Personen erhielten innerhalb des Jahres 2015 $n = 309.654$ mindestens eine Verordnung eines Psychopharmakons, $n = 24.440$ wurden mindestens einmalig unter

¹⁹ Für genauere fachliche Erläuterungen sei auf geeignete Fachbücher der Statistik oder Epidemiologie verwiesen. Umfangreiche englischsprachige Erläuterungen sind auch der Dokumentation der hier in der Version 9.4 verwendeten Statistiksoftware SAS zu entnehmen, die unter dem folgenden Link kostenfrei heruntergeladen werden kann: <http://support.sas.com/documentation/onlinedoc/stat/142/logistic.pdf>

Angabe einer psychischen Störung als Hauptentlassungsdiagnose vollstationär im Krankenhaus behandelt, n = 297.589 wurden mit anderweitigen Hauptbehandlungsanlässen im Krankenhaus behandelt (ohne Berücksichtigung von schwangerschaftsbedingten Behandlungsfällen) und n = 9.707 Personen verstarben innerhalb der Jahre 2015 und 2016.

Tabelle 41 Logistische Regressionsmodelle zur Abhängigkeit von Gesundheitsindikatoren

Merkmal, Merkmalsausprägung	Modell 1 Psycho- pharmaka OR (95%-KI)	Modell 2 KH-Beh. mit psych. Diag. OR (95%-KI)	Modell 3 KH-Beh. mit somat. Diag. OR (95%-KI)	Modell 4 Tod 2015 bis 2016 OR (95%-KI)
Betroffene (n)	n = 309.654	n = 24.440	n = 297.589	n = 9.707
Modellgüte (c-Wert)	c = .641	c = .604	c = .586	c = .747
Geschlecht	Chi2 = 14.314	Chi2 = 12,6	Chi2 = 33,6	Chi2 = 1.014
männlich	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)
weiblich	1,68 (1,67-1,70)	0,95 (0,93-0,98)	1,02 (1,02-1,03)	0,50 (0,48-0,52)
Alter	Chi2 = 30.985	Chi2 = 382	Chi2 = 16.205	Chi2 = 5.208
18 bis 19 Jahre	0,90 (0,85-0,95)	1,35 (1,22-1,48)	1,10 (1,05-1,14)	1,01 (0,64-1,58)
20 bis 24 Jahre	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)
25 bis 29 Jahre	1,22 (1,19-1,25)	0,84 (0,80-0,90)	0,90 (0,89-0,92)	1,10 (0,86-1,39)
30 bis 34 Jahre	1,59 (1,55-1,63)	0,86 (0,81-0,91)	0,95 (0,93-0,97)	1,50 (1,20-1,87)
35 bis 39 Jahre	2,08 (2,03-2,14)	0,94 (0,88-1,00)	1,01 (0,98-1,03)	1,99 (1,60-2,48)
40 bis 44 Jahre	2,51 (2,45-2,57)	0,94 (0,88-1,00)	1,11 (1,08-1,13)	3,43 (2,79-4,23)
45 bis 49 Jahre	2,84 (2,78-2,91)	1,04 (0,98-1,10)	1,25 (1,22-1,27)	5,91 (4,86-7,18)
50 bis 54 Jahre	3,20 (3,13-3,28)	1,04 (0,98-1,10)	1,45 (1,43-1,48)	9,15 (7,55-11,1)
55 bis 59 Jahre	3,67 (3,59-3,76)	0,98 (0,92-1,04)	1,72 (1,68-1,75)	14,5 (12,0-17,5)
60 bis 64 Jahre	3,51 (3,43-3,60)	0,67 (0,63-0,72)	2,02 (1,98-2,06)	20,6 (17,0-24,9)
Schulbildung	Chi2 = 2.009	Chi2 = 512	Chi2 = 2.899	Chi2 = 48,7
Ohne Schulabschluss	1,59 (1,53-1,66)	1,56 (1,40-1,74)	1,11 (1,07-1,16)	1,26 (1,02-1,55)
Haupt-/Volksschulabschluss	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)
Mittlere Reife o. gleichwert.	0,91 (0,90-0,92)	0,82 (0,79-0,85)	0,87 (0,86-0,88)	0,91 (0,86-0,97)
Abitur / Fachabitur	0,81 (0,80-0,82)	0,66 (0,64-0,69)	0,72 (0,71-0,73)	0,83 (0,78-0,89)
Abschluss unbekannt	0,93 (0,92-0,94)	0,87 (0,84-0,90)	0,89 (0,88-0,91)	0,99 (0,94-1,05)
Versicherungspflichtgrenze	Chi2 = 714	Chi2 = 169	Chi2 = 155	Chi2 = 39,6
pflichtversichert	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)
freiwillig versichert	0,80 (0,79-0,81)	0,65 (0,61-0,70)	0,91 (0,89-0,92)	0,79 (0,73-0,85)
Ehepartner am 01.01.2015	Chi2 = 60	Chi2 = 46,1	Chi2 = 40,3	Chi2 = 5,2
kein Hinweis auf Partner	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)
familienversicherter Partner	0,93 (0,92-0,95)	0,81 (0,76-0,86)	1,05 (1,04-1,07)	0,92 (0,86-0,99)

Merkmal, Merkmalsausprägung	Modell 1 Psycho- pharmaka OR (95%-KI)	Modell 2 KH-Beh. mit psych. Diag. OR (95%-KI)	Modell 3 KH-Beh. mit somat. Diag. OR (95%-KI)	Modell 4 Tod 2015 bis 2016 OR (95%-KI)
Kinder am 01.01.2015	Chi2 = 748	Chi2 = 91,9	Chi2 = 84,0	Chi2 = 105
kein Hinweis auf Kinder	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)
1 Kind familienversichert	0,94 (0,92-0,95)	0,87 (0,83-0,91)	0,98 (0,97-1,00)	0,76 (0,71-0,82)
>1 Kind familienversichert	0,82 (0,81-0,83)	0,81 (0,77-0,85)	0,93 (0,92-0,95)	0,66 (0,60-0,73)
Wohnortwechsel 2014	Chi2 = 541	Chi2 = 589	Chi2 = 100	Chi2 = 23,1
kein Hinweis auf Wechsel	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)
1 Wohnortwechsel	1,18 (1,16-1,20)	1,61 (1,53-1,69)	1,07 (1,05-1,09)	1,30 (1,15-1,47)
>1 Wohnortwechsel	1,57 (1,49-1,66)	2,57 (2,30-2,87)	1,23 (1,16-1,30)	1,50 (1,07-2,09)
Beschäftigung, ALG-I	Chi2 = 2.814	Chi2 = 1.130	Chi2 = 247	Chi2 = 124
regulär	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)
in Arbeitnehmerüberlassung	1,05 (1,02-1,08)	1,58 (1,47-1,70)	1,05 (1,02-1,08)	1,31 (1,14-1,50)
Arbeitslosengeldbezug (ALG-I)	1,78 (1,74-1,81)	2,45 (2,32-2,59)	1,21 (1,18-1,23)	1,80 (1,61-2,00)
Arbeitsvertrag am 01.01.2015	Chi2 = 826	Chi2 = 335	Chi2 = 133	Chi2 = 12,4
befristet	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)
unbefristet	0,84 (0,83-0,85)	0,72 (0,69-0,74)	0,93 (0,92-0,94)	0,88 (0,82-0,94)

BARMER GEK, n = 3.285.733 Erwerbspersonen aus den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre mit Versicherung am 1. Januar 2015 sowie mit Angaben zur Schulbildung und zum Beschäftigungsverhältnis oder einem Arbeitslosengeldbezug; OR (95%-KI): Odds Ratio und 95%-Konfidenzintervall, jeweils bezogen auf die gewählte Referenzkategorie; Chi2: Chi-Quadrat-Wert, bezogen auf die genannte Einflussgröße bei einer Berücksichtigung dieser mit den jeweils nachfolgend aufgeführten Kategorien.

Als Maß für die Modellgüte wird in der Tabelle der c-Wert angegeben, welcher der Fläche unter der ROC-Kurve entspricht und Auskunft über die Vorhersagefähigkeit des Modells gibt. Ein Wert von .5 würde anzeigen, dass ein Modell keine Vorhersage von Ereignissen ermöglicht, ein Wert von 1 würde eine perfekte Vorhersage anzeigen, wenn durch die im Modell berücksichtigten unabhängigen Merkmale beziehungsweise Risikofaktoren die jeweils betrachteten Zielereignisse vollständig korrekt vorhergesagt werden könnten. Für die vorliegende Betrachtung spielt die Modellgüte eine untergeordnete Rolle, die Werte werden eher der Vollständigkeit halber genannt. Lediglich der c-Wert zu Modell 4 zeigt eine Vorhersagefähigkeit an, die nach gängigen Kriterien als gut einzustufen wäre.

Gemessen an den auch in der Tabelle berichteten Chi^2 -Werten (und unter Berücksichtigung der hier nicht explizit erwähnten Datenfreiheitsgrade [DF]) zeigten alle berücksichtigten unabhängigen Merkmale beziehungsweise Risikofaktoren statistisch hochsignifikante Einflüsse ($p < .001$) auf die vier separat betrachteten Ereignisse.

Ausschließlich die Abhängigkeit der Sterblichkeit vom Vorhandensein eines familienversicherten Ehepartners war lediglich mit einer höheren Irrtumswahrscheinlichkeit ($\chi^2 = 5,2$, 1 DF, $p = .023$) noch als signifikant zu bezeichnen. Diese Feststellungen verdeutlichen, dass die dargestellten Ergebnisse und Effekte keinesfalls als zufällige Beobachtungen abgetan werden können, was maßgeblich aus dem Rückgriff auf eine ausgesprochen große Untersuchungspopulation mit mehr als drei Millionen Personen resultiert. Die Diskussion der Ergebnisse kann sich insofern auf die inhaltliche Relevanz der Ergebnisse konzentrieren.

Geschlecht

Einflüsse des Geschlechts beziehungsweise Geschlechtsabhängigkeiten der Indikatorenwerte für die Gesundheit wurden in den bisherigen Ausführungen zum Schwerpunkt lediglich im einleitenden Teil zu Gesundheitsindikatoren dargestellt (vgl. dort insbesondere Tabelle 17 auf Seite 89 zu Arzneiverordnungen, Tabelle 15 auf Seite 87 zu Krankenhausaufenthalten sowie Tabelle 19 auf Seite 91 zur Sterblichkeit). Die Ergebnisse aus den logistischen Regressionsmodellen stehen im Einklang mit den schon einleitend dargestellten deskriptiven Ergebnissen.

Während sich Risiken für Krankenhauseinweisungen sowohl aufgrund psychischer Störungen als auch mit anderweitigen Anlässen bei Männern und Frauen im Erwerbsalter nur geringfügig unterscheiden, liegt die Wahrscheinlichkeit für die Verordnung von Psychopharmaka bei Frauen um etwa den Faktor 1,7 höher als bei Männern (OR: 1,68; 95%-KI: 1,67 – 1,70). Demnach deutet auch das Ergebnis aus diesem logistischen Regressionsmodell bei gleichzeitiger Berücksichtigung anderweitiger Einflüsse auf eine häufigere psychische Beeinträchtigung der gesundheitlichen Situation bei Frauen hin, wobei natürlich auch hier geschlechtsabhängig unterschiedliche Präsentationen von Beschwerden sowie unterschiedliche Behandlungsstrategien eine Rolle spielen können.

Gleichfalls im Einklang mit deskriptiven Ergebnissen zeigt das logistische Regressionsmodell zur Sterblichkeit ein bei Frauen im Vergleich zu Männern nur halb so hohes Sterberisiko (OR: 0,50; 95%-KI: 0,48 – 0,52), wobei diese Unterschiede im typischen Erwerbsalter auch zu der um rund fünf Jahre höheren Lebenserwartung von Frauen im Vergleich zu Männern beitragen.²⁰

²⁰ Zur Lebenserwartung vgl. Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes unter dem Stichwort Sterbefälle und Lebenserwartung im Internet, insbesondere: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/AktuellPeriodensterbetafeln.html>

Alter

Altersabhängigkeiten der Gesundheitsindikatoren wurden in den bisherigen Abschnitten zum Schwerpunktthema vorrangig aus Platzgründen nicht dargestellt, obwohl altersabhängige Werte bereits vorausgehend für die geschlechts- und altersstandardisierten Übersichtsdarstellungen zu allen Indikatoren in Tabelle 14 bis Tabelle 19 berechnet wurden. Der Routineteil des Gesundheitsreports zeigt lediglich Ergebnisse zur Altersabhängigkeit der Arbeitsunfähigkeiten (vgl. Abbildung 9 auf Seite 32 zu Fehlzeiten insgesamt sowie Abbildung 19 und Abbildung 20 ab Seite 54 mit Ergebnissen zu altersabhängigen erkrankungsspezifischen Fehlzeiten).

Wie Ergebnisse zu den Modellrechnungen in Tabelle 41 verdeutlichen, hängen einzelne Gesundheitsindikatoren unterschiedlich stark vom Alter ab. Eine vergleichsweise geringe Altersabhängigkeit zeigt das in Modell 2 betrachtete Risiko für Krankenhausbehandlungen mit psychischen Störungen. Erhöhte Risiken bei jungen Erwerbspersonen im Alter von unter 20 Jahren dürften vorrangig aus vergleichsweise häufigen Behandlungen mit akuten Alkoholintoxikationen resultieren. Reduzierte Risiken in der höchsten Altersgruppe könnten von Selektionseffekten mitbeeinflusst sein oder auf reduzierte psychische Belastungen kurz vor dem Renteneintritt hindeuten. Selektionseffekte sind zu erwarten, wenn Personen mit schwerwiegenden psychischen Problemen gehäuft vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden und insofern bei den vorliegenden auf Erwerbspersonen beschränkten Auswertungen in höherem Alter zwangsläufig häufiger nicht mehr berücksichtigt werden.

Das Risiko für Krankenhausaufenthalte mit vorrangig somatischen Ursachen steigt nach Ergebnissen zum Modell 3 nach Vollendung des 30. Lebensjahres mit zunehmenden Alter kontinuierlich und liegt zum Ende des regulären Erwerbsalters um rund den Faktor 2 höher als bei jüngeren Beschäftigten. Hierzu dürfte das gehäufte Auftreten schwerwiegenderer Erkrankungen in höherem Alter maßgeblich beitragen.

Erheblich deutlicher als Wahrscheinlichkeiten von Krankenhausbehandlungen steigen mit zunehmendem Alter gemäß Modell 1 die Wahrscheinlichkeiten für Verordnungen von Psychopharmaka (wobei sich auch hier in der höchsten Altersgruppe ein leichter Rückgang andeutet). Der relative altersabhängige Anstieg bei Verordnungen von Psychopharmaka bewegt sich dabei in einer ähnlichen Größenordnung wie der relative Anstieg der erkrankungsbedingten Fehlzeiten mit der Diagnose psychischer Störungen (vgl. nochmals Abbildung 19 und Abbildung 20 ab Seite 54), womit beide Ergebnisse auf mit dem Alter zunehmende psychische Probleme bei Erwerbspersonen hindeuten.

Die mit Abstand am stärksten ausgeprägte Altersabhängigkeit lässt sich für die in Modell 4 betrachtete Sterblichkeit feststellen (aus dieser ausgeprägten Altersabhängigkeit resultiert maßgeblich auch die mit einem c-Wert von .747 vergleichsweise hohe Güte des Vorhersagemodells 4). Jenseits des 30. Lebensjahres steigt die Sterblichkeit mit zunehmendem Alter annähernd exponentiell, d.h. mit einer bestimmten Alterszunahme steigt die Sterblichkeit nicht um einen festen Betrag sondern jeweils um einen bestimmten Faktor, womit sich der Anstieg zunehmend beschleunigt. So ist nach den vorliegenden Ergebnissen – in Einklang zu entsprechenden Ergebnissen aus amtlichen Sterbetafeln – bei einer Alterszunahme um 10 Jahren jeweils mit mehr als einer Verdopplung des Sterberisikos zu rechnen. Während das Sterberisiko bei 30- bis 34-Jährigen erst um den Faktor 1,5 über der Referenzgruppe lag, überstieg das Sterberisiko dasjenige der Referenzgruppe in den folgenden und um jeweils 10 Jahre höheren Altersgruppen um den Faktor 3,4, den Faktor 9,1 und bei den 60- bis 64-Jährigen schließlich um den Faktor 20,6.

Die Zählung von Sterbefällen hängt – wie bereits betont und im Gegensatz zu anderen Gesundheitsindikatoren – nicht von Abrechnungsmodalitäten, unterschiedlichen Auffassungen zu Symptomen, Erkrankungsdefinitionen und Therapieentscheidungen sowie anderen variablen Verhaltensweisen ab, womit ihr in gewisser Weise ein Referenzcharakter zugeschrieben werden kann.

Vor diesem Hintergrund lässt sich fragen, warum andere Gesundheitsindikatoren im Vergleich zu dieser „Referenz“ eine nur deutlich schwächer ausgeprägte Altersabhängigkeit aufweisen und inwiefern dies nicht die Validität beziehungsweise Glaubwürdigkeit der anderen Indikatoren in Frage stellt. Bei entsprechenden Überlegungen muss bedacht werden, dass die Gesundheit von Menschen keinesfalls ausschließlich von tödlichen beziehungsweise lebensverkürzenden Erkrankungen beeinträchtigt wird. Beispielsweise können viele Krankheiten des Bewegungsapparates die Gesundheit erheblich beeinträchtigen, obwohl sie die Lebenserwartung zumeist nicht nennenswert beeinflussen. Für die Sterbefälle im höheren Erwerbsalter sind vorrangig Herz-Kreislaufenerkrankungen sowie bösartige Neubildungen verantwortlich zu machen. Genau diese Erkrankungen zeigen bei Erwerbspersonen – ähnlich wie die Sterblichkeit und insbesondere bei Männern – gemessen an den gemeldeten Fehlzeiten gleichfalls altersabhängig eine annähernd exponentielle Bedeutungszunahme (vgl. erneut Abbildung 19 und Abbildung 20 ab Seite 54).

Schulbildung

Die bis zu Beginn des Jahres 2015 dokumentierte Schulbildung zeigt in allen vier Modellrechnungen gleichgerichtete Einflüsse auf die jeweils betrachteten Risiken. Während Erwerbspersonen ohne Schulabschluss jeweils ein erhöhtes Risiko aufweisen, ist das Risiko bei Personen mit Abitur oder Fachabitur im Vergleich zu Personen mit Hauptschulabschluss hinsichtlich der vier betrachteten Ereignisse durchgängig merklich und statistisch signifikant reduziert. Der Schulbildung ist demnach auch bei gleichzeitiger Berücksichtigung anderer Einflussfaktoren eine Bedeutung für die Gesundheit zuzuschreiben. Einflüsse auf die Sterblichkeit scheinen durch die gleichzeitige Berücksichtigung weiterer Merkmale leicht reduziert (vgl. vorausgehende Tabelle 41 sowie Abbildung 32 auf Seite 96).

Versicherungspflichtgrenze

Auch Gegenüberstellungen von Versicherten in Abhängigkeit vom Versicherungsstatus am 1. Januar 2015 zeigen in den vier Modellen gleichgerichtete Ergebnisse. Freiwillig Versicherte, also im Regelfall Personen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, zeigten unter gleichzeitiger Kontrolle für andere Risikofaktoren im Vergleich zu den übrigen Erwerbspersonen eine um 20 Prozent reduzierte Wahrscheinlichkeit für Verordnungen von Psychopharmaka, ein um 35 Prozent reduziertes Risiko für eine Krankenhausbehandlung aufgrund psychischer Störungen, ein um 9 Prozent leicht reduziertes Risiko für anderweitige Krankenhausbehandlungen und eine um 21 Prozent reduzierte Sterblichkeit.

Familienversicherte Ehepartner

Nach allen vier Modellrechnungen ist dem Vorhandensein eines familienversicherten Ehepartners (zum Stichtag am 1. Januar 2015) nur ein vergleichsweise geringer unabhängiger Einfluss auf gesundheitliche Risiken zuzuschreiben, wobei das Risiko für Krankenhausbehandlungen mit somatischen Diagnosen bei Personen mit Partner sogar geringfügig über dem der Erwerbspersonen ohne einen familienversicherten Partner lag.

Familienversicherte Kinder

Wahrscheinlichkeiten für gesundheitliche Risiken innerhalb des Jahres 2015 beziehungsweise der Jahre 2015 und 2016 waren bei Erwerbspersonen mit familienversicherten Kindern (zum Stichtag am 1. Januar 2015) durchgängig und insbesondere bei Personen mit zwei oder mehr Kindern im Vergleich zu Wahrscheinlichkeiten bei Erwerbspersonen ohne Kinder reduziert. Am deutlichsten erscheinen die in Modell 4

ermittelten Einflüsse auf die Sterblichkeit, die bei Personen mit zwei oder mehr Kindern um rund ein Drittel unter derjenigen von Personen ohne Kinder liegt (OR: 0,66; 95%-KI: 0,60 – 0,73). Damit zeigen sich recht ähnliche Ergebnisse wie bereits bei der Gegenüberstellung von beobachteten und geschlechts- und altersabhängig erwarteten Sterberaten in Abbildung 41 auf Seite 115).

Wohnortwechsel 2014

Vorausgehende Wohnortwechsel wirken sich in allen vier Modellen auch unter gleichzeitiger Kontrolle für die Effekte anderweitiger Risikofaktoren negativ beziehungsweise im Sinne einer Steigerung gesundheitlicher Risiken in nachfolgenden Zeiträumen aus. In der vergleichsweise kleinen Gruppe der 0,5 Prozent Personen mit zwei oder mehr Wohnortwechseln innerhalb des Jahres 2014 war im Vergleich zu Personen ohne Wohnortwechsel die Wahrscheinlichkeit für Verordnungen von Psychopharmaka um 57 Prozent, die für Krankenhausbehandlungen aufgrund psychischer oder somatischer Störungen um 157 beziehungsweise 23 Prozent und die Sterbewahrscheinlichkeit um 50 Prozent erhöht.

Beschäftigung und Arbeitslosigkeit

In den vier Modellrechnungen wurden sowohl Risiken bei Beschäftigungen in Arbeitnehmerüberlassung als auch bei Arbeitslosengeld-I-Bezug (ALG-I) zu Beginn des Jahres 2015 mit den gesundheitlichen Risiken von zu diesem Zeitpunkt regulär Beschäftigten verglichen.

Für Beschäftigte in Arbeitnehmerüberlassung zeigten sich im Vergleich zu regulär Beschäftigten merklich erhöhte Wahrscheinlichkeiten für Krankenhausaufenthalte aufgrund psychischer Störungen sowie eine um rund 30 Prozent erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit. Wahrscheinlichkeiten für Psychopharmaka-Verordnungen sowie Krankenhausaufenthalte mit vorrangig somatischen Anlässen waren nur geringfügig erhöht. Bei Personen mit ALG-I-Bezug fielen die Unterschiede zu Personen mit regulärer Beschäftigung demgegenüber durchweg erheblich deutlicher aus. Hervorzuheben ist insbesondere die auch bei gleichzeitiger Kontrolle für anderweitige Risikofaktoren noch um 80 Prozent erhöhte Sterblichkeit von ALG-I-Empfängern im Vergleich zu regulär Beschäftigten (OR: 1,80; 95%-KI: 1,61 – 2,00).

Befristung von Arbeitsverträgen

Beschäftigte mit unbefristeten Arbeitsverträgen wiesen in den vier Modellrechnungen unter gleichzeitiger Kontrolle für Effekte anderer Risikofaktoren im Vergleich zu Beschäftigten mit befristeten Arbeitsverträgen leicht bis moderat reduzierte gesundheitliche Risiken auf.

Resümee

Weitgehend alle der berücksichtigten Merkmale im Sinne von Risikofaktoren für gesundheitliche Einschränkungen zeigen auch in den hier durchgeführten multivariaten Modellrechnungen unter einer gleichzeitigen Berücksichtigung der unterschiedlichen Effekte ähnliche Einflüsse wie bereits in Gegenüberstellungen, bei denen lediglich geschlechts- und altersabhängige Effekte eliminiert beziehungsweise durch das methodische Vorgehen rechnerisch bereinigt wurden. Insgesamt werden damit die Ergebnisse und inhaltlichen Aussagen der vorausgehenden Auswertungen grundsätzlich bestärkt.

Hinsichtlich aller berücksichtigter Merkmale lassen sich auch statistisch signifikante Einflüsse auf die Sterblichkeit nachweisen, wobei die Bedeutung der statistischen Signifikanz vor dem Hintergrund der Größe der betrachteten Untersuchungspopulation zweitrangig erscheint, da hier auch eher graduelle Unterschiede oftmals statistisch abgesichert werden können. Auch inhaltlich relevant erscheint zweifellos die merklich erhöhte Sterblichkeit von Arbeitslosen, zumal bei den vorliegenden Auswertungen lediglich Arbeitslose mit ALG-I-Bezug und dabei ohne jegliche Differenzierung nach Dauer des Arbeitslosengeld-Bezuges berücksichtigt wurden.

Ergänzend zu vorausgehenden Abschnitten weisen Überlegungen zur Altersabhängigkeit von gesundheitlichen Einschränkungen im vorliegenden Abschnitt darauf hin, dass nicht ausschließlich diejenigen Erkrankungen und Faktoren, welche zu einer erhöhten Sterblichkeit führen, mit individuell bedeutsamen Einschränkungen der Gesundheit und damit letztendlich auch der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden sind. Sterblichkeit und Lebenserwartung sind wesentliche, aber keineswegs die allein entscheidenden Faktoren im Hinblick auf die Gesundheit.

Allgemeine methodische Grundlagen

Datengrundlage und Methoden

Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten und Kennzahlen

Der folgende Abschnitt liefert allgemeine Hintergrundinformationen, die für das Verständnis von Statistiken der Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeiten relevant erscheinen und richtet sich damit vorrangig an diejenigen Leser, die sich noch nicht intensiver mit diesem Thema befasst haben.

Statistiken und Berichte gesetzlicher Krankenkassen zu Arbeitsunfähigkeiten haben in Deutschland eine lange Tradition. Die Verpflichtung eines Arbeitnehmers zur Meldung einer Arbeitsunfähigkeit nicht nur bei seinem Arbeitgeber, sondern auch bei der für ihn zuständigen Krankenkasse, resultiert aus dem Anspruch der Versicherten auf Krankengeldzahlungen. Während ein Arbeitnehmer typischerweise innerhalb der ersten sechs Wochen einer erkrankungsbedingten Arbeitsunfähigkeit Anrecht auf eine Gehaltsfortzahlung seitens des Arbeitgebers hat, ist bei länger andauernder Arbeitsunfähigkeit die Krankenkasse für Entgeltersatzleistungen zur finanziellen Absicherung des Lebensunterhaltes in Form von direkten Krankengeldzahlungen an den Arbeitnehmer sowie für Beitragszahlungen an andere Sozialversicherungsträger zuständig. Um diese Ansprüche eines erkrankten Arbeitnehmers erkennen und überprüfen zu können, benötigen Krankenkassen Informationen zu Arbeitsunfähigkeiten.

Betroffener Personenkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung

Entsprechend der zuvor genannten Begründung existieren bei Krankenkassen regelmäßig nur Daten zu Arbeitsunfähigkeiten bei Versicherten, die gegebenenfalls auch einen Anspruch auf Krankengeldzahlungen haben. Hierzu zählen neben den meisten versicherungspflichtig beschäftigten Mitgliedern der Kasse auch Arbeitslosengeld-I-Empfänger, nicht jedoch Arbeitslosengeld-II-Empfänger oder beispielsweise berufstätige Altersrentner. Daten zu Arbeitsunfähigkeiten existieren in Krankenkassen also grundsätzlich nur zu einem umschriebenen Personenkreis, was insbesondere bei der Aufbereitung der Daten für statistische Auswertungen zu beachten ist.

Arbeitslose und Berufstätige bilden nach allgemeiner Sprachregelung gemeinsam die Gruppe der **Erwerbspersonen**, wobei sich Auswertungen im Gesundheitsreport grundsätzlich auf diejenige Gruppe von Erwerbspersonen mit Krankengeldanspruch beschränken.

Besonderheiten der Meldung kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeiten

Regelmäßig beim Arbeitgeber zu melden sind Arbeitsunfähigkeiten erst, wenn diese länger als drei Tage dauern. Eine Bescheinigung ist dann gleichfalls umgehend bei der Krankenkasse einzureichen. Vor diesem Hintergrund sind die Daten der Krankenkassen zu kurzen Arbeitsunfähigkeiten nicht unbedingt vollständig. Dennoch enthalten die Daten von Krankenkassen regelmäßig auch viele Meldungen zu kurzdauernden Arbeitsunfähigkeiten, die zum Beispiel aus tarifvertraglich festgelegten Verpflichtungen zur frühzeitigeren Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder auch aus persönlicher Überzeugung des Arbeitnehmers, sich Fehlzeiten besser ärztlich bescheinigen zu lassen, resultieren können. Die Aussagekraft der erkrankungsbedingten Gesamtfehlzeiten in Krankenkassendaten, die maßgeblich von längeren Erkrankungsfällen abhängen, dürften durch das Fehlen von Angaben zu einem Teil kurzdauernder Fälle nur in geringem Maße beeinflusst werden.

Methodische Unterschiede zu anderen Statistiken

Zum Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen erscheinen in Deutschland insbesondere auf Initiative einiger gesetzlicher Krankenkassen regelmäßig eine Reihe von Publikationen. Eine relativ große öffentliche Wahrnehmung erreichten zudem Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum aktuellen Krankenstand, der vom BMG regelmäßig auf der Basis von Angaben gesetzlicher Krankenkassen kassenübergreifend ermittelt wird. Des Weiteren dürfte eine Vielzahl unternehmensinterner Statistiken existieren, die in der Regel Außenstehenden allerdings nicht öffentlich zugänglich sind. Obwohl weder alle publizierten Auswertungen von Krankenkassen noch die internen Auswertungen von Arbeitgebern jeweils auf einer festgeschriebenen, einheitlichen Methodik beruhen, weisen die drei genannten Quellen einige grundlegende Unterschiede auf, die bei Gegenüberstellungen, auch ohne Detailkenntnis der Quelle, zu bedenken sind.

- **Krankenkassen** berücksichtigen als Arbeitsunfähigkeitszeiten die ärztlich bescheinigten Tage einer Arbeitsunfähigkeit. Dabei wird, weitgehend zwangsläufig, nicht zwischen den Arbeitstagen einer Woche und Wochenenden oder anderweitig potenziell arbeitsfreien Tagen differenziert, da einer Kasse keine Informationen zu den individuellen regulären Arbeitszeiten vorliegen. Die bescheinigten Erkrankungstage werden entsprechend typischerweise, um Maßzahlen wie beispielsweise den Krankenstand zu berechnen, auf alle Versicherungstage eines Arbeitnehmers bezogen.

- **Arbeitgeber** dürften demgegenüber erkrankungsbedingte Fehlzeiten vorrangig bezogen auf die regulär vereinbarten Arbeitszeiten betrachten. Da Fehlzeiten an regulären Arbeitstagen erfahrungsgemäß höher als an überwiegend arbeitsfreien Tagen liegen, dürften interne Statistiken von Arbeitgebern tendenziell etwas höhere anteilige Fehlzeiten als Statistiken zu einer vergleichbaren Population auf der Basis von Daten einer Krankenkasse ausweisen.
- Die **kassenübergreifenden Statistiken** des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu Krankenständen in Deutschland basieren auf zeitnahen Meldungen entsprechender Daten von allen gesetzlichen Krankenkassen. An das BMG gemeldet werden von den Krankenkassen allerdings innerhalb eines Jahres für die Statistik nur die Angaben zu Arbeitsunfähigkeiten an zwölf Stichtagen jeweils am Monatsersten. Da Monatserste überdurchschnittlich häufig auf Feiertage fallen, an denen durchschnittlich weniger Krankmeldungen vorliegen, wird der Krankenstand im Jahresmittel durch diese Stichtagsstatistik regelmäßig unterschätzt. Für die Interpretation noch problematischer ist, dass die Zahl der Stichtage an Wochenenden oder gesetzlichen Feiertagen von Jahr zu Jahr zum Teil merklich variieren kann und so Ergebnisse aus einzelnen Jahren nur eingeschränkt vergleichbar sind.

Während bei Auswertungen einer einzelnen Krankenkasse jeweils die Frage gestellt werden muss, ob ein bestimmtes Ergebnis so auch für Versicherte anderer Kassen und damit weitgehend allgemein für Deutschland gilt, kann nach den vorausgehenden Ausführungen auch die kassenübergreifende Statistik des BMG keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben und unterliegt bei der Interpretation von Trends oftmals eher noch gravierenderen Einschränkungen als Auswertungsergebnisse einzelner Kassen.

Arbeitsunfähigkeiten – wesentliche Determinanten

Obwohl Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten bereits seit vielen Jahren von Krankenkassen veröffentlicht werden und dabei oftmals zu den ersten publizierten gesundheitsbezogenen Statistiken der Kassen gehörten, ist die Interpretation der Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten keinesfalls einfach. Dies gilt insbesondere, sofern Arbeitsunfähigkeiten nicht ausschließlich wirtschaftlich bilanziert werden sollen, sondern auch Rückschlüsse auf gesundheitliche Belastungen und Defizite in unterschiedlichen Gruppen oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten thematisiert werden. Bei der Interpretation von Ergebnissen sind viele, zumindest potenziell wirksame, Einflüsse zu bedenken, von denen nachfolgend einige wesentliche genannt und erläutert werden sollen.

- **Arbeitsunfähigkeit als Folge gesundheitlicher Einschränkungen** entspricht der primären und direkten Interpretation einer gemeldeten Arbeitsunfähigkeit als Hinweis auf den gesundheitlichen Zustand des Betroffenen. Ob dabei die gesundheitlichen Einschränkungen ihrerseits Folge der Berufstätigkeit sind oder anderweitige Gründe haben, muss im Einzelfall in der Regel zunächst offen bleiben. Relativ eindeutig sind entsprechende Zusammenhänge lediglich bei Arbeits- und Wegeunfällen, die allerdings nur eine kleinere Teilmenge der erfassten Arbeitsunfähigkeiten bilden. Wichtig erscheint in diesem Kontext zudem der Hinweis, dass gesundheitliche Einschränkungen erst ab einer bestimmten Schwelle zu einer Arbeitsunfähigkeit mit Fernbleiben vom Arbeitsplatz führen. Ein Arbeitnehmer kann beispielsweise durchaus schon lange unter leichteren Kopfschmerzen gelitten haben, ehe er sich wegen zunehmender Beschwerden krankschreiben lässt. Geht ein Arbeitnehmer trotz einer Erkrankung und erheblicher Beschwerden weiterhin regelmäßig zur Arbeit, spricht man von Präsentismus. Auch diese Erkrankungen werden in Daten zu Arbeitsunfähigkeiten nicht abgebildet.
- **Arbeitsunfähigkeiten in Abhängigkeit von tätigkeitsspezifischen Anforderungen** Unterschiedliche Tätigkeiten stellen unterschiedliche mentale und körperliche Anforderungen. Während beispielsweise eine leichtere Fußverletzung bei ausschließlicher Bürotätigkeit am Schreibtisch weitgehend ohne Fehlzeiten verheilen kann, kann eine identische Verletzung bei körperlich belastenden Tätigkeiten, beispielsweise bei Briefträgern, zu unzweifelhaft begründeten mehrwöchigen Arbeitsausfällen führen.
- **Gesundheit als Folge von tätigkeitsspezifischen Anforderungen** Für sehr belastende oder herausgehobene und verantwortungsvolle Tätigkeiten werden oftmals überdurchschnittlich gesunde Personen ausgewählt, deren vergleichsweise gute Gesundheit und ggf. geringe Arbeitsunfähigkeit dann keinesfalls Rückschlüsse auf besonders günstige Arbeitsplatzbedingungen erlaubt. Entsprechende Selektionseffekte, die zu scheinbar paradoxen Ergebnissen führen können, werden in der Epidemiologie englischsprachig als „Healthy Worker Effekt“ bezeichnet.
- **Weitere primär erkrankungsunabhängige Einflüsse** Auswirkungen auf Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeiten können eine Reihe weiterer Faktoren haben. Nach der Beobachtung von typischerweise gegenläufigen Zyklen der Konjunktur und Krankenständen lassen sich bei negativer konjunktureller Entwicklung mit zunehmender Arbeitsplatzunsicherheit rückläufige Krankenstände erwarten und umgekehrt.

Das Klima am Arbeitsplatz dürfte unterschiedliche Auswirkungen haben. Höhere Krankenstände können Folge eines schlechten Betriebsklimas oder allgemein hoher Belastungen am Arbeitsplatz sein. Zählt man Angst um den Erhalt des Arbeitsplatzes als einen Aspekt des Betriebsklimas, kann ein negatives Betriebsklima jedoch auch zur Vermeidung von berechtigten Fehlzeiten (im Sinne von Präsentismus) führen.

Höhere Eigenverantwortung am Arbeitsplatz ist mit eher geringeren Fehlzeiten assoziiert. Dies kann die positive Folge einer höheren Zufriedenheit sein, negativ jedoch auch auf der individuellen Einschätzung beruhen, dass die Arbeit bei eigener Abwesenheit schlicht liegen bleibt.

Auch gesetzliche Regelungen können Kennzahlen beeinflussen. Einschränkungen von Möglichkeiten zum vorzeitigen Eintritt in die Altersrente dürften in vergangenen Jahren zu eher höheren Fehlzeiten geführt haben.

Durch die Einführung von Arbeitslosengeld II im Jahr 2005 werden Arbeitsunfähigkeiten bei vielen Langzeitarbeitslosen regulär nicht mehr bei Krankenkassen gemeldet, womit diese Personengruppe mit allgemein überdurchschnittlichen gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr sinnvoll in Statistiken zu Arbeitsunfähigkeiten berücksichtigt werden kann, was zu eher reduzierten Fehlzeiten in Statistiken führt.

Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens

Zur Beschreibung des Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehens existiert eine Reihe von Kennzahlen, deren allgemeine Bedeutung und Berechnung für den vorliegenden Gesundheitsreport an dieser Stelle erläutert werden soll.

- **Betroffenheitsquoten (AU-Quoten)** geben den prozentualen Anteil derjenigen Personen an, der innerhalb eines bestimmten Zeitraums – hier innerhalb eines Kalenderjahres – mindestens einen Tag von einer Arbeitsunfähigkeit betroffen war. Der verbleibende (beziehungsweise komplementäre) Anteil der Personen war innerhalb des Jahres entsprechend von keiner Arbeitsunfähigkeitsmeldung betroffen. Betroffenheitsquoten beziehen sich bei ihrer Berechnung immer auf Personen (und damit ausnahmsweise nicht auf Versicherungsjahre)²¹. Üblicherweise ist innerhalb eines Jahres etwa die Hälfte aller Erwerbspersonen von mindestens einer Arbeitsunfähigkeit betroffen.
- **Versicherungsjahre (VJ)** werden aus den in Krankenkassendaten dokumentierten Versicherungstagen berechnet und bilden die Bezugsgröße für die meisten Kennzahlen. Für Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten werden dabei, aus bereits genannten Gründen, nur Versicherungszeiten zu Erwerbspersonen mit Krankengeldanspruch berücksichtigt. Ist jemand über 365 Tage innerhalb eines Jahres versichert, resultiert bei der Berechnung genau ein Versicherungsjahr, bei Versicherung über 182 Tage lediglich etwa 0,5 VJ. Ein Bezug der Arbeitsunfähigkeiten auf Versicherungsjahre berücksichtigt die Tatsache, dass innerhalb kürzerer Versicherungszeiten, z.B. bei Kassenwechsel, regelmäßig auch nur kürzere Arbeitsunfähigkeitsintervalle erfasst werden, was bei Berechnungen "pro Person" zu fälschlich erniedrigten Maßzahlen führen würde.
- **Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre (AU-Fälle je 100 VJ)** gibt die Anzahl der abgrenzbaren Arbeitsunfähigkeitsfälle an, die – sinngemäß je 100 durchgängig versicherte Personen – innerhalb eines Jahres erfasst wurden. Durch einen Bezug auf 100 VJ kann die Lesbarkeit der Zahlenwerte (mit dann weniger Nachkommastellen) erhöht werden, ohne die inhaltliche Bedeutung zu ändern. Ein AU-Fall je VJ entspricht beispielsweise 100 AU-Fällen je 100 VJ. Durchschnittlich ist bei Erwerbspersonen etwa mit AU-Fallzahlen in der Größenordnung dieses Zahlenbeispiels zu rechnen, also mit etwa einem Fall pro Jahr pro Person beziehungsweise mit 100 Fällen je 100 Beschäftigte.

²¹ Bei Berechnungen zum Gesundheitsreport wurden dabei ausschließlich Personen berücksichtigt, die bereits am 1. Januar des Jahres bei der BARMER bzw. BARMER GEK versichert waren.

- **Arbeitsunfähigkeitstage je Fall (AU-Tage je Fall)** geben die durchschnittliche Dauer einzelner Arbeitsunfähigkeitsfälle an. Die Dauer variiert erheblich in Abhängigkeit von der Erkrankungsdiagnose. Diagnoseübergreifend liegt sie durchschnittlich typischerweise oberhalb von 10 Tagen je Arbeitsunfähigkeitsmeldung.
- **Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre (AU-Tage je 100 VJ)** ist ein Maß für die innerhalb eines Jahres erfassten erkrankungsbedingten Fehlzeiten und damit die wohl relevanteste Maßzahl des Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehens. Pro Jahr werden je Beschäftigtem aktuell im Durchschnitt typischerweise mehr als 15 Arbeitsunfähigkeitstage erfasst, je 100 durchgängig Beschäftigte sind es entsprechend deutlich mehr als 1.500 gemeldete erkrankungsbedingte Fehltag pro Jahr.

Der **Krankenstand** lässt sich auf der Basis von Daten einer Krankenkasse durch Teilen der erfassten AU-Tage durch die Versicherungstage berechnen und gibt dann, zumeist als Prozentwert, den Anteil der erkrankungsbedingten Fehltag an allen Versicherungstagen innerhalb des Beobachtungszeitraums an. Der Krankenstand beschreibt inhaltlich denselben Sachverhalt wie das zuvor genannte Maß "AU-Tage je 100 VJ". Eine Umrechnung ist jederzeit möglich:

$$\text{Krankenstand [\%]} = (\text{AU-Tage je 100 VJ}) / 365$$

beziehungsweise umgekehrt

$$\text{AU-Tage je 100 VJ} = \text{Krankenstand [\%]} * 365$$

Üblicherweise fehlen an einzelnen Tagen des Jahres bundesweit jeweils mehr als 4 Prozent der Beschäftigten eines Betriebes.

Erwerbspersonen in der BARMER

In diesem Abschnitt finden sich ergänzende Hinweise zu den Datengrundlagen für Auswertungen zum BARMER Gesundheitsreport und zu spezifischen Aufbereitungsmethoden.

Grundsätzlich beziehen sich alle Auswertungen im Gesundheitsreport ausschließlich auf Personen, die im Auswertungszeitraum – hier vorrangig die dokumentierten Versicherungstage im Kalenderjahr 2015 und 2016 – als Erwerbspersonen bei der BARMER beziehungsweise BARMER GEK versichert waren. Mit dem Begriff **Erwerbspersonen** werden dabei in der Arbeitsmarktforschung allgemein sowohl Berufstätige als auch Arbeitslose bezeichnet. Im Gesundheitsreport wird mit dem Begriff diejenige Gruppe von Mitgliedern bezeichnet, denen bei längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten ggf. typischerweise Krankengeldzahlungen seitens der Krankenkasse zustehen und die vor genau diesem Hintergrund auch zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei ihrer Krankenkasse verpflichtet sind. Betrachtet werden damit im Gesundheitsreport sowohl sozialversicherungspflichtig Beschäftigte als auch Arbeitslosengeld-I-Empfänger. Demgegenüber konnten Arbeitslosengeld-II-Empfänger nicht berücksichtigt werden, da sie von der Krankenkasse kein Krankengeld erhalten und insofern auch nicht zur Abgabe von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei der Krankenkasse verpflichtet sind.

Ergebnisse im Gesundheitsreport basieren auf taggenauen Zuordnungen von dokumentierten Arbeitsunfähigkeitsintervallen und Versicherungszeiten, wobei ausschließlich AU-Tage bei Versicherung mit Erwerbspersonenstatus berücksichtigt werden. Insofern werden in der Regel keine AU-Zeiten oder -Fälle in Bezug auf Personen, sondern regelmäßig in Bezug auf Versicherungsjahre berichtet, womit auch Personen mit unvollständigen Versicherungszeiten innerhalb des Jahres adäquat berücksichtigt werden können. Als ein **Versicherungsjahr** wird dabei rechnerisch jeweils die Versicherung einer Person über 365 Tage berücksichtigt. In Schaltjahren können dadurch geringe Diskrepanzen zwischen Angaben zu jahresdurchschnittlichen Versichertenzahlen und den berechneten Versicherungsjahren resultieren.

Daten der BARMER umfassen Angaben zu einem ausgesprochen großen Personenkreis. Für die Auswertungen zum Jahr 2015 und 2016 konnten **im Jahresdurchschnitt Daten zu jeweils mehr als 3,5 Millionen Erwerbspersonen** im Alter zwischen 15 und 64 Jahren berücksichtigt werden (vgl. auch Tabelle 42). Bundesweite Zahlen zu Erwerbspersonen im hier verwendeten Sinn lassen sich nur schwer ermitteln. Besser und relativ zeitnah verfügbar sind über die Bundesagentur für Arbeit vor-

läufige Angaben zur Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland sowie auf regionaler Ebene. Vergleicht man die Anzahl der im Report im Jahresdurchschnitt 2016 berücksichtigten sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland mit der Zahl der Beschäftigten in Deutschland im Mittel über die Monate Januar bis Dezember 2016 nach vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit, lässt sich festhalten, dass bei Auswertungen zum Report etwa 10,9 Prozent aller Beschäftigten in Deutschland berücksichtigt werden konnten. Bundeslandbezogen variiert dieser approximativ für 2016 ermittelte Anteil zwischen 4,2 Prozent in Bremen und 22,3 Prozent in Brandenburg.

Tabelle 42 Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2016

Bundesland	Jahresdurchschnittliche Anzahl Personen			Anteil Beschäftigte an Gesamtzahl in Deutschland
	Männer	Frauen	Gesamt	
Baden-Württemberg	153.191	179.514	332.705	7,3%
Bayern	207.132	262.669	469.801	8,7%
Berlin	69.153	88.854	158.007	11,2%
Brandenburg	81.513	105.895	187.408	22,3%
Bremen	6.657	7.181	13.838	4,2%
Hamburg	34.902	39.325	74.227	7,7%
Hessen	136.466	161.880	298.346	11,8%
Mecklenburg-Vorpommern	43.666	60.043	103.709	18,0%
Niedersachsen	135.049	165.958	301.007	10,3%
Nordrhein-Westfalen	371.264	484.200	855.464	12,7%
Rheinland-Pfalz	80.127	105.714	185.841	13,3%
Saarland	24.795	28.169	52.964	13,6%
Sachsen	51.798	72.124	123.921	7,8%
Sachsen-Anhalt	46.794	67.580	114.374	14,2%
Schleswig-Holstein	68.087	82.522	150.610	15,6%
Thüringen	38.928	50.587	89.516	11,0%
BUNDESWEIT	1.565.974	1.981.850	3.547.824	10,9%

BARMER GEK 2016, bei Auswertungen berücksichtigte Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre; Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Wohnort im Inland an deren Gesamtzahl der Beschäftigten in Deutschland nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit zu den Monaten März, Juni, September und Dezember 2016.

Datenbasis Arbeitsunfähigkeitsauswertungen

Tabelle 43 listet absolute Angaben zu Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen aus dem Jahr 2016, die im Rahmen der Auswertungen zum Gesundheitsreport in einzelnen Bundesländern berücksichtigt werden konnten. Diese variierten zwischen 17 Tsd. AU-Fällen mit 234 Tsd. AU-Tagen in Bremen und 1,1 Mio. Fälle mit 16 Mio. Tagen in Nordrhein-Westfalen. Selbst im Land Bremen ergibt sich damit noch eine empirisch recht breite Auswertungsbasis. Bei bundesweiten Auswertungen zum Jahr 2016 wurden 4,60 Mio. AU-Fälle und 66,84 Mio. AU-Tage berücksichtigt.

Tabelle 43 AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2016

Bundesland	Anzahl AU-Fälle 2016 absolut	Anzahl AU-Tage 2016 absolut
Baden-Württemberg	387.070	5.153.209
Bayern	555.650	7.535.350
Berlin	207.969	3.174.817
Brandenburg	282.378	4.362.221
Bremen	17.186	234.711
Hamburg	86.892	1.205.766
Hessen	392.657	5.382.763
Mecklenburg-Vorpommern	157.551	2.413.478
Niedersachsen	396.080	5.675.235
Nordrhein-Westfalen	1.074.613	16.046.076
Rheinland-Pfalz	240.970	3.557.082
Saarland	67.778	1.158.278
Sachsen	175.941	2.575.612
Sachsen-Anhalt	176.150	2.662.087
Schleswig-Holstein	197.469	2.868.614
Thüringen	138.086	2.112.427
BUNDESWEIT	4.603.912	66.844.255

BARMER GEK 2016, AU-Fälle und AU-Tage zu den bei Auswertungen berücksichtigten Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre.

Klassifikationssysteme, Diagnoseschlüssel, Methoden

In diesem Abschnitt werden Hinweise zu Klassifikationssystemen wie Berufs-, Branchen- und Diagnoseschlüsseln und zur Geschlechts- und Altersstandardisierung gegeben.

Üblicherweise werden bestimmte Informationen, wie beispielsweise Erkrankungsdiagnosen, in routinemäßig erfassten Daten nicht als Freitextangaben, sondern unter Rückgriff auf sogenannte Kodierschlüssel oder Klassifikationssysteme, erfasst. Diese Klassifikationssysteme beschränken durch eine Vorgabe zulässiger Einträge die Angabemöglichkeiten, sind in der Praxis jedoch unabdingbare Voraussetzung für vergleichende statistische Auswertungen größerer Datenbestände. Bei der Erfassung von Arbeitsunfähigkeiten spielen neben Diagnoseschlüsseln auch Schlüssel zur Angabe von Branchen und Berufen eine Rolle (siehe weiter unten).

Diagnoseschlüssel – ICD10

Zur Dokumentation von Erkrankungsdiagnosen für Statistiken wird in Deutschland seit dem Jahr 2000 nahezu ausschließlich die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ in der 10. Revision, kurz die ICD10, verwendet. Grundsätzlich handelt es sich bei der ICD um ein international gebräuchliches Klassifikationssystem. Die Pflege und Weiterentwicklung obliegt der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In Deutschland ist für die Betreuung und Bereitstellung das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information



DIMDI zuständig. Typischerweise werden vom DIMDI jährlich aktualisierte und angepasste Versionen der ICD10 bereitgestellt, deren Verwendung dann in vielen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems obligat vorgeschrieben ist (vgl. im Internet <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>).

Gliederung

Die ICD10 ist hierarchisch aufgebaut und umfasst auf der höchsten Gliederungsebene 22 sogenannte Kapitel, wobei das Kapitel 20 regulär ausschließlich in der Todesursachenstatistik verwendet wird (vgl. auch Tabelle 44). Die nachfolgende Ebene sogenannter (Diagnose-)Gruppen umfasst mehr als 200 unterschiedliche Einträge, auf der Ebene 3-stelliger Diagnoseschlüssel, welche immer aus einem Buchstaben und zwei Ziffern bestehen, werden bereits mehr als 1.600 Krankheiten und Zustände differenziert. Nähere Informationen sind auf den Internetseiten des DIMDI verfügbar.

Tabelle 44 Diagnosekapitel der ICD10

Kapitelnummer, Bezeichnung, Schlüssel		Anmerkungen, Beispiele
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	Infekte insbesondere des Magen-Darm-Traktes, ohne Atemwegsinfekte, ohne Grippe
II	Neubildungen (C00-D48)	Bösartige und (seltener) gutartige Neubildungen
III	Krankheiten des Blutes u. der blutbildenden Organe sowie bestimmte (D50-D90)	Bluterkrankungen, auch Blutarmut
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes
V	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	Depressionen, aber auch z.B. Alkoholprobleme
VI	Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	Migräne, Epilepsie
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	Bindehautentzündungen, Glaukom
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	Mittelohrentzündung
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Bluthochdruck, Herzinfarkt
X	Krankheiten d. Atmungssystems (J00-J99)	Erkältung, Grippe, Asthma
XI	Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	Darmentzündungen, Sodbrennen, Leistenbruch, Gallensteine, auch Zahnerkrankungen
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	Akne, Furunkel
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u. des Bindegewebes (M00-M99)	Rückenschmerzen, Wirbelsäulenerkrankungen, Kniegelenkserkrankungen
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	Harnwegsinfekte
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	Vorzeitige Wehen, Schwangerschaftsprobleme
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben (P00-P96)	Als Diagnose von Arbeitsunfähigkeiten selten
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	Fußfehlstellungen, Herzfehler
XVIII	Symptome u. abnorme klinische u. Laborbefunde, die anderenorts nicht (R00-R99)	Bauchschmerzen, Fieber, Erbrechen
XIX	Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	Verstauchungen, Frakturen
XX	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (V01-Y84)	Wird regulär nur ergänzend bei der Kodierung von Todesursachen verwendet
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00-Z99)	Früherkennungsuntersuchungen
XXII	Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U99)	Selten verwendet, z.T. vorläufige Schlüssel für neue Erkrankungen

Berufe – Schulbildung – Ausbildung

Traditionell werden bei gesetzlichen Krankenversicherungen, wie auch bei anderen Sozialversicherungsträgern, Angaben zur ausgeübten Tätigkeit, zur beruflichen Stellung sowie zur Ausbildung ihrer sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder erfasst, die zuvor von den Arbeitgebern an die Krankenkasse übermittelt wurden. Obwohl die Aktualität und Gültigkeit (Validität) entsprechender Angaben gelegentlich in Zweifel gezogen wurde, lassen sich bei Beschäftigten aus unterschiedlichen Tätigkeitsgruppen empirisch erheblich unterschiedliche Fehlzeiten und Erkrankungsmuster, insbesondere auch im Hinblick auf Arbeitsunfälle, beobachten (vgl. z.B. BARMER GEK Arztreport 2010, Abbildungen Seite 204 und Seite 212). Trotz gelegentlicher Zweifel an der Validität lassen sich demnach für die real verfügbaren Angaben zur Tätigkeit empirisch deutliche und insgesamt plausibel erscheinende Zusammenhänge mit dem Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen nachweisen. Die ausgeübte Tätigkeit zählt damit zweifellos zu einer der wichtigsten Determinanten für gemeldete Fehlzeiten, was sich auf unterschiedliche Faktoren zurückführen lässt (vgl. auch Textabschnitte ab Seite 143).

Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung

Bis Ende November 2011 wurden Angaben zur Tätigkeit unter Verwendung einer bereits seit 1988 – und im Jahr 2003 nur leicht modifizierten - Systematik, der sogenannten „Klassifizierung der Berufe“, des „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung - Ausgabe 2003“ erfasst. Diese wurde in den vergangenen Jahren auch für die Darstellung der Kennzahlen zu Arbeitsunfähigkeit nach Ausbildung und Beruf im Gesundheitsreport der BARMER genutzt.

Seit dem 1. Dezember 2011 ist für die Meldung von Tätigkeiten an Sozialversicherungsträger gemäß § 28 a Sozialgesetzbuch IV (SGB IV) das „Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung – Ausgabe 2010“ mit 9-stelligem Schlüssel maßgeblich. Mit dieser Aktualisierung des Schlüsselverzeichnisses soll den Veränderungen des Arbeitsmarktes Rechnung getragen werden.

Neben einer zeitgemäßerer Auswahl von Berufen beinhaltet der neue Schlüssel, auch eine Differenzierung zwischen Schulbildung und Ausbildungsabschluss, Teil- und Vollzeittätigkeiten in befristeten oder unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen sowie zwischen Leiharbeit und normalen Beschäftigungsverhältnissen.



Eine Online- sowie eine PDF-Version des neuen Schlüsselverzeichnis sind unter folgendem Link auf den Internetseiten der Bundesagentur für Arbeit (BA) erhältlich:
<https://www.arbeitsagentur.de/betriebsnummern-service/taetigkeitsschlüssel>.

An Stelle einer bis 2011 insgesamt fünfstelligen Angabe (mit drei Stellen zur Angabe der Tätigkeit, einer zur „Stellung im Beruf“ sowie einer Stelle zur „Ausbildung“) ist mit dem Schlüsselverzeichnis 2010 ein neunstelliger Schlüssel getreten.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Dieser beinhaltet Angaben zu den folgenden Sachverhalten von Beschäftigten:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Stellen 1 - 5: **Ausgeübte Tätigkeit** (sogenannte „Klassifikation der Berufe 2010“ - kurz auch „KldB 2010“)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Stelle 6: höchster allgemeinbildender **Schulabschluss**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Stelle 7: höchster beruflicher **Ausbildungsabschluss**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Stelle 8: **Arbeitnehmerüberlassung** beziehungsweise eine individuell bestehende Beschäftigung als Leiharbeiter

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Stelle 9: **Vertragsform** (es kann sowohl zwischen Voll- sowie Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen wie auch zwischen befristeten und unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen unterschieden werden)

Der fünfstellige Tätigkeitsschlüssel der KldB 2010 zur Angabe der ausgeübten Tätigkeit mit seinen insgesamt 1.286 Ausprägungen lässt sich auf Basis seiner ersten Ziffer in zehn übergeordnete Gruppen, sogenannte Berufsbereiche, gliedern (zum Beispiel mit einer ersten Ziffer „2“ für „Rohstoffgewinnung, Produktion & Fertigung“). Auf Basis der ersten beiden Ziffern lassen sich 37 Gruppen, sogenannte Berufshauptgruppen, unterscheiden (zum Beispiel mit den Ziffern „22“ für „Kunststoffherstellung & -verarbeitung, Holzbe- & -verarbeitung“).

Die ersten drei Ziffern erlauben eine Unterscheidung von 144 Gruppen (zum Beispiel mit den Ziffern „223“ für „Holzbe- & -verarbeitung“) und auf Basis der ersten vier Ziffern lassen sich schließlich bereits 700 Gruppen einteilen (zum Beispiel mit den Ziffern „2234“ für „Berufe im Holz-, Möbel- & Innenausbau“).

Anders als die fünf Stellen der KldB 2010 zur Tätigkeitsangabe zunächst vermuten lassen, beinhalten standardmäßige Bezeichnungen zu den neuen Tätigkeitsschlüsseln häufig keine anschaulicheren oder konkreteren Tätigkeitsangaben als der zuvor genutzte dreistellige Schlüssel. Eine wesentliche Rolle spielt dabei, dass insbesondere die fünfte Stelle des neuen Schlüssels (und teilweise auch die vierte) primär zur übergreifenden Kategorisierung von Tätigkeiten genutzt wird.

Der vierten Stelle der KldB kommt eine besondere Bedeutung zu, sofern diese durch eine 9 belegt ist. Die Ziffer 9 kennzeichnet an dieser Stelle gegebenenfalls Aufsichts- und Führungskräfte, wodurch diese von anderen Fachkräften abgegrenzt werden können.

Mit der fünften Stelle des Schlüssels wird ganz allgemein eine Gruppierung von Tätigkeiten entsprechend einer eigenen berufsübergreifenden Dimension „Anforderungsniveau“ in insgesamt vier Gruppen von 1 bis 4 vorgenommen, wobei die Ziffer 1 für „Helfer-/Anlernertätigkeiten“, 2 für „fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“, 3 für „komplexe Spezialistentätigkeiten“ und 4 für „hoch komplexe Tätigkeiten“ steht.

Um zur Meldung eines ausgeübten Berufes eine möglichst eindeutige und reproduzierbare Identifikation der Codierungen des neuen Tätigkeitsschlüssels zu ermöglichen beziehungsweise zu erleichtern, wurden von der Bundesagentur für Arbeit sowohl Internetseiten zur Schlüsselsuche eingerichtet als auch umfangreiche Berufslisten mit Zuordnungen zu geeigneten Schlüsseln bereitgestellt. Enthalten sind in dieser Liste rund 24.000 Berufsbezeichnungen, die jeweils einem der insgesamt 1.286 unterscheidbaren fünfstelligen Tätigkeitsschlüssel der KldB 2010 zugeordnet werden. In der Regel dürfte es ohne spezifisches Vorwissen erst nach Rückgriff auf entsprechende Berufslisten gelingen, eine zugehörige Codierung beziehungsweise Tätigkeitsgruppe für einen bestimmten Beruf zu identifizieren.

Insbesondere die Stellen sechs bis neun des neuen Schlüssels erlauben im Vergleich zum Vorgängerschlüssel deutlichere Abgrenzungen von relevanten Beschäftigtengruppen. Erstmals wird bei entsprechenden Meldungen zur Sozialversicherung klar zwischen Angaben zum allgemeinbildenden Schulabschluss und zum beruflichen Ausbildungsabschluss unterschieden sowie gegebenenfalls eine Arbeitnehmerüberlassung bei einzelnen Beschäftigten erfasst.

Gleichfalls neu ist eine Differenzierung von befristeten und unbefristeten Arbeitsverhältnissen. Zudem können Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse unabhängig von Angaben zur beruflichen Stellung beziehungsweise zum beruflichen Abschluss angegeben werden, was in dem bis 2011 verwendeten Schlüssel nicht möglich war.

Berufsfelder



Informationen zu der im Gesundheitsreport verwendeten Aufteilung der Berufe beziehungsweise Tätigkeiten in „Berufsfelder“ sind auf den Internetseiten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) unter dem nachfolgend genannten Link zu finden:

<http://bisds.infosys.iab.de/bisds/faces/Start.jsp>

Berufsfelder wurden bereits in den vergangenen Jahren im Gesundheitsreport zur Einteilung von Tätigkeiten in eine überschaubare Zahl von dennoch relativ anschaulich bezeichneten Gruppen genutzt. Die Aufteilung beruht auf einer vom IAB vorgenommen Zuordnung der nur bis 2011 verwendeten Tätigkeitsgruppen. Eine offizielle Zuordnung von aktuell verwendeten Tätigkeitsschlüsseln gemäß KldB 2010 zu Berufsfeldern existiert nicht. Allerdings ist mit gewissen Einschränkungen eine Rücküberleitung der neuen Tätigkeitsschlüssel auf die bis 2011 verwendeten alten Schlüssel und damit über Umwege auch eine Gruppierung der neuen Schlüssel nach Berufsfeldern möglich. Da sich bei diesem Vorgehen Ergebnisse ergeben, die gut mit Ergebnissen aus vorausgehenden Jahren vergleichbar sind, wird die Aufteilung in Berufsfelder auch weiterhin im Gesundheitsreport genutzt.

Branchen

Für eine Zuordnung und Differenzierung von Unternehmen nach Branchen wird in Deutschland aktuell die „Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008“ (WZ2008) verwendet. Sie ist hierarchisch aufgebaut und ist übergeordnet in 21 „Abschnitte“ gegliedert, die insgesamt in einer weiteren Differenzierung 88 „Abteilungen“ mit 272 „Gruppen“, 615 „Klassen“ und 839 „Unterklassen“ beinhalten. Während die übergeordneten 21 „Abschnitte“ mit Buchstaben von A bis R bezeichnet werden, werden die einzelnen Wirtschaftszweige mit effektiv maximal 5-stelligen Ziffernfolgen zwischen 01.11.0 und 99.00.0 (auf der Ebene von „Unterklassen“) gekennzeichnet.



Weiterführende Informationen sowie die vollständigen Angaben zur Klassifikation sind auf den Internetseiten des Statistischen Bundesamtes unter dem nachfolgend genannten Link verfügbar:

[https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/
GueterWirtschaftsklassifikationen/Content75/KlassifikationWZ08.html](https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/GueterWirtschaftsklassifikationen/Content75/KlassifikationWZ08.html)

Geschlechts- und Altersstandardisierung

Mit dem Begriff Standardisierung werden in der Epidemiologie vorrangig zwei Verfahren bezeichnet, die einen inhaltlich adäquaten Vergleich von Kennzahlen aus unterschiedlichen Populationen trotz bekannter Strukturunterschiede erlauben. Relativ häufig wird eine Standardisierung für die Merkmale Geschlecht und Alter vorgenommen. Erst nach einer entsprechenden Standardisierung lassen sich beispielsweise Erkrankungsraten oder Sterbeziffern aus Entwicklungsländern im Sinne von Gesundheitsindikatoren mit denen aus Industrienationen vergleichen. Vergleiche unstandardisierter Kennzahlen könnten demgegenüber, trotz einer geringen Lebenserwartung und ausschließlich als Folge einer jungen Bevölkerung, für bestimmte Entwicklungsländer geringere Sterbeziffern und Erkrankungsraten als in Industrienationen mit hoher Lebenserwartung aufzeigen, welche dann jedoch wenig über die gesundheitlichen Lebensbedingungen (sondern mehr über die Altersstruktur) aussagen würden. Vergleichbare Probleme können grundsätzlich auch bei Gegenüberstellungen von unterschiedlichen Versichertengruppen von Krankenkassen eine Rolle spielen.

Direkte Standardisierung

Ein überwiegender Teil der Ergebnisdarstellungen im Gesundheitsreport zeigt direkt alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse. Bei der direkten Standardisierung muss zunächst, und in gewissen Grenzen immer willkürlich, eine Standardpopulation gewählt werden. Anschließend werden für alle betrachteten Gruppen (z.B. für Versicherte in einzelnen Bundesländern) Ergebnisse ermittelt, die in den betrachteten Gruppen bei der (fiktiven) Annahme der Geschlechts- und Altersstruktur der Standardpopulation zu erwarten gewesen wären. Hierzu müssen die gewünschten Kennzahlen in jeder betrachteten Population zunächst für alle Geschlechts- und Altersgruppen (bei den vorliegenden Auswertungen für 20 Gruppen) jeweils separat berechnet werden. Erst anschließend können die Ergebnisse, unter Annahme be-

stimmter Bevölkerungsanteile in den einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen entsprechend den Anteilen in der ausgewählten Standardpopulation, wieder als standardisierte Werte zusammengefasst werden. Bezogen auf die beispielhaft genannten Bundesländer wird damit sinngemäß also so getan, als hätten Versichertengruppen aus allen Bundesländern eine identische (fiktive) Geschlechts- und Altersstruktur, nämlich genau die der anfangs ausgewählten Standardpopulation.

Die im Gesundheitsreport dokumentierten Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich damit nicht mehr (oder, streng genommen, allenfalls in geringem Umfang) mit einer unterschiedlichen Geschlechts- und Altersstruktur von Versicherten in einzelnen Bundesländern begründen, sondern weisen auf ein unterschiedliches Arbeitsunfähigkeitsmeldegeschehen innerhalb von übereinstimmenden Geschlechts- und Altersgruppen hin.

Standardpopulation – Veränderung bei Publikationen ab 2013

Zur Standardisierung wurden bis zum Gesundheitsreport 2012 Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland im Mai 1992 verwendet²². Die Auswahl der Standardpopulation entsprach den seinerzeit gültigen „Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des §20 SGB V“. Zwischenzeitlich wurden diese Empfehlungen aktualisiert. Zur Standardisierung sollen aktuell Angaben zu Erwerbstätigen in Deutschland 2010 verwendet werden (vgl. Tabelle 45). Diese Empfehlungen wurden erstmals im Rahmen des Gesundheitsreportes 2013 vollständig, d.h. sowohl im Hinblick auf die Berechnung der Ergebnisse zum Jahr 2012 als auch im Hinblick auf Vorjaheresergebnisse, umgesetzt. Durch die Umstellung der Standardpopulation ergeben sich zwangsläufig auch veränderte Ergebnisse. Die Vergleichbarkeit der aktuellen Ergebnisse mit den bis 2012 publizierten Zahlen ist hierdurch eingeschränkt, weshalb entsprechende Gegenüberstellungen vermieden werden sollten.

²² Statistisches Jahrbuch 1994, Seite 114

Tabelle 45 Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010

Altersgruppe	Männer [Tsd.]	Frauen [Tsd.]
15 – 19 Jahre	664	499
20 – 24 Jahre	1.643	1.484
25 – 29 Jahre	1.975	1.768
30 – 34 Jahre	2.111	1.730
35 – 39 Jahre	2.286	1.895
40 – 44 Jahre	3.131	2.674
45 – 49 Jahre	3.060	2.686
50 – 54 Jahre	2.568	2.341
55 – 59 Jahre	2.106	1.798
60 – 64 Jahre	1.094	759

Quelle: Statistisches Bundesamt 2011. Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen in Deutschland 2010 - Fachserie 1 Reihe 4.1.2, Seite 10.

Indirekte Standardisierung

Eine direkte Standardisierung setzt voraus, dass alle relevanten Subgruppen der Standardpopulation, also typischerweise einzelne Geschlechts- und Altersgruppen, auch in jeder betrachteten (Sub-)Population ausreichend repräsentiert sind. Die Einhaltung dieser Bedingung kann allerdings bei Analysen zu kleineren Subgruppen von Versicherten, beispielsweise bei regionalen Auswertungen auf Kreisebene, nicht immer gewährleistet werden. In entsprechenden Fällen kann auf das Verfahren der indirekten Standardisierung zurückgegriffen werden, welches auch für Vergleiche von Populationen geeignet ist, in denen nicht alle Geschlechts- und Altersgruppen ausreichend vertreten sind oder überhaupt vorkommen

Die indirekte Standardisierung wird typischerweise bei Vergleichen von Ergebnissen aus Subpopulationen einer größeren Population eingesetzt (hier: Ergebnisse auf Kreisebene bei gleichzeitigem Vorliegen bundesweiter Daten). Vorausgesetzt werden detaillierte und belastbare geschlechts- und altersgruppenspezifische Ergebnisse zur größeren Population (hier: bundesweite Ergebnisse zu Erwerbspersonen in der BARMER beziehungsweise BARMER GEK) sowie Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur der betrachteten Subpopulationen.

Berechnet werden für alle betrachteten Subgruppen zunächst einfache „rohe“ Kennzahlen. Den rohen Kennzahlen werden in einem zweiten Schritt dann Werte gegenübergestellt, die in den Subpopulationen mit ihrer jeweils spezifischen Geschlechts- und Altersstruktur unter Zugrundelegung von geschlechts- und altersspezifischen Ergebnissen aus der übergeordneten Population zu erwarten gewesen wären.

Als indirekt standardisierte Ergebnisse werden schließlich primär die relativen Abweichungen der (hier regional) beobachteten von den (regional) erwarteten Ergebnissen berichtet. Berichtet werden also lediglich prozentuale Abweichungen. Aus bundesweit ermittelten Ergebnissen sowie den entsprechenden regional ermittelten relativen Abweichungen lassen sich bei Bedarf auch wieder anschaulichere regionale Kennzahlen berechnen. Dieses Vorgehen setzt bestimmte Annahmen voraus, die im Falle regionaler Auswertungen auf Kreisebene jedoch als methodisch weitgehend unproblematisch gelten können.



Einfache Beispielrechnungen sind dem Eintrag zur Standardisierung in Wikipedia unter dem Link:

[http://de.wikipedia.org/wiki/Standardisierung_\(Epidemiologie\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Standardisierung_(Epidemiologie))
zu entnehmen.

Anhang

Tabellenanhang

Tabelle A1 AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2015 und 2016

AU-Fälle je 100 VJ Altersgruppe	2015			2016		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	220	238	228	207	223	214
20 – 24 Jahre	157	175	166	148	167	157
25 – 29 Jahre	112	139	125	111	137	123
30 – 34 Jahre	105	126	115	104	124	113
35 – 39 Jahre	109	128	117	107	125	115
40 – 44 Jahre	113	131	121	111	129	119
45 – 49 Jahre	115	131	122	113	130	121
50 – 54 Jahre	122	138	129	120	137	128
55 – 59 Jahre	133	146	139	132	146	138
60 – 64 Jahre	126	132	128	131	138	134
Gesamt	123	140	131	120	138	129

BARMER GEK 2015 und 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand.

Tabelle A2 AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2015 und 2016

AU-Tage je Fall Altersgruppe	2015			2016		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	5,9	5,3	5,6	5,9	5,6	5,8
20 – 24 Jahre	7,8	7,1	7,5	8,0	7,3	7,6
25 – 29 Jahre	10,0	9,3	9,6	10,0	9,3	9,7
30 – 34 Jahre	10,8	10,7	10,8	11,0	10,9	10,9
35 – 39 Jahre	12,0	12,2	12,1	12,1	12,4	12,3
40 – 44 Jahre	13,6	13,9	13,7	13,7	14,0	13,8
45 – 49 Jahre	15,4	15,2	15,3	15,4	15,4	15,4
50 – 54 Jahre	17,1	16,9	17,0	17,3	16,9	17,1
55 – 59 Jahre	19,8	18,7	19,2	19,8	18,8	19,3
60 – 64 Jahre	24,3	22,4	23,5	24,5	22,2	23,5
Gesamt	13,8	13,3	13,5	14,0	13,5	13,7

BARMER GEK 2015 und 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand.

Tabelle A3 AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2015 und 2016

AU-Tage je 100 VJ Altersgruppe	2015			2016		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
15 – 19 Jahre	1.286	1.257	1.274	1.228	1.250	1.237
20 – 24 Jahre	1.226	1.250	1.237	1.175	1.225	1.199
25 – 29 Jahre	1.123	1.288	1.201	1.109	1.279	1.189
30 – 34 Jahre	1.141	1.357	1.239	1.136	1.356	1.235
35 – 39 Jahre	1.304	1.563	1.421	1.292	1.554	1.411
40 – 44 Jahre	1.546	1.814	1.670	1.520	1.801	1.650
45 – 49 Jahre	1.764	1.993	1.871	1.741	2.002	1.863
50 – 54 Jahre	2.074	2.330	2.196	2.065	2.324	2.188
55 – 59 Jahre	2.624	2.718	2.667	2.614	2.733	2.669
60 – 64 Jahre	3.064	2.950	3.017	3.204	3.067	3.148
Gesamt	1.692	1.863	1.771	1.681	1.864	1.765

BARMER GEK 2015 und 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, Gesamtwerte einheitlich stand.

Tabelle A4 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2016 – Abteilungen der WZ2008

Nr.	Bezeichnung * weniger als 1.000 Beschäftigte	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
01	Landwirtschaft, Jagd u. damit verb. Tätigkeiten	100	1.668	16,6
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	117	1.564	13,4
03	<i>Fischerei und Aquakultur*</i>	79	1.371	17,4
05	<i>Kohlenbergbau*</i>	128	1.246	9,7
06	<i>Gewinnung von Erdöl und Erdgas*</i>	84	912	10,8
07	<i>Erzbergbau*</i>	99	1.333	13,4
08	Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau	136	1.724	12,7
09	<i>Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*</i>	122	1.563	12,8
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	125	2.019	16,2
11	Getränkeherstellung	128	1.655	12,9
12	Tabakverarbeitung	146	2.086	14,3
13	Herstellung von Textilien	130	1.636	12,6
14	Herstellung von Bekleidung	109	1.343	12,3
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	127	1.434	11,3
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	130	1.772	13,6
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	142	1.734	12,2
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	130	1.675	12,9
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	128	1.558	12,2
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	133	1.544	11,6
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	144	1.560	10,8
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	140	1.760	12,5
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	134	1.729	12,9
24	Metallerzeugung und -bearbeitung	139	1.794	12,9
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	139	1.748	12,6
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	137	1.512	11,1
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	143	1.661	11,6
28	Maschinenbau	137	1.583	11,5
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	142	1.796	12,6

Nr.	Bezeichnung <i>* weniger als 1.000 Beschäftigte</i>	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
30	Sonstiger Fahrzeugbau	155	1.792	11,6
31	Herstellung von Möbeln	134	1.730	12,9
32	Herstellung von sonstigen Waren	127	1.472	11,6
33	Reparatur u. Install. v. Maschinen u. Ausrüstungen	136	1.643	12,1
35	Energieversorgung	142	1.560	11,0
36	Wasserversorgung	163	1.780	10,9
37	Abwasserentsorgung	152	1.887	12,4
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	155	2.140	13,8
39	<i>Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonst. Entsorgung*</i>	157	1.647	10,5
41	Hochbau	112	1.680	14,9
42	Tiefbau	124	1.776	14,3
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	122	1.773	14,5
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Repa- ratur von Kraftfahrzeugen	122	1.572	12,9
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	122	1.518	12,4
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	116	1.786	15,4
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	125	2.062	16,4
50	Schifffahrt	94	1.339	14,2
51	Luftfahrt	156	2.133	13,7
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistun- gen für den Verkehr	140	1.956	13,9
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	134	2.477	18,5
55	Beherbergung	98	1.714	17,5
56	Gastronomie	89	1.650	18,6
58	Verlagswesen	101	1.101	10,9
59	Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehpro- grammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik	76	977	12,9
60	Rundfunkveranstalter	97	1.097	11,3
61	Telekommunikation	137	1.510	11,0
62	Erbringung v. Dienstleist. der Informationstechnologie	111	1.189	10,8
63	Informationsdienstleistungen	109	1.297	11,9
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	123	1.310	10,6

Nr.	Bezeichnung <i>* weniger als 1.000 Beschäftigte</i>	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)	124	1.376	11,1
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	112	1.374	12,3
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	108	1.332	12,3
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	101	1.039	10,3
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung	108	1.307	12,1
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung	114	1.228	10,7
72	Forschung und Entwicklung	117	1.263	10,8
73	Werbung und Marktforschung	102	1.253	12,3
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	99	1.225	12,4
75	Veterinärwesen	94	1.349	14,3
77	Vermietung von beweglichen Sachen	116	1.640	14,2
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	155	2.320	15,0
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	97	1.164	12,0
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	143	2.366	16,5
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	130	2.113	16,2
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	156	2.138	13,7
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	161	1.925	12,0
85	Erziehung und Unterricht	131	1.472	11,2
86	Gesundheitswesen	124	1.714	13,8
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	135	2.237	16,5
88	Sozialwesen (ohne Heime)	133	1.955	14,7
90	Kreative, künstlerische u. unterhaltende Tätigkeiten	97	1.318	13,5
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	134	1.654	12,4
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	91	1.678	18,5
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	100	1.548	15,5
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonst. religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	114	1.334	11,8
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	108	1.065	9,8

Nr.	Bezeichnung <i>* weniger als 1.000 Beschäftigte</i>	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
96	Erbringung von sonst. überw. persönl. Dienstleistungen	117	1.842	15,7
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	69	1.199	17,4
98	<i>Herstell. v. Waren u. Erbringung v. Dienstl. durch priv. Haushalte f. d. Eigenbedarf ohne ausgepr. Schwerepkt.*</i>	95	1.089	11,4
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	149	1.909	12,8
Gesamt		129	1.765	13,7

BARMER GEK 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert.

Tabelle A5 Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2016 – Abteilungen der WZ2008

Nr.	Bezeichnung <i>* (< 1.000 Beschäftigten kursiv)</i>	Männer	Frauen	Gesamt
01	Landwirtschaft, Jagd u. damit verb. Tätigkeiten	4,60%	4,53%	4,57%
02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag	4,97%	3,48%	4,28%
03	<i>Fischerei und Aquakultur*</i>	3,50%	4,06%	3,76%
05	<i>Kohlenbergbau*</i>	3,81%	2,95%	3,41%
06	<i>Gewinnung von Erdöl und Erdgas*</i>	2,41%	2,60%	2,50%
07	<i>Erzbergbau*</i>	4,16%	3,06%	3,65%
08	Gewinnung v. Steinen u. Erden, sonstiger Bergbau	5,20%	4,16%	4,72%
09	<i>Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden*</i>	4,39%	4,16%	4,28%
10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	5,53%	5,53%	5,53%
11	Getränkeherstellung	4,93%	4,07%	4,53%
12	Tabakverarbeitung	4,92%	6,64%	5,71%
13	Herstellung von Textilien	4,68%	4,26%	4,48%
14	Herstellung von Bekleidung	3,38%	4,03%	3,68%
15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen	4,25%	3,56%	3,93%
16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)	5,64%	3,93%	4,86%

Nr.	Bezeichnung * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus	5,03%	4,42%	4,75%
18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern	4,62%	4,56%	4,59%
19	Kokerei und Mineralölverarbeitung	4,69%	3,78%	4,27%
20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen	4,39%	4,05%	4,23%
21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	4,04%	4,55%	4,27%
22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	4,91%	4,72%	4,82%
23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	5,12%	4,28%	4,74%
24	Metallerzeugung und –bearbeitung	5,32%	4,44%	4,92%
25	Herstellung von Metallerzeugnissen	5,13%	4,40%	4,79%
26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen	3,52%	4,87%	4,14%
27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	4,20%	4,96%	4,55%
28	Maschinenbau	4,46%	4,19%	4,34%
29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	4,62%	5,28%	4,92%
30	Sonstiger Fahrzeugbau	4,70%	5,16%	4,91%
31	Herstellung von Möbeln	5,03%	4,40%	4,74%
32	Herstellung von sonstigen Waren	3,82%	4,29%	4,03%
33	Reparatur u. Install. v. Maschinen u. Ausrüstungen	4,93%	4,00%	4,50%
35	Energieversorgung	3,99%	4,60%	4,28%
36	Wasserversorgung	4,76%	5,01%	4,88%
37	Abwasserentsorgung	5,50%	4,78%	5,17%
38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung	6,64%	4,96%	5,86%
39	<i>Beseitigung v. Umweltverschmutzungen u. sonst. Entsorgung*</i>	6,01%	2,76%	4,51%
41	Hochbau	5,83%	3,16%	4,60%
42	Tiefbau	6,08%	3,44%	4,86%
43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe	5,79%	3,77%	4,86%
45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	4,50%	4,08%	4,31%
46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	4,05%	4,29%	4,16%
47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	4,54%	5,30%	4,89%

Nr.	Bezeichnung * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen	5,82%	5,44%	5,65%
50	Schifffahrt	3,59%	3,76%	3,67%
51	Luftfahrt	4,99%	6,85%	5,84%
52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr	5,56%	5,12%	5,36%
53	Post-, Kurier- und Expressdienste	6,08%	7,61%	6,79%
55	Beherbergung	4,52%	4,91%	4,70%
56	Gastronomie	4,03%	5,10%	4,52%
58	Verlagswesen	2,63%	3,47%	3,02%
59	Herstellung, Verleih u. Vertrieb v. Filmen u. Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios u. Verlegen v. Musik	2,33%	3,09%	2,68%
60	Rundfunkveranstalter	2,42%	3,69%	3,01%
61	Telekommunikation	3,38%	5,03%	4,14%
62	Erbringung v. Dienstleist. der Informationstechnologie	2,65%	3,97%	3,26%
63	Informationsdienstleistungen	3,23%	3,93%	3,55%
64	Erbringung von Finanzdienstleistungen	2,96%	4,33%	3,59%
65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)	3,28%	4,34%	3,77%
66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten	3,48%	4,10%	3,77%
68	Grundstücks- und Wohnungswesen	3,58%	3,72%	3,65%
69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung	2,46%	3,31%	2,85%
70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung	3,07%	4,18%	3,58%
71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung	3,25%	3,50%	3,37%
72	Forschung und Entwicklung	2,93%	4,08%	3,46%
73	Werbung und Marktforschung	3,11%	3,81%	3,43%
74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten	3,13%	3,62%	3,36%
75	Veterinärwesen	3,73%	3,65%	3,69%
77	Vermietung von beweglichen Sachen	4,75%	4,19%	4,49%
78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	6,31%	6,41%	6,36%
79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen	3,15%	3,23%	3,19%
80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien	5,91%	7,15%	6,48%

Nr.	Bezeichnung * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau	5,53%	6,09%	5,79%
82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.	5,15%	6,68%	5,86%
84	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	4,94%	5,67%	5,27%
85	Erziehung und Unterricht	3,29%	4,91%	4,03%
86	Gesundheitswesen	4,44%	5,00%	4,69%
87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)	5,41%	6,98%	6,13%
88	Sozialwesen (ohne Heime)	4,71%	6,11%	5,36%
90	Kreative, künstlerische u. unterhaltende Tätigkeiten	3,52%	3,72%	3,61%
91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten	4,21%	4,90%	4,53%
92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen	3,76%	5,58%	4,60%
93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung	4,01%	4,52%	4,24%
94	Interessenvertretungen sowie kirchliche u. sonst. religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen und Sport)	3,03%	4,38%	3,65%
95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern	2,73%	3,14%	2,92%
96	Erbringung von sonst. überw. persönl. Dienstleistungen	4,95%	5,16%	5,05%
97	Private Haushalte mit Hauspersonal	2,95%	3,67%	3,29%
98	<i>Herstell. v. Waren u. Erbringung v. Dienstl. durch priv. Haushalte f. d. Eigenbedarf ohne ausgepr. Schwerpkt.*</i>	0,86%	5,47%	2,98%
99	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	5,15%	5,33%	5,23%
Gesamt		4,60%	5,11%	4,84%

BARMER GEK 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, standardisiert.

Tabelle A6 AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach KldB 2010 – Top 100 Berufe 2016

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
1110	Berufe in der Landwirtschaft (ohne Spezialisierung)	96	1.513	15,8
1210	Berufe im Gartenbau (ohne Spezialisierung)	155	2.218	14,3
2210	Berufe in der Kunststoff- & Kautschukherstellung (ohne Spezialisierung)	170	2.469	14,5
2234	Berufe im Holz-, Möbel- & Innenausbau	155	1.968	12,7
2321	Berufe in der Digital- & Printmediengestaltung	129	1.394	10,8
2420	Berufe in der Metallbearbeitung (ohne Spezialisierung)	168	2.430	14,5
2423	Berufe in der spanenden Metallbearbeitung	167	2.230	13,4
2441	Berufe im Metallbau	170	2.355	13,8
2452	Berufe in der Werkzeugtechnik	152	1.925	12,7
2510	Berufe in der Maschinenbau- & Betriebstechnik (ohne Spezialisierung)	149	1.873	12,6
2511	Maschinen- & Gerätezusammensetzer/innen	164	2.522	15,4
2512	Maschinen- & Anlagenführer/innen	170	2.497	14,7
2513	Technische Servicekräfte in Wartung & Instandhaltung	137	1.869	13,6
2521	Berufe in der Kraftfahrzeugtechnik	160	1.700	10,7
2621	Berufe in der Bauelektrik	155	1.985	12,8
2625	Berufe in der elektrischen Betriebstechnik	155	1.643	10,6
2630	Berufe in der Elektrotechnik (ohne Spezialisierung)	142	1.848	13,0
2631	Berufe in der Informations- & Telekommunikationstechnik	131	1.508	11,5
2710	Berufe in der technischen Forschung & Entwicklung (ohne Spezialisierung)	91	815	8,9
2721	Technische Zeichner/innen	138	1.290	9,4
2722	Berufe in der Konstruktion & im Gerätebau	110	1.042	9,4
2730	Berufe in der technischen Produktionsplanung & -steuerung	114	1.377	12,0
2731	Berufe in der technischen Qualitätssicherung	143	1.878	13,1
2739	Aufsichts- & Führungskräfte - Technische Produktionsplanung & -steuerung	105	1.530	14,6
2920	Berufe in der Lebensmittelherstellung (ohne Spezialisierung)	161	2.596	16,2
2930	Köche/Köchinnen (ohne Spezialisierung)	116	2.073	17,9

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
3210	Berufe im Hochbau (ohne Spezialisierung)	119	2.313	19,4
3321	Berufe für Maler- & Lackiererarbeiten	152	2.102	13,9
3410	Berufe in der Gebäudetechnik (ohne Spezialisierung)	121	2.200	18,2
3421	Berufe in der Sanitär-, Heizungs- & Klimatechnik	161	2.012	12,5
4131	Berufe in der Chemie- & Pharmatechnik	161	2.166	13,5
4310	Berufe in der Informatik (ohne Spezialisierung)	108	1.074	9,9
4322	Berufe in der IT-Anwendungsberatung	90	950	10,6
4341	Berufe in der Softwareentwicklung	91	761	8,3
5131	Berufe in der Lagerwirtschaft	164	2.457	15,0
5132	Berufe für Post- & Zustelldienste	139	2.835	20,4
5162	Speditions- & Logistikkaufleute	118	1.365	11,6
5212	Berufskraftfahrer/innen (Güterverkehr/LKW)	121	2.724	22,4
5213	Bus- & Straßenbahnfahrer/innen	150	3.223	21,4
5218	Fahrzeugführer/innen im Straßenverkehr (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	110	2.431	22,1
5311	Berufe im Objekt-, Werte- & Personenschutz	137	2.645	19,3
5410	Berufe in der Reinigung (ohne Spezialisierung)	142	2.645	18,7
6111	Berufe im Einkauf	110	1.323	12,0
6112	Berufe im Vertrieb (außer Informations- & Kommunikationstechnologien)	107	1.399	13,1
6119	Führungskräfte - Einkauf & Vertrieb	81	1.094	13,5
6121	Kaufleute im Groß- & Außenhandel	130	1.160	8,9
6131	Berufe in der Immobilienvermarktung & -verwaltung	112	1.285	11,5
6210	Berufe im Verkauf (ohne Produktspezialisierung)	118	2.120	17,9
6211	Kassierer/innen & Kartenverkäufer/innen	133	2.404	18,0
6219	Aufsichts- & Führungskräfte - Verkauf	92	1.726	18,7
6221	Berufe im Verkauf von Bekleidung, Sportartikeln, Lederwaren & Schuhen	130	1.879	14,4
6226	Berufe im Verkauf von Garten-, Heimwerker-, Haustier- & Zoobedarf	131	2.053	15,7
6227	Berufe im Verkauf von Kraftfahrzeugen, Zweirädern & Zubehör	110	1.340	12,2
6230	Berufe im Verkauf von Lebensmitteln (ohne Spezialisierung)	112	2.093	18,7

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
6231	Berufe im Verkauf von Back- & Konditoreiwaren	117	2.425	20,6
6241	Berufe im Verkauf von drogerie- & apothekenüblichen Waren	127	1.820	14,3
6311	Tourismuskaufleute	111	1.168	10,5
6322	Berufe im Hotelservice	123	1.586	12,9
6330	Berufe im Gastronomieservice (ohne Spezialisierung)	98	1.677	17,1
7110	Geschäftsführer/innen & Vorstände	57	953	16,7
7130	Berufe in der kaufmännischen & technischen Betriebswirtschaft (ohne Spezialisierung)	124	1.426	11,5
7139	Aufsichts- & Führungskräfte - Unternehmensorganisation & -strategie	92	1.198	13,1
7140	Büro- & Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung)	120	1.571	13,1
7143	Steno- & Phonotypisten/-typistinnen	164	2.435	14,9
7151	Berufe in der Personalentwicklung & -sachbearbeitung	112	1.386	12,4
7152	Berufe in der Personaldienstleistung	133	1.803	13,6
7211	Bankkaufleute	134	1.552	11,6
7213	Versicherungskaufleute	134	1.655	12,4
7221	Berufe in der Buchhaltung	116	1.501	12,9
7230	Berufe in der Steuerberatung	118	1.108	9,4
7311	Assistenzkräfte in Rechtsanwaltskanzlei & Notariat	129	1.280	9,9
7320	Berufe in der öffentlichen Verwaltung (ohne Spezialisierung)	159	2.070	13,1
7321	Berufe in der Sozialverwaltung & -versicherung	177	2.401	13,6
7322	Verwaltende Berufe im Sozial- & Gesundheitswesen	132	1.829	13,8
8110	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung)	124	1.485	11,9
8111	Zahnmedizinische Fachangestellte	131	1.337	10,2
8121	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	141	1.963	13,9
8130	Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	143	2.584	18,0
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege	150	2.579	17,2
8134	Berufe im Rettungsdienst	126	2.062	16,3
8140	Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung)	79	913	11,6

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig	AU-Fälle je 100 VJ	AU-Tage je 100 VJ	AU-Tage je Fall
8171	Berufe in der Physiotherapie	141	1.712	12,2
8172	Berufe in der Ergotherapie	167	2.049	12,2
8182	Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz	112	1.266	11,3
8210	Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)	147	3.081	21,0
8231	Berufe im Friseurgewerbe	128	1.488	11,6
8252	Berufe in der Augenoptik	128	1.391	10,8
8254	Berufe in der Zahntechnik	107	1.434	13,4
8311	Berufe in der Kinderbetreuung & -erziehung	188	2.351	12,5
8312	Berufe in der Sozialarbeit & Sozialpädagogik	130	1.889	14,6
8313	Berufe in Heilerziehungspflege & Sonderpädagogik	156	2.261	14,5
8319	Aufsichts- & Führungskräfte - Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege	142	2.166	15,3
8321	Berufe in der Hauswirtschaft	137	2.505	18,4
8412	Lehrkräfte in der Sekundarstufe	121	1.640	13,5
8421	Lehrkräfte für berufsbildende Fächer	108	1.629	15,1
8430	Berufe in der Hochschullehre & -forschung	56	574	10,2
9211	Berufe in Werbung & Marketing	94	928	9,9
9212	Berufe im Dialogmarketing	211	2.902	13,8
9213	Berufe im Kundenmanagement	122	1.491	12,2
9241	Redakteure/Redakteurinnen & Journalisten/Journalistinnen	90	1.031	11,5
Gesamt		130	1.884	14,5

BARMER GEK 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, **NICHT geschlechts- und altersstandardisiert**, 100 häufig in der BARMER GEK vertretende Berufe, je Tätigkeit mehr als 7.500 Versicherte 2016 berücksichtigt.

Tabelle A7 Krankenstand nach Geschlecht und KldB 2010 – Top 100 Berufe 2016

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig <i>* (< 1.000 Beschäftigten kursiv)</i>	Männer	Frauen	Gesamt
1110	Berufe in der Landwirtschaft (ohne Spezialisierung)	4,01%	4,63%	4,14%
1210	Berufe im Gartenbau (ohne Spezialisierung)	6,01%	6,31%	6,08%
2210	Berufe in der Kunststoff- & Kautschukherstellung (ohne Spezialisierung)	6,30%	8,10%	6,77%
2234	Berufe im Holz-, Möbel- & Innenausbau	5,39%	5,47%	5,39%
2321	Berufe in der Digital- & Printmediengestaltung	3,78%	3,85%	3,82%
2420	Berufe in der Metallbearbeitung (ohne Spezialisierung)	6,41%	7,76%	6,66%
2423	Berufe in der spanenden Metallbearbeitung	6,09%	6,94%	6,11%
2441	Berufe im Metallbau	6,43%	7,20%	6,45%
2452	Berufe in der Werkzeugtechnik	5,27%	5,68%	5,27%
2510	Berufe in der Maschinenbau- & Betriebstechnik (ohne Spezialisierung)	5,01%	5,97%	5,13%
2511	Maschinen- & Gerätezusammensetzer/innen	6,48%	8,62%	6,91%
2512	Maschinen- & Anlagenführer/innen	6,51%	9,28%	6,84%
2513	Technische Servicekräfte in Wartung & Instandhaltung	5,10%	5,41%	5,12%
2521	Berufe in der Kraftfahrzeugtechnik	4,64%	5,00%	4,66%
2621	Berufe in der Bauelektrik	5,42%	6,64%	5,44%
2625	Berufe in der elektrischen Betriebstechnik	4,41%	6,56%	4,50%
2630	Berufe in der Elektrotechnik (ohne Spezialisierung)	4,28%	7,67%	5,06%
2631	Berufe in der Informations- & Telekommunikationstechnik	3,99%	5,32%	4,13%
2710	Berufe in der technischen Forschung & Entwicklung (ohne Spezialisierung)	2,12%	3,00%	2,23%
2721	Technische Zeichner/innen	3,18%	3,86%	3,53%
2722	Berufe in der Konstruktion & im Gerätebau	2,73%	3,93%	2,85%
2730	Berufe in der technischen Produktionsplanung & -steuerung	3,67%	4,23%	3,77%
2731	Berufe in der technischen Qualitätssicherung	4,87%	5,80%	5,15%
2739	Aufsichts- & Führungskräfte - Technische Produktionsplanung & -steuerung	4,19%	4,19%	4,19%
2920	Berufe in der Lebensmittelherstellung (ohne Spezialisierung)	6,55%	7,98%	7,11%
2930	Köche/Köchinnen (ohne Spezialisierung)	4,23%	7,05%	5,68%

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
3210	Berufe im Hochbau (ohne Spezialisierung)	6,38%	5,09%	6,34%
3321	Berufe für Maler- & Lackiererarbeiten	5,68%	6,73%	5,76%
3410	Berufe in der Gebäudetechnik (ohne Spezialisierung)	6,04%	5,79%	6,03%
3421	Berufe in der Sanitär-, Heizungs- & Klimatechnik	5,52%	4,44%	5,51%
4131	Berufe in der Chemie- & Pharmatechnik	5,64%	6,49%	5,94%
4310	Berufe in der Informatik (ohne Spezialisierung)	2,62%	4,74%	2,94%
4322	Berufe in der IT-Anwendungsberatung	2,32%	3,66%	2,60%
4341	Berufe in der Softwareentwicklung	1,99%	2,85%	2,09%
5131	Berufe in der Lagerwirtschaft	6,31%	7,89%	6,73%
5132	Berufe für Post- & Zustelldienste	6,67%	9,02%	7,77%
5162	Speditions- & Logistikkaufleute	3,58%	3,99%	3,74%
5212	Berufskraftfahrer/innen (Güterverkehr/LKW)	7,43%	8,80%	7,46%
5213	Bus- & Straßenbahnfahrer/innen	8,57%	10,32%	8,83%
5218	Fahrzeugführer/innen im Straßenverkehr (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)	6,46%	7,91%	6,66%
5311	Berufe im Objekt-, Werte- & Personenschutz	6,82%	8,12%	7,25%
5410	Berufe in der Reinigung (ohne Spezialisierung)	5,65%	7,53%	7,25%
6111	Berufe im Einkauf	3,20%	4,01%	3,62%
6112	Berufe im Vertrieb (außer Informations- & Kommunikationstechnologien)	3,52%	4,33%	3,83%
6119	Führungskräfte - Einkauf & Vertrieb	2,75%	3,89%	3,00%
6121	Kaufleute im Groß- & Außenhandel	2,95%	3,49%	3,18%
6131	Berufe in der Immobilienvermarktung & -verwaltung	2,99%	3,86%	3,52%
6210	Berufe im Verkauf (ohne Produktspezialisierung)	4,10%	6,38%	5,81%
6211	Kassierer/innen & Kartenverkäufer/innen	4,19%	6,88%	6,59%
6219	Aufsichts- & Führungskräfte - Verkauf	3,64%	5,63%	4,73%
6221	Berufe im Verkauf von Bekleidung, Sportartikeln, Lederwaren & Schuhen	3,89%	5,31%	5,15%
6226	Berufe im Verkauf von Garten-, Heimwerker-, Haustier- & Zoobedarf	5,25%	6,19%	5,62%
6227	Berufe im Verkauf von Kraftfahrzeugen, Zweirädern & Zubehör	3,60%	3,89%	3,67%
6230	Berufe im Verkauf von Lebensmitteln (ohne Spezialisierung)	3,95%	6,34%	5,73%

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
6231	Berufe im Verkauf von Back- & Konditoreiwaren	5,97%	6,67%	6,64%
6241	Berufe im Verkauf von drogerie- & apothekenüblichen Waren	4,22%	5,01%	4,99%
6311	Tourismuskaufleute	2,88%	3,26%	3,20%
6322	Berufe im Hotelservice	3,64%	4,54%	4,35%
6330	Berufe im Gastronomieservice (ohne Spezialisierung)	3,43%	5,12%	4,59%
7110	Geschäftsführer/innen & Vorstände	2,33%	3,29%	2,61%
7130	Berufe in der kaufmännischen & technischen Betriebswirtschaft (ohne Spezialisierung)	3,15%	4,28%	3,91%
7139	Aufsichts- & Führungskräfte - Unternehmensorganisation & -strategie	2,91%	4,00%	3,28%
7140	Büro- & Sekretariatskräfte (ohne Spezialisierung)	3,74%	4,42%	4,30%
7143	Steno- & Phonotypisten/-typistinnen	4,78%	6,72%	6,67%
7151	Berufe in der Personalentwicklung & -sachbearbeitung	3,44%	3,87%	3,80%
7152	Berufe in der Personaldienstleistung	4,33%	5,20%	4,94%
7211	Bankkaufleute	3,35%	4,75%	4,25%
7213	Versicherungskaufleute	4,10%	4,82%	4,54%
7221	Berufe in der Buchhaltung	3,49%	4,25%	4,11%
7230	Berufe in der Steuerberatung	2,40%	3,22%	3,04%
7311	Assistenzkräfte in Rechtsanwaltskanzlei & Notariat	2,62%	3,56%	3,51%
7320	Berufe in der öffentlichen Verwaltung (ohne Spezialisierung)	4,72%	5,94%	5,67%
7321	Berufe in der Sozialverwaltung & -versicherung	5,65%	7,00%	6,58%
7322	Verwaltende Berufe im Sozial- & Gesundheitswesen	4,29%	5,09%	5,01%
8110	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung)	4,38%	4,07%	4,07%
8111	Zahnmedizinische Fachangestellte	2,24%	3,67%	3,66%
8121	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	3,34%	5,56%	5,38%
8130	Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	5,83%	7,28%	7,08%
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege	6,30%	7,25%	7,07%
8134	Berufe im Rettungsdienst	5,60%	5,85%	5,65%
8140	Ärzte/Ärztinnen (ohne Spezialisierung)	1,72%	2,94%	2,50%

Nr.	Tätigkeitsgruppen KldB 2010, vierstellig * (< 1.000 Beschäftigten kursiv)	Männer	Frauen	Gesamt
8171	Berufe in der Physiotherapie	4,28%	4,80%	4,69%
8172	Berufe in der Ergotherapie	6,53%	5,48%	5,61%
8182	Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assis- tenz	3,64%	3,46%	3,47%
8210	Berufe in der Altenpflege (ohne Spezialisierung)	6,26%	8,86%	8,44%
8231	Berufe im Friseurgewerbe	2,90%	4,17%	4,08%
8252	Berufe in der Augenoptik	4,06%	3,73%	3,81%
8254	Berufe in der Zahntechnik	3,51%	4,22%	3,93%
8311	Berufe in der Kinderbetreuung & -erziehung	5,19%	6,56%	6,44%
8312	Berufe in der Sozialarbeit & Sozialpädagogik	4,45%	5,41%	5,18%
8313	Berufe in Heilerziehungspflege & Sonderpädagogik	5,39%	6,53%	6,19%
8319	Aufsichts- & Führungskräfte - Erziehung, Sozialar- beit, Heilerziehungspflege	4,60%	6,20%	5,94%
8321	Berufe in der Hauswirtschaft	5,73%	6,93%	6,86%
8412	Lehrkräfte in der Sekundarstufe	3,21%	4,92%	4,49%
8421	Lehrkräfte für berufsbildende Fächer	4,29%	4,54%	4,46%
8430	Berufe in der Hochschullehre & -forschung	1,13%	2,07%	1,57%
9211	Berufe in Werbung & Marketing	2,21%	2,78%	2,54%
9212	Berufe im Dialogmarketing	6,33%	8,97%	7,95%
9213	Berufe im Kundenmanagement	3,09%	5,13%	4,09%
9241	Redakteure/Redakteurinnen & Journalis- ten/Journalistinnen	2,39%	3,22%	2,82%
Gesamt		4,74%	5,50%	5,16%

BARMER GEK 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, **NICHT geschlechts- und altersstandardisiert, 100 häufig in der BARMER GEK vertretende Berufe**, je Tätigkeit mehr als 7.500 Versicherte 2016 berücksichtigt.

Tabelle A8 AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2015 und 2016

ICD10-Diagnosekapitel	2015			2016		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	13,0	14,1	13,5	13,3	14,5	13,9
Neubildungen	1,6	2,4	2,0	1,7	2,5	2,0
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8
Psychische u. Verhaltensstörungen	5,5	9,3	7,2	5,7	9,5	7,4
Krankheiten des Nervensystems	2,4	4,0	3,1	2,5	4,1	3,2
Krankheiten des Auges	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7
Krankheiten des Ohres	1,4	1,7	1,5	1,4	1,8	1,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	3,3	3,1	3,2	3,4	3,1	3,3
Krankheiten des Atmungssystems	36,4	44,4	40,1	33,9	42,0	37,6
Krankh. des Verdauungssystems	13,6	14,1	13,8	13,3	13,7	13,5
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	1,9	1,6	1,8	1,9	1,7	1,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	19,9	16,7	18,4	20,0	16,9	18,6
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,5	4,8	3,0	1,5	4,8	3,0
Schwangerschaft, Geburt	0,0	2,3	1,1	0,0	2,3	1,0
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	6,1	8,6	7,3	6,0	8,5	7,1
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	12,0	7,8	10,0	12,0	8,1	10,2
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	1,1	1,8	1,4	1,1	1,7	1,4
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alle Diagnosen	122,8	140,2	130,8	120,4	138,2	128,6

BARMER GEK 2015 und 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A9 AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2015 und 2016

ICD10-Diagnosekapitel	2015			2016		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	5,5	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5
Neubildungen	37,8	44,9	41,8	37,1	44,4	41,2
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	23,1	17,9	20,1	22,4	18,2	19,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	20,3	18,4	19,4	18,1	18,2	18,1
Psychische u. Verhaltensstörungen	48,2	44,3	45,9	47,1	43,5	45,0
Krankheiten des Nervensystems	16,9	13,0	14,7	16,8	12,9	14,5
Krankheiten des Auges	7,8	7,3	7,6	7,6	7,2	7,4
Krankheiten des Ohres	10,0	9,9	9,9	9,9	10,0	9,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	29,1	18,1	24,2	28,7	18,6	24,2
Krankheiten des Atmungssystems	6,4	6,5	6,5	6,4	6,5	6,4
Krankh. des Verdauungssystems	7,0	6,3	6,7	7,3	6,4	6,9
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	14,4	12,0	13,4	14,2	11,6	13,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	20,6	22,1	21,2	20,6	22,1	21,2
Krankheiten des Urogenitalsystems	12,4	9,1	10,0	12,8	9,1	10,2
Schwangerschaft, Geburt	-	12,1	12,0	71,7	12,1	12,1
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	-	-	-	-	-	-
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	19,9	24,6	22,4	22,5	25,3	24,0
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	8,2	8,0	8,1	8,3	8,1	8,2
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	20,8	20,3	20,6	20,6	20,3	20,5
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	-	-	-	-	-	-
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	21,8	19,9	20,7	22,3	21,3	21,7
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	-	-	-	-	-	-
Alle Diagnosen	13,8	13,3	13,5	14,0	13,5	13,7

BARMER GEK 2015 und 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A10 AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2015 und 2016

ICD10-Diagnosekapitel	2015			2016		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	72	78	75	73	80	76
Neubildungen	61	108	83	62	110	84
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	3	3	3	3	4	3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	14	15	14	13	15	14
Psychische u. Verhaltensstörungen	265	410	332	267	415	335
Krankheiten des Nervensystems	41	52	46	42	53	47
Krankheiten des Auges	13	12	12	13	12	12
Krankheiten des Ohres	14	17	15	14	18	16
Krankheiten des Kreislaufsystems	97	56	78	98	58	79
Krankheiten des Atmungssystems	234	290	260	217	272	242
Krankh. des Verdauungssystems	96	89	93	96	88	93
Krankheiten d. Haut u. Unterhaut	27	20	24	28	20	24
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	408	370	391	410	374	394
Krankheiten des Urogenitalsystems	19	44	30	20	44	31
Schwangerschaft, Geburt	0	27	13	0	27	13
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0	0	0	0	0	0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanomalien	3	4	3	3	4	4
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	50	69	59	49	69	58
Verletzungen, Vergiftungen u. best. andere Folgen äußerer Ursachen	249	158	207	248	165	210
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0	0	0	0	0	0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	24	36	30	24	36	29
Schlüsselnummern f. bes. Zwecke	1	1	1	1	1	1
Alle Diagnosen	1.692	1.863	1.771	1.681	1.864	1.765

BARMER GEK 2015 und 2016, Erwerbspersonen, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre, einheitlich standardisiert.

Tabelle A11 AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten 2016

Männer	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	11	84	13	282	89	110	367
20 – 24 Jahre	11	148	14	220	80	152	313
25 – 29 Jahre	15	174	16	190	69	187	250
30 – 34 Jahre	18	201	22	196	68	221	205
35 – 39 Jahre	25	240	35	207	78	280	208
40 – 44 Jahre	36	274	55	208	90	384	219
45 – 49 Jahre	53	298	93	208	101	468	243
50 – 54 Jahre	94	325	158	218	119	565	254
55 – 59 Jahre	168	381	262	249	135	736	276
60 – 64 Jahre	241	446	373	271	146	945	264
Frauen	II	V	IX	X	XI	XIII	XIX
15 – 19 Jahre	8	182	15	320	112	102	164
20 – 24 Jahre	12	236	16	273	90	131	138
25 – 29 Jahre	22	276	19	259	72	151	119
30 – 34 Jahre	32	327	23	250	66	173	104
35 – 39 Jahre	58	405	32	257	72	240	120
40 – 44 Jahre	102	451	51	260	80	354	140
45 – 49 Jahre	155	452	66	259	88	447	165
50 – 54 Jahre	191	492	84	278	100	566	209
55 – 59 Jahre	215	563	122	313	115	692	265
60 – 64 Jahre	244	624	174	320	117	809	287

BARMER GEK 2016, Erwerbspersonen. Bezeichnungen der aufgeführten Krankheitsarten beziehungsweise Diagnosekapitel der ICD10: **II** Neubildungen; **V** Psychische und Verhaltensstörungen; **IX** Krankheiten des Kreislaufsystems; **X** Krankheiten des Atmungssystems; **XI** Krankheiten des Verdauungssystems; **XIII** Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; **XIX** Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.

Verzeichnisse

Abbildungen

Abbildung 1	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2016	18
Abbildung 2	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2016	20
Abbildung 3	Relative Abweichungen der Fehlzeiten in Kreisen 2016 bundesweit	23
Abbildung 4	AU-Fälle und AU-Tage nach Falldauer 2016	24
Abbildung 5	Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auf Wochentage 2016	27
Abbildung 6	Verteilung der Fehlzeiten auf Wochentage 2016	28
Abbildung 7	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2016.....	30
Abbildung 8	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2016	32
Abbildung 9	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2016	32
Abbildung 10	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2016	34
Abbildung 11	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Schulabschluss 2016.....	36
Abbildung 12	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Ausbildungsabschluss 2016	37
Abbildung 13	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Berufsfeldern 2016	39
Abbildung 14	Anteilige Verteilung der Fehlzeiten auf Krankheitsarten 2016.....	45
Abbildung 15	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten 2016.....	48
Abbildung 16	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten 2016.....	49
Abbildung 17	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten 2016	50
Abbildung 18	AU-Tage je 100 VJ – Veränderungen in Tagen 2016 gegenüber 2015	51

Abbildung 19	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Männer 2016	54
Abbildung 20	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Alter Frauen 2016.....	55
Abbildung 21	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2016, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.....	58
Abbildung 22	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2016, Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.....	59
Abbildung 23	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2016, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen.....	60
Abbildung 24	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2016, Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen.....	61
Abbildung 25	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2016, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems.....	62
Abbildung 26	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2016, Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems.....	63
Abbildung 27	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2016, Kapitel XIX – Verletzungen	64
Abbildung 28	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre in Kreisen 2016, Kapitel XIX – Verletzungen	65
Abbildung 29	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosegruppen 2016	68
Abbildung 30	AU-Tage je 100 VJ nach Diagnosen regional und bundesweit 2016	73
Abbildung 31	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von der Schulbildung.....	94
Abbildung 32	Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von der Schulbildung.....	96
Abbildung 33	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von der Ausbildung....	97

Abbildung 34	Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von der Ausbildung	100
Abbildung 35	Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit vom Beruf	105
Abbildung 36	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von der Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze.....	107
Abbildung 37	Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von der Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze.....	109
Abbildung 38	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf einen Ehepartner	112
Abbildung 39	Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von Hinweisen auf einen Ehepartner	113
Abbildung 40	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf Kinder	114
Abbildung 41	Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von Hinweisen auf Kinder	115
Abbildung 42	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf Arbeitsplatzwechsel.....	119
Abbildung 43	Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von Hinweisen auf Arbeitsplatzwechsel	120
Abbildung 44	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit vom Hinweisen auf Wohnortwechsel.....	121
Abbildung 45	Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von Hinweisen auf Wohnortwechsel	123

Abbildung 46	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung	125
Abbildung 47	Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung.....	126
Abbildung 48	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit vom einer Befristung der Arbeitsverhältnisse	128
Abbildung 49	Relative Abweichungen der Sterberaten: Abhängigkeit von einer Befristung der Arbeitsverhältnisse.....	129

Tabellen

Tabelle 1	Grundlegende Kennzahlen zur Arbeitsunfähigkeit	15
Tabelle 2	Relative Veränderungen von Kennzahlen 2016 im Vergleich zum Vorjahr.....	16
Tabelle 3	Fälle je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015 und 2016 ..	17
Tabelle 4	AU-Tage je 100 Versicherungsjahre in Bundesländern 2015 und 2016	19
Tabelle 5	Relative Veränderungen 2016 im Vergleich zum Vorjahr in Bundesländern	21
Tabelle 6	Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Falldauer 2015 und 2016....	25
Tabelle 7	Arbeitsunfähigkeiten an Wochentagen 2015 und 2016	26
Tabelle 8	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach zweistelliger KldB 2010 im Jahr 2016	40
Tabelle 9	Fallzahlrelevante Diagnosegruppen 2016 – Top 20	69
Tabelle 10	Fehlzeitenrelevante Diagnosegruppen 2016 – Top 20.....	70
Tabelle 11	Fallzahlrelevante Diagnosen 2016 – Top 20	74
Tabelle 12	Fehlzeitenrelevante Diagnosen 2016 – Top 20	75
Tabelle 13	Grundlegende Charakteristika der betrachteten Untersuchungspopulation.....	83
Tabelle 14	Gesundheitsindikatoren: Arbeitsunfähigkeiten 2015	86
Tabelle 15	Gesundheitsindikatoren: vollstationäre Krankenhausbehandlungen 2015	87
Tabelle 16	Gesundheitsindikatoren: ambulant-ärztliche Behandlungen 2015.....	88
Tabelle 17	Gesundheitsindikatoren: Arzneiverordnungen 2015.....	89
Tabelle 18	Gesundheitsindikatoren: Summe Behandlungskosten aus drei Teilbereichen 2015.....	90

Tabelle 19	Gesundheitsindikatoren: Ein- und Zwei-Jahres-Sterberate 2015 sowie 2015/2016	91
Tabelle 20	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von der Schulbildung	95
Tabelle 21	Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von der Schulbildung.....	95
Tabelle 22	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von der Ausbildung....	98
Tabelle 23	Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von der Ausbildung	100
Tabelle 24	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische Störungen: Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf	102
Tabelle 25	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für somatische Erkrankungen: Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf	103
Tabelle 26	Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf.....	104
Tabelle 27	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von der Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze	108
Tabelle 28	Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von der Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze	108
Tabelle 29	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf einen Ehepartner.....	111
Tabelle 30	Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von Hinweisen auf einen Ehepartner	112

Tabelle 31	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf Kinder.....	115
Tabelle 32	Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von Hinweisen auf Kinder	116
Tabelle 33	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf Arbeitsplatzwechsel.....	118
Tabelle 34	Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von Hinweisen auf Arbeitsplatzwechsel.....	120
Tabelle 35	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Hinweisen auf Wohnortwechsel.....	122
Tabelle 36	Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von Hinweisen auf Wohnortwechsel.....	122
Tabelle 37	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung	124
Tabelle 38	Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von Beschäftigung in Arbeitnehmerüberlassung	126
Tabelle 39	Relative Abweichungen von Gesundheitsindikatoren für psychische und somatische Erkrankungen: Abhängigkeit von einer Befristung der Arbeitsverhältnisse.....	129
Tabelle 40	Relative Abweichungen der Behandlungskosten 2015 sowie der Sterberate 2015/2016: Abhängigkeit von einer Befristung der Arbeitsverhältnisse	129
Tabelle 41	Logistische Regressionsmodelle zur Abhängigkeit von Gesundheitsindikatoren.....	132

Tabelle 42	Erwerbspersonen in der BARMER GEK nach Bundesländern 2016	149
Tabelle 43	AU-Fälle und -Tage bei Erwerbspersonen in der BARMER GEK 2016	150
Tabelle 44	Diagnosekapitel der ICD10	152
Tabelle 45	Standardpopulation Erwerbstätige Deutschland 2010	159

Tabellen im Anhang

Tabelle A1	AU-Fälle je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2015 und 2016.....	161
Tabelle A2	AU-Tage je Fall nach Geschlecht und Alter 2015 und 2016.....	162
Tabelle A3	AU-Tage je 100 VJ nach Geschlecht und Alter 2015 und 2016	162
Tabelle A4	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach Branchen 2016 – Abteilungen der WZ2008.....	163
Tabelle A5	Krankenstand nach Geschlecht und Branchen 2016 – Abteilungen der WZ2008.....	166
Tabelle A6	AU-Fälle und AU-Tage je 100 VJ nach KldB 2010 – Top 100 Berufe 2016.....	170
Tabelle A7	Krankenstand nach Geschlecht und KldB 2010 – Top 100 Berufe 2016.....	174
Tabelle A8	AU-Fälle je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2015 und 2016	178
Tabelle A9	AU-Tage je Fall nach Krankheitsarten und Geschlecht 2015 und 2016	179
Tabelle A10	AU-Tage je 100 VJ nach Krankheitsarten und Geschlecht 2015 und 2016	180
Tabelle A11	AU-Tage je 100 VJ nach Alter und Krankheitsarten 2016	181

Abkürzungen – Glossar

Begriff, Abkürzung	Erläuterung
AU	Arbeitsunfähigkeit – hier durchgängig im Sinne einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit über einen bestimmten Zeitraum von Kalendertagen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Diagnosegruppen	Gliederungsebene der ICD10 mit mehr als 200 Gruppen
Diagnosekapitel	Höchste Gliederungsebene der ICD10 mit 22 Kapiteln, in Gesundheitsreporten oftmals auch als Krankheitsarten bezeichnet
Diagnosen	Hier: Diagnosen in einer Differenzierung nach dreistelligen ICD10-Schlüsseln, von denen insgesamt mehr als 1.600 in der ICD10 existieren
Erwerbspersonen	Hier: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (inklusive Beschäftigte über der Beitragsbemessungsgrenze) und Arbeitslosengeld-I-Empfänger
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision; international verwendeter Schlüssel zu Diagnosekodierung (vgl. auch Tabelle auf Seite 152)
Krankenstand	Prozentualer Anteil der AU-Tage an allen Versicherungstagen von Erwerbspersonen (vgl. Seite 146 ff.)
Krankheitsarten	Gebräuchliche Bezeichnung für Diagnosekapitel (s.o.)
Outcome	Ergebnis, Resultat, hier auch als Bezeichnung für abhängige Variablen wie z.B. den Überlebensstatus (verstorben ja/nein) in logistischen Regressionsmodellen verwendet
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung; umfasst Gesetze zur Krankenversicherung in Deutschland
Standardisierung	Statistisches Verfahren, um sinnvolle Vergleiche strukturell unterschiedlicher Gruppen zu ermöglichen (vgl. auch Erläuterungen Seite 159)
VJ	Versicherungsjahr a 365 Tage – Bezugsgröße für die Berechnungen nahezu aller Kennzahlen (vgl. Seite 146 ff.)

BARMER Gesundheitsreporte sind bisher zu folgenden Themen erschienen:

BARMER Gesundheitsreport 2005

Fehlzeiten, Gender Mainstreaming und betriebliche Gesundheitsförderung

BARMER Gesundheitsreport 2006

Demografischer Wandel - ältere Beschäftigte im Focus betrieblicher Gesundheitsförderung

BARMER Gesundheitsreport 2007

Führung und Gesundheit

BARMER Gesundheitsreport 2008

Rückengesundheit - Rückhalt für Arbeit und Alltag

BARMER Gesundheitsreport 2009

Psychische Gesundheit und psychische Belastungen

BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 1

Gesundheitskompetenz in Unternehmen stärken, Gesundheitskultur fördern

BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 Teil 2

Ergebnisse der Internetstudie zur Gesundheitskompetenz

BARMER GEK Gesundheitsreport 2011

Beruf und Pflege – Herausforderung und Chance, Praxistipps für Unternehmen

BARMER GEK Gesundheitsreport 2012

Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit

BARMER GEK Gesundheitsreport 2013

Männergesundheit im Erwerbsleben

BARMER GEK Gesundheitsreport 2014

Psychische Gesundheit im Erwerbsleben

BARMER GEK Gesundheitsreport 2015

Demografischer Wandel

BARMER GEK Gesundheitsreport 2016

Junge Menschen am Start ihres Berufslebens



Informationen zum Gesundheitsreport finden sich auch unter dem folgendem Link im Internet: www.barmer.de/p008348

Ihre Notizen

[illegible]

Gesundheitsreport 2017

Der Gesundheitsreport 2017 setzt die gut 20 Jahre währende Tradition der Gesundheitsreporte der BARMER fort.

In seinem allgemeinen Teil liefert der Gesundheitsreport eine detaillierte repräsentative Übersicht über das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Basis dafür sind die Daten zu rund 3,55 Millionen bei der BARMER versicherten Berufstätigen. Das entspricht etwa elf Prozent aller Berufstätigen in Deutschland. Der Routineteil liefert neben grundlegenden Kennzahlen wie Dauer und Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten auch Erkenntnisse zur Verteilung der Arbeitsunfähigkeit auf Krankheiten und Krankheitsgruppen, zu regionalen Unterschieden und Besonderheiten bei Branchen und Tätigkeiten.

In seinem Schwerpunktkapitel untersucht der Report Determinanten der somatischen und psychischen Gesundheit von Berufstätigen. Dabei beleuchten die Autoren des Reports vom Göttinger aQua-Institut – basierend auf Analysen von Routinedaten der BARMER – Aspekte des Berufslebens, die 2017 bereits im Fokus einer Befragungsstudie der Universität St. Gallen zur Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Beschäftigten in Deutschland standen.